

*Anita Famuła-Jurczak*

Uniwersytet Zielonogórski

## **(Nie) obecni rodzice w terapii logopedycznej dziecka w wieku przedszkolnym**

### **Wprowadzenie**

Bardzo ważną rolę w życiu każdego człowieka pełni mowa, która obok funkcji komunikacyjnej ma niezwykle duże znaczenie dla rozwoju poznawczego, emocjonalnego, jak również społecznego jednostki. Niezwykle istotną rolę w stymulowaniu prawidłowego rozwoju mowy pełnią rodzice. Należy zauważyć, że rozwój mowy nie jest tożsamy z rozwojem języka. Najogólniej można powiedzieć, że język to „system znaków dźwiękowych i określonych reguł fonetycznych, syntaktycznych i semantycznych rządzących kombinacją tych znaków w akty mowy. Przez mowę natomiast rozumiemy konkretne akty używania języka, czyli czynności werbalne człowieka” (Falkowski, Maruszewski, Nęcka, 2015). Z uwagi na zakres tematyczny oraz poruszaną problematykę w artykule skoncentruję się na mowie dziecka. Bezpośrednim obszarem zainteresowań jest poznanie wiedzy rodziców na temat terapii logopedycznej. W pierwszej części tekstu skoncentruję się na przedstawieniu rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym. Następnie wskażę na nieprawidłowości, które mogą pojawić się w rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym i na podstawie literatury zaprezentuję podstawowe założenia terapii logopedycznej prowadzonej w oddziałach przedszkolnych. W drugiej części ukazane zostanie znaczenie współpracy rodziców z logopedami. Trzecia część poświęcona będzie analizie i interpretacji wyników badań. Skoncentrowanie się na wiedzy rodziców na temat terapii logopedycznej jest istotne z uwagi na to, że to właśnie rodzina stanowi podstawowe miejsce, w którym dziecko uczy się mówić i to ona poprzez swoje oddziaływanie wspiera rozwój mowy dziecka. Jak wskazują liczne badania zaniedbania środowiskowe mogą mieć ogromny wpływ na to jak ukształtuje się mowa dziecka. Patrząc perspektywicznie możemy powiedzieć, że wszelkie zaburzenia mowy mogą mieć bezpośrednie przełożenie na sukcesy edukacyjne, zawodowe a przede wszystkim życiowe dziecka.

## Mowa dziecka w wieku przedszkolnym

W literaturze z zakresu psychologii rozwojowej, jak również z zakresu logopedii podkreśla się, że bez względu na to jakim językiem posługuje się dziecko sam proces nabywania mowy jest uniwersalny i przebiega mniej więcej w tym samym czasie. A intensywny rozwój mowy przypada między osiemnastym a dwudziestym ósmym miesiącem życia. Jak podkreśla Ida Kurcz (1995) w rozwoju mowy dziecka można wyróżnić fazę przedjęzykową (do 1 roku życia), fazę wypowiedzi jednowyrazowych (pomiędzy 10 a 20 miesiącem życia), fazę wypowiedzi dwuwyrazowych (swoją początek ma pod koniec drugiego roku życia) oraz fazę opanowania języka (między trzecim a czwartym rokiem życia).

W literaturze z zakresu logopedii odnajdujemy klasyfikację rozwoju mowy, w której zostały również uwzględnione cztery okresy. Należą do nich: okres melodii, wyrazu, zdania oraz swoistej mowy dziecięcej (Demel, 1987, Kaczmarek, 1966). Natomiast psycholodzy ujmują rozwój mowy wraz z poszczególnymi etapami rozwojowymi. Jednak – jak podkreśla Elizabeth Hurlock (1961) – nie można mówić o rozwoju mowy bez opanowania przez dziecko takich umiejętności jak: rozumienie mowy, tworzenie słownika, budowanie zdań oraz opanowanie poprawnej wymowy. Umiejętności te rozwijają się w momencie uzyskania przez dziecko biologicznej, psychicznej gotowości do mówienia, jak również zaistnienie dobrego wzoru do naśladowania i ćwiczeń mownych.

Zdaniem Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2012) progresję zmian w rozwoju mowy można opisywać z perspektywy:

- a) tempa – szybkości dokonywania się przemian rozwojowych (porównywanie osiągnięć dziecka z modelem normatywnym);
- b) rytmu – pewnej płynności, regularności pojawiania się zmian rozwojowych (umożliwia to analiza rozwoju o charakterze intraindywidualnym);
- c) istoty zachodzących przemian (jakościowych i ilościowych).

Reasumując można stwierdzić, że rozwój mowy uzależniony jest od rozwoju biologicznego, psychicznego dziecka, a także od wpływu czynników środowiskowych. Dziecko w wieku przedszkolnym wchodzi w fazę swojego rozwoju mowy. Najogólniej można powiedzieć, że jest to etap na którym opanowuje schematy składniowe oraz kategorie gramatyczne, w zaskakująco szybkim tempie wzbogaca swoje słownictwo tworząc neologizmy. Wymawia wszystkie samogłoski, oraz większość spółgłosek. Jako czterolatek bez problemu opanowuje głoski z szeregu syczącego i szumiącego. Bez problemu radzi sobie z opowiadaniem krótkich historii (Styczek, 1983).

W ostatnich latach wzrosła liczba badań nie tylko nad rozwojem mowy dziecka ale także nad wszelkimi nieprawidłowościami, które mogą się pojawić. Uporządkowane zostało także nazewnictwo stosowane w procesie diagnozowania logopedycznego. Przyjmuje się, że najszerszym pojęciem funkcjonującym w logopedii jest „zaburzenie mowy”, które obejmuje wszelkie nieprawidłowości powodujące zakłócenie procesu porozumiewania się. Zaburzenia mowy mogą mieć przyczynę endo jak i egzogenną. Zdaniem Stanisława Grabiasa (2000) zaburzenia mowy należy traktować jako „(...) swoisty aspekt komunikacji (językowej), determinowany

jakimiś dysfunkcjami biologicznymi lub czynnościowymi jednostki”. Takie rozumienie zaburzeń mowy implikuje konieczność ujmowania ich w trzech perspektywach: biologicznej, psychicznej jak i społecznej. Zdaniem Autora (Grabias 2000) możemy zatem wyróżnić zaburzenia mowy związane z:

- niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi;
- brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych,
- rozpadem systemu komunikacyjnego.

Liczne badania prowadzone w ostatnich latach obejmujące diagnozę rozwoju mowy dziecka w okresie przedszkolnym wskazują na bardzo częste występowanie dyslalii (w różnych odmianach) (Minczakiewicz, 2017, Pluta-Wojciechowska, 2019). Dyslalia określana jest jako wada wymowy polegająca na wadliwej realizacji fonemów (Skorek, 2001, Jastrzębowska, 1996). Analizując literaturę z zakresu logopedii można powiedzieć, że występują następujące klasyfikacje wad wymowy:

- przyczynowe,
- ilościowe,
- jakościowe (Bolejko, 1993; Słotys-Chmielowicz, 2000).

Z analizy literatury wynika, że najczęściej pojawiającymi się wadami wymowy są te, które mają charakter jakościowy. W tej grupie spotykamy takie wady jak: sygmatyzm, rotacyzm, kappacyzm, gammacyzm, lambda-cyzm, beta-cyzm, mowę bezdźwięczną (Fabiszewska-Jaruzelska, 1993). Z uwagi na coraz częstsze pojawianie się wad wymowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym niezbędne jest nie tylko diagnozowanie pojawiających się nieprawidłowości, ale przede wszystkim rozpoczęcie terapii logopedycznej (Minczakiewicz, 2017). Zdaniem Ewy M. Skorek (2001) terapia logopedyczna jest świadomym, zamierzonym i zaplanowanym działaniem, którego celem jest usunięcie wszelkich nieprawidłowości procesu komunikacji, jak chociażby usuwanie zaburzeń mowy, nauka mowy w przypadku jej braku, czy też utraty, wyrównywanie opóźnień w procesie rozwoju mowy, doskonalenie poziomu sprawności językowej, usuwanie przyczyn i skutków natury pedagogicznej i psychologicznej istniejących zaburzeń. Powyższa definicja jest bardzo szeroka i obejmuje oddziaływania, które są skierowane zarówno do dzieci z wadami wymowy jak również do osób, u których doszło do zaburzonego procesu komunikacji. W zależności od przyjętego kryterium można podzielić metody terapeutyczne ze względu na:

- punkt wyjścia uzyskiwania nowego dźwięku: a) metody mechaniczne – za pomocą sondy, szpatułki, palca lub korektora do rotacyzmu następuje ustawienie narządów mownych do wybrzmienia głoski w izolacji, b) metody substytucyjne – metody modyfikacji, przekształcania, wyprowadzania dźwięku docelowego z dźwięku pomocniczego, c) metody mieszane,

- przyczynę zaburzeń artykulacyjnych: a) metody audiopedagogiczne, stosowane wobec dzieci z osłabioną uwagą i pamięcią audytywną; najpierw prowadzi się intensywne ćwiczenia słuchu niewerbalnego, a następnie intensywną stymulację słuchową; pacjent uczy się identyfikować prawidłową głoskę – korygowanie wadliwej wymowy następuje wyłącznie drogą słuchową (Skorek, 2001).

Podczas stosowania różnych metod w terapii logopedycznej nie można zapomnieć o podstawowych zasadach. Przede wszystkim im wcześniej rozpoczęta jest terapia tym krótszy czas oddziaływania a zdecydowanie większa efektywność.

Każdy program terapeutyczny powinien być dostosowany do dziecka z uwzględnieniem występującego u niego zaburzenia oraz powinien być prowadzony indywidualnie. W trakcie terapii należy dążyć do wykorzystania wszelkich posiadanych umiejętności i sprawności. Tak jak przy każdym ćwiczeniu tak również w terapii logopedycznej należy pamiętać o systematyczności i świadomości. Dziecko powinno być świadome tego co robi i dlaczego wykonuje określone ćwiczenia. Same działania w gabinecie logopedy nie przyniosą pożądanych efektów, jeżeli ćwiczenia będą ograniczały się tylko i wyłącznie do kilku minut w tygodniu. Istotną w osiągnięciu postępów terapeutycznych jest także ścisła współpraca środowiska dziecka z logopedą.

Jak zaznacza Alicja Kubiak (2018) „dzieci uczęszczające do przedszkola nie stanowią grupy jednolitej pod względem rozwoju mowy i są wśród nich takie, które: – zaczęły mówić wcześniej i wymowa ich od samego początku była prawidłowa; – zaczęły mówić później (pierwsze wyrazy w wieku 2,0–2,6), ale wymawiają poprawnie poszczególne głoski; – zaczęły mówić wcześniej, ale ich wymowa przez cały czas była zamazana, niewyraźna, z licznymi zniekształceniami głosek; – zaczęły mówić późno, a jednocześnie wymawiają wadliwie część lub nawet wszystkie głoski”. Bez względu na rodzaj zaburzenia opieką logopedyczną należy objąć wszystkie te dzieci u których stwierdzono nieprawidłową artykulację.

### **Współpraca rodziny z logopedą podczas terapii dziecka**

W literaturze pedagogicznej kategoria współpracy rodziców z placówkami oświatowymi została już bardzo szeroko omówiona. Ponieważ terapia logopedyczna – która stanowi przedmiot niniejszego artykułu – odbywa się w przedszkolu, w tej części tekstu skoncentruję się na znaczeniu współpracy rodzica z logopedą. Najogólniej można powiedzieć, że współpraca jest to „współdziałanie ze sobą jednostek lub grup ludzi wykonujących swoje częściowe zadania, aby osiągnąć jakiś wspólny cel; opiera się na wzajemnym zaufaniu i lojalności oraz na podporządkowaniu się celowi, należycie uświadomionemu sobie przez wszystkie jednostki lub grupy” (Okoń, 2007). Podstawowym celem rodziców i logopedów jest dążenie do wszechstronnego rozwoju wychowanka. W przypadku terapii logopedycznej ścisła współpraca rodzica z logopedą pozwoli na realizację celów terapeutycznych, będzie wpływała na rozwój dziecka. Współpraca będzie przebiegała prawidłowo wówczas, gdy rodzice będą posiadali wiedzę na temat występującej u dziecka wady wymowy, stosowanych ćwiczeń oraz będą świadomie uczestniczyli w terapii logopedycznej. Prawidłowo przebiegająca współpraca powinna być oparta na budowaniu relacji opartych na partnerstwie i wzajemnym szacunku. Przy czym partnerstwo należy rozumieć za Janem Szczepańskim (1978) jako stosunek „między dwoma osobnikami, lub grupami, czy też między jednostką a instytucją mającym postać uregulowaną obyczajowo lub zwyczajowo, ale najczęściej sformalizowaną, zawierającym dla współdziałania realizacji określonego celu”. jednocześnie należy podkreślić, że cel musi być wspólny ale osiągnięcie wspólnego celu wiąże się z posiadaną wiedzą dotyczącą obszaru współdziałania. Zakłada się zatem, że rodzice współpracując z logopedami powinni posiadać elementarną wiedzę na temat występujących u dziecka

wad wymowy, metod pracy terapeutycznej stosowanej przez specjalistę, powinni również być świadomi konsekwencji, jakie niosą za sobą występujące u ich dzieci wady wymowy. Podstawą współpracy jest także poszanowanie przekonań i systemu wartości obowiązujących w rodzinie oraz wzmacnianie mocnych stron rodziny. Podstawą do nawiązywania relacji partnerskich – zdaniem G. Skrobek (1976) – jest autentycznie odczuwana, nie narzucana z zewnątrz wola kontaktu z inną osobą. Zmierząc do stworzenia dziecku warunków do pełnego rozwoju logopeda jak i rodzic powinni wykazywać wspólne zainteresowanie dzieckiem.

Mówiąc o efektywność terapii logopedycznej badacze podkreślają, że niezwykle ważna jest obecność rodzica nie tylko podczas procesu diagnozowania ale także podczas zajęć logopedycznych (Skorek, 2001). Bez wątplenia „Obecność rodzica na zajęciach gwarantuje lepsze zrozumienie przebiegu terapii logopedycznej i możliwość poprawnego utrwalania w domu, dlatego też zapraszanie rodziców i zapoznanie ich z przebiegiem terapii wydaje się jedną z najcenniejszych form pomocy oferowanej na terenie przedszkola, którą warto intensywnie rozwijać” (Węsierska, 2013). Jeżeli udział rodziców w terapii pedagogicznej ma wspierać rozwój ucznia to powinni oni być świadomi odbiorcami procesu terapeutycznego. Niestety z uwagi na organizację opieki logopedycznej obecność rodzica w trakcie zajęć logopedycznych jest utrudniona. Zgodnie z Rozporządzeniem o pomocy psychologiczno-pedagogicznej i jej organizacji (Dz.U. 2017, poz. 1591 ze zm.) zadaniem logopedy pracującego w placówce oświatowej jest prowadzenie badań przesiewowych, prowadzenie zajęć dla uczniów jak również udzielanie konsultacji rodziców oraz wsparcie nauczycieli w pracy z dzieckiem.

### **Obecność rodziców podczas zajęć z terapii logopedycznej**

Zważywszy na znaczenie współpracy rodziców z logopedami podjęto próbę poznania w jakim zakresie taka współpraca przebiega. Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety jako techniki badawczej. Sondaż przeprowadzony był wśród 345 rodziców (w tej grupie znalazło się tylko 4 ojców, dlatego też podczas analizy badań nie będą dzieliła próby ze względu na płeć) dzieci pięcioletnich, które od dwóch lat były objęte opieką logopedyczną w przedszkolu. Badania zostały przeprowadzone w przedszkolach znajdujących się na terenie dużego miasta. Podczas badań poszukiwano odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

–Jaki jest zakres wiedzy rodziców na temat czasu powstawania wady wymowy u dziecka?

– Jaki jest zakres wiedzy rodziców na temat rodzaju wady wymowy występującej u dziecka?

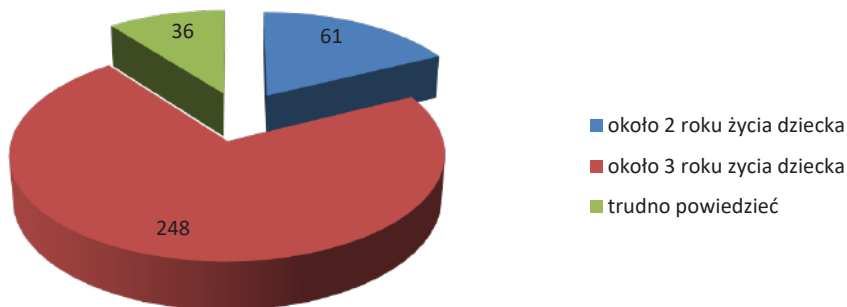
– Jaka jest częstotliwość kontaktów rodzica z logopedą.

–Jaki jest zakres wiedzy rodziców na temat zadań wykonywanych przez logopedę?

Badania poprzedzone zostały rozmową z logopedami pracującym w placówce oraz analizą dostępnej dokumentacji.

Wspomniałam wcześniej, że niezwykle ważny z uwagi na efektywność procesu terapeutycznego jest moment rozpoczęcia terapii, który zawsze poprzedzony jest diagnozą. poproszono rodziców o odpowiedź na pytanie: „Kiedy rozpoczęła się terapia logopedyczna Pana/Pani dziecka?”

## Początek terapii



Wykres 1. Wiek rozpoczęcia terapii logopedycznej

Źródło: opracowanie własne

Z uzyskanych danych wynika, że niespełna jedna piąta rodziców wskazała, że ich dziecko zostało objęte bardzo szybko opieką logopedyczną. Rodzice ci wskazywali, że na pierwszą diagnozę do logopedy trafili, gdy dziecko nie miało ukończonego pierwszego roku życia (17% z tej grupy badanych) lub tuż przed ukończeniem drugiego roku życia. Przyczyną tak szybkiej konsultacji logopedycznej było:

- infantylne połykanie,
- częste infekcje górnych dróg oddechowych,
- zbyt krótkie wędzidełko,
- niepokój rodziców, że dziecko nie mówi,
- wskazania pediatry, żeby pójść do logopedy kontrolnie,
- podejrzenie wady zgryzu.

Pozostała grupa badanych rodziców – dzieci rozpoczynających terapię około 3 roku życia – wskazywała, że nie widzieli podstaw do wcześniejszej wizyty u logopedy. W wypowiedziach rodziców odnajdujemy elementy mitycznego myślenia o rozwoju mowy. Oto niektóre wypowiedzi:

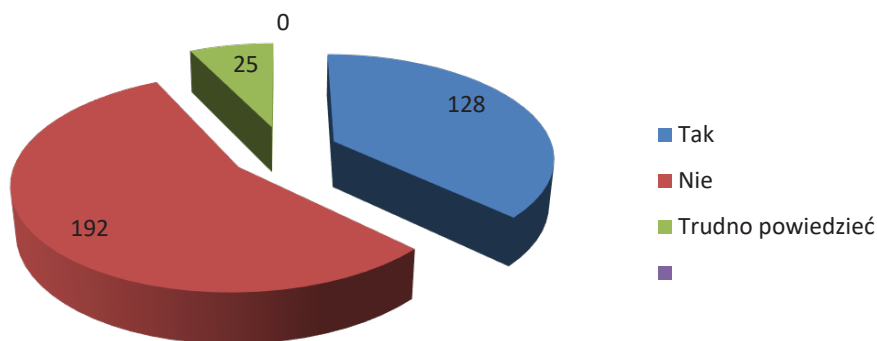
- „mój starszy syn też zaczął mówić dopiero jak poszedł do przedszkola”
- „mama mi mówiła, że nie mam co panikować, gdyż chłopiec zawsze później zaczyna mówić niż dziewczynka”
- „poszedł do dzieci to się rozgadał”.

Na podstawie uzyskanych wyników badań nasuwają się niepokojące wnioski. Po pierwsze pomimo tego, że rodzice systematycznie wykonują bilans rozwoju dziecka u lekarza rodzinnego nie zostali poinformowani o potrzebie skonsultowania rozwoju mowy z logopedą.

Sami rodzice nie zauważali takiej potrzeby, gdyż uważali, że logopeda to osoba, która zajmuje się dziećmi w wieku szkolnym. Na podstawie rozmowy z logopedami oraz badanymi rodzicami można przypuszczać, że założenie, iż praca logopedy obejmuje dzieci w wieku szkolnym przyczynia się do opóźnienia w diagnozowaniu i terapii zaburzeń mowy.

Wspomniano wcześniej, że najczęściej pojawiającą się wadą wymowy u dzieci jest dyslalia. U dzieci najczęściej diagnozowane są takie wady jak sygmatyzm, rotacyzm, gammacyzm, kappacyzm (Minczakiewicz, 2017). Na podstawie analizy dokumentów udostępnionych przez specjalistów stwierdzono, że u ponad czterech piątych badanych dzieci występują różne odmiany sygmatyzmu. Przyczyn powstawania sygmatyzmu upatruje się w nieprawidłowej budowie anatomicznej narządów mowy, niskiej sprawności językowej, upośledzeniu słuchu, zbyt długim używaniu smoczka do karmienia, naśladowaniu złych wzorców językowych, przewlekłych chorobach dróg oddechowych, wadach zgryzu. Ponieważ rodzice, świadomie współpracujący w terapii logopedycznej powinni zostać poinformowani o przyczynie zakwalifikowania dziecka na terapię w niniejszych badaniach poszukiwano również odpowiedzi na pytanie „Jaki rodzaj wady wymowy zdiagnozował logopeda?”

## Znajomość wady wymowy



Wykres 2. Rodzaj wad wymowy

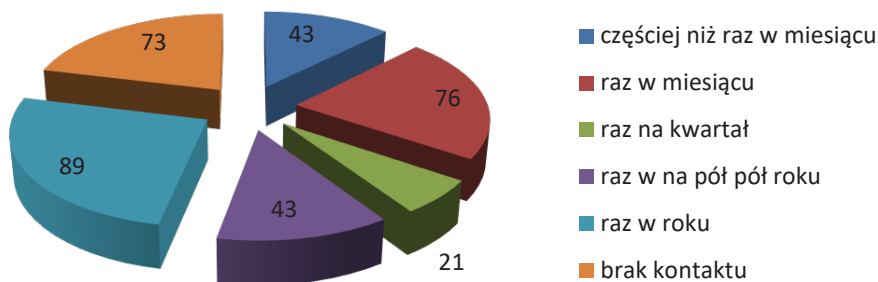
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z rozkładu danych zamieszczonych na powyższym wykresie co drugi badany rodzic nie potrafił wskazać, jaki rodzaj wady wymowy został zdiagnozowany w przedszkolu przez logopedę. W grupie osób, które potrafiły wskazać i nazwać rodzaj zaburzenia znaleźli się ci rodzice, którzy rozpoczęli pracę z dzieckiem jeszcze przed rozpoczęciem edukacji przedszkolnej. Jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że przyczyna powstawania wady wymowy może mieć podłoże środowiskowe, to niezwykle niepokojący jest stan braku wiedzy u rodziców na temat rodzaju wady występującej u dziecka.



Jedną z zasad obowiązujących podczas terapii logopedycznej jest działanie zmierzające do realizacji wspólnych celów. Jednak, aby zasada ta mogła być realizowana niezbędne jest nawiązanie wspólnego kontaktu, podtrzymywanie go w celu prawidłowej realizacji założeń. Zakłada się, że zarówno rodzic jak i logopeda powinni być otwarci na interakcję i wymianę doświadczeń. W związku z tym poszukiwano odpowiedzi na pytanie: jak często rodzice kontaktują się z logopedą i kto jest inicjatorem tego kontaktu oraz jaka jest forma kontaktu?

## Częstotliwość kontaktu



Wykres 3. Częstotliwość kontaktów

Źródło: opracowanie własne

Dokładna analiza uzyskanych wyników badań pozwala na stwierdzenie, że bardzo często ze specjalistą kontaktuje się przeszło jedna trzecia badanych rodziców. Jak wynika z danych uzyskanych podczas wywiadu ze specjalistami, rodzice ci określani są mianem zaangażowanych, którzy bardzo dużo pracują z dziećmi w domu. Przeszło trzy czwarte badanych w tej grupie wskazywało, że umawiają się osobiście z logopedą w celu uzyskania konkretnych wskazówek dotyczących pracy z dzieckiem. Niespełna jedna piąta ankietowanych kontaktuje się z logopedą raz na pół roku. Kontakt ten najczęściej jest podyktowany obecnością specjalisty na spotkaniach z rodzicami. Najbardziej niepokojący jest fakt, że prawie połowa badanych nie utrzymuje kontaktu z logopedą. Jak wynika z danych uzyskanych podczas wywiadu są to rodzice, którzy – zdaniem logopedy – bardzo mało poświęcają czasu na pracę z dzieckiem, nie ćwiczą zgodnie z zaleceniami specjalisty.

Zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny jest niezwykle ważne z uwagi na efektywność oddziaływań specjalisty. Na podstawie uzyskanych wyników badań można przypuszczać, że rodzice posiadają wąski zakres wiedzy na temat znaczenia współpracy z terapeutą mowy. Niespełna jedna trzecia badanych rodziców w sposób bardzo świadomy i odpowiedzialny podchodzi do terapii swoich dzieci. Istnieje jednak grupa rodziców, którzy w nie do końca są zorientowani w celowości działań terapeutycznych. Niska świadomość oraz niskie zaangażowanie może być



wynikiem braku bądź też niedostatecznej wiedzy rodziców na temat konsekwencji wynikających z niesystematycznej pracy nad skorygowaniem wady wymowy dziecka.

### Przyszłość w profilaktyce logopedycznej

Zważywszy na fakt, że odnotowujemy coraz większą liczbę dzieci z wadami wymowy warto zastanowić się nad kierunkami oddziaływań profilaktycznych. Wydaje się niezbędne przekazywanie rodzicom rzetelnych informacji przez specjalistów – w tym lekarzy pediatrów – na temat rozwoju mowy dziecka. Konieczne jest także podjęcie działań mających na celu zachęcenie rodziców do udziału w zajęciach terapeutycznych i zintensyfikowaniu kontaktów ze specjalistami. Niepokojący jest fakt, że nadal w przekonaniach rodziców funkcjonują mity dotyczące rozwoju mowy dziecka. Na podstawie analizy literatury oraz badań własnych (Famuła-Jurczak, 2017) nasuwa się refleksja, że istnieje konieczność wprowadzenia profilaktyki pierwszorzędowej obejmującej działania promujące zagadnienia związane z rozwojem mowy i języka, adresowane do całej populacji dzieci i ich środowiska opiekuńczo-wychowawczego. Przede wszystkim to popularyzowanie wiedzy na temat uwarunkowań i optymalnego rozwoju mowy dziecka, a także objawów zaburzeń oraz sposobów stymulowania tego procesu (Węsierska, 2012).

### Bibliografia

- Balejko A. (1993). Dyslalia: etiologia, diagnoza. W: Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 92–121.
- Demel G. (1987). *Elementy logopedii*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Falkowski A., Maruszewski T., Nęcka E. (2015). Procesy poznawcze. W: Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik*, t. 1, s. 437–512.
- Famuła-Jurczak A. (2017). Wiedza potoczna matek na temat rozwoju mowy dziecka. W: Famuła-Jurczak A., Kowalski M. (red.), *Współczesne dyskursy edukacyjne*. Zielona Góra: Wydawnictwo PIXEL.
- Grabias S. (2000). Mowa i jej zaburzenia. *Logopedia*, 28, s. 26–29.
- Hurlock E. (1961). *Rozwój dziecka*. Warszawa.
- Jastrzębowska G. (1996). *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczmarek L. (1966). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kubiak A. (2018). Świadomość logopedyczna rodziców dzieci w wieku przedszkolnym – relacja z badań. *Kultura – Przemiany – Edukacja*, t. VI, s. 45–56.
- Kurcz I. (1995). *Pamięć. Uczenie się. Język*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Łabiszewska-Jaruzelska F. (1991). Etiologia zaburzeń w obrębie narządu zucia. W: Ročławski B. (red.), *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Wydawnictwo UG, s. 42–65.
- Minczakiewicz E.M. (2017). Dyslalia na tle innych wad i zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. *Konteksty Pedagogiczne* 1(8), s. 149–169. Pobrano z: [www.kontekstypedagogiczne.pl](http://www.kontekstypedagogiczne.pl) (28.11.2019).

- Okoń W. (2007). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Pluta-Wojciechowska D. (2012). W kierunku efektywnej pomocy dzieciom z zaburzeniami w rozwoju mowy. W: Węsierska K. (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 48–67.
- Pluta-Wojciechowska D. (2019), *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Skorek E.M. (2001). *Oblicza wad wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Skorek E.M. (2000). *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Skrobek G. (1976). Partnerstwo w wychowaniu. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 9, s. 9–15.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2000): Klasyfikacje wad wymowy. *Logopedia*, nr 28, s. 21–25.
- Styczek I. (1983). *Logopedia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Szczepański J. (1978) *Partnerstwo nauczyciela i ucznia*. Kalisz: Wydawnictwo Centrum Doskonalenia Nauczycieli.
- Węsierska K. (2013). *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Praktyka-diagnoza-terapia*, Toruń, s. 218–224.
- Węsierska K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Katowice. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 253–262.

## **(Un) current parents in speech therapy of a preschool child**

### **Abstract**

Communication is one of the most important areas generating a child's social functioning. Disturbed communication and speech impediments can directly influence the formation of a child's self-awareness and self-esteem. Parents are undoubtedly responsible for the development of a child and its proper functioning. The article discusses the role of parents in stimulating the child's speech development as well as preventing speech irregularities. It deals with the issues of parents' knowledge about speech therapy. The author presented the stages of the child's speech development and against this background pointed to any irregularities that may appear. An important advantage of the text is the importance of early intervention in the development of speech. Focusing on the parents' knowledge of speech therapy is important due to the fact that it is the family that is the primary place where the child learns to speak and it supports the child's speech development through its influence. As numerous studies of environmental neglect show, it can have a huge impact on the shape of a child's speech. Looking ahead, we can say that any speech disorders can have a direct impact on the children's educational, professional and, above all, life successes.

**Keywords:** speech development, speech impediments, speech therapy prophylaxis, cooperation