

Kamila Kuros-Kowalska

Natalia Moćko

Monika Pakura

Logopedki, doktorantki w Instytucie Języka Polskiego,
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Przesiewowe badanie mowy, czyli o czym żaden logopeda zapomnieć nie może

Pojęcie profilaktyki logopedycznej, diagnozy oraz terapii logopedycznej są z sobą ściśle powiązane

1. Profilaktyka

Działania prowadzone przez logopedów w celu zapobiegania występowaniu wad wymowy, wykrywania zaburzeń na jak najwcześniejszym etapie edukacji dziecka i zapobiegania ewentualnym dalszym następstwom w przypadku wykrycia zaburzeń nazywamy profilaktyką logopedyczną.

W ramach wspomnianych działań wyróżniamy profilaktykę:

- ▶ pierwotną (pierwszorzędową);
- ▶ wtórną (drugorzędową);
- ▶ trzeciorzędową.

Profilaktyka drugorzędowa to przede wszystkim wczesna identyfikacja, czyli przesiewy logopedyczne, które umożliwiają wyodrębnienie dzieci z tzw. grupy ryzyka występowania zaburzeń mowy i wczesna interwencja logopedyczna wobec tej grupy dzieci.

Przesiew jest krótkim i wstępnym badaniem, które umożliwia szybkie sprawdzenie istnienia ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w mowie. Zakłada więc wstępną diagnozę logopedyczną.

2. Przesiewowe badanie mowy

Test przesiewowy według Światowej Organizacji Zdrowia jest wstępną identyfikacją nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub ad, otrzymają

dzięki zastosowaniu tekstów i innych szybkich metod badania. Pozwala wyodrębnić w populacji osoby, które prawdopodobnie mają daną chorobę (zaburzenie), i osoby, które prawdopodobnie jej nie mają. Celem testu przesiewowego jest wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń w okresie, gdy można jeszcze odwrócić proces chorobowy lub zahamować tempo jego rozwoju (progresji). Celem testu, czyli podejrzeniem zaburzenia lub choroby, powinny być oddane procesowi diagnozowania w celu wykluczenia lub ustalenia rozpoznania i niezbędnego leczenia. Test przesiewowy jest pierwszą fazą programu przesiewowego (Moćko i in. 2012: 174; cyt. za Woynarowska 2000: 536-537).

Zadaniem przesiewowego badania mowy jest:

- ▶ **obserwacja sposobu komunikacji dziecka z otoczeniem z odniesieniem do możliwości dziecka na danym etapie rozwoju;**
- ▶ **określenie występujących barier komunikacyjnych;**
- ▶ **wstępne rozpoznanie ewentualnych nieprawidłowości w mowie dziecka;**
- ▶ **ewentualne skierowanie do specjalisty, który zweryfikuje poczynione spostrzeżenia.**

Przesiewami logopedycznymi powinien zajmować się wychowawca przedszkolny, nauczyciel, lekarz – każdy, kto ma kontakt z dziećmi! Prowadzenie przesiewów jest zatem zadaniem wszystkich pedagogów, ale zapoznanie ich z zasadami prowadzenia szybkich, wstępnych badań jest szczególnym zadaniem logopedów.

Szybka identyfikacja zaburzeń pozwala na natychmiastowe podjęcie działań związanych z terapią, która umożliwi korekcję wad i pozwoli na sprawną komunikację z otoczeniem, dlatego warto badać jak najwcześniej. Przesiewy powinno się prowadzić już w przedszkolach, wśród maluchów, dla których badanie zazwyczaj jest zabawą. Przesiew powinien zatem być skonstruowany w prosty i przejrzysty sposób ułatwiający przeprowadzenie badania nawet osobom niebędącym logopedami, powinien również trwać krótko – ok. 5. minut, co pozwoli na prowadzenie działań wstępnej diagnozy na dużej grupie dzieci.

2.1 Badanie uzupełniające może obejmować:

- ocenę sprawności narządów mowy,
- bardziej szczegółowe badanie artykulacji głosek, dzięki któremu możemy dokładnie określić rodzaj nieprawidłowości (*Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* I. Michalak-Widera, K. Węsierska; *Całościowe badanie logopedyczne* D. Emiluta-Rozya; *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży* I. Michalak-Widera),
- badanie kinestezji artykulacyjnej (karta badania motoryki [kinestezji] artykulacyjnej),
- badanie słuchu fonematycznego (*Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka* B. Rocławski; *Test do badania słuchu fonemowego* J. Gruba; *Posłuchaj, jak mówię* Liliana Madelska),
- badanie płynności mowy,
- test lateralizacji (*Test lateralizacji Piageta „pravo-lewo”*),
- orientacyjne badanie słuchu,
- badanie funkcji połykania (jest niezwykle istotne, ponieważ – jako czynność prymarna względem mowy – ma niebagatelny wpływ na jej jakość. *Analiza ruchów artykulacyjnych i ruchów wykonywanych podczas przyjmowania pokarmów, w tym podczas połykania, w tworzeniu dźwięków mowy (głosek) pokazuje, że następuje pewnego rodzaju skopiowanie czy odwzorowanie ruchów języka, warg, podniebienia obserwowanych podczas tych czynności o charakterze biologicznym* (Pluta-Wojciechowska 2011: 139; cyt. za Mackiewicz 2001),
- badanie funkcji oddychania (określenie toru – nos:usta),
- badanie analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej.

3. Diagnoza

Wynikiem diagnozy logopedycznej jest zebranie kompleksowych informacji niezbędnych do późniejszej realizacji terapii logopedycznej lub prewencji (Lechta 2012: 23). Diagnoza to nie tylko początek dalszego postępowania terapeutycznego, ale przede wszystkim pierwszy krok do skonstruowania programu terapeutycznego pacjenta, który będzie zakładał przygotowanie artykulatorów do wywołania głoski, wywołanie/korygowanie głoski, utrwalanie głoski i wdrażanie do poprawnej jej realizacji.

Diagnostyka może być realizowana na kilku poziomach, stąd wyróżnia się badanie orientacyjne (określa, czy u dziecka istnieje jakiekolwiek zaburzenie w mowie), badanie podstawowe (określa rodzaj nieprawidłowości), badanie specjalistyczne (dokładne zidentyfikowanie zaburzenia) (Lechta 2012). Niezależnie od tego, jakie badanie logopeda będzie przeprowadzał, nie można zapominać, że jest to swoista forma poznawania dziecka zarówno pod względem fizycznym, fizjonomicznym, jak i emocjonalnym, psychicznym. **Postawienie rzetelnej diagnozy jest początkiem skutecznej terapii!**

4. Programowanie terapii

- Programując indywidualną terapię logopedyczną należy kłaść nacisk na te ćwiczenia/treningi, które będą dopasowane do konkretnego zaburzenia i dzięki temu wpłyną na efektywne wyprowadzenie konkretnej wady wymowy.
- Logopeda musi całkowicie i bezwarunkowo akceptować swojego pacjenta - kontakt z nim wymaga od terapeuty całkowitego zaangażowania emocjonalnego, dystansowania się wobec własnego ego, szacunku, postawy nieoceniającej, pozytywnego nastawienia i otwartości na niego (Jeziorczak, Chrostek 2012; cyt. za Knapp 2009).
- W gabinecie logopeda powinien mówić w sposób zrozumiały (często opisowy) zarówno do dziecka, jak i jego rodziców. Bardzo ważne jest to, by wprowadzić przyjazną atmosferę podczas zajęć.
- Logopeda musi dbać o dobre relacje z dzieckiem i jego rodziną. Specjalista nie może okazywać dziecku ani jego rodzicom zniecierpliwienia, niezadowolenia z niedostatecznych postępów terapii.
- W trakcie terapii logopeda powinien nieustannie motywować dziecko i jego rodzinę do ćwiczeń i pozytywnie wzmocniać każdy najmniejszy postęp.
- Ważne jest to, by regularnie doceniać dziecko za jego wysiłek i postępy, nagradzając dobrym słowem lub małą nagrodą – pieczątką czy naklejką. Nie można jednak zapominać, że **warunkiem osiągnięcia postępów terapii logopedycznej jest regularna praca z logopedą oraz dobra współpraca z rodziną.**
- Podczas terapii logopeda musi unikać schematyzmu i podchodzenia w identyczny sposób do – tylko pozornie – podobnej wady wymowy, którą

ma kolejne dziecko. Warto wprowadzać różnorodne formy ćwiczeń, by nie doprowadzić do zmęczenia i znużenia małego pacjenta.

- Terapia nie może zakładać jedynie wywołania poszczególnych dźwięków mowy i utrwalania ich; w trakcie zajęć dziecko powinno poznawać świat wszystkimi zmysłami. Należy pamiętać o wzbogacaniu słownictwa i utrwalaniu go w toku spotkań, podczas których nie wolno zapomnieć, jak ważna dla rozwoju dziecka jest forma zabawy i ruchu.

Programowanie terapii powinno brać pod uwagę, przyczynę, rodzaj i ciężkość zaburzenia.

Bibliografia:

1. Chrostek A., Jeziorczak B., 2012: *Wstępna identyfikacja zaburzeń mowy – przesiewy logopedyczne w praktyce nauczyciela*. W: Węsierska K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. Tom I*. Katowice. s. 197-210.
2. Moćko N., Sroka A., Szlachta M., 2012: *Wstępna identyfikacja zaburzeń mowy – przesiewy logopedyczne w praktyce nauczyciela*. W: Węsierska K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. Tom I*. Katowice. s. 169-185.
3. Lechta V., 2012: *Wprowadzenie do teoretycznych i metodycznych podstaw logopedii*. W: Gunia G., Lechta V., red.: *Wprowadzenie do logopedii*. Kraków. s. 15-32.
4. Węsierska K., 2013: *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Toruń.
5. Grabias S., 2001: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: Grabias S., red.: *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka*. Lublin. s. 11-44.
6. *Bliźniacze słowa*, L. Madelska. Lublin 2012.
7. *Kwestionariusz do badania mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, I. Michalak-Widera. Katowice 2000.
8. *Słuch fonemowy i fonetyczny*, B. Roślowski.
9. *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, I. Michalak-Widera, K. Węsierska. Katowice 2012.