

Zofia DYSARZ

WSP w Bydgoszczy

Rozwój i zaburzenia mowy w świetle współczesnych koncepcji zdrowia

Wyniki badań dotyczących poziomu rozwoju mowy współczesnych dzieci polskich (Dysarz 1996, Kielar-Turska, 1989a,b, 1995, Przetacznik-Gierowska 1987, 1989, 1993) wskazują na potrzebę analizy jakości opieki rodzinnej i instytucjonalnej wobec dziecka będącego w okresie rozwoju mowy. Ważnymi czynnikami tej opieki są koncepcje zdrowia przyjęte przez społeczeństwo i jednostki. Nasuwa się potrzeba przeprowadzenia analizy relacji między dwoma współcześnie funkcjonującymi paradygmatami zdrowia i systemu opieki logopedycznej w Polsce. Rozważania te wydają się ważne dla opracowania zasad organizacji ochrony zdrowia w zakresie rozwoju mowy u dzieci oraz efektywnych programów terapeutycznych. Dychczasowy system opieki nad rozwojem mowy u dzieci (przeważa model biomedyczny) nie zapewnia optymalnego rozwoju mowy dziecka, jest nieekonomiczny oraz nie przystaje do standardów w krajach Unii Europejskiej. Kielar-Turska (1995) stwierdza, że „Człowiek to osoba komunikująca się z innymi” (s. 14). Można przyjąć, że poziom rozwoju kompetencji komunikacyjnych określa jakość życia jednostki ze względu na możliwości osiągnięcia ważnych dla niej celów interakcyjnych.

Biomedyczny paradygmat zdrowia

Kartezjańsko-Newtonowska koncepcja zdrowia wprowadza mechanistyczne rozumienie organizmu ludzkiego, a chorobę ujmuje jako uszkodzenie jednego elementu maszyny, do której porównywano ciało ludzkie. Leczenie człowieka polegało więc na „naprawianiu” uszkodzonej jego części. Zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu interpretowano w kategoriach biologicznych z pominięciem czynników psychicznych i społecznych. Spojrzenie takie ograniczało interdyscyplinarny opis dolegliwości ludzkich. Domenę w sprawowaniu ochrony zdrowia pełnili przedstawiciele nauk medycznych. Koncentrowano się głównie na chorobie, a nie na rozwoju człowieka. Na bazie tej koncepcji powstał biomedyczny model ochrony zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 1996).

Holistyczny paradygmat zdrowia i biopsychospołeczny model ochrony zdrowia

Koncepcja ta wynika z systemowego ujmowania człowieka i jego środowiska. Oznacza to prymat całości nad częścią oraz przekonanie, że funkcjonowanie człowieka jest wielopłaszczyznowym i wielokierunkowym systemem wzajemnych zależności. Ważną właściwością tego systemu jest twórcze przyswajanie przez podmiot nowych form działania.

W holistycznym paradygmacie zdrowia zakłada się występowanie współzależności ciała i psychiki zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie (Dolińska-Zygmunt, 1996). Równowaga i integralność sił w organizmie osiągana jest dzięki zasobom biologicznym i psychicznym oraz integracji ze środowiskiem przyrodniczym i społecznym (Dolińska-Zygmunt, 1996, Sheridan, Radmacher, 1998). Pogląd ten był już głoszony przez Hipokratesa, który uważał, że zdrowie to dobre samopoczucie, a choroba jest wynikiem zakłócenia równowagi między człowiekiem a otoczeniem. Takie ujęcie zdrowia stwarza konieczność udziału w ochronie zdrowia wielu podmiotów związanych z naukami medycznymi i innymi dyscyplinami naukowymi, jak również struktur rządowych, organizacji pozarządowych oraz poszczególnych jednostek.

Istnieje wiele definicji zdrowia wynikających z holistycznej perspektywy oglądu człowieka. Oprócz aspektu biologicznego zdrowia wprowadza się w nich również aspekt psychiczny, społeczny, kulturowy i socjologiczny. Światowa Organizacja Zdrowia w 1947 r. definiuje zdrowie jako dobrostan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub ułomności (Karski, 1994). Parsons (socjolog) w 1951 r. określa zdrowie jako „stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji (cyt. Karski, 1994, s. 18). Znaczenie percepcji podmiotu własnego zdrowia akcentuje definicja zdrowia zawarta w „Wielkim słowniku medycznym” ujmująca je jako „stan pełnej sprawności fizycznej i społecznej potwierdzony subiektywnie i obiektywnie, również przez badanie lekarskie”, (1996, s. 1542). Amerykański „Słownik encyklopedyczny — Medycyna” (1992) w tym samym duchu definiuje zdrowie: „1. ogólny stan organizmu, może być dobre i słabe. 2. Dobrostan ciała i umysłu, wolny od choroby, zaburzenia lub niepełnosprawności” (1997, s. 566).

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała model ochrony zdrowia opublikowany pt. „Zdrowia dla wszystkich w 2000 roku” w 1978 r. W dokumencie tym akcentuje się jako ważne dla ochrony zdrowia takie czynniki, jak: (1) aktywność społeczności lokalnych, (2) wielodyscyplinarność usług zdrowotnych, (3) profilaktyka zaburzeń, promocja zdrowia i rehabilitacja, (4) określenie czynników ryzyka w rodzinie i w miejscu pracy, (5) zwiększenie przez ludzi poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie (Mellibruda, 1988). W modelu tym ważne miejsce zajmuje promocja zdrowia, która oznacza ochronę zdrowia. Równolegle funkcjonuje profilaktyka jako przeciwdziałanie chorobie. Noack i Abelin definiują promocję zdrowia jako „zintegrowane na różnych poziomach działanie, które ma wpływ na relację pomiędzy zdrowiem i ekonomią, zdrowiem i środowiskiem, zdrowiem i społeczeństwem, zdrowiem i jednostką” (cyt. Karski, 1994 s. 22). Promocja zdrowia zwiększa kontrolę społeczną i jednostki nad czynnikami ważnymi dla zdrowia.

Współczesne koncepcje zdrowia a ochrona rozwoju mowy

Paradygmat biomedyczny stwarza zbyt wąską perspektywę dla rozważań o rozwoju mowy, ze względu na jej biopsychospołeczne właściwości. Biologiczne, psychologiczne, edukacyjne i socjologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy mogą funkcjonować zarówno jako przyczyny, jako zmienne pośredniczące oraz jako konsekwencje zdarzeń. Model biopsychospołeczny stwarza pełniejsze i bardziej precyzyjne możliwości dla badań, analizy zjawisk, jak i terapii mowy, ponieważ umożliwia uwzględnianie w programie ochrony zdrowia i w programie terapii istotnych zmiennych:

- 1) wielopłaszczyznowego opisu uwarunkowań i konsekwencji zaburzeń mowy (wynika to z systemowego ujmowania człowieka i jego środowiska),
- 2) subiektywnej oceny poziomu rozwoju mowy własnej przez dziecko (wynika z postulatu potwierdzenia pełnej sprawności fizycznej i psychicznej również subiektywnie),
- 3) profilaktyki, promocji zdrowia i rehabilitacji (wynika z rozszerzenia zagadnień związanych ze zdrowiem również o problematykę ochrony zdrowia oraz rozwoju człowieka),
- 4) prawa dziecka do pełnego rozwoju fizycznego i psychicznego, do realizacji własnych aspiracji i możliwości, zaspokajania potrzeby satysfakcji z relacji społecznych i pełnionych ról (rozszerzenie zainteresowań zdrowiem o funkcjonowanie społeczne jednostki),
- 5) pomocy rodzicom, nauczycielom i społecznościom lokalnym w podejmowaniu świadomej aktywności dla rozwoju mowy swoich dzieci.

Ad 1. Umiejętności komunikowania się rozwijają się w kontakcie z członkami grupy społecznej. Doświadczenia językowe i komunikacyjne są twórczo przetwarzane przez dziecko. Istotne w tym procesie są właściwości rozwoju struktur i funkcji obwodowych i ośrodkowych narządów mowy oraz właściwości rozwoju psychicznego dziecka (kognitywne, spostrzeżeniowe, emocjonalne, motoryczne i inne). Elementy te są ze sobą w sposób złożony powiązane. Dlatego też dla potrzeb opisu poziomu rozwoju mowy, jak i opracowania terapii logopedycznej niezbędne jest kompleksowe, całościowe podejście. A. Eliasz stwierdza: „Skuteczna terapia nie może ograniczać się do korekty jedynie pewnych właściwości ich zachowań, ale wymaga na ogół zmiany systemu „dziecko – środowisko” (1993, s. 28). Systemowy obraz dziecka z zaburzeniami mowy ułatwia konstruowanie diagnozy i terapii funkcjonalnej. Przeciwwstawieniem myślenia o zdrowiu w kategoriach związku człowieka ze środowiskiem jest myślenie w kategoriach izolowanych zmiennych. Konsekwencją myślenia o zdrowiu w kategoriach izolowanych zmiennych na gruncie logopedii jest ograniczanie oddziaływań wobec dziecka z utrudnioną komunikacją tylko do oddziaływań o charakterze korekty „artykulacyjnej”, która jest formą uproszczonej pedagogiki i niewłaściwych rozwiązań praktyczno-organizacyjnych. Terapia logopedyczna w tym ujęciu może być procesem „urabiania jednostki” i często może doprowadzać wręcz do dławienia spontanicznej aktywności w komunikowaniu się dziecka z otoczeniem. Kielar-Turska (1991), powołując się na holistyczną koncepcję oglądu rzeczywistości, pisze o terapii logopedycznej: „stosując podejście molarne należałoby zawsze brać pod uwagę całe zachowanie jednostki, a nie tylko zaburzone reakcje jakiegoś typu: a więc, na przykład nie tylko zaburzoną wymowę czy zakłócenia w systemie morfologicznym”, s. 49.

Ad 2. Uwzględnienie obok wymiaru obiektywnego, również wymiaru subiektywnego odczuwania dobrostanu fizycznego i społecznego otwiera perspektywę dla zainteresowań rodzica, nauczyciela i logopedy percepcją dziecka własnych możliwości komunikacyjnych. Rozwój mowy jest istotnie zdeterminowany „filtrem emocjonalnym”. Dziecko, które ma niską samoocenę siebie w roli nadawcy czy odbiorcy, mniej skutecznie osiąga swoje cele komunikacyjne w interakcji społecznej oraz charakteryzuje go mniejsza dynamika rozwoju mowy (ma to wyraźne konsekwencje w przypadku dzieci z zaburzonym rozwojem psychicznym).

Podobnie ma się rzecz z percepcją dziecka sytuacji uczuciowej w rodzinie. W zależności od tego czy spostrzega ją pozytywnie, ambiwalentnie, czy niekorzystnie — kształtuje się określony kod komunikacyjny i aktywność komunikacyjna (Dysarz, 1996, Przetacznik-Gierowska, 1993).

Ad 3. Dla celów programu ochrony zdrowia (również profilaktyki i promocji zdrowia) w zakresie rozwoju mowy można opracować zespół czynników nie tylko przeciwdziałających powstawaniu zaburzeń mowy, ale również tych, które pozwalają na optymalny rozwój mowy. Takie ujęcie wymaga integracji oddziaływań z obszaru wychowania, profilaktyki i terapii. Oznacza to rozszerzenie metod korygujących wadliwą wymowę o metody usprawniające kompetencję komunikacyjną.

Ad 4. Stworzenie warunków dla pełnego rozwoju mowy u dziecka jest jednym z ważnych postulatów dla osiągnięcia zdrowia oraz realizacji jego ludzkich praw (Fröhlich, 1998). Jakość kodu komunikacyjnego jest jednym z istotnych predyktorów efektywnej i udanej komunikacji (patrz Puzynina, 1997), jak i swobodnego dostępu do edukacji i odbioru dóbr kultury symbolicznej. Zaburzenia mowy mogą hamować twórczy rozwój dziecka. W przypadku dzieci z zaburzeniami w rozwoju psychicznym (upośledzenie umysłowe, uszkodzenie słuchu, autyzm), nieudostępnienie środków skutecznej komunikacji może zahamować nie tylko rozwój mowy, ale również inne sfery rozwoju psychicznego, oraz drastycznie obniżać jakość ich życia. Dzieci szkolne z zaburzeniami mowy mogą doświadczać krytycznych sytuacji związanych z trudnościami w komunikowaniu się w mowie i piśmie. Mogą to być: (1) niższe osiągnięcia w nauce, (2) uboższy kontakt werbalny z nauczycielem i z kolegami. Sytuacja ta może wpływać na procesy przystosowania się psychospołecznego (Spionek, 1985, R. Poprawa, 1996). W definicjach zdrowia opartych na holistycznym ujęciu jednostki i jej otoczenia oraz w wynikającym z nich modelu biopsychospołecznego zwraca się uwagę na prawo dziecka do pełnego rozwoju i realizacji swoich aspiracji. W biomedycznym modelu takie aspekty rozwoju jednostki najczęściej są pomijane.

Ad 5. Raport Światowej Organizacji Zdrowia alarmuje, że zwiększa się liczba chorób wyjaśnianych przyczynami środowiskowymi. Zaburzenia w rozwoju mowy należą do zaburzeń określanych w wysokim stopniu jakością oddziaływań pielęgnacyjno-wychowawczo-terapeutycznych. Wskazana jest więc pomoc w przygotowaniu środowiska rodzinnego i przedszkolnego do właściwego wypełniania wyżej wymienionych oddziaływań. Można tu przytoczyć hasło Światowej Organizacji Zdrowia, że zdrowie zaczyna się w domu (Kuński, 1997). Kaczmarek (1977, 1991) wzywa rodziców i instytucje zdrowia do opieki logopedycznej od poczęcia dziecka. Jednocześnie Lewis (1988) stwierdza, że współcześnie u wielu rodziców występuje tendencja do przekazywania ekspertom praw do opieki nad rozwojem własnego dziecka. W badaniach Kielar-Turskiej (1995) dzieci z rodzin chłopów-robotników prezentowały niski poziom rozwoju mowy, co jest wyjaśniane brakiem oddziaływań stymulujących rozwój mowy przez

środowisko rodzinne. Tymczasem wiadomo, że społecznym motorem rozwoju mowy jest miłość między dzieckiem i rodzicami, która jest komunikowana wzajemnie w formie językowego i niejęzykowego dialogu (Kaczmarek, 1997, 1991; Schaffer, 1981, 1995). Właściwości kodu komunikacyjnego również wywodzą się z cech relacji interpersonalnych w rodzinie (Bernstein, 1980). W związku z tym pomoc rodzicom w przyjmowaniu przez nich autonomicznej postawy wychowawczej wobec własnych dzieci może przynieść korzyść w postaci: (1) podwyższenia poziomu wiedzy rodziców i nauczycieli o zasadach i uwarunkowaniach ważnych dla prawidłowego rozwoju mowy u dzieci, (2) wrażliwości na czynniki ryzyka zaburzeń w rozwoju, (3) wczesnej diagnozy i terapii logopedycznej, (4) odnalezienia w sobie twórczych sił dla wspierania rozwoju mowy oraz ewentualnie dla prowadzenia terapii zaburzeń w rozwoju mowy.

Niektóre aspekty stanu opieki logopedycznej w Polsce

Panująca często w strukturach organizacyjnych służby zdrowia tendencja do biomedycznego ujmowania ochrony zdrowia wyraźnie ujawnia się w nieobecności logopedów w zespołach sprawujących opiekę nad rozwojem dziecka w rejonowych poradniach dla dzieci chorych i zdrowych. Lekarze funkcjonujący w biomedycznym paradygmacie często zgłaszają rodzicom potrzebę kontaktu z logopedą dopiero przed rozpoczęciem nauki szkolnej lub w ogóle tego nie czynią. Niekorzystny wpływ na tę sytuację wywiera dosyć mocno utrwalone przekonanie w naszym społeczeństwie o tym, że mowa zawsze sama się pojawia w rozwoju dziecka, a pewne opóźnienie nie ma konsekwencji dla rozwoju psychicznego dziecka. Przeszkodą jest tu również wynikające z biomedycznej koncepcji zdrowia niedostateczne przekonanie niektórych lekarzy i rodziców do skuteczności oddziaływań natury wychowawczo-edukacyjno-rehabilitacyjnej. Pewnym potwierdzeniem tej sytuacji jest stosunek Regionalnych Kas Chorych do tego typu zabiegów (reprezentant jednej z nich wyjaśniał w programie telewizyjnym odmowę podpisywania umów z pracownikami ośrodków rehabilitacyjnych, nazywając zabiegi tam wykonywane jako edukacyjne i rehabilitacyjne, a nie lecznicze). Tymczasem obserwacje kliniczne oraz badania longitudinalne na temat rezultatów wczesnej terapii logopedycznej z aktywnym współudziałem rodziców przynoszą dane o dużych możliwościach potencjału rozwoju mowy u dzieci z zaburzonym rozwojem (Dysarz, 1988).

Silverman stwierdza, że medycyna określa tylko 10% wariancji wskaźników oceny stanu zdrowia, pozostałe to: indywidualny styl życia oraz warunki społeczne i ekologiczne (Dolińska-Zygmunt, 1996). Stąd w badaniach dotyczących poziomu rozwoju mowy u dzieci otrzymujemy zróżnicowane wyniki ze względu na warunki socjokulturowe i emocjonalne w rodzinie (Dysarz, 1996; Kielar-Turska, 1988, 1995; Przetacznik-Gierowska, 1986, 1989, 1993). Zasad ochrony rozwoju mowy zorganizowanych według biomedycznego modelu nie są w stanie zmienić wpływy samych logopedów, którzy dążą do włączenia się w biopsychospołeczny model ochrony zdrowia. Organizatorzy służby zdrowia i edukacji spostrzegają często logopedów jako tzw. „pracowników z pogranicza”, czyli niedostatecznie niezbędnych do pełnienia zadań statutowych placówki. Tymczasem wiadomo, że na świecie akcentuje się wagę umiejętności badawczych i terapeutycznych wymagających łączenia wiedzy z wielu dyscyplin (a do takich należy logopedia).

Poziom rozwoju mowy i częstość występowania zaburzeń wymowy — badania własne

Brak właściwej oceny koncepcji ochrony zdrowia i jej realizacji może być bardzo kosztowny w wymiarze ekonomicznym, społecznym i indywidualnym. Ważną informacją dla podjęcia takiej aktywności przez organizatorów służby zdrowia i edukacji jest ocena poziomu rozwoju mowy u dzieci. Istnieje wyraźna potrzeba danych o częstości występowania zaburzeń mowy i wymowy (brak wyników badań empirycznych w literaturze polskiej). Badania poziomu rozwoju mowy (Dysarz, 1996) wykazały, że ponad 50% dzieci 6–7-letnich badanej populacji (dzieci wielkomiejskie, rodzice z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym) wykazywało pewne deficyty zarówno w zakresie subumiejętności kompetencji językowej, jak i komunikacyjnej. Dzieci miały trudności w rozumieniu struktur gramatycznych zdań, w zauważaniu i korygowaniu zdań niespójnych semantycznie, w konstruowaniu narracji, w rozwiązywaniu zagadek oraz w zakresie kompetencji komunikacyjnej (na przykład w wypowiadaniu się w roli). Dzieci te ujawniały niskie możliwości językowe w wyrażaniu wiedzy o świecie. Można więc przewidywać ograniczenia w pełnym rozumieniu przez te dzieci języka ich nauczycieli oraz w percepcji kultury symbolicznej.

Badania poziomu rozwoju wymowy przynoszą również niepokojące wyniki (tab. 1). Wykonałam je dwukrotnie (w 1989 r. i w 1999 r.), posługując się tym samym kwestionariuszem opartym na propozycjach Styczek 1970, Minczakiewicz (1990, 1996). Wykorzystano również materiał językowy według układu Antos, Demel i Styczek (1967). W badaniu z 1989 r. uczestniczyło 1166 dzieci z Bydgoszczy, a w 1999 r. uczestniczyło 893 dzieci pochodzących ze wsi, małych miast i dużych miast Polski północnej. Ze względu na bardzo częstą odmowę ujawniania danych o wykształceniu rodziców (wyjaśniano ten stan rzeczy ochroną danych personalnych) nie można podać pełnej charakterystyki socjokulturowej badanych dzieci. Badanie w 1989 r. wykonałam osobiście i indywidualnie z każdym dzieckiem. Badanie z 1999 r. wykonali studenci III roku logopedii oraz studenci studiujący nauczanie i wychowanie wczesnoszkolne (WSP w Bydgoszczy). Badania te również przeprowadzano indywidualnie. Badano grupy przedszkolne dzieci 6–7-letnich w miejscu zamieszkania lub pracy studentów. Do badania kwalifikowano tylko dzieci chętnie wyrażające na nie zgodę. Badano poziom imitacji bodźców językowych przez dzieci, narrację oraz mowę spontaniczną (np. w dialogu). Wymowa każdej głoski języka polskiego badana była na różnych poziomach złożoności językowej (głoska w izolacji, w sylabie, w wyrazie, zdaniu, narracji). Analiza zebranego materiału odbywała się według tych samych ustalonych kategorii. Każdy wypełniony kwestionariusz analizowałam i dane rejestrowałam w arkuszu wyników. U około 32% badanych dzieci w 1989 r., jak i w 1999 r. wystąpiły zaburzenia wymowy. Zaznaczyło się wyraźne zróżnicowanie częstości występowania zaburzeń wymowy w zależności od płci: u chłopców znacznie częściej niż u dziewcząt. Częściej występuje dyslalia wieloraka prosta i wieloraka złożona niż dyslalia jednoraka (wadliwa wymowa jednej głoski). Analizując różnice w wynikach dwóch pomiarów, należy odnotować znaczne zmniejszenie występowania dyslalii właściwej i wymowy bezdźwięcznej w pomiarze w 1999 r. Interpretując ten znaczny spadek przypadków dyslalii właściwej, można odwołać się do bardziej powszechnego zjawiska karmienia naturalnego niemowląt odnotowanego w ostatnich czasach. Jest to dowód na zależność pozio-

mu rozwoju mowy od sposobu opieki nad dzieckiem. Objawem współwystępującym z dyslalią są nieraz zmiany w strukturach języka, takich jak wyraz, zdanie, narracja, czyli: elizje, upraszczanie wymowy grup spółgłoskowych oraz zaburzenia wymowy połączeń międzywyrazowych. Zjawiska te mogą wywoływać trudności otoczenia w odbiorze tekstów językowych budowanych przez te dzieci. W przypadku około 4% dzieci z zaburzeniami wymowy w pomiarze z 1999 r. odnotowano niską aktywność językową w interakcjach społecznych, niski poziom eksplikatywności narracji oraz ubogi zasób leksykalny.

Tab. 1. Częstość występowania i właściwości zaburzeń wymowy u dzieci 6 – 7-letnich (%)

Lp.	Badany problem	1988 r. N = 1166	1999 r. N = 893
1	Częstość występowania u dzieci zaburzeń wymowy	31,56	31,91
2	Częstość występowania u dzieci zaburzeń wymowy w zależności od płci:		
	dziewczynki	34,79	36,15
	chłopcy	65,21	63,85
3	Odmiany dyslalii:		
	dyslalia jednoraka	4,34	15,18
	dyslalia wieloraka prosta	64,41	41,22
	dyslalia wieloraka złożona	31,25	42,60
4	Rodzaje dyslalii:		
	dyslalia właściwa	35,31	5,93
	wymowa bezdźwięczna	8,69	3,47
5	Zmiany w strukturach języka (wyraz, zdanie i opowiadanie):		
	elizje	2,98	1,34
	upraszczanie grup spółgłoskowych	4,89	5,59
	zaburzenia wymowy połączeń międzywyrazowych	6,79	5,5

Gromadzono również dane na temat kontaktu dziecka z logopedą. Każde dziecko wśród badanej populacji z zaburzoną wymową w 1989 r. miało możliwość odbycia terapii logopedycznej. Jednak podjęło ją około 30% dzieci (rodzice pozostali nie zgłaszali się na zaproszenie autora badań do Poradni Wychowawczo-Zawodowej celem odbycia terapii). Uzyskane dane w tym zakresie w badaniu z 1999 r. są niekompletne. Wynika z nich, że dzieci ze wsi mogą dojeżdżać z rodzicami do logopedy w większym ośrodku, lecz niewielu rodziców systematycznie kontynuuje terapię, często ją wręcz przerywając. Dzieci z miast najczęściej terapię logopedyczną odbywają w przedszkolu u logopedy, ale dopiero przed pójściem do szkoły. Badanie logopedyczne, oddziaływania profilaktyczne czy stymulujące rozwój mowy we wczesnej ontogenezie dziecka z zaburzonym rozwojem mowy odnotowano w badanej populacji bardzo rzadko (pomimo opublikowanego w 1991 r. przez L. Kaczmarka Modelu Opieki Logopedycznej w Polsce, w którym postuluje wprowadzenie zasady wczesnej diagnozy i terapii logopedycznej).

Często nieznane są kompetencje i formalne prawa wykonywania zawodu osób zgłaszających się z ofertą przeprowadzania terapii logopedycznej do przedszkoli (na ogół nie przeprowadza się takiej oceny, a usługi opłacają rodzice).

Wysokie liczby dzieci z zaburzeniami w rozwoju wymowy, późna diagnoza i terapia logopedyczna, ograniczony dostęp dzieci do logopedy, brak promocji zdrowia w zakresie rozwoju mowy — nasuwają refleksję o potrzebie wprowadzenia zmian do systemu opieki logopedycznej w Polsce. Wskazane jest: (1) opracowanie i wdrożenie programu opieki logopedycznej od poczęcia według biopsychospołecznego modelu ochrony zdrowia, (2) podjęcie szerszych badań dotyczących poziomu rozwoju mowy u dzieci, począwszy od wczesnej ontogenezy.

Literatura

- Antos D., Demel G., Styczek I. (1967). *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa: WSiP.
- Bernstein, B. (1980). *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływanie szkoły*, [w:] G.W. Shugar i M. Smoczyńska (red.), *Badania nad rozwojem języka dziecka*. Warszawa: PWN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocławskiego.
- Dysarz, Z. (1996). *Poziom rozwoju mowy dziecka wstępującego do szkoły a obraz więzi uczuciowych w rodzinie*. Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem R. Ossowskiego. Bydgoszcz: WSP.
- Dysarz, Z. (1998). *Znaczenie kształcenia otwartej postawy komunikacyjnej dla rozwoju mowy u dzieci*. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Człowiek niepełnosprawny — zagrożenia i szanse rozwoju”, Bydgoszcz-Borówno: WSP.
- Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Fröhlich, A. (1998). *Stymulacja od podstaw*. Warszawa: WSiP.
- Kaczmarek, L. (1977). *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wyd. Lubelskie.
- Kaczmarek, L. (1991). *Model opieki logopedycznej w Polsce*. Gdańsk: Gdański Związek Logopedów.
- Karski, J.B. (1994). *Zdrowie i promocja zdrowia. (Aspekt ewolucyjny)*, [w:] J.B. Karski, Z. Słomska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Warszawa: Sanmedia.
- Kielar-Turska, M. (1989a). *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. Rozprawy Habilitacyjne Nr 161. Kraków: nakładem Uniw. Jagiellońskiego.
- Kielar-Turska, M. (1989b). *Sprawność językowa dzieci u progu szkoły*, [w:] M. Kielar-Turska i M. Radochoński (red.), *Rozwój i wychowanie dziecka wiejskiego*. Rzeszów: Wyd. Nauk. WSP.
- Kielar-Turska, M. (1991). *O potrzebie nowego podejścia do przedmiotu logopedii*, [w:] St. Grabias (red.), *Przedmiot logopedii*. Lublin: Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS.
- Kielar-Turska, M. (1995). *Rozwijający się człowiek — jak go widzi psycholingwista?*, [w:] J. Trempała (red.), *Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*. Bydgoszcz: Wyd. Uczelniane WSP.

- Kuński, H. (1997). *Promocja zdrowia*, Łódź: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Mellibruda, J. (1988). *Od wydawcy*, [w:] Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher (red.), *Psychologia Zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Minczakiewicz, E.M. (1990). *Mowa — rozwój — zaburzenia — terapia*. Kraków: Wyd. Nauk. WSP.
- Minczakiewicz, E.M. (1990). *Logopedia*. Kraków: Wyd. Nauk. WSP.
- Poprawa, R. (1996). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocławskiego.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1987). *Rozwojowe i środowiskowe wyznaczniki mowy narracyjnej dzieci*. Kraków: „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne”. Z. 3, 7 – 31.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1989). *Używanie języka przez dzieci wiejskie w niektórych kontaktach społecznych*, [w:] M. Kielar i Radochoński (red.), *Rozwój i wychowanie dziecka wiejskiego*. Rzeszów: Wyd. Nauk. WSP.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1993). *Świat dziecka. Aktywność — Poznanie — Środowisko*. Kraków: nakładem Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Puzynina, J. (1997). *Słowo — Wartość — Kultura*, Lublin: Tow. Nauk. KUL.
- Schaffer, H.R. (1981). *Początki uspołecznienia dziecka*. Warszawa: PWN.
- Schaffer H.R. (1995). *Przyswajanie zasad dialogu*, [w:] A. Brzezińska, T. Czuba, G. Lutomski, B. Smykowski (red.), *Dziecko w zabawie i świecie języka*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Sheridan, Ch.L., Radmacher, S.A. (1988). *Psychologia Zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Spionek, H. (1985). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*, Warszawa: PWN.
- Wielki słownik medyczny* (1996). Warszawa: Polska Akademia Nauk. Wydz. Nauk Medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL.
- Youngson, R.M. (1997). Collins. *Słownik encyklopedyczny. Medycyna*. Wyd. RTW.

Zofia DYSARZ

The development and disorders of speech in the light of contemporary conceptions of the health

Summary

The paper tries to define relation between model of the health protection and logopaedics attention in Poland. The holistic conception of the health gives better and more precise perspectives for research and for

logopaedics therapy. The analysis of the current state of the logopaedics attention demonstrates her incorrect structure and scope: the late diagnosis and therapy, the little number of children embrace therapy, restricted participation of the logopaedics within the medical and education systems.

The result of my research, the level of the speech development and frequency of pronunciation disorders show the need of urgent changes within the logopaedics attention in Poland. The holistic conception of the health (biopsychosocial model) should be the basis of these changes.