

MAŁGORZATA WIZJAN

Zespół Szkół Nr 10, Szczecin

JAKOŚĆ REALIZACJI POLSKIEGO FONEMU /R/ U UCZNIÓW KLAS 0–III SZKOŁY PODSTAWOWEJ

Język służy ludziom od zarania dziejów do porozumiewania się: do przekazywania komunikatów oraz do ich odbierania. Wiąże się więc z informacją i z informowaniem. Jest narzędziem służącym do formułowania tych informacji (Rocławski, 2001. Byśmy byli rozumiani, musimy nadawać tym samym kodem.¹ Podstawowym warunkiem rozumienia wypowiedzi językowych jest audytywne różnicowanie i identyfikowanie głosek², zaś podstawą bycia rozumianym jest artykulacyjne różnicowanie fonemów³ w postaci głosek, które identyfikujemy jako te fonemy (Ostapiuk, 1997). Zanim dziecko nauczy się tego, tworzy głoski odbiegające od normy. W miarę rozwoju biologicznego i poznawczego osiąga normatywne realizacje fonemów, ale gdy kształtowanie tego systemu jest w jakiś sposób zaburzone, dziecko tworzy głoski pozanormatywne (*ibid.*, 1997).

Poprawna wymowa to taka głoskowa realizacja każdego fonemu, która w danym języku uznawana jest za normatywną. Jeżeli w realizacji jakiegokolwiek fonemu pojawia się choć jedna niepożądana cecha⁴, wymowę można uznać za niepoprawną (Ostapiuk, 2002).

¹ Kod to zbiór materialnych nośników informacji wraz z regułami ich przyporządkowania i regułami ich uporządkowania w wyrażenia kodowe. Definicja ta dotyczy różnych kodów, w tym językowego (Rocławski, 2001, s. 22–23).

² Głoska to najmniejszy element dźwiękowej wypowiedzi charakteryzujący się stałym zespołem cech artykulacyjnych, akustycznych i audytywnych (Rocławski, 2001).

³ „Fonem to jednostka abstrakcyjna obejmująca klasę głosek, których wzajemna wymiana nie powoduje zmian w takich jednostkach języka, jak: morfem, wyraz, wypowiedzenie” (Rocławski, 2001, s. 139).

⁴ Cecha niepożądana, np. w realizacji fonemu /r/ dyswibracyjność (np. wibracja języczkowa) lub awibracyjność (brak wibracji) (Ostapiuk, 1997).

Sześciolatki powinny już mieć opanowaną prawidłową wymowę. Z praktyki i z badań (Minczakiewicz, s. 72; Styczek, 1983, s. 218; Demelowa, 1987, s. 25) wynika jednak, że mają problemy z prawidłową realizacją fonemów szeregu szumiącego, syczącego i ciszącego oraz – najpóźniej nabywanego, najtrudniejszego – fonemu /r/.

Ile z niepoprawnych realizacji poszczególnych fonemów wśród sześciolatków należy uznać za błędy (odstępstwa wynikające z nieznamomości normy), ile za niedojrzałe dziecięce artykulacje (które wraz z rozwojem fizycznym i psychicznym dziecka samoistnie przekształca się w prawidłowe artykulacje), ile za przejaw wady wymowy (zob. Ostapiuk, 2002).

W literaturze i w praktyce logopedycznej przy kwalifikowaniu wad wymowy stosuje się kryterium wieku i form wadliwej realizacji. J. T. Kania (2001, s. 177–178) wyróżnił trzy formy wadliwej wymowy: elizję (mogilalię) – brak realizacji fonemu w postaci głoski, substytucję (paralalię) – realizacja fonemu wkracza w pole realizacji innego fonemu, deformację (dyslalię właściwą) – realizacja danego fonemu mieści się w polu jego realizacji, ale jest zniekształcona. Elizję i substytucję przed 5–7. rokiem życia kwalifikował jako fizjologię, powyżej 7. roku życia jako patologię, a deformację bez względu na wiek – jako patologię. To kryterium lingwistyczno-metrykalne jest szeroko stosowane w logopedii (Sołtys-Chmielowicz, 2001; Jastrzębowska, 1999; Skorek, 2001; Styczek, 1983). W tym podziale wystarczającą podstawą rozróżniania form jest słuchowa ocena jakości wymowy.

Jak więc traktować substytucje (uznawane przed 7. rokiem życia za fizjologię), które mogą przekształcić się w deformacje lub w realizacje prawidłowe? Jeśli ich przyczyną jest czynnik patologiczny niedostrzeżony w słuchowej ocenie, terapia zostanie opóźniona, co jest niekorzystne dla dziecka.

Inne stanowisko zajmuje E. Stecko, która uważa, że rozwój języka i mowy trwa od samego początku, dlatego logopeda powinien interesować się wczesnym rozwojem takich czynności, jak ssanie, połykanie, żucie i oddychanie, które są ściśle związane z funkcjonowaniem układów oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, służącym także do mówienia (za: Ostapiuk, 2002, s. 102).

J. T. Kania (2001, s. 176) kryterium etiologiczne uważał za „właściwie nieprzydatne”. Uznawał, że może dać ono odpowiedź rozstrzygającą tylko w wypadkach wyraźnych zmian anatomicznych (zamiana *r* na *l* jest patologiczna, ponieważ stwierdzono krótkie wędzidełko języka) (*ibid.*, s. 176).

Do stwierdzenia występowania wady wymowy nie zawsze wystarcza audytywna ocena. Niektóre odstępstwa w realizacji fonemów łatwo pominąć, jeśli w badaniu jakości wymowy nie dokonuje się oceny wzrokowej.

A. Sołtys-Chmielowicz (2002) powołuje się w swojej pracy na kryteria, które opisał J. T. Kania: „(...) poprawność wymowy oceniamy za pomocą słuchu, (...) zwracamy uwagę na brzmienie dźwięków, jak i na estetykę układów artykulacyjnych. (...) Kryterium estetyczne polega na wzrokowej ocenie układu narządów artykulacyjnych, na przykład przy głoskach *t*, *d*, *l* brzmienie tych dźwięków może być prawidłowe, razi natomiast nieestetyczny układ warg i języka”. Jeżeli układ warg i języka jest prawidłowy, to brzmienie fonemu też powinno być prawidłowe, jeżeli natomiast układ ten jest nieestetyczny, a więc nieprawidłowy, to brzmienie trudno uznać za normatywne.

B. Ostapiuk w swoich pracach uważa, że przy ocenie jakości wymowy należy i słuchać, i patrzeć. Głoska to szczególny dźwięk i szczególny ruch. Nie wystarczy słuchać, ucho ludzkie jest zawodne, podczas słuchania ignoruje wiele istotnych cech. Obserwując, mamy okazję zauważyć, czy ruch dla określonej głoski jest prawidłowy, czy odmienny (Ostapiuk, 2002). Obserwacja logopedyczna powinna obejmować nie tylko brzmienie, ale także budowę artykulacyjną wszystkich głosek. To właśnie obserwacja budowy artykulacyjnej głosek pozwala na znalezienie przyczyny i mechanizmu odmiennych realizacji fonemów (*ibid.*).

Jako jedną z przyczyn wad wymowy wskazuje się krótkie wędzidełko języka. W literaturze logopedycznej nie poświęca się jednak temu zagadnieniu zbyt wiele uwagi. Nie prowadzi się badań w tym zakresie i opinie na temat zależności między krótkim wędzidełkiem a wymową uważa się za kontrowersyjne. I. Styczek twierdzi (1983, s. 339), że „krótkie wędzidełko języka (*ankyloglosja*) rzadko jest przyczyną wadliwej wymowy, aczkolwiek niekiedy może ono utrudniać artykulację spółgłosek *r*, *sz*, *ż*, *cz*, *dź*. Podcinanie wędzidełka jest na ogół bezcelowe, gdyż powstała blizna jeszcze bardziej je skraca; natomiast ćwiczenia wymowy dają w tych wypadkach najczęściej dobre wyniki”.⁵

Badania B. Ostapiuk (1997, 2002) pozwalają na stwierdzenie, że istnieją zależności między krótkim wędzidełkiem języka a wadą wymowy.⁶ Autorka wykazała również zależność pomiędzy usprawnianiem logopedycznym a chirurgicznym wydłużaniem wędzidełka języka. „Skrócenie wędzidełka języka (zwłaszcza nieznaczne lub średnie) nie jest tak wyraźnie widoczne, jak inne zmiany anato-

⁵ Inni uważają, że wędzidełko języka nie ma żadnego wpływu na artykulację (Zaleski, 1992 a, s. 88; Zaleski, 1992 b, s. 69 za: Ostapiuk, 1997 s. 133), albo „nie stanowi przeważnie przeszkody” (Mackiewicz, 1992, s. 146 za: Ostapiuk, 2000, s. 99), bo łatwo rozciąga się w ćwiczeniach (Mackiewicz, 1992, s. 146; Stecko, 1991, s. 20 za: Ostapiuk, 1997, s. 134).

⁶ W. Próchnicka w swoich badaniach ustaliła, że 30% dzieci z wadą wymowy w wieku 5–7 lat ma skrócone wędzidełko języka (za: Ostapiuk, 2002 s. 137).

miczne”, ale „ogranicza pojedyncze ruchy języka i decyduje o jakości złożonych ruchów artykulacyjnych, prowadząc ostatecznie – w zależności od wieku – do elizji, substytucji lub deformacji” (Ostapiuk, 2002, s. 101). Bez względu na wiek krótkie wędzidelko języka (nawet nieznacznie lub średnio skrócone) powinno być poddane leczeniu chirurgicznemu.

W niniejszym artykule przedstawiam swoje wyniki badań jakości realizacji fonemu /r/ u dzieci w młodszym wieku szkolnym w jednej ze szczecińskich szkół podstawowych. Celem badań jest poznanie potrzeb w zakresie logopedycznej opieki i sposobu ich zaspokajania w badanym środowisku. Przeprowadzając badania, obserwowane (wzrokiem i słuchem) realizacje porównywałam z głoskami normatywnymi, (podstawowymi i niepodstawowymi) opisanymi przez B. Rocławskiego (2001). Za normatywną realizację fonemu /r/ uznałam podstawową głoskę drżącą, dźwięczną, przedniojęzykowo-dziąsłową oraz warianty kombinatoryczne.⁷ Za pozanormatywne uznałam za B. Ostapiuk (1997) takie realizacje, które brzmieniem i/lub budową artykulacyjną różnią się od przyjętego wzorca: *n i e z n a c z n i e* – to głoski drżące, ale o niewielkim obniżeniu miejsca artykulacji (do zębów), niewielkim przesunięciu języka od linii pośrodkowej, niewielkich doprzednich lub poprzecznych ruchach żuchwy; *ś r e d n i o* – to głoski drżące, ale o średnim obniżeniu miejsca artykulacji (nieznaczna międzyzębowość), średnim przesunięciu języka od linii pośrodkowej, średnich doprzednich lub poprzecznych ruchach żuchwy, innym brzmieniu wibracji; *z n a c z n i e* – brak wibracji, przy zachowanej wibracji znacznie obniżone miejsce artykulacji (widoczna międzyzębowość), znaczne przesunięcie języka od linii pośrodkowej, znaczne doprzednie lub poprzeczne ruchy żuchwy, trudności z wydłużeniem dźwięku, zupełnie odmienne brzmienie (*ibid.*, s. 95). Wszystkie realizacje fonemu /r/ kwalifikowałam ponadto według formy jako *r e a l i z a c j e* normatywne, substytucje, elizje i deformacje. Gdy stwierdziłam prawidłowe brzmienie i prawidłową budowę artykulacyjną, kwalifikowałam takie realizacje jako normatywne. Gdy natomiast brzmienie wydawało się „dobre”, ale budowa artykulacyjna odbiegała od prawidłowej, realizację kwalifikowałam jako deformację.

Wędzidelko języka badałam według propozycji B. Ostapiuk (1997). Zadaniem badanego było unoszenie szerokiego języka na szpatułce za górny łuk zębowy przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy wymuszającym uniesienie grzbietu języka. Za prawidłową budowę wędzidelka języka uznałam następujący obraz języka: „(...) język układa się szeroko od dna jamy ustnej, brzeg koń-

⁷ Na przykład bezdźwięczna realizacja fonemu /r/ (m.in. w wyrazie *wiatr*).

cowej (apikalnej) części języka układa się za górnym łukiem zębowym, dolna powierzchnia języka jest dobrze widoczna, szeroka niemal prostopadła do dna jamy ustnej przy maksymalnym opuszczeniu żuchwy, a wzniesienie grzbietowej powierzchni końcowej i środkowej części języka – wymuszone szpatułką poprzecznie ułożoną pod językiem – nie wpływa na obniżenie języka lub podniesienie żuchwy. (...) Wskaźnikami nieznacznie, średnio, znacznie skróconego wędzidełka języka są następujące odstępstwa od opisanego obrazu języka: nieznaczne, średnio, znacznie ograniczony zakres ruchu i/lub nieznacznie, średnio znacznie odmienny kształt języka i/lub naprężone wędzidełko języka (...), nieznaczna, średnia, znaczna zależność ruchowa od warg lub żuchwy...” (*ibid.*, s. 94).

Dane o logopedycznej opiece uzyskałam w badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród rodziców badanych dzieci.

Badaniu zostało poddanych 168 dzieci w wieku od sześciu do jedenastu lat.⁸ Szkoła, w której uczą się dzieci położona jest w północnej, lewobrzeżnej, robotniczej części Szczecina. Dzieci w większości pochodzą z rodzin robotniczych, w tym duży odsetek z rodzin o niskim standardzie życiowym, znajdujących się pod opieką służb socjalnych. Wszystkie badane dzieci reprezentowały poziom w granicach normy intelektualnej, nie miały wady słuchu ani zaburzeń słuchu fonemowego.⁹ Jedno dziecko nie było zdiagnozowane (podejrzenie występowania cech autystycznych). Wśród badanych wyróżniam cztery grupy wiekowe, co przedstawiam w tabeli 1.

Tab. 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem wieku i płci

Grupy wiekowe	Liczba badanych		
	dziewczęta	chłopcy	razem
I. od 6. r. ż. do 7. r. ż	15	21	36
II. > 7. r. ż. do 8. r. ż.	17	15	32
III. > 8. r. ż. do 9. r. ż.	27	18	45
IV. > 9. r. ż. do 11. r. ż.	26	29	55
Razem	85	83	168

Wśród 168 badanych blisko 30% dźwiękowych realizacji fonemu /r/ uznałam za wadliwe na podstawie wrażeń słuchowych. Częstość wadliwych realiza-

⁸ Najmłodszy badany w chwili badania miał 6 lat 2 miesiące i 5 dni, najstarszy 10 lat 9 miesięcy i 15 dni.

⁹ Słuch fonemowy jest to umiejętność rozróżniania elementarnych jednostek języka, jakimi są fonemy (Rocławski 2001).

cji jest znacznie wyższa wśród 6- i 7-latków (47–48%) niż wśród 8- i 9-latków (16–18%)¹⁰ (zob. tab. 2). Włączenie obserwacji wzrokowej do oceny tworzonych głosek pozwoliło ustalić, że wadliwych realizacji fonemu /r/ jest jeszcze więcej. Blisko 70% głosek tworzonych przez 6–11-letnie dzieci odbiega od wzorcowej realizacji. Częstość wadliwych realizacji maleje wraz z wiekiem: z 86% i 78% u 6- i 7-latków do 51% i 65% u 8- i 9–11-latków.

Tab. 2. Realizacja fonemu /r/ w ocenie słuchowej oraz słuchowo-wzrokowej w badanych grupach wiekowych

Grupa	Ocena słuchowa		Razem	Ocena słuchowo-wzrokowa	
	normatywna realizacja	wadliwa realizacja		normatywna realizacja	wadliwa realizacja
I. od 6. r. ż. do 7. r. ż.	19 53%	17 47%	36	5 14%	31 86%
II. > 7. r. ż. do 8. r. ż.	20 62%	12 48%	32	7 22%	25 78% ⁴⁵
III. > 8. r. ż. do 9. r. ż.	38 84%	7 16%	45	22 49%	23 51%
IV. > 9. r. ż. do 11. r. ż.	45 82%	10 18%	55	19 35%	36 65%
Razem	122 73%	46 27%	168 100%	53 32%	115 68%

W dalszej części referuję wyniki badań uzyskane w ocenie słuchowo-wzrokowej.

Wśród 168 realizacji fonemu /r/ najwięcej jest nieznacznie wadliwych (86), następnie prawidłowych (53), potem znacznie wadliwych (24) i średnio wadliwych (5) (zob. tab. 3).

Tab. 3. Realizacja fonemu /r/ w badanej grupie

Realizacja fonemu /r/	Liczba
Prawidłowa	53
Nieznacznie wadliwa	86
Średnio wadliwa	5
Znacznie wadliwa	24
Razem	168

¹⁰ Niezależnie od płci.

W każdej grupie wiekowej – nie tylko najmłodszej – co najmniej 10% realizacji jest znacznie wadliwych (zob. tab. 4).

Tab. 4. Realizacja fonemu /r/ według wieku

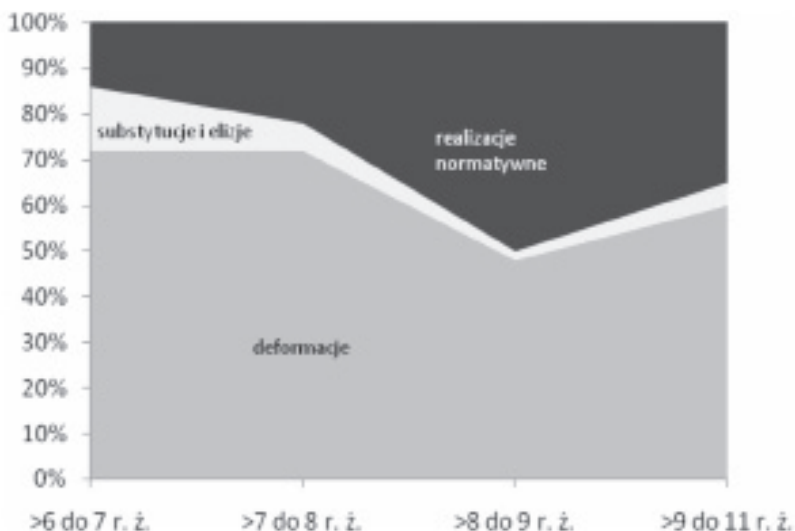
Grupa	Realizacja fonemu /r/				
	normatywna	nieznacznie wadliwa	średnio wadliwa	znacznie wadliwa	razem
I. od 6. r. ż. do 7. r. ż.	5 14%	20 56%	3 8%	8 22%	36
II. > 7. r. ż. do 8. r. ż.	7 22%	20 62%	0 0%	5 16%	32
III. > 8. r. ż. do 9. r. ż.	22 49%	19 42%	1 2%	3 7%	45
IV. > 9. r. ż. do 11. r. ż.	19 34%	27 49%	1 2%	8 15%	55
Razem	53 32%	86 51%	5 3%	24 14%	168

Wśród 115 wadliwych realizacji dominują nieznacznie wadliwe (75% – w zależności od wieku od 64% do 83%). Pozostałe w każdej grupie wiekowej częściej są znacznie wadliwe (13–26%) niż średnio wadliwe (zob. tab. 5).

Tab. 5. Wadliwe realizacje fonemu /r/ według wieku

Grupa	Realizacja fonemu /r/			
	nieznacznie wadliwa	średnio wadliwa	znacznie wadliwa	razem
I. od 6. r. ż. do 7. r. ż.	20 64%	3 10%	8 26%	31
II. > 7. r. ż. do 8. r. ż.	20 80%	0 0%	5 20%	25
III. > 8. r. ż. do 9. r. ż.	19 83%	1 4%	3 13%	23
IV. > 9. r. ż. do 11. r. ż.	27 75%	1 3%	8 22%	36
Razem	86 75%	5 4%	24 21%	115

Analiza wyników badań ze względu na formę realizacji według tradycyjnego podziału (na substytucje, elizje i deformacje) potwierdziła to, czego należało się spodziewać¹¹ – liczba substytucji i elizji jest stosunkowo niewielka i maleje wraz z wiekiem, nie tylko na korzyść prawidłowych realizacji, ale także – w wielu przypadkach – na rzecz deformacji. W I grupie stwierdziłam 14% substytucji (łącznie z elizjami) i 14% prawidłowych realizacji (po 5 osób) oraz 72% deformacji. W II grupie liczba substytucji i elizji wynosi 6% (2 osoby), odsetek prawidłowych realizacji jest wyższy (22% – 7 osób), a liczba deformacji utrzymuje się na tym samym poziomie (72 %). W III grupie utrzymuje się tendencja spadkowa w liczbie substytucji i elizji (tylko 2% – 1 osoba), spada również odsetek deformacji (50 %) na korzyść prawidłowych realizacji (50%). Być może na taki stan rzeczy w tej grupie ma wpływ kończąca się wymiana uzębienia mlecznego przednich siekaczy, być może inne czynniki. W grupie IV natomiast minimalnie wzrasta i liczba substytucji oraz elizji (5% – 3 osoby), i liczba deformacji (do 60% – 33 osoby), a liczba prawidłowych realizacji maleje do 35% (19 osób) (zob. ryc. 1).



Ryc. 1. Formy realizacji fonemu /r/ w grupach wiekowych

¹¹ Substytucje i elizje są charakterystyczne dla okresu rozwoju mowy i nabywania prawidłowej wymowy. Badana grupa to dzieci w wieku od 6 do 11 lat, jest to więc okres, w którym dzieci powinny już mieć opanowane prawidłowe realizacje, przynajmniej jeśli chodzi o grupę dzieci między ósmym a jedenastym rokiem życia.

Wyniki badań wskazują na duży odsetek dzieci, które realizują fonem /r/ nieznacznie, średnio i znacznie wadliwie. Jaka może być przyczyna, że nie wszystkie dzieci, nawet 9–11-letnie potrafią wymawiać głoskę [r]? Może złe wzorce? Może przeszkoda anatomiczna, np. krótkie wędzidełko języka?

Krótkie wędzidełko języka stwierdziłam aż u 126 ze 168 badanych, częściej nieznacznie skrócone (71 osób), rzadziej średnio skrócone (50 osób), najrzadziej znacznie skrócone (5 osób) (zob. tab. 6).

Tab. 6. Wędzidełko języka w badanej grupie

Wędzidełko języka	Liczba
Prawidłowe	42
Nieznacznie skrócone	71
Średnio skrócone	50
Znacznie skrócone	5
Razem	168

Wśród 42 osób z prawidłowym wędzidełkiem języka większość (64%) tworzy głoskę [r]. Pozostali realizują fonem /r/ tylko nieznacznie wadliwie. Wśród 71 dzieci z nieznacznie skróconym wędzidełkiem 35% realizacji jest prawidłowych, a 52% tylko nieznacznie wadliwych. Pozostałe są średnio lub znacznie wadliwe (13%). Przy średnio skróconym wędzidełku występuje tylko jedna prawidłowa realizacja, pozostałe są albo nieznacznie (64%), średnio (8%), albo znacznie wadliwe (26%). Wśród pięciorga dzieci ze znacznie skróconym wędzidełkiem nie ma prawidłowych realizacji: 3 są znacznie wadliwe, a 2 tylko nieznacznie. Przy prawidłowym wędzidełku języka realizacje średnio i znacznie wadliwe w ogóle nie występują, przy skróconym jest ich tym więcej, im bardziej jest skrócone wędzidełko (zob. tab. 7).

Badając jakość realizacji fonemu /r/ wśród dzieci, zasięgnęłam również opinii rodziców. Interesowało mnie, jak rodzice oceniają wymowę własnych dzieci, czy zauważają nieprawidłowości. Ankiety wypełnili rodzice 130 dzieci. Wśród tych dzieci stwierdziłam 86 wadliwych realizacji fonemu /r/ (w tym 16 znacznie wadliwych). Rodzice dostrzegli tylko 7 znacznie wadliwych realizacji, pozostałe 79 (w tym 9 znacznie wadliwych) uznali za poprawne (zob. tab. 8).

Tab. 7. Realizacja fonemu /r/ w odniesieniu do wędzidełka języka

Wędzidełko	Realizacja fonemu /r/				
	normatywna	nieznacznie wadliwa	średnio wadliwa	znacznie wadliwa	razem
Prawidłowe	27 64%	15 36%	0 0%	0 0%	42
Nieznacznie skrócone	25 35%	37 52%	1 2%	8 11%	71
Średnio skrócone	1 2%	32 64%	4 8%	13 26%	50
Znacznie skrócone	0 0%	2 40%	0 0%	3 60%	5
Razem	53 31%	86 51%	5 3%	24 15%	168 100%

Tab. 8. Dziecięce realizacje fonemu /r/ w ocenie badacza i rodziców

Ocena	Realizacja fonemu /r/				
	normatywna	nieznacznie wadliwa	średnio wadliwa	znacznie wadliwa	razem
Badacza	44	65	5	16	130
Rodzica	123	7			130
		pod opieką logopedy		4	
		bez opieki logopedy		3	

Pod opieką logopedy było lub jest tylko 32 ze 130 dzieci (9 z nich wymawia głoskę [r], terapia dotyczy innych głosek). Wśród 63 dzieci, które także powinny być pod opieką logopedy, stwierdziłam aż 11 znacznie wadliwych realizacji fonemu /r/ i 2 średnio wadliwe (zob. tab. 9).

Na pytanie, kto i kiedy zauważył problem i skierował dziecko do logopedy – 20 rodziców wskazało logopedę¹², 5 osób – przedszkole, 3 osoby – lekarza rodzinnego, 1 osoba – psychologa z poradni, 1 osoba – pedagoga szkolnego. Tylko dwoje rodziców zgłosiło się z dzieckiem do logopedy z własnej inicjatywy. Na podstawie odpowiedzi rodziców ustaliłam ponadto, że tylko w kilku przypad-

¹² Raz w roku do szkoły przyjeżdża logopeda z poradni i przeprowadza badania przesiewowe wśród sześciolatków i siedmiolatków.

Tab. 9. Dziecięce realizacje fonemu /r/ w ocenie badacza i rodziców

Opieka logopedy	Realizacja fonemu /r/				
	normatywna	nieznacznie wadliwa	średnio wadliwa	znacznie wadliwa	razem
Dziecko było/jest pod opieką logopedy	9	15	3	5	32
Dziecko nie było/nie jest pod opieką logopedy	35	50	2	11	98
Razem	44	65	5	16	130

kach spotkania z logopedą są systematyczne (raz, dwa razy w miesiącu) częściej logopedyczna opieka ograniczała się do jednej, dwóch lub zaledwie kilku wizyt.

Wnioski z przeprowadzonych badań są następujące.

1. 70% uczniów klas 0–III w badanej szkole wadliwie realizuje fonem /r/. Niemal połowa wadliwych realizacji ma jednoznacznie wadliwe brzmienie. Wadliwe realizacje występują w każdej grupie wiekowej.

2. Większość uczniów z wadliwą realizacją fonemu /r/ ma krótkie wędzidełko języka, a większość uczniów wymawiających [r] – ma prawidłowe wędzidełko języka. Związek wadliwych realizacji fonemu /r/ z jakością wędzidelka języka oznacza, że większość badanych dzieci potrzebuje nie tylko opieki logopedy, lecz również pomocy chirurga.

3. Świadomość potrzeb w zakresie opieki logopedycznej wśród rodziców jest niska. Tylko u siedmiorga dzieci rodzice dostrzegli wadliwą realizację fonemu /r/. Prawdopodobnie przeważająca większość ludzi ocenia jakość wymowy wyłącznie w aspekcie fonemowym.¹³

4. Opieka logopedyczna wśród badanych uczniów jest niedostateczna. Korzystało z niej (lub korzysta) tylko 30% dzieci potrzebujących opieki i to w ograniczonym zakresie.

BIBLIOGRAFIA

- Demelowa G., 1987, *Elementy logopedii*, WSiP, Warszawa.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O., 1999, *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wyd. Uniw. Opolskiego, Opole.

¹³ Jeżeli głoska brzmieniowo mieści się w klasie głosek należących do fonemu /r/, np. r języczkowe, to mowa jest zrozumiała. Logopeda ocenia jakość wymowy również w aspekcie fonetycznym (Ostapiuk, 1997, 2002).

- Kania J. T., 2001, *Szkice logopedyczne*, PTL Lublin.
- Minczakiewicz E. M., *Mowa, rozwój – zaburzenia – terapia*, WSiP, Kraków.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia” 10.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, [w:] „Logopedia” 30, PTL, Lublin.
- Ostapiuk B., 2002, *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji*, [w:] „Logopedia” 30, PTL, Lublin.
- Rocławski B., 1986, *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, WSiP, Warszawa.
- Rocławski B., 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Glottispol, Gdańsk.
- Rocławski B., 2001, *Słuch fonemowy i fonetyczny*, Glottispol, Gdańsk.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2002, *Wady wymowy i ich korygowanie* [w:] „Logopedia” 31, PTL, Lublin.
- Spalek E., Piechowicz-Kuślakowska C., 1996, *Jak pomóc dziecku z wadą wymowy*, Kraków.
- Styczek I., 1983, *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Wizjan M., 2004, *Jakość realizacji polskiego fonemu /r/ u uczniów klas 0–III w szkole podstawowej*, Nieopublikowana praca dyplomowa, Szczecin.
- Wójtowiczowa J., Rodak H. M., 1987, *Metodyka terapii logopedycznej*. Uniw. Warszawski, Warszawa.