

MARIA HORTIS-DZIERZBICKA¹,
EDYTA ZOMKOWSKA¹,
MAGDALENA OSOWICKA-KONDRATOWICZ²,
WIKTOR GONET³

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Olsztyn

²Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

³Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Fonetyki i Fonologii Instytutu Anglistyki

Ocena foniatryczna kandydatów na studia logopedyczne – wyniki badań, spostrzeżenia, uwagi

Phoniatric evaluation of prospective speech therapy students –
results, observations, comments

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono wyniki przeprowadzonego przez autorki badania przydatności kandydatów na studia logopedyczne do wykonywania zawodu logopedy. Materiał badawczy pobrano od 60 osób, głównie kobiet w wieku od 18 do 24 lat pochodzących z północno-wschodniej Polski. Omówiono najczęściej stwierdzane u badanych wady anatomiczne w obrębie drogi głosowej, zaburzenia głosu, wady wymowy oraz powiązania pomiędzy zaburzeniami artykulacji i okluzji. Wskazano, że zaledwie 26% pacjentów to osoby bez jakichkolwiek zmian klinicznych i artykulacyjnych. U 74% kandydatów na studia logopedyczne zdiagnozowano wady anatomiczne i/lub wymowy, przy czym tylko jedna osoba miała problemy natury foniatrycznej w postaci lekkiej chrypki oraz zmianę barwy głosu, co jednak nie stanowiło przeciwwskazania do uprawiania zawodu logopedy. W związku z tym podkreślono, że sama konsultacja foniatryczna, na którą kieruje się kandydatów na studia logopedyczne celem ustalenia obecności lub braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu logopedy, jest niewystarczająca, gdyż podczas rutynowych badań foniatrycznych lekarze specjaliści koncentrują się na badaniu krtani, nie badają natomiast ani prawidłowości zgryzu, ani poprawności artykulacji, co, jak wykazano w niniejszej pracy, stanowi rzeczywisty problem kandydatów na studia logopedyczne dyskwalifikujący ich z zawodu. Tylko całościowe badanie foniatryczno-ortodontyczno-logopedyczne, uwzględniające zarówno aspekt wizualny, jak i audytywny wymowy głosek i ich połączeń, pozwala na miarodajną ocenę istnienia lub braku przeciwwskazań medycznych do wykonywania zawodu logopedy.

Słowa kluczowe: wady zgryzu, wady wymowy, badania foniatryczne kandydatów na studia logopedyczne, badania przydatności do wykonywania zawodu logopedy.

SUMMARY

This article presents the results of the authors' research concerning the suitability of candidates for speech therapy university studies and their prospective work as speech and language therapists (SLTs). This profession poses special requirements for candidates for speech therapists who work with children with various speech impediments and, therefore, must offer them a model of articulation to follow. Therefore, it is necessary to perform an evaluation of the physical capacity of the candidates for the profession of SLT before they start university studies in speech development. Such initial evaluation of the candidates is indispensable because it demonstrates their physical ability to acquire relevant skills and practice mandatory to possess by future SLTs. The material studied consisted of 60 subjects, mostly women between the ages of 18 and 24 from North-Eastern Poland. The paper discusses anatomical defects frequently observed in the investigated subjects within the vocal tract and in the craniofacial region, as well as speech defects and their connection with articulation disorders and occlusion. It was found that only 26% of the candidates did not present any clinical and/or articulation deviations, while 74% of applicants for logopedics university training were found to have anatomical or articulatory defects. One person had phoniatic problems in the form of discrete hoarseness of the voice, but they do not constitute a contraindication for admission to study speech therapy and prospective practice of the SLT profession. Therefore, the authors emphasize that restricting the examination only to the phoniatic evaluation (obligatory for applicants for speech therapy university studies in Poland) is insufficient, because it does not include the correctness or accuracy of the bite or articulation. As has been demonstrated in our study, such problems subsequently lead to disqualifying the candidates from the SLP profession. Only a comprehensive phoniatic-orthodontic-speech therapy assessment that takes into account both the visual and auditory perceptive aspects of individual speech sounds and their clusters can allow a meaningful assessment of the presence or absence of medical contraindications to practice as a speech therapist.

Key words: articulation, occlusal conditions, phoniatic assessment of prospective speech therapy students, contraindications to speech therapy studies.

WSTĘP

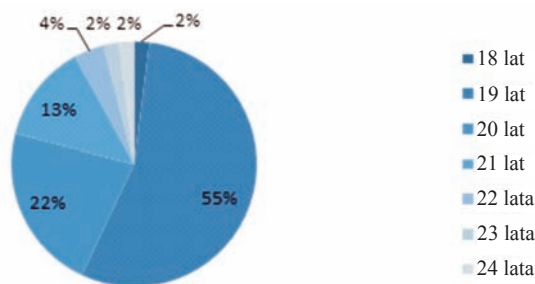
Zawód logopedy jest niezmiernie wymagający. Oprócz szerokiej interdyscyplinarnej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych wymaga wysokich kwalifikacji do operowania głosem w sferze fonacji, dykcji i artykulacji oraz nie-nagannych warunków anatomicznych w zakresie twarzowej części czaszki. Wymowa logopedy stanowi bowiem wzór do naśladowania dla pacjentów, a jego struktury anatomiczne podstawowe narzędzie pracy i demonstracji ruchów artykulacyjnych. W związku z tym niezmiernie ważną kwestię stanowi kwalifikacja na studia logopedyczne wyłącznie kandydatów, którzy rokują właściwe wykonywanie zawodu ze względu na prawidłową budowę anatomiczną i fizjologię narządów mowy oraz dobrą artykulację. W tym celu przeprowadza się rozmowy kwalifikacyjne i/lub badania lekarskie kandydatów. Co do szczegółów w różnych ośrodkach może to wyglądać nieco odmiennie. Przeważnie jednak kieruje się kandydatów na badania foniatryczne, w skierowaniu w zakres takiego badania włączając ewentualne sprawdzenie jakości artykulacji kandydata, potwierdzające

brak wad wymowy. W niniejszym artykule podajemy dane z jednego z takich badań foniatrycznych przeprowadzonych przez nasz zespół i wynikające stąd wnioski.

MATERIAŁ BADAWCZY I METODY BADANIA

Materiał badawczy stanowiło 60 kandydatów do podjęcia studiów logopedycznych w wieku od 18 do 24 lat (gros w wieku 18 i 19 lat, zob. ryc. 1). Zdecydowana większość to kobiety (96% kobiet vs. 4% mężczyzn). Badane osoby pochodziły z północno-wschodniej Polski.

Wiek kandydatów na studia logopedyczne (w %)



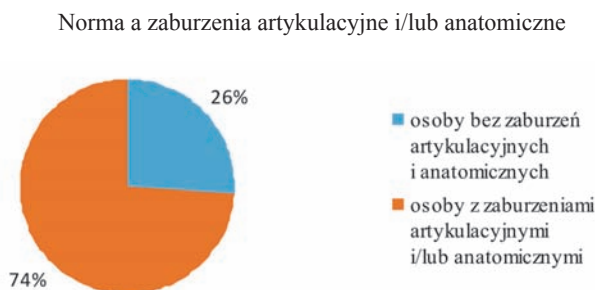
Ryc. 1. Rozkład wieku badanych osób (w procentach)

Badanie przydatności kandydatów do wykonywania zawodu logopedy przeprowadzone było przez lekarza foniatrę (na podstawie skierowania) oraz przez osoby dokooptowane do badania przez lekarza foniatrę – zawodowego fonetyka i zawodowego logopedę. Polegało ono na standardowej ocenie foniatrycznej uszu, nosa, gardła, krtani i podniebienia, jak również na ocenie układu stomatologicznego oraz na bezpośredniej obserwacji pracy języka podczas wymowy podawanego przez foniatrę zestawu specjalnie dobranych wyrazów (liczenie do dziesięciu, powtarzanie wyrazów typu *sasanka*, *szosa*, *szczaw*, *tata*, *torba*, *to tutaj*, *dach*, *duch*, *pogoda*, *siano*, *ciocia* itp. ...). Następnie jakość wymowy kandydata sprawdzał logopeda i fonetyk w toku krótkiej swobodnej wypowiedzi, odczytywanego tekstu oraz powtarzania głosek, grup głosek i wyrazów (ocena dykcji i artykulacji). Wyniki badań zestawiono na 5 rycinach (od 2. do 6.).

WYNIKI BADANIA

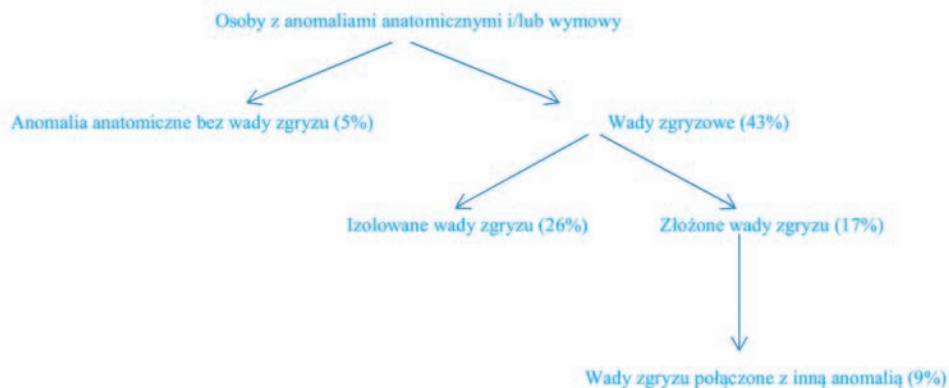
1. Spośród wszystkich badanych zaledwie 26% stanowiły osoby bez jakichkolwiek zmian klinicznych i artykulacyjnych. U 74% kandydatów na studia logopedyczne zdiagnozowano wady anatomiczne i/lub wymowy. Procentowy rozkład

osób bez zaburzeń anatomicznych i artykulacyjnych w stosunku do osób z takimi zaburzeniami przedstawiono na rycinie 2.



Ryc. 2. Rozkład osób bez zaburzeń anatomicznych i artykulacyjnych w stosunku do osób z takimi zaburzeniami (w procentach)

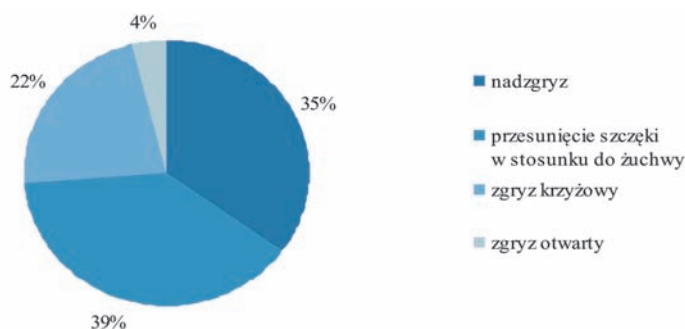
Anomalie anatomiczne wystąpiły u 49 % wszystkich badanych i 66,7% spośród wszystkich osób z jakąkolwiek anomalią zgryzową i/lub artykulacyjną. Gros stwierdzonych zaburzeń anatomicznych w zakresie twarzoczaszki to zaburzenia zgryzowe. Rycina 3. ilustruje podział stwierdzonych anomalii oraz procentowy ich udział w grupie osób z wadami anatomicznymi i/lub wymowy.



Ryc. 3. Podział anomalii oraz procentowy ich udział w grupie osób z wadami anatomicznymi i/lub wymowy

W badanym materiale najczęściej występującymi wadami zgryzu były: 1) przesunięcia względem płaszczyzny pośrodkowej w postaci bocznego przemieszczenia zuchwy i zgryzu krzyżowego oraz 2) przesunięcia względem płaszczyzny horyzontalnej w postaci zgryzu głębokiego częściowego (nadzgryzu) oraz zgryzu otwartego. Rodzaje i procentowy rozkład wad zgryzu ilustruje rycina 4.

Rodzaje wad zgryzu wśród studentów ze zmianami anatomicznymi



Ryc. 4. Rodzaje wad zgryzu wśród kandydatów na studia logopedyczne (w procentach)

Spośród innych nieprawidłowości zgryzowych w badanym materiale stwierdzono zaburzenia: wielkości zębów (małozębie sieczne boczne), liczby zębów (nadliczbowy ząb), położenia zębów (nachylenia, rotacje, diastemy), co zwykle towarzyszyło wadom zgryzowym.

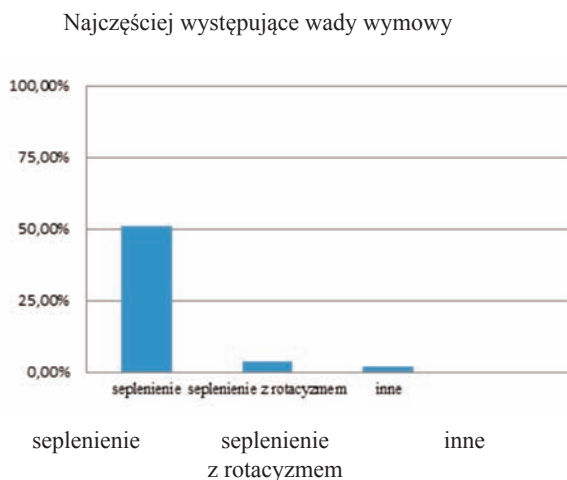
Anomalie anatomiczne inne niż zaburzenia zgryzowe stwierdzone w przedmiotowych badaniach to gotyckie podniebienie (u 9% badanych i 19% spośród osób z jakąkolwiek anomalią twarzoczaszki, w tym zawsze jako anomalia towarzysząca innym zaburzeniom anatomicznym) oraz przerost migdałków (u 4% badanych i 7% spośród osób z jakąkolwiek anomalią twarzoczaszki, w tym zawsze jako anomalia towarzysząca innym zaburzeniom anatomicznym). Jednostkowo odnotowano również zaburzenia fonacji (zmiany barwy głosu, chrypka), skrzywioną przegrodę nosa (skrzywienie przegrody nosa z kolcem przypodstawnym w styku z małżowiną dolną), rozszczep języzka podniebiennego, a nawet w jednym przypadku podśluzówkowy rozszczep podniebienia z towarzyszącą mu krótkością podniebienia, przerostem migdałków podniebiennych oraz paradontozą.

2. Wady wymowy stwierdzono u 57 % kandydatów na studia logopedyczne. Gros odnotowanych wad to seplenienie. Kilkakrotnie stwierdzono też rotacyzm, przy czym zawsze jako wadę towarzyszącą seplenieniu. Procentowy rozkład najczęściej występujących zaburzeń artykulacji prezentuje rycina 5.

Rotacyzm powiązany był z zaburzeniami realizacji szeregu szumiącego lub szumiącego oraz syczącego i polegał na realizacji uderzeniowej w kontekstach wymagających wibracji czubka języka (zbyt słaba wibracja)¹ albo na bocznym ułożeniu języka połączonym z boczną realizacją szeregu szumiącego.

Seplenienie demonstrowane było w sposób mniej lub bardziej ewidentny poprzez zaburzenia realizacji tylko jednego, dwu lub wszystkich trzech szere-

¹ Na temat wariacji allofonicznej polskiego /r/ szczegółowo zob.: Łobacz, 2000.



Ryc. 5. Rodzaje wad wymowy wśród kandydatów na studia logopedyczne (w procentach)

gów głosek sybilantnych. W wypadku szeregu syczącego najczęściej notowano seplenienie międzyzębowe i/lub boczne, jednostkowo świszczące oraz asymetrię przy wymowie głosek syczących polegającą na zarzucaniu żuchwą na stronę prawą skutkującą międzyzębowością boczną po stronie lewej. W przypadku szeregu szumiącego stwierdzono artykulacje międzyzębowe i/lub boczne, realizacje dorsalne z nieaktywnym apeksem albo niemotywowane zmiękczenia głosek omawianego szeregu. Jeśli chodzi o spółgłoski ciszące, zaburzenie było słyszane w postaci różnego stopnia osłabiania miękkości omawianych głosek albo artykulacji bocznej.

Oprócz tego odnotowano międzyzębową realizację spółgłosek [t], [d], [n] w powiązaniu z międzyzębową realizacją szeregu syczącego oraz międzyzębową realizację [t], [d], [n], [ń] bez powiązania z międzyzębową realizacją szeregu syczącego. W tym ostatnim przypadku, pomimo wyraźnego wsuwania języka pomiędzy zęby w płaszczyźnie środkowej przy realizacji [t], [d], [n], [ń], manifestowanym zresztą wyłącznie w aspekcie wizualnym, realizacja spółgłosek syczących pozostawała niezaburzona i artykulacyjnie, i percepcyjnie. Natomiast przy międzyzębowej realizacji sybilantów i spółgłosek [t], [d], [n] notowano tendencję do układania języka międzyzębowo również w spoczynku.

3. Biorąc pod uwagę aspekt fonetyczny oceny wymowy kandydata, zwracała uwagę nagminna elizja joty w grupach typu *Cji* (w tekście czytany w wyrazie *rehabilitacji* oraz w powtórzeniach i to pomimo podawania poprawnej formy przez badającego), upraszczanie wygłosowych sekwencji typu *-st*, *-ść* (*je[s r]ehabilitacja – jest rehabilitacja, je[s u]pośledzona – jest upośledzona, zdolno[s ɔ]dczuwania – zdolność odczuwania*), dyftongiczna i nienosowa wymowa

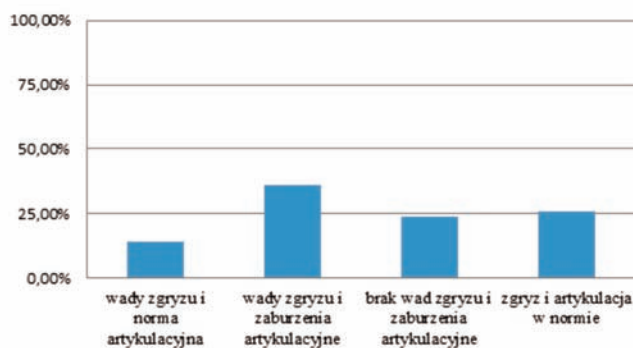
wyłosowego *-q* (*osią* jak *osioł*) oraz wyraźna tendencja do silnie labializowanej i odnosionej wymowy graficznej nosówki w pozycji przed spółgłoską szczelinową (wymowa *węchu*, *wącha* typu [ve°xu], [vo°xa]). W tym ostatnim wypadku obserwowane było skorelowanie stopnia labializacji z utratą rezonansu nosowego – im silniejsze zaokrąglanie warg, tym większe odnoszenie ostatniego segmentu realizacji *q* i *ę*. Wszystko, co wyżej powiedziano, jest zgodne z tendencjami wymawianiovymi panującymi we współczesnej polszczyźnie ogólnej (por. np. Osowicka-Kondratowicz, w druku).

4. Wady anatomiczne stanowiły istotny czynnik związany z wadliwą artykulacją, co ilustruje rycina 6.

Powiązanie pomiędzy zaburzeniami artykulacji i okluzji jest oczywiste, i uwidocznilo się również w przedmiotowych badaniach. Według danych Konopskiej, 81 % osób z wadą zgryzu ma wadę wymowy (Konopska, 2006). W naszym materiale jest to 70 %, przy czym u pozostałych 30 % osób z wadą zgryzu i poprawną artykulacją obserwowano tylko niewielkie nasilenie zaburzenia okluzji, co zwiększa prawdopodobieństwo wytworzenia się mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych.

Nadgryz jako wada izolowana powiązany był z występowaniem seplenienia międzyzębowego i bocznego, przy czym stopień nasilenia seplenienia zależał od stopnia nasilenia wymienionego zaburzenia okluzji. Przy nadgryzie ok. 5 mm obserwowano wyraźne seplenienie międzyzębowe i boczne, przy lżejszej formie nadgryzu (ok. 2 mm) wada artykulacji przejawiała się dyskretnie. W wypadku nadgryzu w korekcie (1 przypadek) nie stwierdzono zaburzeń artykulacji.

Wady zgryzu a wady wymowy



Ryc. 6. Wady wymowy a wady zgryzu (w procentach)

Nadgryzowi jako wadzie towarzyszącej innym zaburzeniom (tj. nadgryz wraz z wąską szczęką, zgryzem otwartym bocznym oraz podniebieniem goityckim; nadgryz wraz ze szczeliną między jedyneką a dwójką z prawego boku

oraz lekko skróconymi zębami na bocznych łukach; nadzgryz wraz ze zgryzem krzyżowym bocznym po stronie prawej oraz gotyckim podniebieniem) zawsze towarzyszyła wada wymowy w postaci seplenienia międzyzębowego i bocznego zwłaszcza spółgłosek syczących (na ten temat por. też dalej).

Izolowane przesunięcie szczęki w stosunku do żuchwy powiązane było z występowaniem seplenienia międzyzębowego i bocznego, przy czym stopień nasilenia seplenienia zależał od stopnia nasilenia wymienionego zaburzenia okluzji. Przy niewielkiej asymetrii artykulacja może być normatywna, przy większym przesunięciu (ok. 2 mm) seplenienie demonstrowane jest dyskretnie, przy nasileniu wady (ok. 3 mm) zaburzenie artykulacji jest znaczne i obejmuje wszystkie trzy szeregi spółgłosek sybilantnych.

Przesunięciu szczęki w stosunku do żuchwy jako wadzie towarzyszącej innym zaburzeniom (tj. przesunięcie szczęki w stosunku do żuchwy wraz z gotyckim podniebieniem, zębami w lekkim obrocie; przesunięcie szczęki w stosunku do żuchwy wraz z gotyckim podniebieniem, zgryzem krzyżowym bocznym obustronnym; przesunięcie szczęki w stosunku do żuchwy wraz z nadliczbową prawą dwójką poza łukiem oraz z brakiem schodzenia się zębów po bokach łuków; asymetria żuchwy z przechylem łuku zębodołowego na stronę lewą, kiel dolny lewy w lekkim zgryzie krzyżowym) zawsze towarzyszyła wada wymowy, choć rodzaj i stopień wady u różnych osób był różny. U niektórych, pomimo złożonej wady zgryzu, zaburzenie artykulacji przejawiało się dyskretnie – albo wyłącznie w międzyzębowej realizacji [t], [d], [n], [ń], albo tylko w nieregularnym seplenieniu szeregu syczącego i szumiącego o niewielkim stopniu nasilenia. U innych problem rozciągał się poza spółgłoski sybilantne również na realizację spółgłosek /r/. Przy takiej wadzie zgryzu stosunkowo dobra wymowa, jak opisana w pierwszym wypadku, jest zapewne związana z właściwym wytworzeniem się mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych oraz z dobrym słuchem fonetycznym.

Przy zgryzie krzyżowym bocznym jako wadzie izolowanej odnotowano normatywną artykulację.

W wypadku zgryzu krzyżowego jako wady towarzyszącej innym zaburzeniom anatomicznym (tj. zgryz krzyżowy boczny obustronny wraz z przesunięciem szczęki w stosunku do żuchwy oraz gotyckim podniebieniem; zgryz krzyżowy z asymetrią żuchwy z przechylem łuku zębodołowego na stronę lewą; zgryz krzyżowy boczny po stronie prawej z nadzgryzem oraz podniebieniem gotyckim) zazwyczaj stwierdzano wyraźne seplenienie.

Zgryz otwarty wystąpił pod postacią boczną i wyłącznie w zespole innych wad, skutkując silną wadą wymowy pod postacią seplenienia międzyzębowego i bocznego.

Zamieszczone poniżej zdjęcie (por. ryc. 7.) ilustruje układ masy języka przy wymowie sybilantów syczących u pacjentki z przesunięciem szczęki w stosunku

do żuchwy w lewo na 2 mm i stwierdzonym niewielkim seplenieniem międzyzębowym i bocznym po stronie prawej. Na skutek zbyt mocnego wysuwania dolnej szczęki masa języka wsuwa się w otwory boczne międzyzębowe po stronie prawej. Otwór międzyzębowy powstaje z racji przesunięcia szczęki na lewo.

Jeśli chodzi o sybilanty, tendencja do umieszczania masy języka w otworach międzyzębowych, powstałych np. z racji przesunięcia szczęki w stosunku do żuchwy, zgryzu otwartego, nieschodzenia się zębów na łuku w związku z zaburzeniami położenia lub budowy zębów, słyszalna była szczególnie wyraźnie przy wymowie afrykaty [c], a to z racji samej struktury artykulacyjnej tej spółgłoski. Stosunkowo silny kontakt języka z łukami zębowymi podczas realizacji bezdźwięcznego zwarcia skutkuje bowiem wsuwaniem się języka w otwory międzyzębowe, o ile takowe w łuku występują.

Jednostkowo stwierdzony w badaniach podśluzówkowy rozszczep podniebienia z przerostem migdałków podniebiennych wiązał się z nasilonym seplenieniem pomimo braku wady zgryzu.



Ryc. 7. Pacjentka z przesunięciem szczęki w stosunku do żuchwy oraz seplenieniem międzyzębowym i bocznym po stronie prawej

Gotyckie podniebienie wystąpiło wyłącznie jako anomalia towarzysząca innym zaburzeniom (przerostowi migdałków podniebiennych, nadzgryzowi i/lub zgryzowi krzyżowemu bocznemu, asymetrii) w powiązaniu z zaburzeniami artykulacji w zakresie realizacji sybilantów. U części osób ze zgryzem gotyckim (3 na 6) wystąpiła wyraźna tendencja do osłabiania miękkości spółgłosek ciszących (tzw. *ś ź ć dź* – uprzednione i/lub realizowane jako głoski przypominające palatalizowane [*s' z' c' dz'*]), co być może pozostaje w związku ze strukturą ana-

tomiczną omawianej anomalii – za wysokim wysklepieniem podniebienia twardego. Przy takich warunkach anatomicznych uwypuklenie przednio-środkowej części masy języka w kierunku palatum może być niewystarczające w stosunku do wysokości samego podniebienia, co w konsekwencji daje efekt w postaci osłabionej palatalności spółgłosek szeregu ciszącego i/lub niekonsekwentnie i niepełnie realizowanych zwarć w trakcie artykulacji palatalnych afrykat. Niemniej jednak u niektórych osób z gotyckim podniebieniem szereg ciszący brzmiał całkowicie poprawnie. Wynika z tego, że omawiana anomalia może stanowić czynnik sprzyjający niewłaściwej realizacji spółgłosek ciszących, ale nie skutkuje zaburzeniem w sposób konieczny. Poza tym wymowa z osłabioną miękkością spółgłosek palatalnych notowana była również u osób z prawidłowo wysklepionym podniebieniem, bez żadnych wad anatomicznych oraz z prawidłową okluzją i to jako jedyny problem artykulacyjny tych badanych (na ten temat por. też Osowicka-Kondratowicz, Serowik, 2009; Osowicka-Kondratowicz, 2013).

Stwierdzone kilkakrotnie między górnymi siekaczami diastemy nie miały wpływu na artykulację, o ile odległość pomiędzy siekaczami była niewielka. Natomiast duża diastema, z bocznym przesunięciem zębów, skutkującym szparą w kształcie trójkąta, powodowała dysdentalizację spółgłosek sybilantnych (zbyt małe natężenie szumu w brzmieniu tych spółgłosek).

Prawidłowa artykulacja pomimo niewłaściwych warunków anatomicznych wystąpiła u 23 % osób z wadami anatomicznymi, co stanowiło 11% wszystkich badanych, i wiązała się z niewielkim nasileniem zaburzenia okluzji o charakterze izolowanym.

Zaburzenia artykulacji przy dobrych warunkach anatomicznych wystąpiły u 36 % badanych z wadami wymowy, co stanowiło 20 % wszystkich badanych, i w większości wiązało się z nieprawidłową pracą języka (ustawienie boczne, dorsalne, artykulacja spłaszczona skutkująca zbyt małym wysklepieniem masy języka ku górze przy wymowie spółgłosek ciszących, niewłaściwy poszum sybilantów związany z wytwarzaniem zbyt głębokiego rowka wzdłuż linii środkowej języka).

Ponadto u niektórych osób występowała pewna nienaturalność wymowy spowodowana stresem i manifestująca się suchością w ustach, napinaniem żuchwy, zbyt silnym napięciem lub drżeniem mięśni aparatu artykulacyjnego oraz słabo skoordynowaną artykulacją.

WNIOSKI

Według różnych autorów frekwencja wad zgryzu u dzieci w wieku przedszkolnym waha się od 34,8% do 60%, z najliczniejszymi nieprawidłowościami z grupy tyłozgryzów (por. Rafałowicz-Wójcik, Matthews-Brzozowska, 2005, 365;

zob. też Siebert, Kamińska, 2014). W tym kontekście zwraca uwagę stwierdzony w naszym materiale utrzymujący się wysoki poziom występowania wad zgryzu u dorosłej młodzieży (43%). Nadto zwraca też uwagę fakt, że wśród kandydatów na studia logopedyczne nie wystąpiły tyłozgryzy, najczęściej stwierdzana postać wady zgryzu u dzieci, co może pozostawać w związku z różnicami w zakresie wykrywalności poszczególnych rodzajów wad zgryzu i wyższym poziomem eliminacji tyłozgryzów w toku rozwoju osobniczego i w wyniku przebytego leczenia ortodontycznego.

Z przeglądu polskich badań nad frekwencją wad wymowy u dzieci wynika bardzo duża rozpiętość negatywnych wyników występowania tych zaburzeń, utrzymująca się u dzieci na przestrzeni wielu lat w przedziale od 9,6% do 44,1% (por. Węsierska, 2013, 157–167 i cytowane tam badania). W literaturze przedmiotu wskazuje się przy tym na silne skorelowanie wad wymowy z wiekiem, z tendencją spadkową negatywnych wyników wraz z upływem lat. Według wskazań DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)², u dzieci poniżej trzeciego roku życia rozpiętość występowania zaburzeń mowy wynosi w granicach 10–15% vs. 3–7% populacji dzieci w okresie nauki szkolnej. Tymczasem u kandydatów na studia logopedyczne odsetek (różnego stopnia) zaburzeń wymowy utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie (56,6%). W tej sytuacji trudno mówić o trendzie zmniejszania się liczby negatywnych wyników wraz z wiekiem mówców, co potwierdzają też niektóre inne polskie badania (por. Węsierska, 2013)³. Co więcej, u wielu badanych stwierdzano kompletny brak świadomości występowania wady zarówno w zakresie artykulacji, jak i układu stomatologicznego. Dotyczy to również złożonych wad wymowy i/lub zgryzu. Wszystko to jest pokłosiem braku lub niewłaściwej opieki ortodontycznej i logopedycznej w toku edukacji przedszkolno-szkolnej, co wiąże się też z niedostatkami w zakresie opieki pediatrycznej i neonatologicznej (brak „świadomości logopedycznej” lekarzy pierwszego kontaktu). Uzyskane wyniki wskazują na konieczność podjęcia ściślejszej współpracy pomiędzy logopedami a służbą zdrowia, co stanowi niezbędny element pełnej i efektywnej opieki logopedycznej. Tymczasem z niektórych analiz wynika pewien dystans lekarzy do zabiegów logopedów na rzecz inicjowania wzajemnej współpracy (Węsierska, 2013, 224–226). Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują też na wysoki stan zapotrzebowania na opiekę ortodontyczno-logopedyczną również wśród młodzieży. Jednocześnie pokazują, jak zawód logopedy jest potrzebny.

² DSM IV Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence. 315.31. Expressive Language Disorder, [online] www.psychiatryonline.com dostęp 26.03.2007 cyt. za Węsierską, 165).

³ Na marginesie, z badań wynika dominacja występowania zaburzeń mowy wśród płci męskiej (zob. np. Dołęga, 2003; Węsierska, 2013). W naszym badaniu wzięły udział prawie wyłącznie kobiety, a mimo to odsetek wadliwych artykulacji był bardzo duży.

PODSUMOWANIE

Zawodowi logopedzi pracujący ze studentami na kierunkach logopedycznych wskazują, że nagminnie trafiają do nich osoby z wadami wymowy i zaburzeniami zgryzu, co nie rokuje właściwego wykonywania zawodu logopedy. Tymczasem kandydatów na studia logopedyczne kieruje się na badania foniatryczne celem ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu logopedy. Sama konsultacja foniatryczna jest jednak absolutnie niewystarczająca. W badaniach kwalifikacyjnych przeprowadzonych przez nasz zespół tylko jedna osoba (na 60) miała problemy natury foniatrycznej w postaci lekkiej chrypki oraz obniżenia wysokości głosu, co jednak nie stanowiło przeciwwskazania do uprawiania zawodu logopedy. Nadto, należy wziąć pod uwagę, że podczas rutynowych badań foniatrycznych lekarze foniatrzy nie badają ani prawidłowości zgryzu, ani poprawności artykulacji, co stanowi rzeczywisty problem kandydatów na studia logopedyczne dyskwalifikujący ich z zawodu. Badania foniatryczne uwzględniające te parametry należą do wyjątków. Standardowo przeprowadza je jedynie prof. M. Hortis-Dzierzbicka, która w przebiegu swej kariery zawodowej długie lata ściśle współpracowała z ortodontami i logopedami w ramach wielospecjalistycznego procesu leczenia dzieci z wadami rozwojowymi twarzowej części czaszki. Zdecydowana większość foniatrów skupia się jedynie na zaburzeniach głosu, które u naszych kandydatów na logopedię występowały, jak wykazano w przebadanej grupie, niezmiernie rzadko, same w sobie nie dyskwalifikując przy tym z możliwości wykonywania zawodu. W związku z tym tylko całościowe badania foniatryczno-ortodontyczno-logopedyczne, uwzględniające zarówno aspekt wizualny, jak i audytywny wymowy głosek i ich połączeń, pozwalają na miarodajną ocenę istnienia lub braku przeciwwskazań medycznych do wykonywania zawodu logopedy.

BIBLIOGRAFIA

- Dołęga Z., 2003, *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*, Katowice.
- Konopska L., 2006, *Wymowa osób z wadą zgryzu*, Szczecin.
- Łobacz P., 2000, *The Polish rhotic. A preliminary study in acoustic variability and invariance*. „Technologia Mowy i Języka”, 4, 85–101.
- Osowicka-Kondratowicz M., Serowik A., 2009, *Defektywne realizacje spółgłosek palatalnych dentalizowanych przy prawidłowych i nieprawidłowych warunkach zgryzowych. Wskazówki do terapii logopedycznej*. „Prace Językoznawcze”, 155–177.
- Osowicka-Kondratowicz M., 2013, *Specyficzne problemy związane z realizacją spółgłosek w rozwoju mowy dziecka*. „Prace Językoznawcze”, XV/2, 55–68.
- Osowicka-Kondratowicz, *Tendencje wymawianiowe współczesnej polszczyzny [w:] Logopedia artystyczna* (w druku).

- Rafałowicz-Wójcik K., Matthews-Brzozowska T., 2006, *Wady zgryzu u dzieci w wieku przedszkolnym z/bez wad wymowy*, „Czasopismo Stomatologiczne”, LIX, 5, 361–367.
- Siebert B., Kamińska B., 2014, *Wybrane zagadnienia z anatomii i fizjologii układu stomatologicznego. Układ stomatologiczny a artykulacja* [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, 141–165.
- Węsierska K., 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń.