

KAROLINA KLIŚ-HUNEK

Przedszkole nr 73 w Lublinie,

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-1476-8385>

## Wiedza na temat zaburzeń mowy wśród studentów logopedii z audiologią, pedagogiki specjalnej oraz administracji

Knowledge about speech disorders among students  
of speech therapy with audiology, special education and administration

### STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu była próba oceny poziomu wiedzy na temat wybranych zaburzeń mowy wśród studentów ostatniego roku studiów II stopnia na kierunkach: logopedia z audiologią, pedagogika specjalna oraz administracja. W artykule zostały przedstawione wybrane typologie zaburzeń mowy. Na potrzeby niniejszej pracy szerzej zostały omówione cztery zaburzenia: afazja, dyslalia, dyzartria oraz jąkanie. Badania zostały przeprowadzone za pośrednictwem internetowej ankiety, w której studenci odpowiadali na pytania dotyczące wybranych zaburzeń mowy, ich przyczyn oraz objawów. W badaniach wzięło udział łącznie 86 studentów, głównie z lubelskich uczelni.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdza się, że wiedza studentów logopedii z audiologią plasuje się na wysokim poziomie. Natomiast wiedza studentów pedagogiki specjalnej koreluje na poziomie zbliżonym do studentów administracji. Studenci logopedii z audiologią oraz administracji ocenili swoją wiedzę zgodnie z poziomem zaprezentowanym podczas badań, natomiast studenci pedagogiki specjalnej zakładali posiadanie wyższej wiedzy na temat zaburzeń mowy niż ten, który zaprezentowali podczas badań.

**Słowa kluczowe:** mowa, zaburzenia mowy, afazja, dyslalia, dyzartria, jąkanie, wiedza na temat zaburzeń mowy, studenci

### SUMMARY

The aim of this article is to assess the level of knowledge about selected speech disorders among students of second-year studies, second-cycle studies of speech therapy with audiology, spe-

cial pedagogy and administration. The article presents selected typologies of speech disorders. For the purposes of this study, four disorders were discussed in more detail: aphasia, dyslalia, dysarthria and stuttering. The research was conducted via online surveys in which students answered questions about selected speech disorders, their causes and symptoms. A total of 86 students took part in the research, mainly from universities in Lublin. Based on the results obtained, it is concluded that the knowledge of speech therapy students with audiology is at a high level. However, the knowledge of special pedagogy students is at a level similar to that of administration students. Students of speech therapy with audiology and administration assessed their knowledge in accordance with the level presented during the research, while special pedagogy students assumed they had higher knowledge about speech disorders than the one presented during research.

**Key words:** speech, speech disorders, aphasia, dyslalia, dysarthria, stuttering, knowledge about speech disorders, students

## WPROWADZENIE

Ludzkość komunikuje się ze sobą od zawsze, sposób komunikowania z biegiem lat uległ zmianie, ale niezmienny pozostaje fakt, iż mowa pełni istotną funkcję w życiu ludzi. Człowiek komunikuje się, aby przekazać swoją intencję oraz wiedzę o świecie, w którym żyje (Grabias 2016).

Aby komunikacja była możliwa, potrzebny jest nadawca oraz odbiorca komunikatu lub odbiorcy. Potrzebna jest również znajomość kodu komunikacyjnego, przeważnie takim kodem jest język, ale zdarza się, że rolę tę pełnią: obrazy, gesty, symbole, mimika. Rozumienie wypowiedzi nadawcy nie wiąże się tylko ze znajomością kodu, nieodzowne jest również właściwe odczytanie kontekstu komunikacyjnego (Gajda 2003).

S. Grabias nazywa mową „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretacje innym uczestnikom życia społecznego”. Język jest wytworem społeczeństwa, ludzie nabywają go w procesie socjalizacji i dzięki niemu mogą przynależeć do różnych grup społecznych oraz pełnić w nich określone funkcję (Grabias 2014, 15).

Człowiek dzięki unikalnym możliwościom swojego mózgu jest w stanie opanować posługiwanie się mową, dokonać jej interpretacji i przetwarzania. Mając na uwadze powyższe rozważania, można stwierdzić, iż język jest zjawiskiem społecznym. Rozwój mowy jest ściśle powiązany z rozwojem biologicznym, poznawczym, a także społecznym. Posługiwanie się językiem zapewnia człowiekowi poznanie rzeczywistości i uczestnictwo w życiu społeczeństwa. Osoby, które z różnych względów nie są w stanie przyswoić kodu komunikacyjnego, pozostają odizolowane. Wraz ze wzrostem uczestnictwa osoby w życiu społecznym zwiększa się jej sprawność interakcyjna, dzięki której rozumie zasady, na jakich tworzone są relacje społeczne i potrafi przekazywać społeczeństwu swoje własne intencje. Aby sprawność interakcyjna mogła się rozwinąć, człowiek musi wykształcić inne kompetencje (Grabias 2014):

- kompetencja komunikacyjna – posiadanie wzorca zachowań językowych, tworzenie logicznych wypowiedzi (Szyszko 2007);
- kompetencja językowa – znajomość norm gramatycznych w budowaniu wypowiedzi (Zarębina 1983);
- kompetencja poznawcza – posiadanie wiedzy o sobie i otaczającym świecie oraz korzystanie z nich w procesie tworzenia wypowiedzi (Smółka 2004).

Posiadanie umiejętności komunikowania się, używanie języka jest dla człowieka sposobem do wyrażenia swoich potrzeb i intencji. Aby te potrzeby były słyszane i zaspokajane, musi wybrzmieć komunikat o ich istnieniu. Zatem zasadne wydaje się twierdzenie, że mowa jest dla ludzi bardzo istotna, a niemożność w jej opanowaniu jest przesłanką do wytworzenia innego kodu komunikacyjnego, który choć w minimalnym stopniu pozwoli na przekazanie światu potrzeb i intencji danej jednostki. Natomiast w sytuacji gdy mowa jest zaburzona, konieczne jest usprawnienie jej do takiego stanu, kiedy osoba dotknięta zaburzeniem będzie mogła w satysfakcjonujący sposób komunikować się ze społeczeństwem (Grabias 2016).

Zaburzenia mowy znacznie wpływają na poziom życia osób, które się z nimi zmagają. Mogą wiązać się z nimi różnego rodzaju trudności: edukacyjne w czytaniu i pisaniu, rosnąca frustracja z bycia niezrozumianym. Trudności z mową mogą destrukcyjnie wpływać na wiele aspektów życia. Statystycznie około 8–9 % dzieci posiada wady wymowy (Banach, Cybulski, Krajewska-Kułak 2015).

T. Woźniak podkreśla, że występowanie wad wymowy staje się problemem globalnym, przeciwdziałanie mu ma mieć na celu polepszenie jakości życia osób nimi dotkniętych oraz zapobieganie, prewencję wykluczenia ich z życia społecznego (Woźniak 2017).

Fakt zwrócenia uwagi wielu badaczy z różnych krajów na problem wad wymowy jest potwierdzeniem ich istotnego wpływu na życie człowieka. W Wielkiej Brytanii powstał raport w ramach Programu Badań Komunikacji, który zwraca uwagę na istotną rolę komunikacji w życiu człowieka. Przewiduje on konieczność wczesnej interwencji logopedycznej oraz działań profilaktycznych, objęcie wsparciem rodziny osoby dotkniętej wadą wymowy oraz ich współdziałanie z interdyscyplinarnymi specjalistami (Gunia 2017).

## PRZEGLĄD WYBRANYCH KLASYFIKACJI ZABURZEŃ MOWY

Początkowo zaburzenia mowy były przedmiotem zainteresowań medyków, dlatego też pierwszych prób utworzenia typologii zaburzeń mowy podejmowali

się lekarze oraz specjaliści z zakresu medycyny. Zdecydowana większość klasyfikacji zaburzeń mowy ujmuje tematykę z uwzględnieniem objawów oraz przyczyn, są to typologie objawowo-przyczynowe. Oprócz nich są też takie, które biorą pod uwagę same przyczyny lub objawy (Kurowska 2013).

Zaburzenia mowy nie są pojęciem jednoznacznym. Obejmują szeroki zakres trudności związanych z posługiwaniem się mową (Sołtys-Chmielowicz 2016).

François Boissier de Sauvages de Lacroix jest uznawany za twórcę pierwszej klasyfikacji zaburzeń mowy. Jest to przykład medycznego ujęcia tematu. Opracowanie powstało w XVIII wieku, wyróżniając trzy podstawowe jednostki: zaburzenia głosu, niemota oraz bełkotanie, w poczet którego zalicza się: mogilalię, paralalię, jąkanie (Grabias 2014, 33).

Przykładem objawowej klasyfikacji zaburzeń mowy jest typologia autorstwa L. Kaczmarka z 1975 roku, która wyróżnia:

- zaburzenia treści (proces abstrakcji i uogólniania),
- zaburzenia języka (afazja, alalia, agramatyzm, niemota, przejęzyczenia),
- zaburzenia substancji (płaszczyzna suprasegmentalna: afonia, bradyłalia, gielkot, jąkanie, tachylalia, mowa osób bez krtani), (płaszczyzna segmentalna: dyslalia), (płaszczyzna suprasegmentalna i segmentalna: palatolalia, mutyzm) (Kurowska 2013).

Z perspektywy czasu w typologii L. Kaczmarka zauważyć można błędne założenia, związane z uznaniem całkowitej niezależności między treścią, substancją a językiem. Wśród pozytywów wskazać można wprowadzenie pionierskich pojęć, które urzeczywistniają umysłowy wymiar trudności komunikacyjnych (Grabias 2014).

Warto też zaznaczyć, że tworząc swoją klasyfikację zaburzeń mowy, L. Kaczmarek wzorował się na medycznej klasyfikacji A. Kussmaula (Grabias 1994).

Przykładem przyczynowej typologii zaburzeń mowy jest opracowanie I. Styczek. Autorka wyróżnia endogenne oraz egzogenne zaburzenia (Sołtys-Chmielowicz 2014).

Do zaburzeń wewnątrzpochodnych zalicza: afazję, dysglosję, dyslalię, dyzartrię, jąkanie, nerwice mowy, oligofazję, schizofazję. Do zaburzeń, których podłoża upatruje w przyczynach zewnętrznych, zalicza czynniki środowiskowe (Styczek 1979).

W swojej pracy I. Styczek ogranicza się do powiązania zaburzeń egzogennych z nieprawidłowościami organicznymi oraz psychicznymi. W przypadku czynników egzogennych łączy je z wpływem niekorzystnego środowiska (Kurowska 2013).

W tej typologii pominięta została kwestia osób z niedosłuchami. Na docenienie zasługuje fakt przypisania dyslalii ograniczeń w opanowaniu systemu, natomiast dysglosji trudności realizacyjnych (Grabias 2014).

Kolejną objawową klasyfikację zaburzeń mowy opracował niemiecki lekarz A. Kussmaul, który zaproponował następujący podział: zaburzenia artykulacji: jąkanie, bełkotanie zaburzenia mowy wewnętrznej i zewnętrznej: dysfagia, zaburzenia treści: dyzartria (Grabias 2014 40).

W. Ołtuszewski wyróżnia w swojej przyczynowej typologii zaburzenia ośrodkowe, w skład których zalicza: afazję, której przyczynami są trudności w percepcji wynikające z niepełnosprawności intelektualnej, z niedosłuchów oraz bełkotanie. Dyzartrię wynikającą z porażen oraz zaburzenia obwodowe: dyzartrię związaną ze wszelkiego rodzaju rozszczepami w obrębie narządów mowy, bełkotanie. Zamysł pracy Ołtuszewskiego znalazł swoje odbicie w ustaleniach lingwistycznych z XX wieku zakładających posiadanie kompetencji w umyśle i ich realizację (Grabias 2014, 42).

Godną uwagi propozycję usystematyzowania tematu zaburzeń mowy przedstawił T. Kania w swojej językowej typologii:

- zaburzenia suprasegmentalne związane z prozodią mowy,
- zaburzenia segmentalne dotyczące sposobu realizacji głoski, sylaby, wyrazu, zadania:
  - paradygmatyczne: elizję, substytucję, deformację,
  - syntagmatyczne: epentezę, redukcję; asymilację, dysymilację; metatezę, kontaminację (Kania 2001).

Oceniając wyżej przedstawioną typologię, należy zwrócić uwagę na fakt, iż jest ona często wykorzystywana w pracy logopedów oraz uwzględnia hierarchiczną budowę języka (Kurowska 2013).

W logopedycznej typologii zaburzeń mowy S. Grabias opiera się na klasyfikacji I. Styczek, znacznie ją rozbudowując. W tym ujęciu istotną rolę przypisuje się kompetencji językowej, komunikacyjnej oraz kulturowej. Autor wprowadza nowe pojęcie procedur postępowania logopedycznego (Sołtys-Chmielowicz 2016).

S. Grabias w swojej typologii wyróżnia: 1. zaburzenia mowy związane z niewykształceniem sprawności percepcyjnych: głuchota, niedosłuch; alalia, dyslalia; oligofazja; autyzm; padaczki dziecięce 2. zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedostatecznym wykształceniem sprawności realizacyjnych: dysglosja; gielkot; jąkanie; dyzartria. 3. zaburzenia mowy związane z rozpadem kompetencji: afazja; pragnozja; schizofazja; demencja (Grabias 2014, 54–57).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała dyspozycję do utworzenia medycznej międzynarodowej klasyfikacji, z której korzystają specjaliści na całym świecie. Obecnie w Polsce od 2022 roku obowiązuje ICD-11. Następująca typologia zalicza zaburzenia mowy do zaburzeń neurorozwojowych (6A0). Kod (6A01) ujmuje rozwojowe zaburzenia mowy lub języka. Zalicza się do nich trudności w wytwarzaniu mowy oraz jej rozumienia. Powyższe problemy nie są spowodowane czynnikami społecznymi. W dalszej części klasyfikacji ICD-11 znajdują się następujące zaburzenia: Kod (6A01.0) – rozwojowe zaburzenia brzmienia mowy, (6A01.1) rozwojowe zaburzenia płynności mowy, (6A01.2) – rozwojowe zaburzenia języka, (6A01.20) – rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniami języka recepcyjnego i ekspresyjnego, (6A01.21) rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniami głównie języka ekspresyjnego, (6A01.22) – rozwojowe zaburzenia języka z zaburzeniami głównie języka pragmatycznego, (6A01.23) -rozwojowe zaburzenie języka z innymi określonymi zaburzeniami, (6A01.Y) – rozwojowe zaburzenia mowy lub języka określone, (6A01.Z) – rozwojowe zaburzenia mowy lub języka nieokreślone (Jastrzębowska 2019).

DSM-5 to typologia wydana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, obowiązuje od 2013 roku. Zaburzenia mowy w niej opisane obejmują: zaburzenia płynności mowy, zaburzenia językowe, tworzenie dźwięków mowy, trudności w komunikacji społecznej i inne zaburzenia komunikacji. Wszystkie wyżej wymienione zostały wpisane w zaburzenia neurorozwojowe (Gałęcki, Świącicki 2015).

Zaburzeniami mowy zajmują się różni specjaliści. Jest to dziedzina, która wymaga interdyscyplinarnego podejścia i współpracy różnorodnych fachowców. Wielu naukowców zauważa ścisłe powiązanie logopedii z medycyną i zwraca uwagę na biologiczne uwarunkowania zaburzeń mowy. Logopeda, prowadząc terapię, w zależności od potrzeb pacjenta powinien współpracować z różnymi specjalistami: audiologami, pedagogami, fizjoterapeutami, foniatrami, laryngologami, ortodontami, pediatrami (Marciniak-Firadza 2018).

Logopedzi są często utożsamiani z pedagogami specjalnymi i odwrotnie – taki sposób przedstawiania tych specjalistów został potwierdzony w badaniach naukowych (Grabias 2014).

Zbieżne postrzeganie logopedów i pedagogów specjalnych jest wynikiem często pokrewnych celów terapeutycznych oraz działań, mających na uwadze zwiększenie jakości życia ich uczniów (Pańczyk 2003).

Rozważania na temat powiązań łączących logopedię i pedagogikę specjalną trwają od lat. Niektórzy uważają, że logopedia jest jednym z działów pedagogiki specjalnej. Aprobujący powyższe twierdzenie argumentują to następująco: interdyscyplinarność obu dziedzin, specjalne potrzeby edukacyjne uczniów, którzy

są objęci terapią logopedyczną i pedagogiczną, podobny rodzaj zadań: diagnoza, profilaktyka i rewalidacja (Gunia, <https://rep.up.krakow.pl/>).

Przeciwnikiem utożsamiania logopedii z pedagogiką specjalną był L. Kaczmarek, który uznał logopedię jako naukę autonomiczną, a zarazem multidyscyplinarną (Kaczmarek 1991).

## AFAZJA

Afazja to utracona zdolność wytwarzania wypowiedzi oraz jej rozumienia, spowodowana uszkodzeniem części mózgu. Towarzyszą jej często trudności w czytaniu, pisaniu, liczeniu, zapamiętywaniu oraz planowaniu i wykonywaniu ruchów artykulacyjnych. Do wyzwań, z jakimi zmagają się osoby dotknięte afazją, zaliczyć można trudności związane z poruszaniem się, gryzieniem, żuciem. Są to objawy wstępujące również w innych zaburzeniach, między innymi w dysartrii. Osoby dotknięte afazją mają często trudności w funkcjonowaniu społecznym, są izolowane, potrzebują wsparcia i opieki swoich bliskich (Panasiuk 2022).

Przez wieki uznawano, że pomoc pacjentom, u których doszło do uszkodzenia mózgu, jest niemożliwa, a zmiany są nieodwracalne. Przełomowe okazały się prace A. Łurii, który w 1947 roku opisał sposoby terapii osób z afazją, dając tym samym szansę na poprawę jakości życia pacjentów (Filipczak, Panasiuk 2015).

Definicje afazji opierają się głównie na jej przyczynach i objawach. Najbardziej rozpowszechniony podział to afazja Broki, której objawami są niepełność mowy, perseweracje, styl telegraficzny, liczne agramatyzmy i całkowita utrata mowy. Afazja Wernickego wyróżnia następujące trudności: liczne neologizmy, wielomówność, sałatka słowna, przy czym zachowana jest płynna mowa spontaniczna (Jodzio 2008).

Głównymi przyczynami zaburzeń występujących w afazji są: guzy mózgu, udary oraz uszkodzenia, urazy w obrębie głowy. Z badań wynika, że około 75–80% afazji powstało w wyniku chorób naczyniowych mózgu (Panasiuk 2022).

J. Panasiuk zwraca uwagę na konieczność różnicowania afazji od innych chorób, które również wynikają z uszkodzenia struktur mózgu. Proponuje następujące kryteria diagnostyczne: anatomiczne, fizjologiczne, psychologiczne, lingwistyczne oraz logopedyczne (Panasiuk 2014).

Ujęcie afazji przez różnych badaczy zaowocowało wielością definicji. M. Maruszewski określa afazję jako organiczne uszkodzenie mózgu powodujące częściową lub całkowitą utratę mechanizmów programowania mowy u osoby, która wcześniej komunikowała się (Maruszewski 1966).

I. Styczek określa afazję jako utratę możliwości do budowania wypowiedzi poprawnych pod względem gramatycznym w całości lub części oraz jako problemy z rozumieniem i nadawaniem mowy (Styczek 1979).

H. Mierzejewska zwraca uwagę na trudności wynikające z problemu zapamiętywania wzorców artykulacyjno-słuchowych skutkującego nieprawidłowościami w nadawaniu i odbiorze wypowiedzi (Mierzejewska 1977).

## DYSLALIA

Z badań wynika, że około 20–40% dzieci w wieku 6–9 lat ma problemy z nieprawidłową realizacją głosek. Zatem problem ten dotyczy znacznej ilości młodych osób (Trzaskalik 2012).

Wielu naukowców w różny sposób definiuje dyslalię. L. Kaczmarek określa ją jako nieprawidłową realizację fonemów. I. Styczek zauważa problematykę nieprawidłowej realizacji dźwięków w kilku zaburzeniach: dysglosję – trudności związane z niedosłuchem lub nieprawidłowościami anatomicznymi w obrębie aparatu mowy, dysartrię – trudności wynikające z porażenia nerwów, dyslalię (alalię) – spowolniony proces kształtowania się pewnych funkcji w mózgu, skutkujące opóźnieniem w opanowaniu języka (Pluta-Wojciechowska 2022).

S. Grabias, różnicując dyslalię od alalii, zauważa, że w dyslalii trudności realizacyjne wypowiedzi wynikają z zaburzeń słuchu fonologicznego oraz CAPD. Natomiast w alalii trudności przekładają się na nieprawidłowy rozwój mowy ze względu na niedokształcenie wielu funkcji. Skutkuje to opóźnionym rozwojem kompetencji językowych (Grabias 2019).

A. Sołtys-Chmielowicz, pisząc o dyslalii, zwraca uwagę na nieprawidłową realizację fonemów przy wzorcowo opanowanych podsystemach języka (Sołtys-Chmielowicz 2016).

Przyczyny dyslalii mogą być zróżnicowane, wynikające z korowych lub obwodowych zaburzeń artykulacji. Możliwe jest, że pacjent ma typową trudność związaną z posiadaniem wady wymowy, ale często trudności artykulacyjne dotyczą również osób z afazją, niedosłuchem (Stasiak 2022).

L. Kaczmarek, pochylając się nad przyczynami dyslalii, wskazał, że trudności mogą wynikać z niedosłuchów – dyslalia audiogenna, uszkodzenia obwodowych narządów mowy – dyslalia mechaniczna związana z dyzartrią – dyslalia centralna, nieprawidłowymi wzorcami społecznymi – dyslalia funkcjonalna oraz taka, która łączy w sobie wiele przyczyn – dyslalia sprzężona (Obrębowski, Obrębowska 2013).

Warto uwzględnić różnice między błędem wymowy, a wadą wymowy w kontekście wyżej opisywanej dyslalii funkcjonalnej. Jeśli pacjent jest w stanie mówić poprawnie w wielokrotnych powtórzeniach po usłyszeniu prawidłowego wzorca, nie ma wady wymowy, a jego wcześniejsza realizacja wynikała z błędu (Kamper-Warejko, Kaproń, Charzyńska 2015).



Logopeda podczas diagnozy powinien dokonać obserwacji dziecka oraz przeprowadzić wywiad z jego rodzicami, opiekunami. Następnie do przeprowadzenia prawidłowej diagnozy niezbędna jest ocena budowy anatomicznej narządów oraz ich sprawność. Ocena realizacji głosek z uwzględnieniem licznych powtórzeń oraz słuchu fonematycznego i umiejętności tworzenia dłuższych wypowiedzi. W sytuacjach, które rodzą liczne pytania, warto skonsultować pacjenta ze specjalistami z różnych dziedzin (Michalak-Widera 201).

Profilaktyka wad wymowy może odbywać się już w okresie prenatalnym, do tego działania typu odpowiednia należą: suplementacja i dostarczanie składników odżywczych (kwas foliowy, wapń), wykorzystywanie badań prenatalnych, podczas których można dowiedzieć się, czy dziecko ma rozszczepy. Odpowiednie karmienie dzieci zróżnicowanymi pod względem konsystencji pokarmami, picie z kubka otwartego, usprawnianie toru oddechowego. Przyczyn dyslalii jest wiele, najczęstsze z nich to: nieprawidłowa budowa i sprawność narządów mowy, brak pionizacji języka, wady zgryzu, krótkie wędzidełko, blendowanie pokarmów itp. (Bieńkowska, Jedlińska, Lipiec, Więcek-Poborczyk 2019).

Działania terapeutyczne podejmowane w dyslalii powinny obejmować: kontrolowanie przedpola artykulacyjnego, wybór głoski, ustalenie warunków progowych, naukę głoski, aktywizację głoski, polaryzację głoski, mowę potoczną (Pluta-Wojciechowska 2021).

W przypadku dyslalii można mówić o dużej rozpiętości przyczyn. W związku z tym prowadzenie skutecznej diagnozy i podjęcie terapii logopedycznej oraz oddziaływań terapeutycznych wymaga obserwacji, wiedzy i często bywa trudne (Tarkowski 2012).

## DYZARTRIA

Z badań wynika, że dyzartria jest najczęściej występującym zaburzeniem mowy o podłożu neurologicznym. Pacjenci dyzartryczni stanowią 54% z przebadanych 10 tys. osób, które zmagają się z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń neurologicznych (Duffy 2015).

Dyzartrię należy rozpatrywać, uwzględniając jej wszystkie komponenty. Skupienie się wyłącznie na zaburzeniach artykulacyjnych jest poważnym błędem, uniemożliwiającym właściwą pomoc pacjentowi. We wcześniejszych typologiach zaburzeń mowy dyzartria była klasyfikowana jako rodzaj dyslalii. Taki tok myślenia prezentował w swojej pracy Kaczmarek (Mirecka 2014).

Współcześnie termin dyzartrii jest rozumiany w szerszej perspektywie z uwzględnieniem wszystkich składowych tego zaburzenia, takich jak:

- zaburzenia oddechowe, trudności w kontrolowaniu siły wydychanego powietrza, skrócenie fazy wydechu,

- zaburzenia fonacji, trudności z wydobyciem głosu, modulacją jego wysokości i natężenia,
- zaburzenia artykulacji i rezonansu, trudności z realizacją głosek, deformację, upraszczania grup spółgłoskowych,
- zaburzenia prozodyczne, trudności z rytmem, natężeniem, intonacją, akcentem oraz tempem mówienia (Mirecka 2014).

Porozumiewanie się osób z dyzartrią utrudnia również problem z wykonywaniem gestów, zmianą pozycji ciała czy stosowaniem mimiki (Bigas, Panasiuk, Popiołek-Janiec 2021).

U. Mirecka, definiując dyzartrię, zwraca uwagę na wszystkie wyżej wymienione komponenty. „Dyzartria to zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy, spowodowane uszkodzeniami centralnego lub obwodowego układu nerwowego, przejawiające się dysfunkcjami w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, skutkującymi zniekształceniami substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej i suprasegmentalnej” (Mirecka 2022, 844).

Do uszkodzeń układu nerwowego, będących przyczyną dyzartrii, dochodzi wskutek urazów mózgowo-czaszkowych, udarów, guzów mózgu, mózgowego porażenia dziecięcego, neurobleriozy, stwardnienia rozsianego, choroby Huntingtona i innych (Murdoch 1998).

Dyskusja na temat przyczyn dyzartrii trwa. Naukowcy są zgodni co do uszkodzeń w obrębie układu nerwowego struktur, które odpowiadają za ruchową realizację mowy, natomiast kwestia lokalizacji poszczególnych uszkodzeń pozostaje sporna. W dużej mierze dotyczy uszkodzeń ośrodków korowych. Pojawia się tu trudność różnicowania dyzartrii i afazji motorycznej oraz dyzartrii i apraksji mowy. Badacze są zgodni co do uszkodzeń w obrębie układu pozapiramidowego, mózdzku, szlaków piramidowo-jądrowych, jąder nerwów czaszkowych, ruchowych nerwów obwodowych (Mirecka 2022).

## JĄKANIE

Jąkanie znacznie częściej jest diagnozowane u chłopców. Z badań wynika, że 90% jąkania pojawia się u dzieci w wieku przedszkolnym. Często błędnie utożsamiane jest z nie płynnością mowy, która stanowi jedną z jego składowych, ale nie jedyną (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj 2010).

Mówiąc o jąkanii, należy zwrócić uwagę na kilka ważnych czynników, które mogą być jego częścią: nie płynność mowy, spastyczność mięśni, lęk przed mówieniem, logofobia (Tarkowski, Humeniuk 2016).

Ważnym zadaniem poprzedzającym terapię jąkania jest różnicowanie jąkania i nie płynności mówienia. U dzieci w wieku przedszkolnym może występować nie płynność wiążąca się z dynamicznym rozwojem języka w tym okresie. Dziecko może mieć trudności w planowaniu swojej wypowiedzi. T. Woźniak rozróżnia nie płynność patologiczną od normalnej. Główne różnice dotyczą prezentowanej ilości nie płynności podczas prób sylabowych, jeżeli jest ich mniej niż 5%, są normą. Zaburzenia oddechowe będą występowały tylko w nie płynności patologicznej. W nie płynności normalnej realizacja głosek jest prawidłowa. Pacjenci z nie płynnością patologiczną zazwyczaj nie utrzymują kontaktu wzrokowego w trakcie wypowiedzi, podczas pauz zaobserwować można u nich wzmożone napięcie mięśniowe, czego nie zauważymy w przypadku normy (Woźniak 2014).

Wśród przyczyn występowania jąkania wyróżnić należy:

- nieprawidłowe połączenia w mózgu (okolice wieczka Rolanda),
- nieprawidłowości związane ze słuchową kontrolą wypowiedzi, związane z lateralizacją,
- czasowe zaburzenia percepcji wypowiedzi (Woźniak 2015).

Wyjaśniając przyczynę jąkania, warto zwrócić uwagę na teorie związane z uwarunkowaniami genetycznymi oraz z zaburzeniami kontroli w obrębie narządów artykulacyjnych. Jednak nie ma jednoznacznych badań, potwierdzających te założenia (Woźniak 2022).

Skuteczna terapia jąkania powinna uwzględniać wieloaspektowość tego zaburzenia i obejmować:

- doskonalenie fizjologicznej czynności mówienia,
- usprawnianie płynności mówienia,
- oddziaływanie farmakologiczne,
- oddziaływanie psychologiczne (Woźniak 2016).

## METODOLOGIA BADAŃ

### I CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

Celem niniejszego artykułu była ocena poziomu wiedzy studentów wybranych kierunków na temat zaburzeń mowy. Przedmiotem badań była wiedza 86 studentów, będących na ostatnim roku studiów głównie z lubelskich uczelni. 30 studentów logopedii z audiologią, 28 pedagogiki specjalnej oraz 28 administracji. Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem ankiety internetowej. Główny problem badawczy dotyczył odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu różni

się wiedza wśród studentów poszczególnych kierunków. Czy studenci pedagogiki specjalnej mają wiedzę zbliżoną do specjalistów z zakresu zaburzeń mowy, czyli logopedów, i czy ich wiedza bardziej zbliżona jest do studentów administracji? W niniejszym artykule zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Technikami badawczymi były: ankieta, kwestionariusz internetowy składający się z pytań otwartych oraz zamkniętych.

## WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Tabela 1. Wyniki badań

Pytania otwarte	Studenci logopedii z audiologią	Studenci pedagogiki specjalnej	Studenci administracji
Czym według Pani/Pana jest zaburzenie mowy?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaburzenie mowy to zjawisko polegające na trudnościach w obszarze kompetencji lub realizacji językowej, a także w zakresie mowy biernej.</li> <li>• różne trudności związane z mową, np. wady wymowy, problem z rozumieniem, niepłynnością mowy</li> <li>• wszelkie wady artykulacyjne oraz problemy z planowaniem i realizacją wypowiedzi</li> <li>• zaburzenie mowy wiąże się z niemożnością budowania poprawnej wypowiedzi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wada wymowy</li> <li>• trudności w mówieniu</li> <li>• zacinanie się, przerywanie wypowiedzi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wada wymawiania słów</li> <li>• trudności w wypowiedzi</li> <li>• zacinanie się</li> </ul>

Tabela 1. Ciąg dalszy

Czym według Pani/Pana jest afazja?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaburzenie mowy spowodowane uszkodzeniem lewej półkuli mózgu, utrata wcześniej opanowanych kompetencji</li> <li>• afazja to zaburzenie realizacji mowy, związane z uszkodzeniem mózgu, np. poprzez udar niedokrwienny lub krwotoczny</li> <li>• rozpad sprawności językowej, realizacyjnej lub komunikacyjnej spowodowany uszkodzeniem mózgu</li> <li>• utrata zdolności mowy wskutek incydentu neurologicznego obejmującego lewą półkulę z ośrodkiem Broki (afazja ruchowa) i ośrodkiem Wernickego (afazja czuciowa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utrata umiejętności mowy</li> <li>• zaburzenie mowy spowodowane uszkodzeniem mózgu</li> <li>• trudności z mową i rozumieniem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nie wiem</li> <li>• nie znam terminu</li> <li>• utrata zdolności do mówienia</li> </ul>
Czym według Pani/Pana jest dyslalia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dyslalia to zaburzenie mowy, objawiające się nieprawidłową artykulacją danej głoski/głosek poprzez jej/ich pominięcie, zmienianie na inną realizowaną prawidłowo bądź deformację</li> <li>• dyslalia to inaczej zaburzenie artykulacji. Zaburzenie mowy w warstwie fonetyczno-fonologicznej</li> <li>• zaburzenie realizacji wypowiedzi spowodowane nieprawidłową ruchomością aparatu artykulacyjnego bądź jego niewłaściwym funkcjonowaniem</li> <li>• zniekształcona artykulacja, nienormatywne odnośnie do etapu rozwojowego używanie inwentarza fonemów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jest to seplenienie</li> <li>• nieprawidłowa realizacja liter</li> <li>• brak umiejętności wydobywania sz, r itp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nie wiem</li> <li>• seplenienie</li> <li>• zaburzenie powodujące, że mowa brzmi bardzo niewyraźnie, przypomina bełkotanie</li> </ul>

Tabela 1. Ciąg dalszy

Czym według Pani/Pana jest dyzartria?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaburzenie realizacyjne objawiające się uszkodzeniem dróg nerwowych, unerwiających narządy oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne</li> <li>• zaburzenie realizacji wypowiedzi spowodowane nieprawidłowym działaniem mięśni, stawów i nerwów biorących udział w procesie mówienia</li> <li>• zespół zaburzeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, spowodowanych uszkodzeniem ośrodków lub dróg unerwiających aparat mowy. Dyzartria to nie choroba, lecz zespół objawów w przebiegu chorób lub uszkodzeń układu nerwowego</li> <li>• zaburzenie realizacji wypowiedzianych słów na skutek choroby neurologicznej, poważnych zaburzeń oddechowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niewłaściwa, niewyraźna mowa</li> <li>• podobne do dyslalii, wolne tempo mowy</li> <li>• nie wiem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mowa jest niewyraźna, powolna</li> <li>• nie znam terminu</li> <li>• trudność w poprawnym wyrażaniu się, złe artykułowanie słów.</li> </ul>
Czym według Pani/Pana jest jąkanie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaburzenie płynności mowy wśród dzieci, młodzieży i dorosłych objawiające się blokami, przeciąganiem głosu, powtarzaniem fraz</li> <li>• niepłynność mowy objawiająca się powtórzeniami głosek, sylab, wyrazów czy całych fraz lub niemożnością rozpoczęcia wyrazu czy frazy</li> <li>• niepłynność mowy mająca swoje podłoże na poziomie komunikacyjnym, psychologicznym i neurofizjologicznym</li> <li>• rodzaj niepłynności mówienia wiąże się z logofobią, spastycznością mięśni, osoba jękająca się jest świadoma swoich trudności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zacinanie się w trakcie mówienia</li> <li>• powtarzanie kilka razy tego samego słowa</li> <li>• mówienie z długimi przerwami</li> <li>• powtarzanie sylab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nie można wypowiedzieć słów wstępujących ciągiem po sobie</li> <li>• brak swobodnego wysławiania się</li> <li>• trudności z płynnym wyowiedaniem zdań.</li> <li>• sylabowanie wyrazów</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Udzielając odpowiedzi na pytanie dotyczące zaburzeń mowy, studenci logopedii z audiologią przedstawili szeroki zakres możliwych zaburzeń, zwrócili uwagę na trudności z planowaniem oraz realizacją wypowiedzi. Studenci pedagogiki specjalnej oraz administracji określali zaburzenie mowy jako trudność w wypowiedzaniu się, wadę wymowy, zacinięcie. Ujęli temat w znacznie węższej perspektywie.

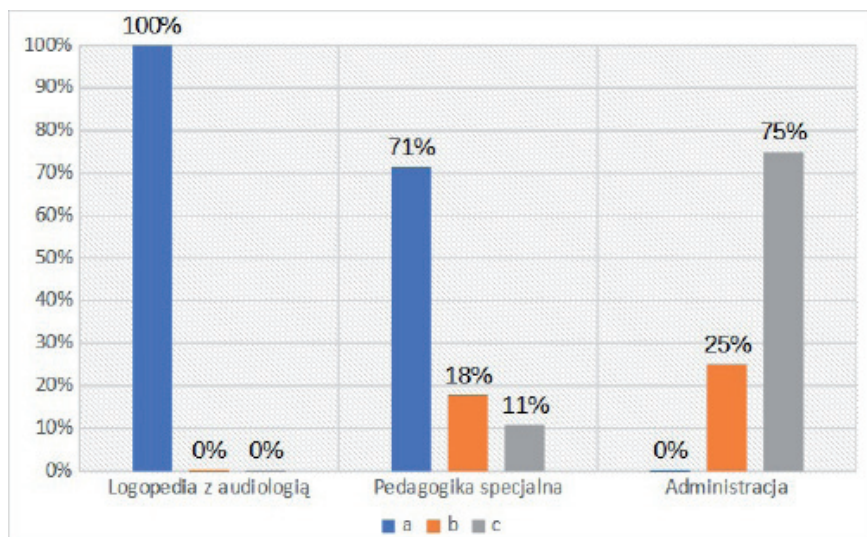
Tworząc definicję afazji, studenci logopedii z audiologią zwracali uwagę na rozpad kompetencji, uszkodzenie mózgu, wymieniali rodzaje afazji, skupiali się na objawach oraz przyczynach. W definicjach podanych przez studentów pedagogiki specjalnej najczęściej pojawiała się określenie utraty mowy. 14% (4 osoby) respondentów, podając definicję afazji, odniosło się do uszkodzenia mózgu oraz trudności z rozumieniem mowy. Wśród studentów administracji ponad 70% (20 osób) określiło afazję jako utratę zdolności do mówienia, pozostałe osoby nie znały tego terminu.

W pytaniu dotyczącym definicji dyslalii studenci logopedii z audiologią przedstawili obszernie definicje, zwracając uwagę na objawy oraz przyczyny dyslalii. 39% (11 osób) studentów pedagogiki specjalnej określiło dyslalię jako seplenie, pozostała część odniosła się do nieprawidłowej realizacji liter. Co trzeba uznać za poważny błąd i brak umiejętności odróżnienia liter od głosek. Studenci administracji w zdecydowanej większości określili dyslalię jako seplenie, mowę niewyraźną przypominającą bełkotanie. 21% (6 osób) badanych nie znało terminu.

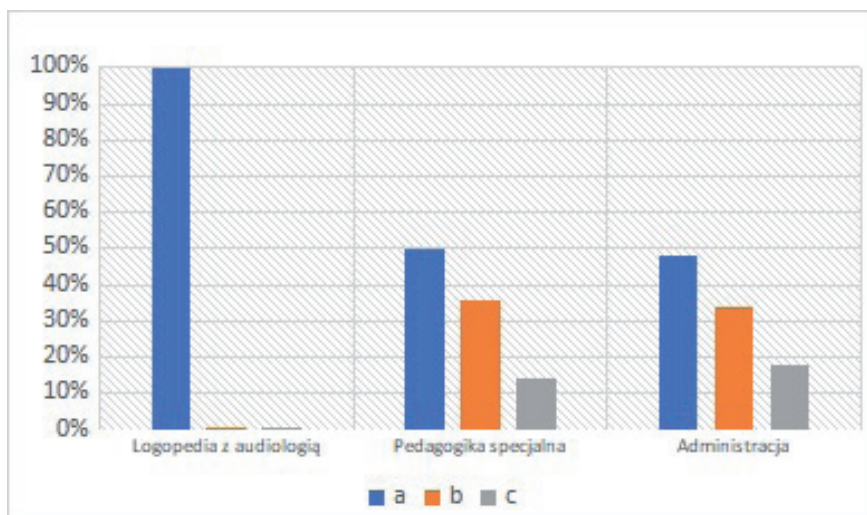
Tworząc definicję dyzartrii, studenci logopedii z audiologią opisali szereg objawów oraz przyczyn tego zaburzenia. Definicje sformułowane przez studentów pedagogiki specjalnej oraz administracji kładły nacisk na nieprawidłową artykulację i wolne tempo mówienia. 32% (9 osób) studentów pedagogiki specjalnej określiło dyzartrię jako zaburzenie podobne do dyslalii. 25% (7 osób) studentów administracji nie znało tego terminu.

W pytaniu dotyczącym definicji jąkania studenci logopedii z audiologią zwrócili uwagę na przyczyny oraz objawy tego zaburzenia. Wśród studentów pedagogiki specjalnej oraz administracji pojawiały się sformułowania dotyczące zacinięcia, stosowania przerw, powtarzania słów i sylab.

## ANALIZA PYTAŃ ZAMKNIĘTYCH



Wykres 1. Odpowiedzi na pytanie dotyczące oceny swojej wiedzy na temat zaburzeń mowy wśród studentów logopedii z audyologią, pedagogiki specjalnej oraz administracji. a) dobrze, b) niezbyt dobrze, c) nie wiem



Wykres 2. Odpowiedzi dotyczące pytania: kiedy jest właściwy czas na odbycie pierwszej wizyty u logopedy? a) – Zawsze kiedy zaobserwujemy nieprawidłowości w rozwoju dziecka. W okresie niemowlęcym, noworodkowym, przedszkolnym, szkolnym. b) Zawsze kiedy zaobserwujemy nieprawidłowości w rozwoju dziecka. W okresie przedszkolnym i szkolnym. c) Zawsze kiedy zaobserwujemy nieprawidłowości w rozwoju dziecka, ale nie wcześniej niż przed ukończeniem piątego roku życia.



100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią oraz 71% (20 osób) pedagogiki specjalnej określiło swoją wiedzę na temat zaburzeń mowy jako dobrą. Studenci administracji ocenili swoją wiedzę niezbyt dobrze 25% (7 osób), pozostali badani nie potrafili się określić.

Na pytanie dotyczące odpowiedniego czasu na odbycie pierwszej wizyty u logopedy właściwą odpowiedź wskazało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 50% (14 osób) studentów pedagogiki specjalnej oraz 48% (13 osób) studentów administracji.

Udzielając odpowiedzi na pytania dotyczące przyczyn afazji, prawidłową odpowiedź wskazało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 61% (17 osób) studentów pedagogiki specjalnej, 54% (15 osób) studentów administracji. Objawy afazji właściwie wskazało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 50% (14 osób) studentów pedagogiki specjalnej, 46% (13 osób) studentów administracji.

Odpowiadając na pytania dotyczące przyczyn dyslalii, właściwą odpowiedź wskazało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 64% (18 osób) studentów pedagogiki specjalnej oraz 50 (14 osób) studentów administracji. Wskazując objawy dyslalii, prawidłowej odpowiedzi udzieliło 97% (29 osób) studentów logopedii z audiologią, 68% (18 osób) studentów pedagogiki specjalnej, 43% (12 osób) studentów administracji.

Udzielając odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn dyzartrii, właściwą odpowiedź wybrało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 50% (14 osób) studentów pedagogiki specjalnej oraz 43% (12 osób) studentów administracji. Poprawnie określić objawy potrafiło 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 46% (13 osób) studentów pedagogiki specjalnej oraz 39% (11 osób) studentów administracji.

Odpowiadając na pytanie dotyczące przyczyn jąkania, poprawnej odpowiedzi udzieliło 97% (29 osób) studentów logopedii z audiologią, 36% (10 osób) studentów pedagogiki specjalnej, 21% (6 osób) studentów administracji. Objawy jąkania odpowiednio wskazało 100% (30 osób) studentów logopedii z audiologią, 50% (14 osób) studentów pedagogiki specjalnej, 50% (14 osób) studentów administracji.

## PODSUMOWANIE

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że studenci logopedii z audiologią trafnie oceniają swoją wiedzę. Jest ona zgodna z poziomem, jaki zaprezentowali podczas badań. Studenci pedagogiki specjalnej ocenili swoją wiedzę na temat zaburzeń mowy lepiej, niż zaprezentowali ją podczas badań. Znaczna liczba studentów administracji nie potrafiła ocenić swojej wiedzy, pozostali

ocenili ją jako niezbyt dobrą. Wszyscy studenci logopedii z audiologią potrafili właściwie określić czas pierwszej wizyty u logopedy. Taką wiedzę posiadała również połowa studentów pedagogiki specjalnej i prawie połowa studentów administracji. Studenci administracji w większości nie znali takich zaburzeń mowy jak afazja, dyzartria i dyslalia. Tworząc definicje zaburzeń mowy studenci logopedii z audiologią przedstawiali temat w szerszej perspektywie odnosząc się do przyczyn oraz objawów. Natomiast definicje studentów pedagogiki specjalnej zbliżone były do studentów administracji. Odpowiedzi studentów pedagogiki specjalnej bardziej korelowały z wynikami studentów administracji niż logopedii z audiologią. Studenci logopedii z audiologią zaprezentowali duży poziom wiedzy na temat zaburzeń mowy. Większość badanych studentów pracowała już w swoim zawodzie.

Z badań wynika, że logopedzi oraz pedagodzy specjaliści często są ze sobą utożsamiani, powodem tego może być zbieżność celów terapeutycznych stawianych podczas pracy z pacjentem (Pańczyk 2023). P. Dziewulska i E. Zajac w swoich badaniach na temat wiedzy pedagogów dotyczącej rozwoju mowy i komunikacji uczniów z ASD stwierdzają, że nauczyciele posiadają podstawową wiedzę na ten temat, niezależnie od stażu pracy (Dziewulska, Zajac 2022). J. Jachimowicz i Z. Załona zwracają uwagę na potrzebę udziału pedagogów w terapii zaburzeń mowy dzieci, wspieranie uczniów, ale również logopedów (Jachimowicz, Załona 2021). S. Nazaruk zauważa konieczność interdyscyplinarnej współpracy pedagogów, logopedów oraz rodziców podczas systematycznych oddziaływań terapeutycznych. W wyniku prowadzonych badań wskazuje, że nauczyciele podczas swojej pracy z dziećmi stosują ćwiczenia oddechowe, dźwiękonaśladowcze, wspierając tym samym rozwój swoich podopiecznych. Badani pedagodzy stwierdzili, że o zaburzeniach mowy dzieci można mówić dopiero po ukończeniu okresu przedszkola, ukończeniu piątego roku życia, co świadczy o ich niewystarczającej wiedzy w tym temacie (Nazaruk 2014). Warto zwrócić uwagę na rozwój nauki i dziedziny, jaką jest logopedia, niegdyś uznawana za dział pedagogiki specjalnej. Choć cele terapeutyczne pedagogów i logopedów bywają zbliżone, badania pokazują, że poziom ich wiedzy na temat zaburzeń mowy różni się. Pedagodzy często nie są w stanie prawidłowo określić problemów językowych, z jakimi zmagają się ich uczniowie, jednak ich wkład w terapię i pomoc we współpracy z logopedami mogą okazać się cenne.

Konkludując: temat zaburzeń mowy jest istotny, ponieważ dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych. Wczesna identyfikacja problemu i rozpoczęcie terapii zwiększa szanse na prawidłowy rozwój, a co za tym idzie – odpowiednie funkcjonowanie w społeczeństwie. Posiadanie minimalnej wiedzy na temat trudności, z jakimi muszą mierzyć się osoby dotknięte poszczególnymi zaburzeniami, przyczynia się do większej świadomości i lepszego zrozumienia tych osób przez oto-

czenie. Natomiast współpraca specjalistów, jakimi są logopedzi oraz pedagodzy specjaliści, może przyczynić się do zwiększenia efektywności prowadzonych działań terapeutycznych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Banach E., Cybulski M., Krajewska-Kulak E., 2015, *Profilaktyka wad wymowy u dzieci do siódmego roku życia*, „Hygeia Public Health” 50(4), s. 566–571.
- Bieńkowska K., Jedlińska A., Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., 2019, *Dyslalia słuchowa a zaburzenia artykulacji o innej etiologii u dzieci z uszkodzeniem słuchu*, „Logopedia Silesiana”, t. 8, s. 143–157.
- Bigas K., Panasiuk J., Popiołek-Janiec A., 2021, *Afazja a dyzartria. Problemy diagnozy różnicowej w przebiegu powikłań schorzeń neurologicznych*, „Logopedia” 50/2, s. 201–226.
- Duffy F.J., 2005, *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnosis, and Management*, Philadelphia.
- Dziewulska P., Zajac E., 2022, *Wiedza nauczycieli na temat zaburzeń rozwoju mowy i komunikacji uczniów z ASD – wyniki badań*, „Logopedia” 51/1, s. 119–134.
- Filipczak S., Panasiuk J., 2015, *Dynamika ustępowania zaburzeń afatycznych a społeczne i poznawcze funkcjonowanie pacjenta: studium przypadku*, „Logopedia Silesiana” 4, s. 248–278.
- Gajda S., 2003, *Jak się porozumiewamy?*, [w:] *Logopedia – Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 10–27.
- Gałecki P., Świącicki Ł., 2015, *Kryteria diagnostyczne DSM-5, Desk Reference*, Wrocław.
- Grabias S., 1994 *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. VI, s. 7–22.
- Grabias S., 2014 *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.
- Grabias S., 2016, *O ostrości refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] *Logopedia wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 56–69.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin.
- Gunia G., 2017 *Strategie podwyższenia jakości życia osób z zaburzeniami komunikacji*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych” t. LXX, s. 29–42.
- Jachimowicz J., Załona Z., 2021, *Pedagogiczne konteksty troski o dzieci z zaburzeniami mowy*, [w:] *Mowa i jej zaburzenia w teorii oraz praktyce logopedyczno-pedagogicznej*, red. M. Michalik, Z. Załona, Nowy-Sącz, s. 20–34.
- Jastrzębowska G., 2019, *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznymi diagnostycznym*, „Logopedia” 48, s. 27–46.
- Jodzio K., Nyka W.M., 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, „Forum Medycyny Rodzinnej” t. 2, nr 1, s. 14–22.
- Kaczmarek L., 1991, *O polskiej logopedii*, [w:] *Przedmiot logopedii, Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 1, red. S. Grabias, Lublin.
- Kamper-Warejko J., Kaproń-Charzyńska I., 2015, *Błąd wymowy czy wada wymowy? Rozważania na marginesie nauki języków obcych*, „Linguodidactica” 19, s. 106–121.
- Kania T., 2001, *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*, [w:] *Szkice logopedyczne*, red. T. Kania, Lublin, s. 11–30.

- Kurowska M., 2013, *Zaburzenia mowy. Przegląd klasyfikacji*, „Studia Pragmalingwistyczne. Roczniki Instytutu Polonistyki Stosowanej”, r. V, red. J. Porayski-Pomsta, E. Wolańska, s. 67–72.
- Marciniak-Firadza R., 2018, *Współpraca logopedy z laryngologiem i foniatrą w procesie rehabilitacji zaburzeń głosu i mowy*, „Logopeda Lodziansia” nr 2, s. 107–117.
- Maruszewski M., 1966, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa.
- Michalak-Widera I., Moćko N., 2013, *Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, red. K. Węsierska, N. Moćko, t. 2, Katowice, s. 134–149.
- Mierzejewska H., 1977, *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*, Wrocław.
- Mirecka U., 2014, *Dyzartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk*, [w:] *Logopedia Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 527–545.
- Mirecka U., 2022, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyzartrii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 839–863.
- Murdoch B.E., 1998, *Dysarthria. A Physiological Approach to Assessment and Treatment* Cheltenham, Stanley Thornes.
- Nazaruk S., 2014, *Zaburzenia w rozwoju mowy u dzieci w wieku przedszkolnym a działania podejmowane przez nauczycieli – przykłady praktyczne*, [w:] *Inkluziwna klima ako výzva a poslanie Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*, red. H. Kuberová, V. Hašková, Ružomberok, s. 32–42.
- Obrębowski A., Obrębowska Z., 2013, *Diagnostyka etiologiczna zaburzeń artykulacji*, „Otolaryngologia”, 12(2), s. 76–81.
- Panasiuk J., 2022, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 869–916.
- Pańczyk J., 2003, *Logopedia akademicka i jej powiązanie z pedagogiką specjalną*, [w:] *Forum Pedagogiki Specjalnej XXI wieku*, t. 4, red. J. Pańczyk, Łódź, s. 111–119.
- Pluta-Wojciechowska D., 2021, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacyjnych. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Smółka L., 2004, *Kompetencja komunikacyjna dzieci sześć- i siedmioletnich*, Kraków.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2014, *Klasyfikacja zaburzeń wymowy*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 417–429.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2016, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Szysko M., 2007, *Otwartość na doświadczenia jako kompetencja poznawcza*, „Studia Psychologica” nr 7, s. 211–229.
- Tarkowski Z., Góral-Półkola J., 2012, *Komunikacja słowna z udziałem osoby upośledzonej umysłowo*, [w:] *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. A. Obrębowski, Poznań, s. 261–276.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., 2016, *Jąkanie jako zaburzenia psychosomatyczne*, „Sztuka Leczenia” nr 2, s. 21–29.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2010, *Jąkanie w wieku przedszkolnym: przegląd badań*, „Psychiatria Polska”, t. XLIV, nr 5, s. 703–712.
- Trzaskalik J., 2012, *Choroby układu oddechowego jako przyczyna dyslalii – na przykładzie dzieci z aglomeracji śląskiej*, [w:] *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*, red. K. Kokoć, Wrocław, s. 67–86.
- Woźniak T., 2014, *Niepłynność mówienia*, [w:] *Logopedia Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 549–564.
- Woźniak T., 2015, *Teorie pochodzenia jąkania oparte na dowodach*, „Logopedia Silesiana” 4, s. 72–80.

- Woźniak T., 2016, *Przegląd metod kształtowania płynności mowy u osób jękających się*, „Nowa Audiofonologia” 5(2), s. 18–23.
- Woźniak T., 2017, *Logopedia w świecie u progu XXI w.*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 65–82.
- Woźniak T., 2022, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jękaniem*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 797–835.
- Zarębina M., 1983, *Dyskusje nad teorią Chomskiego (idee wrodzone, kompetencja językowa) w obrębie różnych dyscyplin naukowych*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny” s. 227–240.

### **Źródła internetowe**

- Gunia G., *Koncepcja kształcenia logopedy – terapeutów mowy w pedagogice specjalnej*. <https://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/2878/PM217--09--Koncepcja-ksztalcenia-logopedy--Gunia.pdf> (data dostępu: 01.05.2024) 3).