Aleksandra Legan
Klaudia Skrobańska

Profilaktyka logopedyczna – założenia teoretyczne

Streszczenie

W artykule przedstawiono propozycję współczesnej profilaktyki logopedycznej opartej na założeniach profilaktyki uzależnień i zachowań ryzykownych. Nowe podejście przywraca profilaktyce logopedycznej jej zapobiegawczy (uprzedzający) charakter. U podstaw planowania działań profilaktycznych leży wiedza na temat czynników chroniących i czynników ryzyka.

Słowa kluczowe: profilaktyka, profilaktyka logopedyczna, profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna, profilaktyka wskazująca, czynniki ryzyka, czynniki chroniące

Wprowadzenie

Termin profilaktyka najczęściej kojarzony jest z medycyną i oznacza wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom dzięki ich wczesnemu wykryciu i leczeniu. W ostatnich dekadach coraz częściej słownictwo medyczne przenika do innych nauk o człowieku, takich jak psychologia, pedagogika. W ujęciu pedagogiki, profilaktyka to ogół działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom w rozwoju i zachowaniu się ludzi[1]. Z kolei na gruncie pedagogiki społecznej widnieje termin profilaktyka społeczna, który oznacza naukę praktyczną - opisuje, wyjaśnia i przewiduje zjawiska chorobliwe, szkodliwe w celu konstruowania programów, budowania strategii i procedur umożliwiających zapobieganie tym zjawiskom[2].

Logopedia jest stosunkowo młodą, rozwijającą się dyscypliną wiedzy. Profesja logopedy umacnia się, intensywnie rozwija się teoria, opracowywane są standardy postępowania[3]. W środowisku logopedycznym już dziś nikt nie

[1] K. Ostaszewski, *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa 2010, s. 74.

[2] K. Węsierska, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice 2012, s. 25-47.

[3] Zob. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin 2015.

ma wątpliwości, że do zadań logopedy należy także podejmowanie działań profilaktycznych. Skuteczna opieka logopedyczna bez kompleksowej profilaktyki wydaje się obecnie niemożliwa[4].

Czym jest profilaktyka?

W logopedii tradycyjnie przyjmuje się szerokie rozumienie pojęcia profilaktyka. Uważa się, że „profilaktyka XXI wieku nie może koncentrować się tylko na zapobieganiu wadom mowy, selekcji dzieci z tzw. grup ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy celem otoczenia ich specjalistyczną opieką, ale powinna obejmować również wczesną intensywną stymulację dzieci o harmonijnym rozwoju, dla jeszcze pełniejszego ich uczestnictwa w przyszłości w kulturze i życiu społecznym”[5]. Jest więc nie tylko rodzajem interwencji podejmowanej w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek ryzyka związanego z porozumiewaniem się lub nabywaniem mowy. Ma również za zadanie unikać skutków, jakie mogłyby mieć miejsce, w przypadku zaburzeń mowy. W ramach profilaktyki logopedycznej powinno się chronić i opiekować daną jednostką, tak, aby zapewnić jej jak najlepszy rozwój. Profilaktyka logopedyczna obejmuje zatem cały zespół działań stymulujących, prewencyjnych i interwencyjnych.

Istniejące w logopedii definicje profilaktyki uwypuklają różne jej elementy, istotne z punktu widzenia ich twórców.

Ewa Skorek opisuje profilaktykę 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 ich rozwoju”[6]. Autorka koncentruje uwagę na najmłodszych i wydaje się, że podchodzi do tematu zbyt wąsko. Dzieci niewątpliwie są bardzo ważne: w dzieciństwie następuje najgwałtowniejszy rozwój mowy. Wiedza na temat norm rozwojowych, czynników warunkujących prawidłowe nabywanie mowy oraz zakłócających ten rozwój jest niezwykle ważna. Nie można jednak zapominać o młodzieży oraz seniorach. W okresach późniejszych mowa również może ulegać zmianom wymagającym wsparcia specjalisty. Krystyna Błachnio postrzega profilaktykę w logopedii inaczej, jako: „Całokształt form organizacyjnych treści, metod, zasad i środków, tworzących spójną strukturę służącą rozpowszechnianiu

[4] K. Węsierska, *Profilaktyka…*, op. cit.
[5] K. Węsierska, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń 2013, s. 90.
[6] E. Skorek, *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków 2000, s. 133.

interdyscyplinarnej wiedzy”[7]. Autorka zwraca uwagę na strukturę organizacyjną odnoszącą się do społeczeństwa w różnym wieku. Profilaktykę logopedyczną wiąże z wiedzą, prawdopodobnie uznając, że jest to wystarczający element profilaktyki: człowiek, który wie, co robić (albo czego nie robić), wcieli tę wiedzę w życie.

Wydaje się, że podobnie jak w profilaktyce zachowań problemowych i uzależnień należy dążyć w logopedii do uporządkowania terminologii i wyznaczenia granic podejmowanych działań. W konsekwencji należy przywrócić profilaktyce jej uprzedzający charakter. Tak rozumiana profilaktyka logopedyczna „zakłada wyłonienie spośród grupy dzieci tych, które potencjalnie mogą mieć w przyszłości większy problem w nauce, związany z zaburzeniem lub wadą wymowy, która się u nich wykształci”[8].

W pedagogice wyodrębniamy profilaktykę defensywną i ofensywną. Celem profilaktyki defensywnej jest dążenie do zachowania utrzymania istniejącego stanu rzeczy poprzez eliminację lub usuwanie zjawisk przez nas nie akceptowanych. Cechą charakterystyczną profilaktyki ofensywnej jest działanie wzmacniające czynników chroniących, prowadzące do rozwoju potencjału. Działania te mają na celu kształtowanie, wspieranie, wzmacnianie postaw i zachowań pożądanych. Ich zadaniem jest takie kształtowanie młodego człowieka, by ten był na tyle silny, aby mógł oprzeć się zjawiskom patologicznym[9].

W ujęciu logopedycznym profilaktykę defensywną możemy porównać do postawy autorytarnej, która charakteryzuje się zakazywaniem niewłaściwych postaw, czyli nie wskazuje możliwości rozwiązania problemu, a skupia się jedynie na mówieniu tego, czego robić nie wolno, np.: nie dawaj dziecku smoczka, bo będzie miało wadę zgryzu; nie pozwalaj pić z butelki, bo pozycja spoczynkowa języka będzie nieprawidłowa itp. Natomiast profilaktyka ofensywna ukazuje możliwości rozwiązania problemu oraz charakteryzuje się wsparciem dla rodziców poprzez wskazanie właściwego postepowania, a nie zakazywania, np. daj dziecku smoczek, ale dobrze dopasowany; podaj dziecku butelkę, jeśli musisz, ale dobierz odpowiednio wyprofilowany smoczek. Profilaktyka ofensywna ma bardziej pozytywny wpływ na edukację społeczeństwa, gdyż nikt nie lubi zakazów, a chętniej wciela w życie dobre, nowe rozwiązania. Nie należy zatem negować, a dawać

[7] K. Ostaszewski, *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna, Podstawy teoretyczne Metodyka-Praktyka*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 118-119.

[8] I. Michalak-Widera, N. Moćko, *Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, Katowice 2013, s. 134-149.

[9] Cz. Czapów, *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*, Warszawa 1978, s. 67.

rodzicom jak najlepsze rozwiązania, aby minimalizować możliwe zaburzenia mowy w przyszłości.

Tradycyjne i nowe poziomy profilaktyki

W Polsce stosowane są obecnie dwie typologie poziomów profilaktyki chorób, problemów zdrowotnych i zachowań ryzykownych:

1. **Tradycyjny** podział na profilaktykę pierwotną, wtórną i trzeciego stopnia, mający ponad 60 -letnią historię, stosowany głównie przez specjalistów z dziedziny chorób i problemów somatycznych, ale także – siłą tradycji – w profilaktyce problemów zdrowia psychicznego,
2. **Nowy podział** pochodzący z lat 90. XX w. i stosowany w ochronie zdrowia psychicznego, przede wszystkim w obszarze profilaktyki uzależnień oraz zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży wyodrębnia profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą[10].

Relacje pomiędzy tradycyjnym oraz nowym podziałem profilaktyki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Tradycyjne i nowe poziomy profilaktyki

Tradycyjny podział	Nowy podział
Profilaktyka pierwotna	Promocja zdrowia
	Profilaktyka uniwersalna
Profilaktyka wtórna	Profilaktyka selektywna
	Profilaktyka wskazująca
Profilaktyka 3 stopnia	Leczenie
	Postępowanie po leczeniu

Źródło: K. Ostaszewski, *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna, Podstawy teoretyczne Metodyka-Praktyka*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 117.

[10] J. Gebreselassie, *Rola nauczycieli w profilaktyce zaburzeń komunikacji – badania własne i implikacje teoretyczne*, [w:] *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością w trosce o dobrostan człowieka*, red. K. Parys, M. Trojańska, A. Ochman, Kraków 2018, s. 249-266.

Tradycyjny podział profilaktyki w ujęciu logopedycznym

Poziom I – Profilaktyka pierwszorzędowa (pierwszej fazy) Profilaktyka logopedyczna skoncentrowana jest na promocji zdrowia i dobrostanie jednostki. W tym przedziale działań profilaktycznych należy uwzględnić takie formy aktywności logopedów, które pozwalają na promowanie w społeczeństwie wiedzy na temat przebiegu rozwoju mowy oraz zasad skutecznego komunikowania się, jak również rozpowszechnianie w środowisku informacji o przyczynach zaburzeń komunikacji ludzkiej, objawach i dostępnych sposobach zapobiegania tym zaburzeniom. Realizacja takiego kompleksowego modelu zakłada kierowanie działań do wszystkich grup społecznych odbiorców z wykorzystaniem wszelkich dostępnych środków upowszechniania informacji.

Katarzyna Węsierska dość mocno rozbudowała podział profilaktyki odnosząc działania do różnych grup wiekowych. Nie pomijając dzieci zwróciła uwagę na młodzież, dorosłych, osoby starsze, logopedów, nauczycieli, lekarzy, rodziców oraz pracowników placówek oświatowych[11].

Poziom II – Profilaktyka wtórna (drugorzędowa) – obejmuje działania dotyczące kontroli czynników ryzyka oraz wczesnej interwencji. Zwykle odnosi się do osób z grup i zwiększonego ryzyka (np. w niektórych grupach wiekowych, z obciążeniami rodzinnymi) lub gdy wykryte zostaną wczesne objawy zaburzeń lub problemów zdrowotnych. Ma na celu zapobieganie lub powstrzymanie rozwoju zaburzenia mowy, skrócenie czasu trwania nieprawidłowości, m.in. przez wczesne wykrycie objawów. Przykładami działań z zakresu profilaktyki wtórnej są: logopedyczne testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie u dzieci i młodzieży, działania opiekuńcze i socjoterapeutyczne w grupie dzieci pochodzących z rodzin z problemem „logopedycznym", np. jąkających się.

Poziom III – Profilaktyka trzeciego stopnia (trzeciorzędowa) – jest rozumiana jako: zapobieganie dotkliwym skutkom zaburzeń mowy przez jak najwcześniejszą terapię; przeciwdziałanie nawrotom zaburzeń przez uczenie pacjentów rozpoznawania zagrożeń i odpowiedniego stosowania ćwiczeń; minimalizację wtórnych problemów (np. natury społecznej lub psychologicznej) i ewentualnych poprzez terapię psychologiczną, trening umiejętności społecznych i/lub opiekę środowiskową. Adresatami tych działań są osoby z rozpoznanym zaburzeniem mowy, poddawane terapii[12].

[11] Szczegółowa prezentacja programu znajduje się w pracy: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, red. K. Węsierska, Katowice 2012.

[12] Ibidem.

Tradycyjny podział poziomów profilaktyki według Krzysztofa Ostaszewskiego – specjalisty zajmującego się terapią uzależnień, jest obecnie krytykowany, ponieważ do profilaktyki zalicza się m.in. działania z pogranicza leczenia (np. wczesne wykrywanie chorób), leczenie lub postępowanie po leczeniu (np. zapobieganie nawrotom uzależnienia od substancji psychoaktywnych). Jest to niezgodne z definicją profilaktyki (zapobieganie problemom, zanim one wystąpią), ale pragmatyczne. Wychodzi bowiem naprzeciw złożonej rzeczywistości, w której mamy do czynienia z przewlekłym charakterem wielu chorób cywilizacyjnych[13]. Jest to podział, który ma zbyt słabe granice pomiędzy profilaktyką a leczeniem, w którym jest zbyt mało profilaktyki w samej profilaktyce. Poprzez profilaktykę rozumiemy zapobieganie chorobom / urazom / zaburzeniom i w 100% możemy odnaleźć to tylko w poziomie pierwszorzędowym, natomiast kolejne poziomy zacierają swoją granicę pomiędzy zapobieganiem a leczeniem.

Nowy podział profilaktyki

Ze względu na „nieostry" podział tradycyjnych poziomów profilaktyki w latach 90. XX w. podjęto próbę uporządkowania koncepcji i definicji związanych z profilaktyką zaburzeń behawioralnych i zaburzeń zdrowia. Po pierwsze, uznano, że profilaktyka jest tylko jednym z elementów w uporządkowanej strukturze działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, obok promocji tego zdrowia, leczenia chorób i postępowania po leczeniu. Po drugie, nowy podział oparto na jasnym kryterium. Dotyczy ono oceny ryzyka powstawania problemów zdrowotnych w grupie, do której odnoszą się działania profilaktyczne:

1. Profilaktyka uniwersalna – adresowana do wszystkich, bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy,

2. Profilaktyka selektywna – skierowana do grup, w których ryzyko wystąpienia zaburzeń mowy jest większe niż przeciętne,

3. Profilaktyka wskazująca – adresowana do grup wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy[14].

Profilaktyka dotyczy każdego człowieka niezależnie od wieku. Działania profilaktyczne powinny obejmować grupy osób od momentu poczęcia (a nawet od momentu planowania potomstwa) do śmierci. W dalszej części artykułu

[13] K. Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium" 2005, nr 7-8, s. 149-150.

[14] J. Gebreselassie, *Profilaktyka zaburzeń mowy i języka-współczesna koncepcja*, [w:] *Edukacja dziecka: badania i praktyka pedagogiczna*, red. W. Segiet, B. Walak, A. Lis-Zaldivar, Gorzów Wielkopolski 2015, s. 141-150.

przedstawione zostaną propozycje profilaktyki logopedycznej skierowane do dzieci w wieku przedszkolnym.

Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje. Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji), bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów zdrowotnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi zaburzeń mowy. Natomiast zadaniem profilaktyki uniwersalnej jest upowszechnianie wiedzy logopedycznej oraz kształcenie umiejętności niezbędnych dla prawidłowego rozwoju mowy.

Do logopedycznych działań profilaktycznych zalicza się pogadanki, warsztaty, szkolenia prowadzone przez nauczycieli przedszkola, służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarki, położne), przeszkolonych pracowników (domów opieki, domów dziecka) i innych. Prowadzący nie muszą mieć specjalistycznego wykształcenia logopedycznego, ale powinni działać pod nadzorem logopedy. Na tym poziomie badania przesiewowe nie są konieczne. Kwalifikacja do wymienionej grupy następuje na podstawie innych badań (np. medycznych) i wiedzy na temat uwarunkowań rozwoju mowy i stanu mowy, zakłóceń mowy. Zadaniem profilaktyki jest minimalizowanie możliwości wystąpienia zaburzeń mowy. Uniwersalna profilaktyka logopedyczna zaczyna się właściwie od narodzin dziecka, a nawet od jego poczęcia, prawidłowa mowa wymaga więc stymulacji od wczesnych miesięcy życia płodowego.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana jest na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego lub problemów behawioralnych. Przykładem takiej profilaktyki są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci z grup ryzyka. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji w dalszym ciągu działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym. Działania profilaktyczne mają za zadanie określenie czynników ryzyka, które mogą wpłynąć na rozwój mowy, np.: objęcie prewencją dzieci: ze środowisk patologicznych, dzieci nadmiernie śliniących się, dzieci z nieprawidłowym torem oddechowym, dzieci z wybiórczością pokarmową czy dzieci przedwcześnie urodzonych. Celem profilaktyki selektywnej jest zapobieganie pojawieniu się i konsekwencjom zaburzeń mowy dzięki wczesnemu wykryciu czynników ryzyka (przed wystąpieniem zaburzenia mowy). Natomiast jej zadaniem jest identyfikacja osób z grupy ryzyka oraz wczesne wykrycie czynników ryzyka, wczesne podjęcie

działań prowadzących do zahamowania rozwoju czynników ryzyka. Działania profilaktyki selektywnej powinny obejmować m.in.:

- Dzieci urodzone przedwcześnie. Elementy, na które należy zwrócić uwagę w profilaktyce logopedycznej wcześniaków, to przede wszystkim nauka prawidłowego połykania. Problemem jest hipertonia ustno-twarzowa: trudności w koordynowaniu oddychania podczas jedzenia oraz problemy przy zmianie tekstury pokarmów. Należy stymulować poziom rozwoju mowy czynnej i biernej, ćwiczenia z zakresu analizy i syntezy słuchowej, koordynacji wzrokowo-słuchowej, orientacji czasowo-przestrzennej[15].
- Dzieci z rodzin patologicznych. Mowa tych dzieci często jest agramatyczna, uboga w słownictwo. Profilaktyka powinna polegać na rozpowszechnianiu wiedzy na temat dobroczynnego wpływu z czytania dzieciom książek. Należy wzbogacać słownictwo i utrwalać formy gramatyczne. Można wprowadzić Trening Umiejętności Społecznych ze względu na zaburzenia w sferze emocjonalnej.
- Dzieci z parafunkcjami – czyli czynnościami stereotypowymi, które są określane jako szkodliwe nawyki. Do nawyków ustnych zaliczamy: ssanie palca, warg, języka, błony śluzowej policzka, ogryzanie paznokci, ołówków lub innych przedmiotów, zgrzytanie zębami itp. Ssanie palca może powodować nieprawidłową pozycję spoczynkową języka, a co za tym idzie infantylne połykanie, zniekształconą szczękę oraz gotyckie podniebienie. Ssanie palca może prowadzić do wymowy międzyzębowej. Obgryzanie paznokci może prowadzić do wad zgryzu, zniekształcenia szczęki, wykrzywienia przednich zębów, a nawet do uszkodzenia dziąseł i stanów zapalnych. Kolejna parafunkcja najczęściej występująca u dzieci w wieku przedszkolnym to zgrzytanie zębami, czyli bruksizm. Nieleczony może prowadzić do nadmiernego ścierania zębów, a nawet do ich pękania, rozchwiania i przemieszczania zębów, nieprawidłowości w stawach skroniowo-żuchwowych, trzaski i przeskakiwanie żuchwy[16].
- Dzieci z wybiórczością pokarmową. Przede wszystkim należy szukać przyczyny: przerośnięte migdały, skrócone wędzidełko, zaburzenia sensoryczne. Wybiórczość pokarmowa zazwyczaj obejmuje pokarmy

[15] O. Przybyła, *(Nie) Lingwistyczne aspekty współpracy nauczyciela i logopedy*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, red. K. Węsierska, Katowice 2012, s. 131-149.

[16] F. Łabiszewska-Jaruzelska, *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Rocławski, Gdańsk 1993, s. 47.

papkowate, które nie wymagają nadmiernego gryzienia i żucia, a praca języka jest zaburzona. Dziecko w wieku przedszkolnym powinno codziennie gryźć i żuć twarde produkty. Gryzienie i żucie jest naturalnym ćwiczeniem mięśni twarzy i jamy ustnej i korzystnie działa na rozwój łuków zębowych.

– Dzieci z ankyloglosją. Skrócone wędzidełko może być powodem trudności w pionizowaniu języka, a co za tym idzie utrzymujące się połykanie infantylne oraz nieprawidłową pozycją spoczynkowa języka. Trudności w realizowaniu głosek wymagających unoszenia języka. Wczesne badanie wędzidełka języka i wczesne leczenie stwierdzonej ankyloglosji, traktując je jako działania zapobiegające powstaniu wady wymowy oraz dysfunkcji języka w innych nieartykulacyjnych czynnościach[17].

Profilaktyka wskazująca – polega na wyłonieniu osób, z bardzo dużym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń mowy. Są to osoby, u których występuje jednocześnie kilka czynników ryzyka, np. obniżone napięcie mięśniowe, alergie wziewne, rozszczepy twarzy czy nieprawidłowa budowa aparatu artykulacyjnego. Profilaktyka obejmuje również osoby, u których już obserwuje się symptomy blisko związane z występowaniem zaburzeń mowy i języka (działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób). Przykłady działań profilaktyki wskazującej:

– Dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym. Przy słabym napięciu mięśniowym dziecko ma obniżone napięcie mięśni twarzy, słabo rozwiniętą mimikę oraz często oddycha przez usta. W trakcie oddychania przez usta, język dziecka ułożony jest płasko na dnie jamy ustnej. Uniesienie go spowodowałoby znaczne trudności w przepływie powietrza. Ułożenie to powoduje, że malec ma spore trudności z pionizacją języka (unoszeniem go). W trakcie oddychania przez nos, język „przyklejony" jest do podniebienia i zatrzymuje się za zębami. Także w czasie połykania wędruje ku górze. Jest to jego prawidłowe ułożenie. Kiedy usta są stale otwarte, język nie tylko leży płasko na dnie jamy ustnej, lecz także ma tendencje to „wypadania z buzi" lub leżenia na zębach, co może prowadzić do seplenienia międzyzębowego. Brak pionizacji języka prowadzi do infantylnego sposobu połykania, a co za tym idzie, do rozwinięcia wady zgryzu, jakim jest tyłozgryz.

[17] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, *Logopedia. Standardy postepowania logopedycznego*, Lublin 2015, s. 655.

- Rozszczepy podniebienne. Na wystąpienie problemów artykulacyjnych u dziecka z rozszczepem wpływają takie czynniki, jak nieprawidłowa budowa anatomiczna, zaburzenia ssania i połykania, oddychania, żucia, rozwoju układu kostnego i mięśniowego części twarzowej czaszki, analizatora słuchowego, niedosłuch (występujący nawet w 50% przypadków), a także zaburzenia rozwoju emocjonalnego i społecznego. W pierwszej kolejności należy się skupić na ćwiczeniach oddechowych, fonacyjnych z użyciem samogłosek i ćwiczeniach sprawności warg. Poza tym należy ćwiczyć motorykę języka, żuchwy i podniebienia miękkiego[18].
- Choroby i zaburzenia rozwojowe jak np.: Dzieci z zespołem Downa, Zespół Aspergera, dzieci ze Spektrum Autyzmu, Zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne. Profilaktyka powinna przede wszystkim skupiać się na udoskonalaniu formy komunikacyjnej mowy, a nie skupianiu się na jej naprawie pod względem artykulacyjnym.

Powyższe przykłady zagrożeń nie stanowią stałej, zamkniętej listy – powinny być systematycznie zmieniane i uzupełniane wraz z rozwojem rosnącej świadomości społeczeństwa oraz wiedzy logopedycznej.

K. Ostaszewski, porównując nowy i tradycyjny podział poziomów profilaktyki, zauważa, że na korzyść nowego podziału przemawia większa precyzja w definiowaniu wielopoziomowych działań podejmowanych na rzecz ochrony zdrowia; profilaktyka została odłączona od leczenia, a także od działań na rzecz promocji zdrowia, które budują swoją tożsamość; profilaktyka adresowana do grup zwiększonego ryzyka (wtórna) została doprecyzowana. Natomiast na korzyść tradycyjnego podziału przemawia praktyka ochrony zdrowia, w której – mimo prób – granice między promocją zdrowia i profilaktyką i leczeniem nadal są trudne do wyznaczenia. Problemy dotyczące stosowania poziomów profilaktyki w działaniach na rzecz zdrowia wymagają nadal uwagi ze strony specjalistów.

Czynniki chroniące i ryzyka w profilaktyce zaburzeń mowy

Przez czynniki chroniące rozumiemy właściwości indywidualne, relacje z bliskimi osobami, cechy środowiska rodzinnego i pozarodzinnego, które mogą neutralizować lub kompensować negatywne działanie czynników ryzyka, zwiększać

[18] A. Banaszkiewicz, *Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka*, [w:] *Logopedica*, t. 2, red. I. Jaros, Łódź 2019, s. 12.

ogólną odporność jednostki, wyzwalać procesy odwrotne do tych, które prowadzą do zaburzenia. Działanie czynników chroniących nie polega na usuwaniu nieprawidłowości, lecz pomaga się z nimi zmagać[19].

Czynniki ryzyka natomiast, to cechy, sytuacje lub warunki sprzyjające powstawaniu zaburzeń mowy. Ważnymi czynnikami ryzyka są te związane z sytuacją rodzinną, szkolną, budową i funkcjonowaniem narządów mowy. Celem interwencji profilaktycznych jest eliminacja lub redukcja czynników ryzyka[20].

Nieprawidłowy model rodziny (rodzina dysfunkcyjna) leży u podstaw wszelkich zaburzeń emocjonalnych, poznawczych, rozwojowych i wiążę się z opóźnieniami rozwoju mowy. Dziecko zaniedbane wychowawczo nie ma właściwej stymulacji, a co za tym idzie jego poziom językowy, leksykalny może być na niskim poziomie.

Czynniki ryzyka mogą mieć charakter modyfikowalny lub niemodyfikowalny.

Logopedycznymi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka są takie zjawiska lub stany, na które nie mamy żadnego wpływu bądź wpływ ten jest nieznaczny.

Do czynników niemodyfikowalnych zaliczamy:

1. Czynniki demograficzne. W wyniku starzenia fizjologicznego pogarszają się czynniki realizacyjne nadawania oraz odbierania mowy. Jak dowodzą badania, płeć męska częściej zalicza się do czynników ryzyka. Dowiodła tego Agnieszka Hermelińska-Latecka w swojej pracy, gdzie udokumentowała nieprawidłową artykulację chłopców, którzy stanowili 76 % grupy badanej.
2. Wady wrodzone. Zaliczamy do nich wady genetyczne, np.: rozszczepy podniebienia, ankyloglosje, mikroglosje lub makroglosje, obniżone napięcie mięśniowe, ubytki słuchu, niepełnosprawność intelektualna. Nie możemy tu zaliczyć wad wrodzonych o etiologii środowiskowej wywołanych np.: spożywaniem alkoholu w ciąży bądź nadużywaniem leków, ponieważ swoim zakresem oddziaływań powinna je obejmować profilaktyka uniwersalna lub powinny być zaliczane do czynników ryzyka modyfikowalnych.
3. Czynniki okołoporodowe. Powstałe w skutek nieprawidłowego ułożenia płodu, nieprawidłowy czas trwania ciąży, nieprawidłowy przebieg porodu, poród kleszczowy, poród przedłużony lub nagły. W skutek tych czynników następują urazy okołoporodowe takie jak:

[19] S. Śliwa, *Profilaktyka pedagogiczna*, Opole 2015.
[20] Ibidem, s. 31

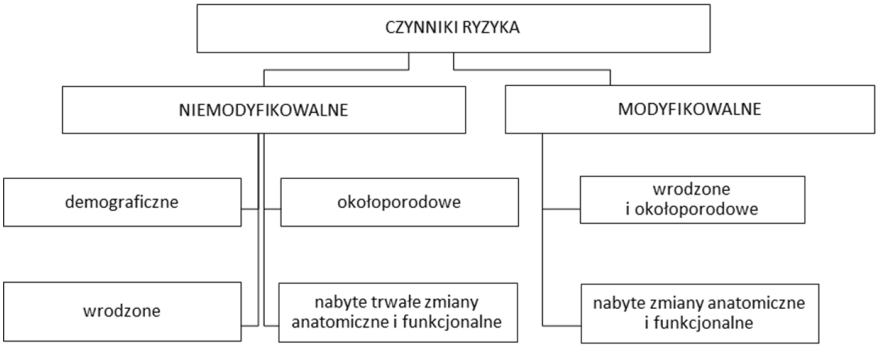
niedotlenienie, uszkodzenie tkanek miękkich, nerwów, kości czy narządów wewnętrznych.

4. Nabyte trwałe zmiany anatomiczne i funkcjonalne. Nowotwory umiejscowione w jamie ustnej zaburzają pracę artykulatorów, umiejscowione w płatach mózgu mogą zaburzyć odbieranie i nadawanie mowy[21].

Do drugiej grupy czynników ryzyka wad wymowy należą czynniki modyfikowalne, czyli takie, na które możemy mieć wpływ.

Do czynników modyfikowalnych zaliczamy:

1. Czynniki wrodzone i okołoporodowe. Przesuwający się wiek rozrodczy, negatywnie wpływa na prawidłowy rozwój płodu i niesie ryzyko na pojawienie się wad wrodzonych oraz rozwojowych, które mają pośredni lub bezpośredni wpływ na kompetencje komunikacyjne dziecka. Ponad to na prawidłowy rozwój płodu wpływa liczba ciąż, porodów, odstępów między nimi, kolejność porodu. Ważnym czynnikiem, na który można wpłynąć jest stan zdrowia matki, przyjmowane przez nią leki, używki, styl życia, sposób odżywiania w czasie ciąży i przed nią.
2. Nabyte zmiany anatomiczne i funkcjonalne. Zalicza się do nich: nieprawidłowa budowa narządów mowy, nieprawidłowe funkcjonowanie narządów mowy, nieprawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu, nieprawidłowe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, czynniki psychiczne, nieprawidłowe wzorce środowiskowe[22] (rys. 1.).



Rys. 1. Podział czynników ryzyka

Źródło: J. Gebreselassie, *Zapobieganie wadom wymowy u dzieci oparte na ocenie czynników ryzyka*, [w:] *Wielowymiarowość przestrzeni profilaktyki logopedycznej*, red. E. Skorek, Zielona Góra 2017, s. 250.

[21] J. Gebreselassie, *Zapobieganie wadom wymowy u dzieci oparte na ocenie czynników ryzyka*, [w:] *Wielowymiarowość przestrzeni profilaktyki logopedycznej*, red. E. Skorek, Zielona Góra 2017, s. 243-261.

[22] Ibidem, s. 243-261.

Kwestia skuteczności profilaktyki jest w ostatnich latach przedmiotem dyskusji przedstawicieli różnych środowisk zajmujących się problematyką logopedyczną. Zdaniem części specjalistów skuteczność oddziaływań można poprawić. Może temu służyć np. większe zaangażowanie przedstawicieli środowisk naukowych w opracowywanie programów logopedycznych oraz budowanie programów w oparciu o solidne podstawy teoretyczne i promowanie badań ewaluacyjnych. Skuteczność działań profilaktyki zaburzeń mowy i języka powinna być weryfikowana. Zaleca się przeprowadzanie ewaluacji wyników wprowadzanych interwencji, a następnie rozpowszechnianie informacji o programie. Informacja o programie, wnioski z ewaluacji powinny być przekazane właściwym interesariuszom (np. badaczom naukowym, innym logopedom). Jest to niezwykle ważny, choć często zaniedbywany element działań profilaktycznych.

Bibliografia

1. Banaszkiewicz A., *Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka*, [w:] *Logopedica*, t. 2, red. I. Jaros, Łódź 2019, s. 9-20 .
2. Czapów Cz., *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*, Warszawa 1978.
3. Gebreselassie J., *Profilaktyka zaburzeń mowy i języka-współczesna koncepcja*, [w:] *Edukacja dziecka: badania i praktyka pedagogiczna*, red. W. Segiet, B. Walak, A. Lis-Zaldivar, Gorzów Wielkopolski 2015, s. 141-150.
4. Gebreselassie J., *Zapobieganie wadom wymowy u dzieci oparte na ocenie czynników ryzyka*, [w:] *Wielowymiarowość przestrzeni profilaktyki logopedycznej*, red. E. Skorek, Zielona Góra 2017, s. 243-261 .
5. J. Gebreselassie, *Rola nauczycieli w profilaktyce zaburzeń komunikacji – badania własne i implikacje teoretyczne*, [w:] *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością w trosce o dobrostan człowieka*, red. K. Parys, M. Trojańska, A. Ochman, Kraków 2018, s. 249-266.
6. Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin 2015.
7. Łabiszewska-Jaruzelska F., *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Rocławski, Gdańsk 1993, s. 35-48.
8. Michalak-Widera I., Moćko N., *Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, red. K. Węsierska, Katowice 2013, s. 134-149.
9. Ostaszewski K., *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2005, nr 7-8, s. 149-150.
10. Ostaszewski K., *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa 2010.

11. Ostaszewski K., *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna, Podstawy teoretyczne Metodyka-Praktyka*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s 112-118. .
12. *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, red. K. Węsierska, Katowice 2012.
13. Przybyła O., *(Nie) Lingwistyczne aspekty współpracy nauczyciela i logopedy*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, red. K. Węsierska, Katowice 2012, s. 131-149 .
14. E. Skorek, *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków 2000.
15. Śliwa S., *Profilaktyka Pedagogiczna*, Opole 2015.
16. Węsierska K., *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice 2012, s. 25-47 .
17. Węsierska K., *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń 2013.

Speech therapy prophylaxis - theoretical assumptions

Abstract

The article presents a proposal for modern speech therapy prophylaxis based on the assumptions of addiction and risky behavior prevention. The new approach restores speech therapy prophylaxis to its preventive (pre-emptive) character. The basis for planning preventive actions is knowledge of protective and risk factors

Keywords: prophylaxis, speech therapy prophylaxis, universal prophylaxis, selective prophylaxis, indicated prophylaxis, risk factors, protective factors