Arleta Lebda-Mackiewicz
Jolanta Małgorzata Szafrańska

Profilaktyka logopedyczna na poziomie wskazującym – przykład działań

Streszczenie

Współczesna profilaktyka powinna być interdyscyplinarna, bazująca na wiedzy o czynnikach ryzyka. W części pierwszej zawarto rozważania teoretyczne na temat tworzenia programów na poziomie profilaktyki wskazującej. Dalej przedstawiono propozycję programu dla dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym, nieprawidłowym torem oddychania, nieprawidłową budową narządów artykulacyjnych (skróconym wędzidełkiem). Opisano także czynniki ryzyka, możliwe przyczyny wystąpienia tych dysfunkcji oraz ich konsekwencje dla rozwoju mowy dziecka. W opracowaniu zamieszczono propozycje ćwiczeń dla dzieci z grup ryzyka, które mogą wykonywać w domu oraz przedszkolu. Przygotowano również prelekcję dla rodziców oraz ulotkę mające na celu uświadomienie, że wszelkie działania prewencyjne mogą pomóc zapobiec wystąpieniu zaburzeń mowy.

Słowa kluczowe: profilaktyka logopedyczna, profilaktyka na poziomie wskazującym, program profilaktyki logopedycznej na poziomie wskazującym

Wstęp

Już w latach 90. XX wieku Grażyna Jastrzębowska sygnalizowała pilną potrzebę zreformowania polskiego systemu opieki logopedycznej, ponieważ dzieci z zaburzeniami mowy stanowiły znaczny odsetek populacji i ich problem był już problemem społecznym[1].

Obecne badania potwierdzają występowanie zaburzeń mowy u 61% dzieci w wieku przedszkolnym[2], które wymagają systematycznej terapii logopedycznej. Aby w przyszłości sytuacja uległa zmianie, należy większy nacisk

[1] G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998.
[2] T. P. Wasilewski, *Rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym*, http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/wasilewski_p1p_1.pdf [dostęp: 4.02.2022].

położyć na „działania mające na celu zapobieganie problemom (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom) zanim one wystąpią”[3].

Nowocześnie pojmowana profilaktyka logopedyczna nie może być ograniczana do tradycyjnych starań o „wyraźną” wymowę u małych dzieci, czego wieloletnią realizacją były i nadal są ćwiczenia ortofoniczne w przedszkolach. Jest to konieczne, ale niewystarczające. Profilaktyka logopedyczna, tak jak sama logopedia, jest interdyscyplinarna (medyczno-lingwistyczno-psychologiczno-pedagogiczna). Ograniczanie jej do którejś z dyscyplin składowych stanowi nieporozumienie (np. troska o stymulację rozwoju mowy u małych dzieci, zawężona do zagadnień ściśle lingwistycznych)[4].

W odniesieniu do stopnia zagrożenia i prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości w przyszłości, wyodrębniono profilaktykę: uniwersalną, selektywną i wskazującą[5].

Profilaktyka wskazująca – założenia teoretyczne tworzenia programów

Profilaktyka wskazująca obejmuje swymi działaniami jednostki lub grupy osób, u których nakłada się kilka czynników ryzyka oraz występują wczesne objawy dysfunkcji, jednak jeszcze nie spełniają one kryteriów pozwalających na postawienie diagnozy choroby czy zaburzenia. Takie postrzeganie profilaktyki pozwala precyzyjnie zakwalifikować czynności do odpowiednich obszarów działania: promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia / terapii, postępowania po leczeniu / terapii.

W odniesieniu do logopedii działania na poziomie profilaktyki wskazującej rozpoczynają się od określenia potrzeb osób, i grup, które planujemy objąć działaniem. Wynika to z założenia, że:

- potrzeby logopedyczne w środowiskach (np. przedszkolnych) są bardzo zróżnicowane, mogą odbiegać od założeń osób przygotowujących program, zaś narzucony, „gotowy” program może nie wzbudzać zainteresowania potencjalnych odbiorców;
- badanie potrzeb uczestników, próba poznania czynników ryzyka zaburzeń mowy występujących w danym środowisku (pozyskiwanie tych informacji odbywa się również poprzez wywiad, rozmowę) może

[3] K. Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2005, nr 7-8, s. 159-160.
[4] K. Błachnio, *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej*, „Logopedia” 1995, t. 22, s. 21-32.
[5] J. Gebreselassie, *Rozważania wokół strategii w profilaktyce zaburzeń mowy*, [w:] *Dziecko – Edukacja artystyczna – Terapia*, red. L. Kataryńczuk-Mania, Zielona Góra-Skarbona 2016, s. 127-146.

wpłynąć na zainteresowanie zagadnieniami związanymi z mową i językiem.

Ważne jest również ustalenie celów programu profilaktycznego. Pozwalają one określić to, „co chcemy osiągnąć". Zazwyczaj w profilaktyce logopedycznej na poziomie wskazującym stawiamy sobie więcej niż jeden cel. Wynika to z założenia, że program powinien obejmować możliwie jak najszersze środowisko funkcjonowania człowieka. W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym działaniami obejmuje się m.in. również ich rodziców i nauczycieli, lekarzy pierwszego kontaktu. Formułując cele, należy zadbać o to, by były one:

- mierzalne (dzięki temu możliwe będzie przeprowadzenie ewaluacji, czyli poznanie na ile udało się osiągnąć założone cele);
- realne (możliwe do osiągnięcia w założonym czasie i w konkretnym środowisku);
- precyzyjnie sformułowane (ułatwi to planowanie działań, dobór odpowiednich metod, ćwiczeń oraz ewaluację).

Dobrze wytyczone cele profilaktyki umożliwią określenie czasu trwania programu, a także pozwolą na dobór odpowiednich strategii. Uważa się, że programy krótkotrwałe lub skupiające się na działaniach okazjonalnych, niesystematycznych nie przynoszą zadowalających efektów. Miarodajne są programy trwające minimum rok[6].

Realizacja każdego programu profilaktycznego, a programu na poziomie wskazującym w szczególności, wymaga zabezpieczenia odpowiednich zasobów. Należą do nich:

- zasoby ludzkie,
- zasoby materialne,
- czas.

Zasoby ludzkie to osoby prowadzące zajęcia oraz inne, które mogą być zaangażowane podczas realizacji programu. Są to w zależności od sytuacji: rodzice, nauczyciele, personel medyczny (lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, fizjoterapeuci i in.). Zasobami materialnymi są gotowe materiały i pomoce, miejsce do prowadzenia zajęć, możliwość powielania materiałów itd. Zasobem jest też czas, jakim dysponują uczestnicy programu, w przypadku dzieci przedszkolnych może to być pewien przedział czasowy wyodrębniony w planie zajęć. Na poziomie profilaktyki wskazującej należy uwzględnić także czas na

[6] P. Kaczor, *Zasady tworzenia programów profilaktycznych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2012, t. 18, nr 1, s. 55-58.

indywidualną pomoc i wsparcie logopedów oraz odpowiednio przygotowanych nauczycieli, pedagogów i specjalistów.

Nieodzownym elementem współczesnych programów profilaktycznych jest ewaluacja, czyli weryfikacja:

- Jak przebiega realizacja programu?
- Czy i w jakim stopniu udało się osiągnąć założone cele?

Ewaluację należy zaplanować przed rozpoczęciem programu. Powinno się określić: osobę (osoby) jej dokonujące, termin (terminy) ewaluacji, zastosowane metody, narzędzia i wskaźniki.

Kolejnym elementem jest opracowanie planu realizacji programu, określenie:

- Jak realizowany będzie program?
- Przez kogo będą wypełniane poszczególne zadania?
- Gdzie i kiedy będzie realizowany?

Na tym etapie można opracować scenariusze zajęć lub zestawy ćwiczeń.

W czasie realizacji programu, zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, przeprowadza się systematycznie ocenę jej przebiegu (ewaluację procesu). Po zakończeniu programu – ewaluację wyników według wcześniejszych założeń. Jest to podstawa do wprowadzania zmian w programie.

Działania profilaktyczne i strategie na poziomie profilaktyki wskazującej

Na poziomie profilaktyki wskazującej można wyodrębnić następujące rodzaje oddziaływań profilaktycznych:

- oddziaływanie na dziecko odbywa się poprzez rodziców – zalecane działania to: pedagogizacja rodziców, uwrażliwianie rodziców na popełniane błędy (załącznik nr 1);
- zachowania zorientowane na działanie: samodzielne poszukiwanie informacji, dostosowywanie działań do możliwości dziecka, rozwijanie własnych kompetencji rodzicielskich i komunikacyjnych,
- dostarczanie odpowiednich i adekwatnych informacji na temat uwarunkowań prawidłowego rozwoju mowy i czynników ryzyka (poprzez lekarzy szczególnie pediatrów i / lub pierwszego kontaktu, poprzez nauczycieli, opiekunów w przedszkolu) – działania te mają zapobiegać konkretnym zaburzeniom mowy, np.: jąkaniu, dyslalii.

Rozwijanie umiejętności ważnych z punktu widzenia prawidłowego rozwoju mowy, musi obejmować:

- dziecko (np. zakresie dużej i małej motoryki, artykulatorów),
- rodziców (np. dotyczące prawidłowego karmienia dziecka, odpowiedniego układania dziecka do snu, prowadzenia zabaw i rozmów rozwijających umiejętność słuchania i mówienia,
- nauczycieli (np. w zakresie emisji głosu zgodnie z teorią uczenia się dzieci przez naśladownictwo),
- lekarzy (np. prowadzenia badań przesiewowych).

Profilaktyka logopedyczna na poziomie wskazującym – propozycja programu

W programie wykorzystano wyniki badań Doroty Załuckiej i Magdaleny Łukasik. Na tej podstawie określono potrzeby w zakresie profilaktyki selektywnej i wybrano priorytety pracy.

Wyodrębniono trzy podstawowe objawy zaburzeń (dysfunkcji), które (jeśli nie wdrożymy działań profilaktycznych) przełożą się na nieprawidłowy rozwój mowy, a w konsekwencji na problemy w czytaniu, pisaniu i nabywaniu innych umiejętności potrzebnych do prawidłowego rozwoju. Są to:

1) obniżone napięcie mięśniowe,
2) nieprawidłowy tor oddychania,
3) nieprawidłowa budowa narządów artykulacyjnych – skrócone wędzidełko językowe.

Ad 1. Obniżone napięcie mięśniowe

Obniżone napięcie mięśniowe nie jest chorobą samą w sobie, a jedynie objawem lub skutkiem zaistniałych nieprawidłowości w układzie nerwowym, wad wrodzonych, chorób genetycznych lub nieprawidłowej pielęgnacji dziecka.

Konsekwencje obniżonego napięcia mięśniowego, tzw. hipotonii, zależne są od przyczyny, która je wywołała. Jeżeli można ją usunąć, często również stan zdrowia wraca do normy. Skutki dosięgają wszystkich płaszczyzn życia dziecka, które dotyczą dysfunkcji oddechowych, oddechowo-fonacyjnych oraz zaburzeń koordynacji ssania – oddychania – połykania, szczególnie, jeżeli problem ten pojawił się w niemowlęctwie.

Czynniki ryzyka obniżonego napięcia mięśniowego:
- wcześniactwo,
- cięcie cesarskie,
- niedotlenienie okołoporodowe,
- zaburzenia rozwoju/dojrzewania OUN,
- zakażenia ośrodkowego układu nerwowego (uszkodzenie mózgu toksynami, metalami ciężkimi itp.),
- przedłużająca się żółtaczka,
- choroby układu nerwowo-mięśniowego,
- choroby genetyczne (zespół Downa, zespół Pradera-Williego).

U starszych dzieci niskie napięcie mięśniowe odpowiedzialne jest za:
- wady postawy i zaburzenia ruchu (chodzenie na palcach, pośladki wypięte w tył, przeprosty w stawach kolanowym i łokciowym, koślawe kolana i stopy, problemy z koordynacją ruchów itp.),
- zaburzenia i wady wymowy,
- trudności w opanowaniu niektórych czynności,
- męczliwość i trudności w nauce.

Zaburzenia motoryki artykulacyjnej, w szczególności związane z nieprawidłowościami napięcia mięśniowego w obrębie narządów artykulacyjnych uniemożliwiają kształtowanie się prawidłowych zdolności fonacyjnych dziecka (niski, chrapliwy głos), tym samym negatywnie wpływają na kształtowanie się zdolności percepcji słuchowej; determinują nieprawidłowe gryzienie; żucie; przyczyniając się do wtórnych zmian anatomicznych, takich jak wady zgryzu czy wady artykulacji[7].

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 dziecko 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.

[7] *Logopedia. Standardy Postępowania Logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin 2015, s. 557-558.

Brak pionizacji języka prowadzi do infantylnego sposobu połykania, a co za tym idzie do rozwinięcia wady zgryzu, jakim jest tyłozgryz[8].

Warto uczyć swoje dziecko prawidłowego gryzienia – podawać twarde warzywa owoce i tym podobne, ponieważ to doskonałe ćwiczenie dla mięśni. Przydadzą się różnego rodzaju ćwiczenia narządów artykulacyjnych takie jak np.: cmokanie, rozciąganie ust w uśmiechu, posyłanie pocałunków, kląskanie itp. Można też próbować ćwiczyć język, pokazując dziecku kolejne jego pozycje. To wszystko przyczyni się z pewnością do poprawy napięcia narządów artykulacyjnych.

Ad. 2. Nieprawidłowy tor oddychania

Oddychanie jest podstawową, złożoną czynnością życiową dzięki której dokonuje się wymiana gazowa zewnętrzna (pobieranie tlenu i wydychanie tlenku węgla). U dzieci w wieku przedszkolnym często obserwuje się nieprawidłowy tor oddychania – tor ustny. Przyczyny tej dysfunkcji są różne, a ich skutki mogą wpływać niekorzystnie na rozwój dziecka.

Prawidłowy tor oddychania (przez nos, piersiowo brzuszny) wpływa na właściwy rozwój całej twarzy. Podczas przechodzenia przez nos powietrze jest oczyszczane, ogrzewane i nawilżane. Bardzo ważne jest, by dziecko oddychało przez nos zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy przez sen (oddech dziecka w czasie snu powinien być spokojny i cichy). Powietrze pobierane nosem powoduje masaż dna jamy nosowej i w sposób bezpośredni przyczynia się do poprzecznego rozrostu kości szczęki. Zapobiega to powstawaniu podniebienia gotyckiego. W trakcie aktu mówienia powietrze wdychane jest głównie ustami, a wydychane ustami lub nosem.

Oddychanie torem ustnym może być spowodowane:

- częstymi infekcjami kataralnymi,
- alergiami,
- polipami w nosie,
- skrzywioną przegrodą nosowa,
- obrzękiem błon śluzowych w jamie nosowej,
- powiększonymi migdałami podniebiennymi i powiększonym trzecim migdałem,
- stwierdzoną po urodzeniu wiotkością mięśni, obejmującą również hipotonię okolicy ustnej,

[8] https://przedszkole1sobotka.szkolnastrona.pl/art,3965,obnizone-napiecie-miesniowe-u-dzieci [dostęp: 5.05.2022].

– przekraczającymi 18 miesięcy parafunkcjami typu: ssanie nie odżywcze smoczka, palca, wargi, policzka,
– nieprawidłowościami w budowie aparatu artykulacyjnego: wadami zgryzu, skróconym wędzidełkiem podjęzykowym, podniebieniem gotyckim.

Rozróżniamy dwa typy oddychania przez usta: nawykowe i uwarunkowane organicznie – konstytucjonalne związane z nieprawidłową budową anatomiczną.

Skutki oddychania przez usta.

Nieprawidłowy tor oddechowy przyczynia się w dużej mierze do powstawania wad wymowy – stale otwarte usta doprowadzają do hipotonii (obniżenia napięcia mięśniowego) zarówno warg, jak i policzków. Brak równowagi w funkcjonowaniu mięśni języka, policzków i warg doprowadza do obniżenia pozycji języka z jego położenia fizjologicznego (przy podniebieniu). Osłabione w ten sposób mięśnie języka utrudniają znacznie jego pionizację w czasie kształtowania się mowy dziecka, a co za tym idzie – nabycie prawidłowej artykulacji wielu głosek, szczególnie *sz, ż, cz, dż*, *l* oraz *r*. Otwarte przez długi czas usta i nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka powoduje nadmierne wysuwanie języka do przodu, a to z kolei doprowadza do powstania seplenienia międzyzębowego (język wsuwa się między zęby). Wada może dotyczyć jednego lub trzech szeregów głosek: *s, z, c, dz; sz, ż, cz, dż* oraz *ś, ź, ć, dź*. Taka interdentalna wymowa może obejmować także głoski: *t, d, n, l, r*.

Uchylone usta implikują wyłączenie z czynnej pracy kolejnej grupy mięśni – podniebienia miękkiego. Jego mała ruchomość powoduje zaburzenia barwy głosu i nosowanie.

Nieprawidłowy tor oddechowy sprzyja również tworzeniu się wad zgryzu: zwężenie szczęki, tyłozgryz lub tyłożuchwie, protruzję (nadmierne wychylenia zębów przednich w stronę wargową) siekaczy górnych, zgryz krzyżowy boczny ora stany zapalne w przednim odcinku szczęki. Znaczny przerost migdałków podniebiennych powoduje zwężenie cieśniny gardzieli, co w istotny sposób ogranicza możliwość oddychania przez nos. Dziecko, starając się oddychać nosem, pomaga sobie, wykonując ruchy doprzednie żuchwy, co ściąga łuki podniebienno-gardłowe i podniebienno-językowe wraz z podniebieniem miękkim do dołu, czyniąc oddychanie przez nos dużo łatwiejszym. Wysuwanie żuchwy do przodu jest więc wyrazem kompensacji, która doprowadza do powstania przodozgryzu i przodożuchwia.

Patogenne oddychanie kształtuje wady postawy, gdyż eliminuje udział mięśni klatki piersiowej. W rezultacie następuje pozorne zapadnięcie mostka z powodu przemieszczania się barków do przodu, pogłębiania dołków nadobojczykowych i charakterystycznego odstawania kątów łopatek na plecach.

Dziecko oddychające przez usta jest niedotlenione, blade, mało aktywne, wykazuje objawy nadmiernej męczliwości, niespokojnie śpi, ma zaburzenia koncentracji.

W zależności od czasu wystąpienia przyczyny, nieprawidłowy tor oddechowy może pojawiać się na każdym etapie rozwoju dziecka, dlatego bardzo ważna jest obserwacja sposobu oddychania.

Gdy zaobserwujemy u swojego dziecka, że często oddycha ustami podczas snu lub w spoczynku, np. gdy słucha bajki – ma rozchylone usta, język ułożony płasko na dnie jamy ustnej lub wsunięty między siekacze, należy jak najszybciej ustalić przyczynę. Należy konsultować objawy z:

- lekarzem pierwszego kontaktu lub/i laryngologiem, który sprawdzi drożność nosa i górne drogi oddechowe;
- logopedą/neurologopedą – który także pomoże ocenić sposób oddychania, zaleci dodatkowe konsultacje w zależności od potrzeb i współwystępujących nieprawidłowości (np. z laryngologiem, fizjoterapeutą, ortodontą, neurologiem) oraz dobierze i poprowadzi odpowiednie ćwiczenia.

Należy pamiętać, że istotnym elementem terapii nieprawidłowego toru oddechowego jest usunięcie przyczyny, a także stałe monitorowanie drożności nosa i oddechu, który jak zostało wyżej wspomniane ma ogromne znaczenie dla rozwoju różnych funkcji u dziecka.

Ad. 3. Nieprawidłowa budowa narządów artykulacyjnych – skrócone wędzidełko języka (ankyloglosja)

Nieprawidłowości anatomiczne w obrębie narządów artykulacyjnych powodują zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania. Jedną z nieprawidłowości anatomicznych jest skrócone wędzidełko języka

Wędzidełko języka, to włóknisty twór, który łączy w linii środkowej dolną powierzchnię języka z dnem jamy ustnej. Kiedy jest za krótkie może uniemożliwić wytworzenie prawidłowego brzmienia niektórych głosek, zwłaszcza *sz*, *ż*, *cz*, *dż*, *l*, *r*.

Często stosowaną procedurą w przypadku ankyloglosji jest zabieg frenulotomii**.** Samo cięcie nie usprawnia języka, stwarza tylko możliwości jego

pionizacji. Wkrótce po zabiegu należy wznowić ćwiczenia pionizujące język oraz masaże.

Ćwiczenia powinny być wykonywane początkowo wolno, dokładnie i przed lustrem. Dzięki temu dziecko odczuwa, uświadamia, kontroluje i zapamiętuje położenie i ruch artykulatorów.

Każde ćwiczenie powinno mieć:

- swoją nazwę, np. konik, można dobrać do tego ćwiczenia np. rysunek;
- instrukcję wykonywania ćwiczenia – dobrze jest „podzielić" ćwiczenie na sekwencje, tj. np.: otwórz buzię, podnieś język do góry, staraj się czubkiem języka przesuwać po podniebieniu górnym.

Bardzo ważnym jest również to, aby każde ćwiczenie wykonywać z dzieckiem. Dzięki naszej aktywności dziecko będzie bardziej zorientowane, jak ma wykonać dane ćwiczenie, a nasze zaangażowanie będzie bardziej zachęcało do pracy.

Propozycje ćwiczeń dla dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym, nieprawidłowym torem oddechowym i ankyloglosją

Ćwiczenia usprawniające język

Winda – otwórz szeroko buzię, poruszaj językiem tak, jakby był windą – raz do góry, raz do dołu, nie wysuwaj języka poza zęby i usta, nie ruszaj żuchwą.

Uwaga **–** przy realizacji tego ćwiczenia dzieci często zaczynają ruszać żuchwą, w ten sposób sobie pomagają. Należy zwrócić uwagę, aby żuchwa pozostawała nieruchoma.

Liczenie ząbków – dosięganie językiem do każdego zęba na górze i na dole, z prawej i lewej strony, usta otwarte, zęby rozchylone.

Uwaga – dziecko podczas ćwiczenia może zacząć poruszać żuchwą na boki. Przy wykonywaniu tego ćwiczenia należy pilnować stabilności żuchwy.

Malarz – maluj sufit dużym pędzlem – usta otwarte i szerokim czubkiem języka „maluj" swoje podniebienie zaczynając od zębów przesuwaj język w stronę gardła i z powrotem; nie wysuwaj języka za obręb zębów.

Uwaga – podczas wykonywania tego zadania dziecko może „pomagać sobie" przesuwając żuchwę do przodu i do tyłu, a dodatkowo język może „uciekać" poza wargi. Należy pilnować, aby żuchwa pozostała nieruchoma, a język pracował tylko w jamie ustnej.

Konik – naśladowanie konika „stukając" przednią częścią języka o podniebienie, wydając przy tym charakterystyczny odgłos kląskania – usta otwarte, zęby

oddalone, język przyssany do podniebienia, energicznie odrywamy – kląskamy, żuchwa pozostaje nieruchoma. Kląskania można nauczyć dziecko za pomocą szpatułki, tj. przyklejamy szpatułką przednią część języka do podniebienia górnego i prosimy, żeby szybko odrywało język od podniebienia.
Uwaga – bardzo często ćwiczenie to jest wykonywane w nieprawidłowy sposób tj. dziecko zaczyna kląskać czubkiem języka, a nie jego szeroką, przednią częścią. Bardzo ważnym jest, aby pilnować ułożenia języka.

Ćwiczenia usprawniające wargi
Całuski – cmokamy posyłając do siebie buziaki, wargi ściągamy w dzióbek.
Uwaga – u dzieci z obniżonym napięciem mięśnia okrężnego warg występują trudności z domykaniem ust: dziecko posyła buziaki z otwartymi ustami, a ściągnięcie ust w dziubek jest wykonywane przy pomocy mięśnia bródkowego (bródka „marszczy się"), co jest nie prawidłowe. Należy zwrócić szczególną uwagę, aby wyeliminować pracę mięśnia bródkowego.
Niejadek – usta wciągamy w głąb jamy ustnej zasłaniając zęby, a następnie otwieramy i zamykamy usta.
Uwaga – należy uważać, aby dziecko nie napinało mięśnia bródkowego.
Balonik – nadymanie policzków, usta zamknięte (dla urozmaicenia bawimy się w baloniki, które pękają pod wpływem naciskania palcami).
Uwaga – jeżeli dziecko ma niskie napięcie mięśniowe lub niską sprawność podniebienia miękkiego (brak zwarcia podniebienno-gardłowego) może nie będzie w stanie wykonać tego ćwiczenia.
Rybka – powolne otwieranie i zamykanie warg tworzących kształt koła, zęby zwarte, pracują tylko wargi.
Uwaga – przy słabym napięciu mięśni wargowych dziecko może sobie pomagać poprzez spięcie mięśnia bródkowego. Może również próbować ruszać żuchwą. Należy zwracać uwagę, aby pracowały same wargi.
Świnka – wysuwanie obu warg do przodu, udając ryjek świnki (górne i dolne zęby powinny być widoczne).
Uwaga – przy próbie wykonania ćwiczenia dziecko może zacząć wysuwać głowę do przodu. Należy zwracać uwagę, aby dziecko nie poruszało głową.
Zmęczony konik – parskanie wargami, czyli nabieranie powietrza i wypuszczanie przez usta przy rozluźnionych ustach.
Uwaga – należy zwrócić uwagę, aby powietrze było wypuszczane z dużą prędkością co spowoduje wibrowanie warg.

Ćwiczenia podniebienia miękkiego

Ziewanie teatralne – ćwiczenie polega na prowokowaniu ziewania przy otwartych ustach.

Kaszel – ćwiczenie polega na imitacji kaszlu.

Kukułka – energiczne powtarzanie: *ku-ku ku-ku ku-ku*

Wymawianie sylab – *ha-ha*, *hi-hi*, *he-he*, *ho-ho*,

Balonik – nabieranie powietrza, zatrzymanie w policzkach, następnie wypuszczanie ustami.

Biedronka – przysysanie kolorowych kółeczek przez rurkę poprzez wciąganie powietrza i przenoszenie na obrazek biedronki - przy oddychaniu ustami powietrze wdychamy przez nos!

Ćwiczenia usprawniające żuchwę

Krowa – naśladowanie przeżuwania – usta zamknięte i udajemy, że żujemy np. trawę.

Uwaga – należy pilnować, aby nie przeciążać żuchwy, w przeciwnym razie zbyt intensywne ćwiczenia mogą doprowadzić do dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego.

Zamykanie i otwieranie domku – szerokie otwieranie ust, jak przy wymawianiu głoski „a", zęby są widoczne dzięki rozchylonym wargom.

Uwaga – należy zwrócić uwagę, aby nie poruszać żuchwą na boki.

Grzebień – wysuwanie żuchwy, zakładanie i poruszanie dolnymi zębami po górnej wardze. Cofanie żuchwy, zakładanie i poruszanie górnymi zębami po wardze i brodzie.

Uwaga – należy zwracać uwagę na dokładność i płynność ruchu. Ćwiczenie niewskazane dla osób z wadami zgryzu.

Ćwiczenia usprawniające motorykę dużą

Zabawy różnymi przedmiotami – skakanka, balon, piłka, woreczek, kule papierowe.

Zabawy z elementami płynnych ruchów obu ramion – toczenie, pełzanie, rzucanie, chwytanie, odbijanie. Można wykorzystać piłki, woreczki, kółka, obręcze itp.

Zabawy z elementami rytmicznych ruchów zmiennych obu ramion – naśladowanie ptaków, samolotów, „orły na śniegu" itp. – ruchy płynne, rytmiczne ruchy zmienne.

Kreślenie dużych płynnych ruchów różnego typu linii – w powietrzu, na tablicy, na dywanie, na gazecie itp.

Ćwiczenie równowagi i orientacji

Chodzenie po narysowanej linii, ławeczce gimnastycznej, równoważni, krawężniku.

Chody i marsze ze zmianą kierunku ruchu na określony sygnał (dźwiękowy, wzrokowy).

Ćwiczenia usprawniające motorykę małą

Usprawnianie czynności samoobsługowych – zapinanie guzików, zawiązywanie sznurówek, zasuwanie zamka.

Rysowanie równocześnie obiema rękami – na arkuszu papieru dziecko rysuje równocześnie obiema rękami proste linie poziome ku środkowi, doprowadzając do zetknięcia linii w jednym punkcie.

Malowanie palcem maczanym w farbie – kół, baloników, jabłuszek, piłeczek, ślimaczków itp.

Montowanie konstrukcji z gotowych elementów – klocków, krążków itp.

Modelowanie – (plastelina, modelina i inne tworzywa), zaczynając od prostych form, jak kulki czy wałeczki do coraz bardziej złożonych, wymagających łączenia różnych elementów.

Przewlekanie sznurków przez otworki w tekturkach. **Nawlekanie koralików**.

Wycinanie z papieru – różne figury geometryczne, kształty zwierzątek, kontury obrazków.

Układanki – dziecko układa z drobnych elementów, np. z kolorowych kółeczek, czy figur geometrycznych pewną całość. Mozaiki, pozwalające utworzyć np. tematyczny obrazek według. wzoru.

Przy obniżonym napięciu mięśniowym polecane są ćwiczenia **Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne** zalecane jest również korzystanie z zajęć na basenie i hipoterapii, która bardzo dobrze oddziałuje na wszelkie zaburzenia napięcia mięśniowego.

Ćwiczenia dla dzieci z nieprawidłowym torem oddechowym

Celem ćwiczeń oddechowych jest zmiana toru oddechowego z ustnego na nosowy.

Ćwiczenia oddechowe należy wykonywać:

- w przewietrzonym pomieszczeniu,
- przed jedzeniem lub 2-3 godziny po posiłku,
- systematycznie 2-3 razy dziennie przez ok. 2-3 min.

Ćwiczenia oddechowe u dzieci oddychającymi ustami rozpoczyna się od ćwiczeń warg (np. podanych wyżej), poinstruowania osoby ćwiczącej o konieczności nabierania powietrza nosem i wypuszczania go również nosem.

Ćwiczenia wspierające oddychanie nosem:

- żujemy trawę zamkniętymi ustami jak krówka,
- robimy dzióbek jak kurka,
- trzymamy szpatułkę między wargami i udajemy pieska z kością,
- mruczymy różne melodie z zamkniętymi ustami – murmurando,
- dmuchanie baniek mydlanych, ale nosem – uważać, aby dziecko nie nabrało płynu przez nos,
- dmuchanie na piórka umieszczone nosem (znajdujących się na kartce umieszczonej nad górną wargą, uwaga – piórka nie mogą być zbyt małe, by dziecko nie wciągnęło ich nosem).

Ważne: przed przystąpieniem do ćwiczeń u dzieci z nieprawidłowym torem oddechowym należy upewnić się, że została usunięta przyczyna nieprawidłowego toru oddechowego.

Bibliografia

1. Cieszyńska J., M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków 2020.
2. Gebreselassie J., *Rozważania wokół strategii w profilaktyce zaburzeń mowy*, [w:] *Dziecko – Edukacja artystyczna – Terapia*, red. L. Kataryńczuk-Mania, Zielona Góra–Skarbona 2016.
3. Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., *Logopedia Standardy Postępowania Logopedycznego, Podręcznik akademicki*, Lublin 2015.
4. Jastrzębowska G., *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998.
5. Ostaszewski K., *Kompendium wiedzy o profilaktyce*, [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, red. J. Węgrzycka-Giluń, Warszawa 2010.
6. Ostaszewski K., *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium" 2005, nr 7.
7. Pruszewicz A., *Foniatria kliniczna*, Warszawa 1992
8. Skorek E. M., Rządzka M., *Profilaktyka i terapia dysfunkcji oddechowych u dzieci*, Zielona Góra 2011.
9. Węsierska K., *Profilaktyka Logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, 2012.
10. Notatki własne z zajęć pn.: Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji.
11. https://przedszkole1sobotka.szkolnastrona.pl/art,3965,obnizone-napiecie-miesniowe-u-dzieci.

Speech therapy prophylaxis at the level of indication - an example of actions

Abstract

Contemporary prevention should be interdisciplinary, based on knowledge about risk factors. The first part contains theoretical considerations on the creation of programs at the level of indicated prevention. Next, a proposal for a program for children with reduced muscle tone, abnormal breathing pattern, abnormal structure of articulation organs (shortened frenulum) is presented. Risk factors, possible causes of these dysfunctions and their consequences for the child's speech development are also described. The study includes suggestions for exercises for children from risk groups that can be performed at home and in kindergarten. A lecture for parents and a leaflet were also prepared to raise awareness that all preventive actions can help prevent the occurrence of speech disorders.

Keywords: speech therapy prophylaxis, prophylaxis at the indicative level, speech therapy prophylaxis program at the indicative level

Załączniki

Załącznik nr 1

Prelekcja dla rodziców

Celem wykładu jest pedagogizacja rodziców, czyli uświadamianie, jak przebiega rozwój mowy u dziecka, na co zwrócić uwagę oraz co powinno zaniepokoić rodziców.

Mowa jest czynnością złożoną, w jej nadawaniu i odbieraniu bierze udział wiele struktur organizmu. Mowa zależy od prawidłowej budowy i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, narządów mowy, narządu słuchu.

1. Napięcie mięśniowe

Aby mowa dziecka rozwijała się prawidłowo, należy zwróć uwagę na sposób poruszania się dziecka, jego prawidłową postawę i odpowiednie napięcie mięśniowe

Dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym mają problem z utrzymaniem prawidłowych, aktywnych pozycji, np. siedzenie przy stole, często także, przyjmują nieprawidłowe i dziwne, nietypowe pozycje, podpierają głowę przy zabawie czy pisaniu oraz chodzą na palcach. Obniżone napięcie mięśniowe może dotyczyć także aparatu mowy, wówczas dziecko ma problemy z wypowiadaniem niektórych głosek, z uwagi na zbyt słabe napięcie mięśni w obrębie warg czy całej jamy ustnej. Dzieci często mają otwarte usta ze względu na wiotkie mięśnie w obrębie aparatu mowy. Prowadzi to do nieprawidłowego sposobu oddychania, przez usta, i utrwalanie tego nawyku. Obniżone napięcie mięśniowe może być jedną z przyczyn zaburzeń mowy i opóźnionego jej rozwoju

2. Sposób oddychania dziecka

W stanie spoczynku, we śnie, w zabawie, oglądaniu i innych sytuacjach oddychamy nosem, czyli wdychamy i wydychamy powietrze przez nos. Jeśli zauważysz, że dziecko bardzo często lub prawie zawsze ma otwartą lub uchyloną buzię, należy zgłosić się do lekarza i ustalić przyczynę takiego stanu. Ciągłe oddychanie ustami może powodować problemy z prawidłową wymową głosek, częste infekcje, a także problemy z prawidłowym połykaniem i utrzymaniem prawidłowej postawy ciała.

3. Ssanie, gryzienie, połykanie
Podawanie pokarmu z butelki ze smoczkiem oraz ssanie smoczka przez dziecko powinno trwać maksymalnie do 12 miesiąca życia dziecka. W tym okresie dziecko powinno już posiadać umiejętność gryzienia, a nie tylko połykania pokarmu. Gryzienie niezbędne jest do prawidłowego kształtowania się zgryzu, stymuluje pracę mięśni narządów artykulacyjnych potrzebnych do mówienia.

4. Jeśli dziecko ma problem z artykulacją niektórych głosek, nie może ich wypowiedzieć, zniekształca je lub opuszcza, przyczyną może być zbyt krótkie wędzidełko podjęzykowe. Wówczas należy udać się do logopedy w celu oceny jego sprawności.

Załącznik nr 2

Ulotka

