

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2018-2019

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Halešová

**Logopedická intervence poskytovaná v mateřských školách
běžného typu a mateřských školách logopedických**

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2018-2019

BACHELOR THESIS

Zuzana Halešová

**Logopaedic intervention provided in the normal
kindergartens and nursery schools of speech therapy**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorka(y)

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavě Kotvové, Ph.D. za odborné vedení práce a za všechny věcné připomínky. Dále děkuji všem mateřským školám, které vyplnily dotazníkové šetření a tím mi poskytly informace pro vypracování praktické části.

Anotace

Teoretická část definuje pojem logopedická intervence a jí příslušící pojmy, jako diagnostika, terapie a prevence, které logopedická intervence zahrnuje. Práce také vymezuje vývoj předškolního dítěte a to jak po psychické a tělesné stránce, tak hlavně po stránce řeči. V poslední řadě se zabývá narušenou komunikační schopností a některými vybranými druhy narušené komunikační schopnosti. Praktická část je věnována analýze zjištěných výsledků z dotazníkového šetření, které si autorka sama sestavila. Úkolem dotazníkového šetření je zjistit poskytovanou logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických.

Klíčová slova

dotazníkové šetření, dítě předškolního věku, dyslálie, koktavost, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost u předškolních dětí, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie

Annotation

The theoretical part defines the term logopedic intervention and related terms, such as diagnostics, therapy and prevention, which include speech therapy. The work also defines the development of the pre-school child, both on the psychological and physical side and mainly on the point of view of speech. Lastly, it deals with impaired communication ability and some selected types of disrupted communication skills. The practical part is devoted to the analysis of the results obtained from the questionnaire survey, which the author himself composed. The task of the questionnaire survey is to find out the logopedic intervention provided in the normal kindergartens and nursery schools of speech therapy.

Keywords

questionnaire survey, a child of pre-school age, dyslalia, stammer, logopedic intervention, impaired communication ability in pre-school children, delayed speech development, develop dysphasia

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE	11
1.1 Logopedická diagnostika	12
1.2 Logopedická terapie.....	14
1.3 Logopedická prevence	16
2 VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	19
2.1 Psychologické zvláštnosti vývoje předškolního dítěte	19
2.2 Tělesný vývoj dítěte předškolního věku	20
2.3 Vývoj řeči u dětí předškolního věku.....	21
2.4 Jazykové roviny ve vývoji řeči	23
3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	26
3.1 Opožděný vývoj řeči.....	27
3.2 Opožděný vývoj řeči prostý.....	29
3.3 Vývojová dysfázie	30
3.4 Dyslálie (patlavost).....	32
3.5 Kóktavost (balbuties).....	35
EMPIRICKÁ ČÁST	42
4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VE VYBRANÝCH MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH	42
4.1 Cíle šetření	42
4.2 Použité metody	43
4.3 Průběh šetření	43
4.4 Analýza výsledků šetření	44
4.5 Dílčí závěry.....	63
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
SEZNAM ZKRATEK	70
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	71

SEZNAM PŘÍLOH.....	73
---------------------------	-----------

ÚVOD

Logopedie je výchova řeči, která znamená schopnost užívat sdělovacích prostředků. Řeč užíváme prostřednictvím mluvy a je jí důležité rozvíjet už od narození, kdy ji děti přejímají prostřednictvím sluchu od svého nejbližšího okolí. Proto je potřebné podnětné prostředí, kdy rodina na dítě mluví a zapojuje jej do běžné komunikace. Dalším důležitým obdobím, kdy by se měly rozvíjet základy jazykových znalostí a dovedností je předškolní věk. Aby se toho docílilo, mají mateřské školy v náplni různé činnosti pro rozvoj schopnosti sluchu, zraku, hrubé i jemné motoriky, ovládnutí dechu a mluvidel. Vedle těchto činností jazyková výchova sleduje úroveň rozvoje řeči a to rozvoj výslovnosti, kdy se snaží o odstranění vadné výslovnosti hlásek ve spolupráci s logopedem. Jazyková výchova se v mateřských školách uplatňuje především pro úspěšnou komunikaci.

Tato práce má za úkol po stránce teoretické a praktické popsat současnou logopedickou intervenci poskytovanou v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických. Toto téma si autorka vybrala z důvodu, že v předchozím studiu na vyšší odborné škole studovala obor předškolní pedagogika a tak měla možnost vykonávat praxe v mateřských školách. Tato práce se zaměřuje na zjištění úrovně poskytované logopedické intervence v běžných mateřských školách a logopedických mateřských školách, kdy je rozvoj řeči v tomto období tak důležitý.

Charakter zpracování této práce je teoreticko-empirický, založený na kvantitativním výzkumném přístupu, kdy využitou metodou je dotazníkové šetření. Cílem této bakalářské práce je zjistit pomocí dotazníkového šetření poskytovanou logopedickou intervenci v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických v současné době. Úkolem dotazníkového šetření bude zjistit poskytovanou logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických. Výzkumným vzorkem budou mateřské školy běžného typu a mateřské školy logopedické. Cílem výzkumného šetření je popis logopedické intervence v běžných mateřských školách a logopedických, dále potvrzení nebo vyvrácení výzkumných otázek.

Teoretická část bude hned na začátku definovat pojem logopedická intervence, která je klíčovým pojmem pro tuto práci. Dále bude zahrnovat pojmy pro logopedickou

intervenci důležité, těmi jsou diagnostika, terapie a prevence, které jsou pro zmiňovaný pojem zásadní. Teoretická část také objasňuje vývoj předškolního dítěte a to jak po stránce psychologické a tělesné, tak hlavně po stránce řečové. V této práci je také definována narušená komunikační schopnost a některé její druhy.

Praktická část bude věnována interpretaci zjištěných výsledků z dotazníkového šetření prostřednictvím tabulek a grafů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

Pojem logopedie vznikl ze spojení dvou latinských slov a to logos, které v překladu znamená řeč a paideia, neboli výchova. (Klenková, 2006)

„Logopedie je speciálněpedagogická věda. Zabývá se výchovou osob s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení.“ (Lechta, 1990, s. 15)

Logopedie je obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou řeči, správným používáním řeči a dále o kvalitu mezilidské komunikace. Věnuje se odstraňování a nápravou poruch v komunikačním projevu a jejich prevenci. (Kejklíčková, 2016) Zabývá se také vadami sluchu. Sluch je důležitou součástí pro vytváření a rozvíjení řeči, proto každá sluchová vada má nějaký důsledek pro výstavbu a strukturu řeči. Záleží na tom, kdy sluchová vada vznikla a jaký je stupeň závažnosti narušení sluchu. (Sovák, 1980)

Logopedická výchova rozvíjí schopnost řeči a to jak po stránce obsahové, tak zevní, kdy se jedná o zvukovou stránku. Předchází vzniku vad a poruch řeči. Vady a poruchy řeči se jednotně nazývají narušená komunikační schopnost (NKS). (Sovák, 1984) Odborník v oblasti NKS se nazývá logoped, který vykonává činnosti, jako jsou logopedická činnost, logopedická péče, terapie, výchova a vzdělání, výchova řeči, rozvoj a jiné. (Klenková, 2006)

V zahraničí byl vytvořen termín logopedická intervence, který se později začal používat i u nás. (Klenková, 2006) Termín logopedická intervence zahrnuje všechny aktivity, které vykonává logoped. (Bytešníková a kol., 2007) Jedná se o specifickou aktivitu, kterou vykonává logoped s cílem předejít narušení komunikační schopnosti. (Lechta, 1990)

Logopedická intervence je uskutečňována za účelem třech cílů. Cílem identifikovat NKS, eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS a posledním cílem je předejít tomuto narušení, zlepšit komunikační schopnost. (Škodová a kol., 2007)

Pro dosažení zmiňovaných cílů jsou potřeba tři úrovně realizace a to logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence. Je těžké odlišit tyto zmiňované tři úrovně, neboť se prolínají. Terapie navazuje na diagnostiku, kdy můžeme mluvit o terapeutické diagnostice, neboť diagnostika se prolíná s terapií a to mluvíme o diagnostické terapii. Toto se děje i mezi terapií a prevencí. (Klenková, 2006)

1.1 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika má za úkol specifikovat druh narušené komunikační schopnosti, příčiny jejího vzniku, průběh postižení, stupeň zvláštnosti a následky narušené komunikační schopnosti na jedince, spolu se stanovením návrhu programu logopedické intervence. (Bytešnicková a kol., 2007, Krahulcová, 2007)

Logopedická diagnostika je činnost, která má stanovit diagnózu, kterou získáme po procesu diagnostikování. Diagnostickým procesem se zabývá speciální pedagog, logoped a psycholog, který se zaměřuje na patologii, na neporušené funkce, které se dále mohou použít při další úrovni, kterou je prevence a socializace. (Klenková, 2006)

Cílem logopedické diagnostiky je: „Zjistit, jestli jde o NKS, anebo o fyziologický jev; pokud možno – odhalit příčinu a etiopatogenezi NKS; určit, zda je NKS trvalé nebo přechodné (prognóza), vrozené, či získané; zjistit, zdali NKS v klinickém obraze dominuje, anebo jde o symptom jiného postižení, narušení nebo onemocnění; zjistit, zda si osoba s NKS své narušení uvědomuje, nebo ne; určit stupeň a formu NKS; navrhnout případná terapeutická opatření.“ (Škodová a kol, 2007, s. 38)

Metody a techniky

Při logopedické diagnostice se používá řada metod a technik. Užívají se metody pozorování, explorační metody, diagnostické zkoušky, testové metody, kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti a přístrojové metody. U metody pozorování se používají například pozorovací listy, hodnotící stupnice, u explorační metody například dotazník, řízený rozhovor, u diagnostické například zkoušky vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči, u testové metody například test laterality. Dále kazuistické metody, kde se užívá například analýza případů, jiným rozbor výsledků činnosti, kdy se užívá například

školních výsledků a v poslední řadě přístrojové metody, kdy se užívá například artikulografie. (Škodová a kol., 2007)

Logopedická diagnostika - vyšetření

Pod logopedickou diagnostiku spadají tři úrovně vyšetření a těmi jsou orientační, základní a speciální. Orientační vyšetření má zjistit, jestli vyšetřovaná osoba má NKS nebo nemá. Provádí se v rámci screeningu a depistáže. Základní vyšetření má odhalit, jaký druh NKS vyšetřovaná osoba má a určit základní diagnózu. Speciální vyšetření vymezí o jaký typ, formu, stupeň NKS se jedná a jaké jsou její příčiny, specifika a následky. Často se váže na konzilární vyšetření, které provádí logoped, foniatr, otorinolaryngolog, neurolog, psycholog a jiní odborníci. (Lechta a kol., 2005, Klenková, 2006)

Správné logopedické vyšetření proběhne pouze za předpokladu, že se řídí podle stanoveného plánu. Při vyšetření by se mělo vytvořit příjemné prostředí, navodit pocit klidu a hlavně důvěry. Důležité je také vybavení místnosti, kde se bude vyšetření konat. Odborník by se měl seznámit s anamnézou a jinou užitečnou dokumentací pacienta, prostřednictvím které o něm získáme dobrou představu a tak můžeme volit vhodný způsob komunikace s ním.

U logopedického vyšetření se nejdříve naváže kontakt, potom se sestaví osobní anamnéza, dále rodinná anamnéza, zjišťují se nynější potíže, dosavadní léčba, dále se provádí vyšetření sluchu, vyšetření gnostických funkcí včetně rozumění řeči. Dalšími vyšetřeními je vyšetření artikulace, motoriky celkové a jemné, laterality a v neposlední řadě průzkum sociálního prostředí a podle potřeby další speciální vyšetření, jako grafomotorika a jiné. (Kejklíčková, 2016)

Logopedická diagnostika je podmíněna komplexním vyšetřením, to je důvod její úspěšnosti. Zaměřuje se u vyšetřovaného jedince na komunikační schopnosti komplexně, na verbální i neverbální projevy, na receptivní i expresivní složku řeči, na všechny jazykové roviny, jako jsou foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická a morfologicko-syntaktická a v poslední řadě na pragmatickou stránku jazykových projevů. (Klenková, 2006)

Zásady logopedické diagnostiky

Mezi zásady logopedické diagnostiky patří pět zásad. Zásada komplexnosti, objektivnosti posuzování, kvantifikace, týmového přístupu a zásada průběžnosti.

Zásada komplexnosti se zaměřuje na všechny jazykové roviny, jako jsou foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická stránka jazykového projevu. Další zásadou je zásada objektivnosti posuzování, která souvisí se specifickým problémem logopedické normy. Jedná se o logopedické vyšetření, kdy se posuzuje, zda jde o odchylku od normy, tedy o jaký stupeň narušené komunikační schopnosti se jedná. Zásada kvantifikace, kdy logopedické vyšetření vyžaduje číselné vyjádření stupně narušené komunikační schopnosti, v zájmu stanovení prognózy, pozorování stavu řeči, před logopedickou péčí v jejím průběhu a po ní. Zásada týmového přístupu, kdy se jedná o vztah k lékařské a psychologické diagnóze, která se uplatňuje ve dvou typech. Může se jednat o logopedickou diagnózu, která je východiskem pro práci jiných odborníků, nebo jiní odborníci požádají logopeda o jeho další postup vyšetření. Na místě je zde také spolupráce s fonetiky, psychology, speciálními pedagogy a jinými. V poslední řadě jde o zásadu průběžnosti logopedické diagnostiky, kdy logopedická diagnóza nemusí být hned kompletní. (Lechta, 1990)

1.2 Logopedická terapie

Výsledky logopedické diagnostiky jsou důležité pro výběr postupů, metod, forem a prostředků logopedické terapie. Ta je charakterizována jako specifická aktivita, která se realizuje specifickými metodami a ve specifické situaci záměrného učení, které je řízené pod dohledem logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení. (Klenková, 2006)

Řízené učení vede k osvojování specifických vědomostí, zručností, návyků, chování a osobnostních vlastností. Toto učení může na sobě provádět osoba s NKS podle pokynů logopeda. (Klenková, 2006) Při logopedické terapii se mohou aplikovat všechny druhy učení, jako učení podmiňováním, percepčně-motorické učení, verbální učení, pojmové učení, sociální učení nebo učení prostřednictvím řešení problému. (Škodová a kol., 2007)

Cílem logopedické terapie je změnit nebo eliminovat příčinu narušeného vývoje řeči, modifikovat poruchu, učit děti používat kompenzační strategie a zaměřit terapii ne na dítě, ale na rodinu dítěte a jeho nejbližší okolí. Nejlepší a nejefektivnější je spojení jednoho z prvních tří zmíněných společně se zmíněným čtvrtým cílem. (Lechta, 2005)

Metody logopedické terapie

Logopedická terapie má své metody a ty jsou stimulující, korigující a redukující. Stimulující metody stimulují nerozvinuté a opožděné řečové funkce, korigující metody korigují vadné řečové funkce a redukující metody redukují ztracené nebo zdánlivě ztracené, dezintegrované řečové funkce. Tyto metody jsou považovány za cestu vedoucí k cíli. (Škodová a kol, 2007)

Techniky a strategie logopedické terapie

Technika je činnost, pracovní postup, pomocí kterého se dostaneme k cíli. Techniky se také nazývají jako strategie. Strategii rozumíme jako plán, jak aplikovat techniky.

Metoda korekce se může aplikovat pomocí technik, jako například prostřednictvím dopravních prostředků a to substituční, mechanické a jiné.

Metoda stimulace NKS pomocí techniky self-talking, strategie otázek a jiné.

Metoda reedukace, ta je známa hlavně z afáziologie, kdy se užívají techniky jako lexikální či sémantické rozhodování a jiné. (Škodová a kol., 2007)

Formy a druhy terapie

Logopedická terapie má své formy terapie, těmi jsou individuální, skupinová, intenzivní a intervalová. Individuální terapie je třicetiminutová, pětáctyřicetiminutová nebo šedesátiminutová sezení řídící se podle druhu NKS a věku jedince s NKS. Skupinovou terapii tvoří skupina o třech až šesti lidech s NKS podle potřeby. Intenzivní terapie může být několikrát denně a intervalová terapie se opakovaně uskutečňuje po uplynutí několika týdnů nebo měsíců.

Druhů logopedické terapie je mnoho. Druhy terapie jsou kontextuální, rodinná, ergoterapie, fyzická a rekreační. Terapie podle použití terapeutických prostředků jsou cvičná terapie, biblioterapie, dramaterapie, muzikoterapie, terapie hrou a jiné. (Lechta, 2005)

Zaměření logopedické terapie

Logopedická terapie má tři zaměření. Kauzální terapie, symptomatická terapie a holistická, celostně zaměřená terapie.

Kauzální terapie je zaměřena na příčiny NKS a jejím úkolem je odstranit tyto příčiny. Kauzální terapie není v logopedii vždy uskutečnitelná. Symptomatická terapie se občas uplatňuje v případech, kdy se nedá identifikovat etiologie NKS a to třeba u koktavosti. Holistická, celostně zaměřená terapie, jedná se o holistické zaměření z pohledu člověka s NKS a jednotlivých součástí terapie. Tento typ terapie se prý nejlépe uplatňuje v domácím prostředí. (Lechta, 2005)

Používané pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice a terapii

Při logopedické diagnostice a terapii se používají pomůcky, které logoped volí podle druhu NKS, věku jedince a rozsahu postižení. Tyto pomůcky se neustále zdokonalují a vylepšují. Pomůcky a přístroje jsou rozděleny do skupin. Skupina stimulační, do kterých patří zvukové hračky, hudební nástroje a jiné, které děti podněcují k napodobení zvuků, foukání a hlasů. Motivační, do kterých se řadí hry, hračky, a hračky, které motivují dítě ke spolupráci s logopedem. Didaktické, pod které řadíme soubor obrázků k diagnostice a procvičování výslovnosti jednotlivých hlásek, soubory slov ke zjištění lexikální složky řeči, soubory logopedických říkanek a jiné. Derivační, pomůcky k odvrácení pozornosti jedince s NKS od svého mluvního projevu. Podpůrné, jako špachtle, rotavibrátory a jiné. Názorné, jako logopedické zrcadlo a jiné. Registrační, do kterých patří záznamové tabulky, archy, zvukové záznamy a jiné. (Klenková, 2006)

1.3 Logopedická prevence

Onemocnění, která jsou provázena NKS přechází z lékařské péče do logopedické péče (prevence), ta se zaměřuje na zmíněnou NKS a i úpravu rodinného, školního

a mimoškolního prostředí. Z toho důvodu není logopedická péče pouze péčí ústavní, ale dostává se i do terénu. Na základě dětské prevence NKS, sluchu, psaní a jiných, spolu spolupracují logopedie, dětské lékařství a hlavně logopedie se školním zdravotnictvím. (Sovák, 1984, Sovák, 1980)

Jak už víme, diagnostika spolu s terapií se mohou prolínat a stejně je tomu i u prevence, kdy prevence se může prolínat s terapií. (Lechta, 2005)

Metody logopedické prevence

V logopedické prevenci se používají tři metody prevence, kterými jsou primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevence má předcházet ohrožujícím situacím ve sledované populaci, ta je buď nespecifická, nebo specifická. Nespecifická podporuje žádoucí formy chování, jako například v logopedii propagování správné péče o řeč dítěte ve všech ohledech. Specifická primární prevence se zaměřuje proti ohrožení dané NKS, jako například předcházení koktavosti a jiným. (Lechta, 2005, Škodová a kol., 2007)

Sekundární prevence je zaměřena na rizikovou skupinu, ohroženou negativním jevem. Příkladem jsou děti s vývojovou neplynulostí řeči, kde hrozí vznik počínající koktavosti.

Terciární prevence se zabývá osobami, u kterých se projevila NKS. Tato prevence se snaží předejít dalšímu nevhodnému vývoji dítěte.

Dalšími preventivními metodami jsou včasné odhalení a odstranění příčiny vzniku zdravotních poruch prostřednictvím depistáže, během zdravotnické preventivní péče. (Škodová a kol., 2007)

Desatero logopedické péče pro správný vývoj dětské řeči

Do desatera logopedické péče patří dostatek přiměřených podnětů, respektování věku dítěte, respektování dosaženého stupně vývoje, zájmy, pochvala, trpělivost, výběr podnětů, rozvoj smyslového vnímání, rozvoj tělesné obratnosti a poslední, že dialog předpokládá dva lidi. (Kutálková, 2002)

Dvanáct metod pro úspěšný vývoj dětské řeči

Pro úspěšný vývoj dětské řeči se stanovilo dvanáct metod, jako realita, hra, práce, obrázky a knížky, pohádky a příběhy, říkadla a básničky, písničky, kresba, mluvní vzor a komunikace v rodině, divadlo, využití masmédií a jako poslední dvanáctá metoda je nácvik. (Kutálková, 2002)

2 VÝVOJ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V této kapitole se bude autorka věnovat vývoji dítěte předškolního věku. Nejdříve vymezení psychologické zvláštnosti vývoje předškolního dítěte, dále tělesný vývoj dítěte předškolního věku, vývoj řeči a naposledy popíše jednotlivé jazykové roviny ve vývoji řeči.

Předškolním věkem se rozumí období od tří do šesti, sedmi let. Děti v předškolním věku jsou plné energie, zvědavosti a nadšení. V tomto období se u dětí stále rozvíjejí motorické schopnosti. Děti ve svém hraní, vyprávění a malování projevují fantazii a kreativitu. Dále se rozvíjí intelekt, roste slovní zásoba, dokáží lépe řešit problémy a plánovat dopředu. Děti jsou pevně přesvědčené o svých názorech a touží po nezávislosti, ale potřebují se neustále ujišťovat. (Allen, 2000)

2.1 Psychologické zvláštnosti vývoje předškolního dítěte

V předškolním věku vzniká nová sociální situace, kdy se dítě snaží začlenit do společnosti. Dítě vykonává instrukce dospělého samostatně, což znamená, že společnou činnost přejímá samostatnost. V předškolním věku vznikají vztahy k vrstevníkům, kdy se tvoří, jak se říká dětská společnost. Roste uvědomování vlastního „já“ a dítě má vysoký zájem o svět dospělých, kdy se do něj snaží včlenit prostřednictvím hry. Děti předškolního věku začínají docházet do mateřských škol, kde probíhá výuka podle programu. Důležitou součástí dítěte v tomto věku je hra, ta se stává vedoucí činností, vyvolává kvalitativní změny v psychice dítěte. Hra vytváří základy pro učení, které přichází ve školním věku. Při hře se podporuje vývoj záměrné pozornosti a paměti. (Petrovskij a kol., 1977)

V tomto období je také důležité se zmínit o rozumovém vývoji, pro jeho vývoj musí být hra dítěte radostná, měla by ho naplňovat a bavit, jinak naopak jeho rozumový vývoj brzdíme.

Myšlení předškolního dítěte nazýváme jako egocentrické neboli kognitivní egocentrismus. Předškolní dítě si uvědomuje, že není středem vesmíru, ale jedním z těles pohybujících se v prostoru. Dítě se domnívá, že když něco druhému vypráví, tak tomu

ten dotyčný rozumí a ví všechno, co ví on sám. Ještě nedokáže pochopit, že když mu někdo rozbije hračku, tak to nebylo schválně. Hned po egocentrismu tu je také magičnost, kdy dítě neodlišuje čin a přání. Do myšlení také patří další pojem a to myšlení antropomorfní, což znamená připodobnění člověku neživé věci, stromy, zvířata a jiné. Dítě se domnívá, že tyto věci myslí, cítí, hněvají se a jedí. Nedokáže ještě úplně rozlišit, co je hra a co je míněno vážně.

Předškolní dítě ještě nedokáže pochopit smrt, pokud mu zemře blízký člověk, dítě ještě doopravdy netruchlí, smrt nedokáže pochopit jako něco, co je definitivní.

V předškolním věku dítě střídá role, jinou přebírá doma k rodičům, rozdílnou ve škole k učiteli a jinou k dětem. V různých rolích jinak mluví, jedná, gestikuluje, myslí a i cítí. (Říčan, 1990)

2.2 Tělesný vývoj dítěte předškolního věku

Průměrný chlapec v tomto období vyroste z 97 cm na 117 cm a na váze přibude z 15 kg na 22 kg. Děvče je oproti chlapci ještě v šesti letech menší a lehčí, to se ale později vymění. Mozek ještě dozrává, nervová vlákna se opouzdrují a tak se zrychluje vedení vzruchu. Srdce bije pravidelněji a pomaleji, to vede k tomu, že dítě dýchá pomaleji a hlouběji. Organismus je výkonnější. (Říčan, 1990)

Na začátku předškolního věku, tedy ve třech letech dítěti rostou rychleji nohy než ruce a dítě vypadá štíhlejší, vyšší a dospělejší. Obvod hlavy je srovnatelný s obvodem hrudníku. V pěti letech má tělo dítěte proporce dospělého člověka. Velikost hlavy je srovnatelná s velikostí hlavy dospělého jedince, také začínají vypadávat první, mléčné zuby. (Allen, 2000)

V tomto věku si všímáme větší rychlosti, pohotovosti a obratnosti pohybů, které už jsou koordinovanější. Obratnost pohybů umožňuje dítěti se samo obléknout, obsloužit se a pomáhat v domácnosti při jednoduchých činnostech, pracích. Při zapojování dítěte do domácích činností v něm pěstujeme smysl pro povinnost a podporujeme jeho sebevědomí. (Říčan, 1990)

2.3 Vývoj řeči u dětí předškolního věku

Na rozvoj řeči má velký význam hra. Pro hru, co vyžaduje nějakého dalšího jedince, je potřebná určitá komunikační schopnost. (Petrovskij, 1977)

Řeč se vyvíjí spontánně v prvních letech života, pro vývoj řeči je potřeba sluch, zralost mozku a mentální úroveň, nepoškozená mluvidla a řečovou stimulaci. Co se týče časového hlediska, tak receptivní složka (rozumění) předchází expresivní složku (vlastní aktivní tvorba řeči). (Lejska, 2003)

Pro zapamatování nových slov hraje svou roli počet opakování, situace, citový doprovod slova a jeho zvuková nápadnost. (Kutálková, 2002)

Podle ontogenetického vývoje se vývoj řeči dělí na několik období, období křiku, období broukání, období žvatlání, období opakování, období rozumění řeči a období naléhavých otázek. (Kejklíčková, 2016). Dále se může dělit na období novorozeneckého křiku, období broukání a žvatlání, období počátečního rozumění řeči a napodobování, období prvních slov, období jednotlivých vět, období segmentace a sémantizace, období lexemizace, období gramatizace, období intelektualizace a období fixované řeči. (Lejska, 2003)

Vývoj řeči od tří do čtyř let

Kolem třetího roku dítěte se považuje za hranici období fyziologické nemluvnosti, kdy do této doby dítě ještě mluví málo a nijak se to neřeší. Ve třech letech dítěte už by ale měl vývoj řeči postupovat a přibývat slovní zásoba.

V tomto věku je rozdíl mezi množstvím slov slovní zásoby pasivní a aktivní. Pasivní slovní zásoba je myšlena ta, kdy dítě slovům rozumí a aktivní, kdy dítě slova samo používá. (Kutálková, 2002)

Okolo třetího věku dítě chápe logiku pojmů, kdy například pes už není pouze pes doma, ale tímto slovem označuje i ostatní psy.

Mezi třetím a čtvrtým rokem dítě vyslovuje a používá sykavky (s, c, z, š, č, ž) a tak je jeho mluva srozumitelná. Při nástupu čtvrtého roku nastupuje období naléhavých

otázek. Narůstá slovní zásoba, vyjadřovací schopnosti se zdokonalují a z jednoslovného projevu se stává víceslovný projev, kdy použije dvou, tři i více slov. (Kejklíčková, 2016)

Jak už bylo v předchozím odstavci zmíněno, tříleté děti začínají používat sykavky. Sykavky ale často používají zvukově nepřesně, takové řeči se kolikrát říká šišlavá. Dítě šišlá, protože ještě neovládá měkké hlásky ť, ď, ň a tak nepoužívá ani č, š, ž, neboť se jedná o artikulačně příbuzné hlásky. Aby vývoj sykavek byl správný, je potřeba dobré schopnosti sluchové diference, fonemický sluch. Sykavky většinou bývají v pořádku po pátém roce. (Kutálková, 2002)

Dítě vyslovuje své myšlenky obsahově i formálně s určitou přesností. (Klenková, 2006)

Nastupují otázky typu proč a jak. Děti na tyto otázky vyžadují odpověď a tak pokud se jí nedočkájí, ptají se dál, nebo si otázku vysvětlí samy. (Vágnerová, 2012)

Dítě poslouchá příkazy, které se skládají ze dvou nebo tří částí, dokáže chápat a použít jednoduché otázky, kdo, co, kde a proč. Už chápe pojem dva. Dokáže rozeznat v, nad, pod a jiné. Rozezná minulost a budoucnost. Slovní zásoba je tvořena z 800 až 1 500 slov a více. Je schopno vyprávět o aktivitách ve školce a u kamarádů. Rozlišuje pohlaví, používá jména a věk. Užívá správný tvar slovesa být ve větách. V mluvě používá zájmen já, ty, mě, my a oni. Je schopné používat nějakých zkratk, tvarů budoucího času, spojek a tvarů minulého času. (Kejklíčková, 2016)

Organizuje ostatní v jejich chování, udává, co budou dělat. Přejímá základy slušného chování, zdraví a prosí. Umí recitovat říkanky a zpívat písničky. Umí používat přivlastňovací tvary zájmen a jmen, jako její, jejich, mámino. (Allen, 2000)

V tomto období se tvoří gramatická skladba jazyka. Dítě používá zájmena ukazovací a osobní, přídavná jména a číslovky. Užívá podmiňovacích vět. Navozuje a udržuje konverzaci. (Lejska, 2003)

Vývoj řeči od čtyř do šesti let

Dítě zná gramatiku jazyka, dodržuje ji a dokáže poznat dysgramatismy. (Lejska, 2003)

„Gramatika jazyka se vyvíjí přibližně do pěti let, nedostatky po tomto období už signalizují potíže ve vývoji“ (Kutálková, 2002, s. 43)

Zvládá opakovat melodii. Zná a poznává barvy. Umí vyprávět o tom, co zažilo a o tom, co zná. Může se stále vyskytovat problém s vyslovováním hlásek r, ř. Slovní zásoba už činí přibližně 2 500 až 3000 slov. (Lejska, 2003)

Po pátém roce se u dítěte objevují tři hlásky a těmi jsou l, r a ř. Při dobrých motorických schopnostech by je dítě do šesti let mělo zvládat. Jsou však děti, které na vývoj výslovnosti potřebují celých sedm let, kdy se jedná o definitivní fixaci základních mluvních návyků. (Kutálková, 2002)

Pro výrazovou bohatost je důležitý dostatek podnětných impulzů doma, ve škole, v komplexní výchově, v zájmových činnostech a také na intelektu a řečovém talentu dítěte. (Kejklíčková, 2016)

„Pokud je vývoj řeči dítěte opožděn anebo přetrvává neúměrně dlouho patlavost, je zapotřebí dítě odborně vyšetřit. Nutné je především vyšetření sluchu, nervového systému a intelektu“ (Kejklíčková, 2016, s. 30)

2.4 Jazykové roviny ve vývoji řeči

U charakterizování vývoje řeči dítěte se používají poznatky o vývoji jazykových rovin, které se spolu prolínají, kdy vývoj jazykových rovin probíhá v jednotlivých časových úsecích zároveň. (Klenková, 2006)

Jsou čtyři jazykové roviny, první z nich je morfologicko-syntaktická rovina, druhá je lexikálně-sémantická, třetí foneticko-fonologická a poslední pragmatická rovina. (Bytešníková, 2012)

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktická rovina se může zkoumat až během jednoho roku dítěte, kdy začíná vlastní vývoj řeči. První slova dítěte plní funkci vět, kdy dítě opakuje slabiky. První slova dítěte se neskloňují, nečasují a jsou neohebná. Slova jsou většinou v prvním

pádě, slovesa v infinitivu nebo ve třetí osobě. Po druhém roce dítěte vznikají dvojslovné věty. Z pohledu morfologie dítě jako první ve své mluvě používá podstatná jména, potom slovesa a mezi tím citoslovce. Mezi druhým a třetím rokem používá přídavná jména, osobní zájmena a v poslední řadě číslovky, předložky a spojky. Začíná také skloňovat a po třetím roce používá jednotné a množné číslo. Po dovršení čtyř let používá všechny slovní druhy a gramatická stránka řeči by neměla projevovat nápadné odchylky. (Klenková, 2006)

Lexikálně-sémantická rovina

Tato jazyková rovina se zabývá výlučně slovní zásobou, jejím vývojem pasivním a aktivním. U dítěte se okolo desátého měsíce začíná rozvíjet pasivní slovní zásoba, kdy dítě začíná rozumět řeči. Po dovršení dvanáctého měsíce se u dítěte rozvíjí aktivní slovní zásoba, kdy používá svoje první slova. I přes to je dorozumívání stále na úrovni pohledů, mimiky, pohybů a pláče. Nejdříve dítě chápe slova všeobecně, potom, když umí více slov, dítě chápe slova za názvy jen jediné, určité věci a osoby, kdy pes je pouze jejich pes.

U vývoje řeči jsou známy dvě období otázek. První je v období okolo jednoho a půl roku, kdy dítě pokládá otázky co, kdo a kde. Druhé je období okolo tří a půl roku, kdy nastupuje otázka proč a kdy. Podle výsledků výzkumu se ukazuje, že do tří let dítěte je největší nárůst slovní zásoby. Dítě řekne své jméno i příjmení, mezi třetím a čtvrtým rokem chápe rozdíly mezi malý a velký, světlo a tma. (Klenková, 2006)

Foneticko-fonologická rovina

Nejdříve se u dětí objevuje křik, broukání, později od šestého do devátého měsíce pudové žvatlání na napodobující žvatlání.

Vývoj výslovnosti začíná brzo po narození dítěte a končí v pěti letech, někdy od pěti do sedmi let dítěte. Tento vývoj ovlivňují příčiny jako obratnost mluvních orgánů, vyzrálost fonematického sluchu, řečové a psychické stimuly, společenské faktory. Do společenských faktorů patří mluvní vzor a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.

Někteří autoři se domnívají, že vývoj řeči se ukončuje ve čtyřech letech, někteří až v sedmi letech a v dnešní době se hovoří, že vývoj řeči je ukončen v pěti letech dítěte.

Pokud v pěti letech dítě nesprávně vyslovuje, je potřeba zařadit logopedickou intervenci. (Klenková, 2006)

Pragmatická rovina

V této rovině vystupují do popředí sociální a psychologické aspekty komunikace. V období dvou až tří let už dítě chápe svou roli v komunikaci a dokáže podle ní v konkrétní situaci reagovat.

Komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělým se dítě snaží po třetím roce. Ve čtyřech letech je možné regulovat chování dítěte řečí a samotné dítě prostřednictvím řeči reguluje své okolí. (Klenková, 2006)

3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Tato kapitola se bude zabývat popsáním narušené komunikační schopnosti a některými vybranými druhy NKS, které jsou podle Lechty a Kejklíčkové nejčastěji se vyskytující u dětí předškolního věku. Z vybraných druhů NKS bude popisován opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázií, dyslálií a koktavost.

U narušené komunikační schopnosti se jedná o odchylku od normy. O narušenou komunikační schopnost se jedná v případě, že projev osoby se odchyluje od normy, který se používá v daném jazykovém prostředí. Při definici NKS se vychází z komunikačního záměru jedince, kdy se rozšiřuje i o aspekty jazykové normy. (Lechta a kol., 2003, Lechta, 1990)

NKS je definována jako: „*Komunikační schopnost jednotlivce je narušená tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.*“ (Lechta, 2003, s. 17)

NKS je předmětem logopedie. Za narušenou komunikační schopnost u dítěte se nepovažují fyziologické jevy, jako například nesprávná výslovnost, vynechávání nebo záměna hlásek, což se nazývá fyziologická dyslálie. U dětí od tří do čtyř let se objevuje fyziologická neplýnulost řeči, která také nespadá pod narušenou komunikační schopnost a stejně je tomu tak i u fyziologického dysgramatismu. Zda se jedná o jev fyziologický nebo narušenou komunikační schopnost rozeznávají odborníci, jako pediatři ve spolupráci s logopedy, foniatry, psychology a jinými. (Bytešníková a kol, 2007)

Rozlišujeme NKS trvalou a přechodnou. Z jiného pohledu rozlišujeme NKS jako vrozenou nebo získanou. Při třídění je možné uplatnit více hledisek, které jsou uvedené níže v odstavci o příčinách NKS. V současné době se při klasifikaci NKS vychází z Lechtovy klasifikace dle symptomatologie:

- a) vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
- b) získaná orgánová nemluvnost (afázie);
- c) získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus);

- d) narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolálie);
- e) narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost);
- f) narušené článkování (dyslálie, dysartrie);
- g) narušení grafické stránky řeči (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie);
- h) symptomatické poruchy řeči (doprovázející jiné dominující postihnutí, narušení nebo onemocnění);
- i) poruchy hlasu;
- j) kombinované vady a poruchy řeči. (Lechta, 1990)

NKS se občas dostává do oblasti symbolických procesů ve zvukové nebo nezvukové dimenzi a také do oblasti nesymbolických procesů, stejně jako u symbolických ve zvukové a nezvukové dimenzi. (Lechta, 2003)

3.1 Opožděný vývoj řeči

Vývoj řeči je děj, který probíhá u dětí v prvních letech života. Dělí se na normální vývoj řeči, opožděný vývoj řeči prostý, vývoj řeči přerušovaný, vývoj řeči omezený a vývoj řeči defektní. (Lejska, 2003)

Opožděný vývoj řeči se definuje jako: „*Absence jedné, více nebo dokonce všech složek v oblasti vývinu řeči vzhledem k věku dítěte.*“ (Lejska, 2003, s. 95)

O opožděném vývoji řeči můžeme mluvit jako o samostatné poruše, je-li hlavním příznakem poruch, jaké dítě má. (Škodová a kol., 2007)

Při opožděném vývoji řeči může docházet ke zpomalení vývoje psychických a rozumových schopností. Deficity opožděného vývoje dále mají vliv na formování sociálních vztahů s rodinou, přáteli, ve škole a jiné, proto by mělo mít dítě snahu samo komunikovat, aby se jeho řeč vyvíjela a mohly se formovat dobré sociální vztahy. (Lejska, 2003, Bytešníková, 2012)

Kolem třetího roku by se dítě mělo umět domluvit se svými okolím a nastupuje období otázek typu co a proč. Pokud tomu tak není, jedná se o opožděný vývoj řeči. Mělo by se tedy zjistit, proč se řeč dítěte nevyvíjí tak, jak by měla. (Kutálková, 2011)

Abychom zjistili, proč u dítěte dochází k opožděnému vývoji řeči, je potřeba zjistit příčiny, provést diagnostiku a provést odborná vyšetření, která vyloučí sluchovou vadu, vadu zraku, poruchu intelektu, vady mluvních orgánů, akustickou dysgnozii, autismus a autistické rysy.

Nejčastějšími faktory pro vznik opožděného vývoje řeči je prostředí, které je nepodnětné. Rodina dítě nestimuluje a nevěnuje pozornost jeho vývoji. Dalším faktorem je citová deprivace, genetické vlivy, nedonošenost, předčasný porod, nevyzrálá nervová soustava a lehká mozková dysfunkce. (Klenková, 2006)

Etiologie opožděného vývoje řeči

Příčinami opožděného vývoje řeči jsou poruchy sluchu a vývojové vady mluvidel, jako například rozštěpy, které podrží vývoj řeči, ale samy o sobě ho neblokují. Další příčinou je nezáměr okolí dítěte (rodina, škola atd.), když dítě má zájem komunikovat. Dalšími je nadbytek informací nebo naopak nedostatek informací, výchovný styl, přetížení vlivem dvou a více jazyků, nepřiměřené usnadňování dorozumívání, nepřiměřené reakce na řečový projev dítěte, nadměrné sledování televize, videa a jiných, častá nemocnost, prenatální a perinatální faktory, poruchy typu ADD a ADHD, dědičné vlivy a nedostatek pohybu. (Kutálková, 2011)

Podle Sováka (1978) se příčiny opožděného vývoje dělí na biologické a sociální. Do biologických příčin patří dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození centrální nervové soustavy, nebo změny mozkového biochemismu a opožděné vyžívání centrální nervové soustavy. Mezi sociální příčiny odborníci často vymezují patologii výchovného prostředí. (Škodová a kol. In. Sovák, 2007)

Klasifikace opožděného vývoje řeči

Opožděný vývoj řeči se dělí na určité typy. Mezi ně patří opožděný vývoj řeči prostý, opožděný vývoj řeči na podkladě sluchové vady, opožděný vývoj řeči na podkladě poruch intelektu, opožděný vývoj řeči na podkladě orgánových poruch mluvidel a opožděný vývoj řeči na podkladě poruch centrální nervové soustavy (vývojová dysartrie). (Kejklíčková, 2016)

3.2 Opožděný vývoj řeči prostý

„Jedná se o časově opožděný rozvoj řeči a jazyka, tedy o skupinu dětí bez anatomických a morfologických abnormalit řečových orgánů a CNS, s normálním intelektem, zrakem, sluchem a stimulačním rodinným prostředím.“ (Dlouhá a kol, 2017, s. 117)

V případě, že se vybere vhodný terapeutický postup, je možná velmi rychlá úprava. Je důležité, aby rodina dítěti poskytovala dostatek přiměřených řečových podnětů a stimulovalo ho k řečovému projevu, aby se vývoj řeči nezpomaloval. Pokud má dítě nadbytek podnětů, může se u dítěte navodit negativistické chování. Velmi důležitý je správný řečový vzor, který odpovídá zvukovým, artikulačním a gramatickým normám jazyka. (Dlouhá, 2017)

Děti mající dobrou rehabilitační péči většinou v dalším životě nemají s komunikací žádné problémy. (Škodová a kol., 2007)

Etiologie opožděného vývoje řeči prostého

Že má dítě opožděný vývoj řeči prostý, můžeme poznat, že dítě ve třech letech a déle má velmi chudou slovní zásobu nebo vůbec nemluví. Dítě si vytváří a používá vlastní slova nebo zvukové jednotky. Dítě rozumí, co mu kdo říká. Podmínky pro vývoj řeči jsou splněny, jako sluch, mluvidla, intelekt a prostředí. Ve všech ostatních oblastech je dítě na úrovni přiměřené jeho věku. Někdy je opožděný vývoj řeči v rodině. (Lejska, 2003)

Charakteristika opožděného vývoje řeči prostého podle symptomů

Opožděný vývoj řeči prostý můžeme charakterizovat podle symptomů na základě několika hledisek.

NKS se z pohledu jeho vývoje vymezuje na opožděný vývoj řeči prostý, omezený vývoj řeči, přerušovaný vývoj řeči a odchýlný vývoj řeči. Z hlediska posuzování, zda můžeme mluvit o NKS se musí zohledňovat věk dítěte, kdy mluvíme o fyziologické nemluvnosti, prodloužené fyziologické nemluvnosti a vývojové nemluvnosti. Fyziologická nemluvnost je doba, kdy dítě prochází řadou stádií, než začne vyslovovat

první slova, která jsou důležitá pro vývoj řeči. Toto období trvá do jednoho roku dítěte a v jednom roce dítě začíná vyslovovat první slova.

O prodloužené fyziologické nemluvnosti se mluví tehdy, když se dítě mezi druhým a třetím rokem opoždí v řeči, ale nemá žádné postižení sluchu, intelektu, motoriky, ani řečových orgánů. Pokud je dítě zdravé nejedná se o vývojovou poruchu řeči.

Vývojová nemluvnost (patologická) patří do vývojových poruch řeči, kdy se nemusí jednat o úplnou němotu. Při diagnostice by se měla vždy přesně odlišovat vývojová nemluvnost od nemluvnosti získané. (Škodová a kol., 2007, Klenková, 2006)

3.3 Vývojová dysfázie

Jedná se o narušenou komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Název dysfázie vzniklo ze spojení slov dys, což znamená narušení vývoje a fázie, které je z řeckého slova femi, neboli v překladu vypravuji. Jde o poruchu řeči, která je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku, jde tedy o stav po osvojení si řeči. (Klenková, 2006), (Škodová a kol., 2007), (Kutálková, 2002)

Existuje řada definic vývojové dysfázie, například Vitásková ji definuje jako: *„Specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“* (Vitásková, 2005, s. 42)

Podle Lejska je vývojová dysfázie definována jako: *„Vývojová dysfázie se definuje jako porucha centrálního zpracování řečového signálu. Postižený řeč normálně slyší, ale nedostatečně a nepřesně rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči.“* (Lejska, 2003, s. 101)

Lejska v rámci definice popisuje zásadní projevy řeči. Rozumí špatně a defektně v oblasti fonologie a segmentace řeči, je tedy i vývoj řeči opožděný a defektní. (Lejska, 2003)

Děti s vývojovou dysfázií mají nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. (Bytešnicková, 2012)

Etiologie vývojové dysfázie

Za příčinu vzniku vývojové dysfázie se předpokládá porucha centrálního zpracování řečového signálu, kdy je postižení směřováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Hlavní příčina se vyskytuje ve fungování CNS, její nezralosti nebo poškození. Mezi další příčiny patří prostředí, ve kterém dítě žije, kdy v rodině se nachází nevhodný mluvní vzor, nevhodný výchovný styl a výchovné metody, citová deprivace a nadměrné požadavky na dítě. Další příčinou jsou dědičné vlivy a vrozené malé nadání pro řeč. (Škodová a kol., 2007, Kutálková, 2002)

Symptomatologie vývojové dysfázie

V řečových oblastech vážne syntaktické spojování slov do větných celků. Objevuje se porucha v pořadí řazení slabik, řeč je agramatická, nesrozumitelná, je postižena fonemická percepce. Dítě není schopné udržet dějovou linii, nedokáže kombinovat symboly. Není schopno rozeznat klíčová slova k pochopení smyslu. Dítě má velmi malou slovní zásobu. Objevuje se dyslexie a dyspraxie. (Klenková, 2006)

V neřečových oblastech je narušeno zrakové a sluchové vnímání, poruchy kresby, narušená orientace v čase a prostoru, narušení motorických funkcí a laterality. (Kejklíčková, 2016, Klenková, 2006)

Diagnostika vývojové dysfázie

Při diagnostice vývojové dysfázie mezi sebou spolupracují foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog a logoped. Ti stanoví diagnózu, podle které se zpracuje individuální terapeutický plán. Důležitou roli zde hraje také diferenciatní diagnostika, která odlišuje vývojovou dysfázii od opožděného vývoje prostého, dyslálie, sluchové vady, mentálního postižení, mutismu, autismu a syndromu Landaua-Kleffnera. (Klenková, 2006)

Provádí se diagnostika foniatrská, neurologická, logopedická a speciálněpedagogická, psychologická a už výše zmiňovaná diferenciatní.

Foniatrská diagnostika zahrnuje vyšetření všech složek řeči a vyšetření sluchu, která provádí kvalifikovaný foniatr. (Škodová a kol., 2007)

Neurologické vyšetření provádí kvalifikovaný neurolog v této problematice. Při neurologickém vyšetření může být nález negativní a někdy se nález objevuje na EEG. (Klenková, 2006)

Logopedická a speciálněpedagogická diagnostika pomáhá dotvářet celkový obraz schopností dítěte a dále zjišťuje míru opoždění jeho vývoje. Toto vyšetření provádí kvalifikovaný klinický logoped, který se zaměřuje na deficity, jako jsou orientace v prostoru i čase, laterální, motorické funkce, sluchové vnímání, zrakové vnímání, řeč, grafomotorika, čtení, psaní, počítání, paměť, aktivita a koncentrace pozornosti.

Do psychologického vyšetření patří kresba a zkouška obkreslování. Dále se provádí neuropsychologické vyšetření, které ukazuje, že dysfatické děti mají široký komplex potíží i v neverbální oblasti. Toto vyšetření může provádět pouze klinický logoped s dlouholetou praxí. (Škodová a kol., 2007)

Terapie vývojové dysfázie

Pro úspěšnou terapii je důležitá spolupráce klinického logopeda s lékařem (foniatr, neurolog, pediatr) a klinickým psychologem. V další fázi se přidává pedagog, kdy v našem případě se jedná o učitele mateřských škol a s nimi pracovníci speciálněpedagogických center. Nejdůležitější je spolupráce rodiny s uvedenými odborníky. Pro rozvoj komunikačních dovedností a schopností u vývojové dysfázie je důležité zaměřit se na celkovou osobnost dítěte. (Škodová a kol., 2007)

Terapie se zaměřuje na rozvoj zrakového vnímání, sluchového vnímání, myšlení, paměť a pozornost, motoriku, schopnost orientace, grafomotoriku a řeč. Pro rozvíjení těchto oblastí je potřeba všechny rehabilitační, edukační i redukační postupy kombinovat, aby dítě využilo co nejvíce to, co umí. (Klenková, 2006)

3.4 Dyslálie (patlavost)

„Dyslálie (patlavost) je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortopedických norem.“ (Škodová a kol. In Hála, 2007, s. 332)

Dyslálie je definována jako: „*neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.*“ (Lechta, 1990, s. 112)

Dyslálie neboli také patlavost je porucha výslovnosti jednotlivých hlásek, kdy se jedná o funkční poruchu při normálně vyvinutých mluvidlech a méně často o organickou, která je způsobená vadou mluvidel. Týká se buď jedné hlásky, několika nebo většiny hlásek. Dítě hlásku/hlásky netvoří, nebo vynechává (mogilalie). Stává se, že hlásku/hlásky nahrazuje jinou hláskou, artikulačně podobnou (paralalie) nebo (ismus), kdy je k latinskému nebo řeckému pojmenování hlásky připojena koncovka – ismus, jako rotacismus a jiné. (Kejklíčková, 2016, Vitásková, 2005)

Dyslálie se rozlišuje na dyslálii fyziologickou a patologickou. Fyziologická dyslálie se objevuje kolem třetího roku dítěte a patologická po sedmém roce věku dítěte. (Vitásková, 2005)

Jedná se o nejčastěji se vyskytující narušenou komunikační schopnost. Může být příznakem vážných neurologických poruch. (Lechta, 1990)

Etiologie dyslálie

Mezi příčiny dyslálie patří poruchy sluchu, sluchového vnímání, nedostatky ve fonematické diferenciaci, poruchy centrálního nervového systému, motorická neobratnost, anomálie mluvních orgánů, nesprávný řečový vzor a nesprávný postoj prostředí. Dalšími příčinami mohou být dědičné vlivy a porodní poškození. (Bytešníková, 2007, Lechta, 1990)

Symptomatologie a klasifikace dyslálie

Dyslálie se dělí (klasifikuje) podle několika hledisek. Těmi je dělení z vývojového hlediska, dělení podle příčin, dělení podle rozsahu a dělení z hlediska kontextu. (Klenková, 2006)

Klasifikace z vývojového hlediska se rozlišuje na dyslálii fyziologickou, která je do sedmi let dítěte přirozeným mluvním projevem a patologickou, kdy dítě není

z mnoha důvodů schopné si osvojit tvoření některých hlásek nebo jejich skupin. (Škodová a kol., 2007)

Klasifikace podle příčin se dělí na orgánovou dyslálii, která vznikne důsledkem poruch sluchu nebo zraku, vad – malformace mluvidel a jiné nebo funkční dyslálie. Funkční dyslálie je převážně způsobena patologickou artikulační dynamikou. Jedná se o odchylnou výslovnost bez patologicko-anatomického podkladu. (Krahulcová, 2007)

Klasifikace podle rozsahu se dělí na dyslalia univerzalis (mnohočetná dyslálie), která bývá pro okolí nesrozumitelná, kdy je postižena výslovnost většiny hlásek. Dále se klasifikace podle rozsahu dělí na dyslalia multiplex (gravis), kdy rozsah vadně tvořených hlásek je menší a srozumitelnost řeči je lepší. Poslední je parciální dyslalie (dyslalia levis, simplex), kdy se jedná o vadu jedné nebo více hlásek. (Klenková, 2006)

Klasifikace podle kontextu se dělí na dyslalii hláskovou, která se týká izolovaných hlásek, dyslalii slabikovou, kde dochází k disimilaci a dyslalii slovní, kdy dítě vynechává slabiky ve slově, či je přesmykuje. (Škodová a kol., 2007)

Diagnostika dyslálie

Při diagnostice dyslálie se provádí vyšetření řeči, které obsahuje anamnestické údaje rodiny i dítěte, jeho psychomotorický vývoj, muzikálnost a schopnost pro rytmus. Může provádět vyšetření sluchu. Také je podstatné si všimnout kvality chrupu (skus, kvalita dýchání, mimika, pohyby rtů a jazyka), podle potřeby se provádí Ozeretského test jemné motoriky a vyšetření mimické psychomotoriky dle Kwinta, ale jsou i jiné testy, které se mohou použít. (Škodová a kol., 2007)

Při diagnostice se užívá vyšetřování dítěte formou hry s obrázky, kdy dítě při vyšetření výslovnosti pojmenovává obrázky, kdy jejich název obsahuje hlásku, která je u dítěte sledována a to na začátku slova, uprostřed a na konci slova, což slouží pro posouzení výslovnosti hlásky komplexně. Dále se srovnává spontánní výslovnost hlásky s její výslovností při řízené výslovnosti a posuzuje se schopnost k úpravě či zpřesňování výslovnosti. Výslovnost se také hodnotí při volném rozhovoru a to při pomalém i rychlém tempu mluvy. (Krahulcová, 2007, Škodová a kol., 2007)

Terapie dyslálie

Terapie dyslálie se dělí na čtyři fáze, které jsou přípravná cvičení, vyvozování hlásky, fixace hlásky a automatizace hlásky.

Přípravná cvičení slouží k upřesnění artikulačních pohybů, k rozvoji schopnosti fonematické diferenciaci a k rozvoji motoriky mluvních orgánů. Do přípravných cvičení patří cvičení dechová, fonační, cvičení na rozvoj motoriky rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra a jiných.

Při fázi vyvozování hlásek se využívají metody přímé a nepřímé. Nepřímé metody jsou takové, kdy se napodobují různé zvuky přírodní nebo technické. Mohou to být zvuky zvířat, dopravních prostředků a jiných. Dítě netuší, čeho chceme dosáhnout a tak spolupracuje. U přímé metody se navozuje už ta daná hláska, s kterou má jedinec problém. Užívá se u starších dětí a u dospělých.

Fixace výslovnosti hlásek se používá tehdy, když se podaří vyvodit správnou výslovnost hlásky. Jedná se o fázi, kdy se upevňuje artikulačních stereotypů dané hlásky.

Automatizace výslovnosti hlásek je poslední fází. Tato fáze se nesmí vynechat. Na konci této fáze dítě správně vyslovuje nacvičované hlásky v monologu i dialogu. Slova se opakují pomocí zraku před zrcadlem a sluchu, kdy dítě napodobuje to, co říká logoped. Dále následuje pojmenovávání obrázků, předmětů, reprodukování říkanek, využívá se čtení a jiné. (Klenková, 2006)

3.5 Kocktavost (balbuties)

„Kocktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.“ (Klenková In. Lechta, 2006, s. 154)

Jedná se o jeden z nejtěžších druhů NKS, který má nepříznivý vliv na sociální, školní a pracovní adaptaci jedince. (Škodová a kol., 2007) O osobách s tímto druhem NKS se hovoří jako o kocktavých nebo jako o balbuticích, což je termín, který se považuje

za vhodnější pojmenování těchto osob. (Klenková, 2006) Podle výzkumů se koktavost nejčastěji vyskytuje u chlapců, než u dívek. Objevuje se v 4-5 procentech dětské populace. Vyskytuje se v poměru mezi chlapci a dívkami (6 – 8:1) a s ohledem na věk se u 90% dětí začala objevovat koktavost před čtvrtým rokem života. (Lejska,2003, Lechta, 2010)

Pro koktavost existuje několik definic od různých autorů, z nichž neexistuje jednotná, podle které by všichni autoři vycházeli. Autoři ve svých definicích vyzdvihují své názory na etiologii koktavosti. (Klenková, 2006) Při tradičním pojetí bylo u definování koktavosti v popředí označení neuróza řeči. Zakladatel stredo-evropské balbutologie Gutzmann ji definoval podle Kussmaulovy práce jako spastickou koordinační neurózu. Seeman ji také definoval jako neurózu řeči, která se nejčastěji objevuje v dětském věku. Ke konci 20. století vyšlo několik prací, které uvádí orgánový základ koktavosti, což vylučuje neurotický základ (funkční onemocnění). Později ji Sovák definoval také jako neurózu řeči s tím, že může vzniknout na základě funkčních poruch a jindy orgánových poruch, nebo obou současně. V dnešní době se upřednostňují komplexnější definice. (Lechta, 2010)

Klasifikace koktavosti

Koktavost můžeme dělit z několika hledisek a to podle doby vzniku, podle verbálního projevu, podle geneze, z hlediska uvědomování si poruchy a podle stupně poruchy. Podle doby vzniku se dále rozlišuje dřívější koktavost, která se objevuje do tří let věku dítěte nebo pozdější koktavost objevující se po sedmém roce.

Podle verbálního projevu se koktavost dělí na formu tonickou, klonickou, tonoklonickou a klonotonicou (viz Symptomatologie koktavosti).

Podle geneze se může jednat o fyziologické těžkosti v řeči, kombinaci s breptavostí a jiné.

Z hlediska uvědomování si poruchy rozlišujeme primární poruchu a sekundární poruchu. Primární porucha se objevuje v předškolním věku, kdy si dítě ještě neuvědomuje své řečové problémy. Sekundární porucha se objevuje v případě, kdy si už dítě uvědomuje své řečové problémy a může dojít k logofobii (viz Symptomatologie koktavosti).

Podle stupně poruchy se koktavost rozlišuje na první stupeň balbuties levis, minimální příznaky; druhý stupeň balbuties gradus medius, zjevné a časté příznaky v běžných komunikačních situacích; třetí stupeň balbuties gravis, výrazné projevy s častými a výraznými spasmy řečových orgánů a čtvrtý stupeň balbuties gravis inaptus, silné a nápadné křeče, které znemožňují komunikaci. (Škodová a kol., 2007)

Etiologie koktavosti

Příčiny koktavosti se nedají s úplnou přesností vymezit, neboť ještě nebyly přesné příčiny odhaleny. Je důležité zmínit, že není pouze jedna příčina vzniku koktavosti, ale příčin je více. (Škodová a kol., 2007)

Do příčin koktavosti se řadí dědičnost, negativní vlivy sociálního prostředí, příčiny z důvodu psychických procesů, z důvodu orgánových odchylek, spojení s jinou NKS a další příčiny. Za nejčastější příčinu se považuje zmiňovaná dědičnost, která se v minulosti odhadovala na 40 – 60 procent, dnes podle nejnovějších výzkumů jenom 15 procent. Vliv na koktavost mají genetické faktory, ale není přesně vymezeno, o kolik genů se jedná. Nejnovější výzkumy zjistily, že se v několika případech jedná o gen na 18. chromozomu a částečně na 13. chromozomu. Jejich celkový dopad však není ještě úplně znám. Uvádí se, že se pravděpodobně dědí jen určité vlohy a jistá dispozice. U mužů, kteří se narodí ženám s koktavostí, je zvýšené riziko, že koktavost zdědí. (Lechta, 2010, Klenková, 2006)

Další příčinou mohou být negativní vlivy sociálního prostředí, které nejsou jako primární příčina, ale přidružující se. Jedná se především o neurotizaci v domácím a školním prostředí, v zaměstnání, ve skupinách vrstevníků a jiné. Dítě by se nemělo za neplýnulost řeči trestat a také by se nemělo upozorňovat na jeho neplýnulost řeči.

Podle psychických procesů koktavost vzniká v případě strachu nebo při leknutí.

Koktavost také doprovází některé orgánové odchylky, převážně se přisuzuje příčina koktavosti do korových nebo podkorových oblastí mozku, mimo jiné například u dětí s těžkou perinatální encefalopatií může být příčina koktavosti poškození na extrapyramidové a mezimozkové úrovni.

Koktavost se může sdružovat s jinými druhy NKS, například s breptavostí, kdy koktavost vzniká kombinací breptavost-koktavost.

Do dalších příčin koktavosti se uvádí porucha metabolismu enzymu lysozom, vícejazyčnost a napodobování. (Lechta, 2010, Klenková, 2006, Kutálková, 2002)

Symptomatologie koktavosti

Příznaků koktavosti si můžeme všimnout v řeči, v chování a na tělesné stránce jedince. (Klenková, 2006) Příznaky koktavosti se dělí na vnější a vnitřní. Vnější příznaky se dále rozlišují na tonickou formu, klonickou formu a tonoklonickou formu. (Škodová a kol., 2007)

Tonická forma se vyznačuje zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové štěrbině, kterému se říká prefonanční spasmus. Jedná se o zvýšené napětí některých artikulačních svalů a občas také vnějších krčních svalů. (Škodová a kol., 2007) U mluveného projevu se vyskytuje tlačení slov a napínání svalů. (Klenková, 2006)

Klonická forma je charakteristická volným opakováním slabik, převážně prvních slabik slov nebo uprostřed slova. Jedinec slabiku může opakovat několikanásobně. Tato forma vnějších příznaků koktavosti se považuje za méně závažnou než tonická forma.

Tonoklonická forma je propojení tonické formy a klonické formy, jedná se o nejčastější formu vnějších příznaků. Opakování slabik je doprovázeno zvýšeným prefonančním napětím nebo explozemi. (Škodová a kol., 2007, Klenková, 2006)

Vnitřní příznaky jsou takové, ve kterých se odrážejí duševní stavy, které jsou reakcí na problémy v komunikaci. Jedinec postihnutý koktavostí si dává pozor na slova nebo situace, které mu činí při mluveném projevu potíže. Při opakovaných potížích při komunikaci se může jedinec uzavřít do sebe a odmítá hovořit, o takovém stavu se mluví jako o logofobii. Logofobie je chápána jako strach z řeči, kdy se jedinec vyhýbá komunikaci s druhými nebo situační strach, kdy se jedinec obává dané situace, při které nastává potíž s vyjádřením se. (Škodová a kol., 2007, Klenková, 2006)

Diagnostika koktavosti

Diagnostika koktavosti není dosud vyjasněná stejně, jako příčiny vzniku koktavosti. Z toho důvodu je obtížné vybrat vhodné diagnostické postupy. Logopedická diagnostika vychází ze symptomů koktavosti a dalších doprovodných znaků, které jsou stěžejní pro stanovení diagnózy a prognózy. (Škodová a kol., 2007)

Pro diagnostiku koktavosti je důležitý popis postižení, popis řečového projevu, popis vnitřních a vnějších znaků. (Lejska, 2003) U diagnostiky koktavosti je důležité zohledňovat věk vyšetřovaného jedince, zda se jedná o předškolní věk, školní věk nebo o dospělou osobu. U dětí předškolního věku se při diagnostice používají situační obrázky, kdy dítě popisuje, co na obrázku vidí za předměty, věci a co se na něm odehrává. Školním dětem a dospělým jedincům se předkládá pro přečtení upravený text. (Klenková, 2006) Dále se při diagnostice užívá rozhovoru, kdy odborník potřebuje získat spontánní řečový projev jedince. Tento vyšetřovací postup se může užívat u všech věkových kategorií. V průběhu rozhovoru se prolínají přímé otázky s nepřímými a projektivními, které umožňují zjistit vztah k prostředí a ke komunikaci. (Škodová a kol., 2007)

Vyšetření koktavosti by z důvodu náročnosti mělo být rozděleno na více sezení s ohledem na individuální potřeby jedince. (Škodová a kol., 2007)

Terapie koktavosti

Existuje několik druhů terapií, které je obtížné zvolit, neboť koktavost má více příčin vzniku. Pokud není známa příčina vzniku neplynulosti řeči, nelze ji odstranit, pouze se potlačují příznaky. Při terapii se může užívat podle počtu účastníků individuální nebo skupinová terapie, kdy v zahraničí je nejpoužívanější skupinová terapie. Dále se terapie dělí podle přístupu k jedinci a to na nepřímé přístupy, které se používají převážně v dětském věku a přímé, které se používají u starších balbutiků.

Nepřímé přístupy chtějí zlepšit plynulost řeči ovlivněním prostředí, jedince balbutika nebo jeho jazykové, pohybové schopnosti. Tyto přístupy se dále dělí na terapii s bezprostředním ošetřením balbutika, která se soustředí na celkovou komunikační schopnost, na změnu citů, postojů, na zlepšení koncentrace a oromotoriky. Další je terapie

bez bezprostředního ošetření balbutika, které se zaměřuje na seznámení se s problematikou balbuties a dále chce rodiče připravit na diagnózu a behaviorální zpracování, to znamená přístup rodiny k balbutikovi. (Klenková, 2006)

Přímé přístupy jsou takové, které chtějí měnit mluvní projev balbutika a jeho chování, které s balbuties souvisí. Tyto terapeutické přístupy jsou soustředěné na tvarování plynulosti (Fluency shaping) a modifikování koktavosti (Stuttering modification). Při tvarování plynulosti jde o systematické rozšiřování existujícího vzorce plynulé řeči, které se uskutečňuje ve třech fázích. První fáze je operační podmiňování (rytmizovaná řeč, redukce tempa řeči, změna nasazení hlasu a využití přístrojů), druhá fáze je transfer plynulosti na běžné komunikační situaci a třetí fáze je stabilizace, pod kterou spadá dlouhodobá dodatečná péče. (Klenková, 2006, Lechta, 2005)

Terapie z hlediska užívaných metod

Terapie koktavosti se podle Škodové (2007) rozlišuje ze dvou hledisek, terapie z hlediska užívaných metod a terapie z hlediska věku.

Do terapie z hlediska užívaných metod patří psychoterapie, medikamentózní terapie, řečový trénink a kombinované metody. U psychoterapie se používají postupy, které jsou založené pouze na psychoterapii, snahou je eliminovat vnitřní příznaky, aby mluva byla co nejpříjemnější nebo v nejlepším případě se problémy při mluvě odstranily.

Medikamentózní terapie není hlavní metodou, ale pouze pomocnou, při které se postupy spoléhají na farmakoterapii, kterou užívají pediatři a psychiatři.

Řečový trénink má za cíl u pacienta balbutika navodit plynulou řeč prostřednictvím řečových cvičení. Do řečového tréninku dále spadají represivní terapie a expresivní terapie.

Kombinované metody jsou takové, kdy se zmiňované terapie kombinují. Tato terapie je u nás zatím nejvíce používaná. Využívá se zde komplexní péče ve spolupráci s několika profesemi. Kombinovaných metod je mnoho, například komplexní léčba podle Seemana, komplexní léčba podle Sováka, komplexní léčba podle Bubeníčkové a Fonograforytmická metoda podle Lechty a jiné. (Škodová a kol., 2007)

Terapie z hlediska věku

Terapie z hlediska věku zahrnuje metodiky pro předškolní a mladší školní věk, metodiky pro školní věk a adolescenci a metodiky pro dospělé. (Škodová a kol., 2007)

Stejně jako tomu bylo u terapie z hlediska užívaných metod, tak i u terapie z hlediska věku existuje mnoho metodik, proto autorka uvede pouze metodiky, které jsou určeny pro předškolní a mladší školní věk, na který se tato práce vztahuje.

Pro vznik koktavosti je předškolní věk klíčový, je důležitá včasná terapie, která významně ovlivní prognózu. Z hlediska prognózy je nejvhodnější období posledního předškolního roku. Pro předškolní a mladší školní věk bylo vytvořeno několik druhů terapií, jako Preventivní terapie, PROLAM-GM, LIDCOMBE program, Program univerzální gestikulace a jiné. (Škodová a kol., 2007)

Z těchto typů se autorka rozhodla více přiblížit LIDCOMBE program. LIDCOMBE program je určen pro děti s počínající koktavostí, který vznikl v Austrálii a vymyslel ho M. Onslow s kolektivem pracovníků Centra pro výzkum koktavosti. Tento program se soustředí na bezprostřední zpětnou vazbu plynulé řeči dítěte. Spadá sem i trénink rodičů, kdy je rodič zaškolen na sezení, které se uskutečňuje jednou týdně na klinice. Metody, které rodič získal na zaškolení, denně aplikuje v domácím prostředí na své dítě balbutika.

V tomto programu terapeut (klinický logoped) nerealizuje terapii přímo na dítě balbutika, ale zaučuje rodiče, který získané terapeutické přístupy aplikuje sám na své dítě. Výsledky dítěte podle dohodnutých kritérií rodič zaznamenává do grafu. Cílem tohoto terapeutického programu je naučit dítě plynulé řeči a náplní terapie je slovní hodnocení rodiče, který s dítětem pracuje a eliminuje tím tak koktavost.

Nevýhodami této terapie je kladení důrazu pouze na plynulost řeči, nepracuje se s učitelkami mateřské školy, ani jiným sociálním prostředím a nelze provádět skupinovou terapii. I přes tyto nevýhody poskytuje výborné terapeutické výsledky za krátkou dobu s dlouhodobým výsledkem, které jsou statisticky podložené. (Škodová a kol., 2007)

EMPIRICKÁ ČÁST

4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE VE VYBRANÝCH MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH

Tato kapitola se bude věnovat logopedické intervenci poskytované v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických, které byly vybrány z celé České republiky. Tyto mateřské školy poskytly prostřednictvím dotazníku odpovědi na zvolenou problematiku této práce.

Jsou zde uvedeny zvolené cíle šetření, použité metody, popsán průběh dotazníkového šetření, následně analýza výsledků šetření znázorněná tabulkami a grafy. Na závěr budou uvedeny dílčí závěry, které z výzkumného šetření vyplynuly.

4.1 Cíle šetření

Výzkumným problémem bakalářské práce je logopedická intervence poskytovaná v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických. Hlavním cílem výzkumného šetření je popis logopedické intervence v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických, dále odpovědi na výzkumné otázky.

Hlavní cíl výzkumného šetření byl rozdělen do čtyř dílčích cílů, kterými jsou:

- Popsat logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických.
- Zjistit, kdo poskytuje logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických.
- Zjistit nejčastěji používané logopedické činnosti při logopedické intervenci.

Na dílčí cíle dále navazují výzkumné otázky:

- Jak je logopedická intervence realizovaná v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických?

- Jaké vzdělání mají pedagogičtí pracovníci poskytující logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a v mateřských školách logopedických?
- Jaké činnosti jsou v rámci logopedické intervence používány při práci s dětmi?

4.2 Použité metody

Empirická část je založena na kvantitativním výzkumném přístupu. Pro zjištění logopedické intervence poskytované v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Byl vytvořen polostrukturovaný dotazník (viz příloha č. I), který je složen z 13 otázek uzavřených, polootevřených a otevřených. Dotazník je rozdělen do dvou částí. První část je úvodní text pojednávající o záměru dotazníkového šetření a poděkování za vyplnění respondentům. Druhá část jsou jednotlivé otázky dotazníku. Respondenti odpovídali na konkrétní otázky z nabídky odpovědí a u některých otázek mohli odpovědět volně. Metoda dotazníkového šetření byla zvolena za záměrem oslovit co nejvíce respondentů.

Otázky č. 1 – 4 byly zaměřeny na obecné informace týkající se mateřských škol. Otázky č. 5 – 8 zjišťovaly logopedickou intervenci poskytovanou ve sledovaných mateřských školách. Otázky č. 9 – 12 sledují poskytování logopedických činností dětem v řízených činnostech a poslední otázka č. 13 zjišťuje formu logopedické intervence v mateřských školách běžného typu a logopedických.

Základním souborem dotazníkového šetření byly běžné mateřské školy a mateřské školy logopedické v České republice, kdy výzkumným vzorkem byli ředitelé těchto mateřských škol.

4.3 Průběh šetření

Dotazník sloužící pro tuto práci byl vytvořen na online webové stránce Survio. Pro zjištění kvality dotazníku byl k ověření poslán dvěma ředitelům mateřských škol, z nichž jeden byl z běžné mateřské školy a druhý z logopedické. Na základě tohoto ověření byl dotazník doplněn o otázku č. 6, ve které respondent odpovídá, zda ví, co vymezuje pojem

logopedická intervence, dále otázka č. 7 byla doplněna o otevřenou odpověď a stejně tomu tak bylo u otázky č. 11.

Po ověření byl rozeslán na email 24 ředitelům mateřských škol, kteří byli osloveni prostřednictvím telefonátu. Z těchto mateřských škol bylo osloveno 12 logopedických a 12 běžného typu. Sběr odpovědí trval od 19. 11. 2018 do 18. 1. 2019. V tomto časovém rozmezí na dotazník odpovědělo 12 ředitelů z běžných mateřských škol a 6 ředitelů z logopedických mateřských škol. V průběhu šetření bylo potřeba ředitele logopedických mateřských škol několikrát telefonicky oslovit, aby byli ochotni dotazník vyplnit nebo jim připomenout žádost o vyplnění.

Pro analýzu výsledků šetření a možnost komparace obou typu předškolních zařízení bylo vybráno 6 dotazníků vyplněných řediteli běžných mateřských škol. Dotazníky získané od ředitelů z logopedických mateřských škol byly všechny ponechány. Místo realizace výzkumu byly mateřské školy běžného typu v Loučeni, Medlovicích, Nymburce, Ostravě, Poděbradech a Turnově. Z logopedických mateřských škol v Brně, Hradci Králové, Ostravě, Praze 5, Praze 8 a Praze 9.

4.4 Analýza výsledků šetření

Získaná data a názory respondentů jsou znázorněny v tabulkách a grafech. V případě číselných údajů jsou tyto vyjádřeny také v procentech. Otázky č. 2 a 6 jsou uvedeny pouze v tabulkách, kdy respondenti odpovídali na otevřenou odpověď. Otázky č. 7, 11, 12 a 13 jsou uvedeny v tabulkách, grafech a zároveň se zde objeví odpovědi na otevřené otázky.

Otázka č. 1 – Zařízení

Všichni oslovení respondenti pracují v mateřské škole.

Otázka č. 2 - Adresa školy:

Tabulka 1, Odpovědi - otázka č. 1

Běžné mateřské školy	Logopedické mateřské školy
Mateřská škola Poděbrady, příspěvková organizace, Studentská 169, 29001 Poděbrady	Elišky Přemyslovny 445, Praha 5 – Zbraslav, 15 600
Ke škole 381, 289 37 Loučeň	Na Robinsonce 1646/2, 708 00 Ostrava-Poruba
Masarykova 1585, 288 02 Nymburk	Brněnská 268, Hradec Králové 50006
Turnov	ZŠ a MŠ Praha 9, Bártlova 83
Medlovice 68741	ZŠ a MŠ logopedická, Brno 637 00, Veslařská 234
Ostrava	Přemyslská 90, Praha 8

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Otázka č. 3 – Jste?

Z dotazovaných respondentů byly všechny ženy.

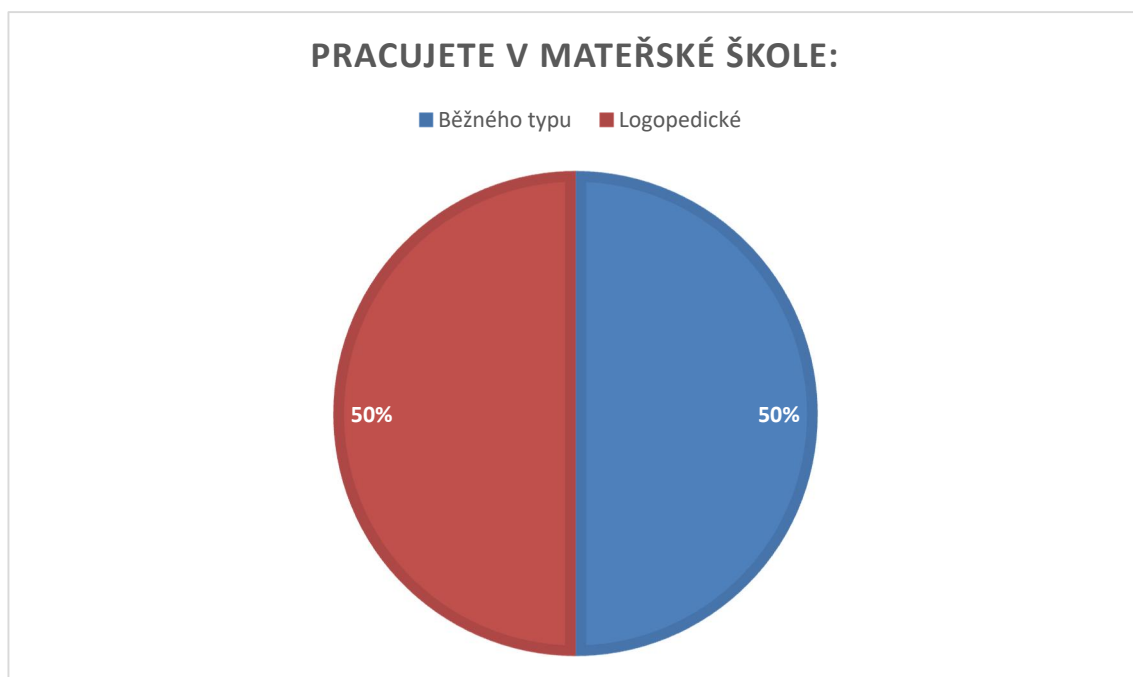
Otázka č. 4 – Pracujete v mateřské škole

Tabulka 2, Odpovědi - otázka č. 4

Odpověď	Responzí	Podíl v %
Běžného typu	6	50
Logopedické	6	50

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 1, Odpovědi - O. č. 4



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Z dotazovaných 24 mateřských škol, kdy 12 mateřských škol bylo běžného typu a 12 logopedických se dotazníkového šetření zúčastnilo 12 běžných mateřských škol a pouze 6 logopedických. Pro správnost zjišťování rozdílů mezi běžnými a logopedickými mateřskými školami bylo vybráno z 12 běžných mateřských škol také 6, jako je tomu u logopedických.

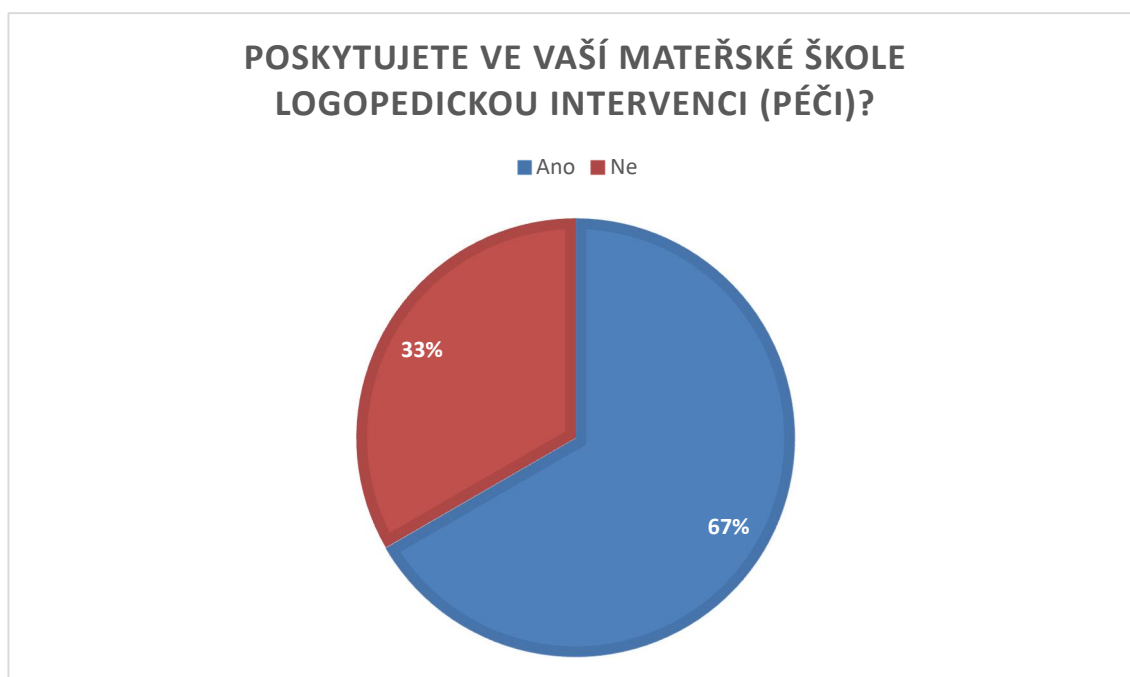
Otázka č. 5 – Poskytujete ve Vaší mateřské škole logopedickou intervenci (péči)?

Tabulka 3, Odpovědi - otázka č. 5

Odpověď	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
Ano	4 (67%)	6 (100%)
Ne	2 (33%)	0

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 2 - Odpovědi - O. č. 5 - Běžné MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 3 - Odpovědi - O. č. 5 - Logopedické MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Logopedická intervence je poskytována ve 4 (67%) běžných mateřských školách, kdy 2 (33%) ji neposkytují. V logopedických mateřských školách je naopak poskytována ve všech dotazovaných (vybraných).

Na závěr z grafů vyplývá, že logopedická intervence se nejvíce poskytuje v logopedických mateřských školách. Tyto výsledky jsou zřejmé, logopedické mateřské školy jsou zaměřeny převážně na logopedickou intervenci, běžné mateřské školy nikoliv.

Otázka č. 6 – Co je podle Vašeho názoru logopedická intervence (péče)?

Tabulka 4 - Odpovědi - Běžné MŠ a logopedické MŠ

Běžné mateřské školy	Logopedické mateřské školy
Péče o správnou výslovnost všech hlásek, hlasová hygiena	Proces, způsob a metody aplikace programu diagnostické, terapeutické a preventivní odborné péče o osoby se závadami a poruchami řeči.
Rozvoj komunikačních dovedností v souladu s konkrétní diagnózou	Práce s dětmi na rozvoji komunikačních dovedností, včetně rozvoje ostatních složek vývoje (sluchové, zrakové, taktilní vnímání a jiné) kognitivních funkcí a motorických mluvidel)
Logopedická prevence, logopedické chvílky, spolupráce s rodiči	Provádění logopedické diagnostiky, terapie, korekce řeči a logopedická prevence.
Logopedická depistáž na začátku školního roku, doporučení pro rodiče navštívit logopeda, logopedický kroužek pro děti v MŠ, logopedické chvílky během týdne.	Odborná pomoc dětem s logopedickými obtížemi.
Rozvoj artikulace, dechová cvičení a nápodoba.	Intenzivní logopedická péče, týkající se nejen vyvozování hlásek, ale i rozvoje všech jazykových rovin. Předcházení řečovým vadám od nejútlejšího věku.

Zásah – poskytnutí logopedické péče.	Logopedická intervence zahrnuje diagnostiku a terapii narušených komunikačních schopností, součástí je i prevence.
--------------------------------------	--

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Tabulka č. 4 obsahuje přehled jednotlivých odpovědí běžných mateřských škol a logopedických mateřských škol, co podle nich znamená logopedická intervence. Názory jsou uvedeny v tabulce z důvodu různorodosti odpovědí.

Otázka č. 7 – Logopedickou intervenci (péči) ve Vaší mateřské škole poskytuje?

Tabulka 5, Odpovědi - otázka č. 7

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
Logopedický asistent (absolvent vysokoškolského bakalářského studia, oboru speciální pedagogiky)	2 (33%)	1 (17%)
Logopedický preventista (SŠ, kurz logopedické prevence)	2 (33%)	0
Speciální pedagog (magisterské studium ukončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie)	0	3 (50%)
Logoped speciálně pedagogického centra (SPC)	0	0

Logoped pedagogicko-psychologické poradny (PPP)	0	0
Klinický logoped	0	0
Žádné formy logopedické péče	1 (17%)	0
Jiné formy logopedické péče (Prosím, uveďte)	1 (17%)	2 (33%)

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Jedna z možností odpovědí bylo zaškrtnout jiné formy logopedické péče. Odpověď byla otevřená, proto tu jsou uvedeny různé odpovědi respondentů.

Jiné formy logopedické péče v běžných mateřských školách:

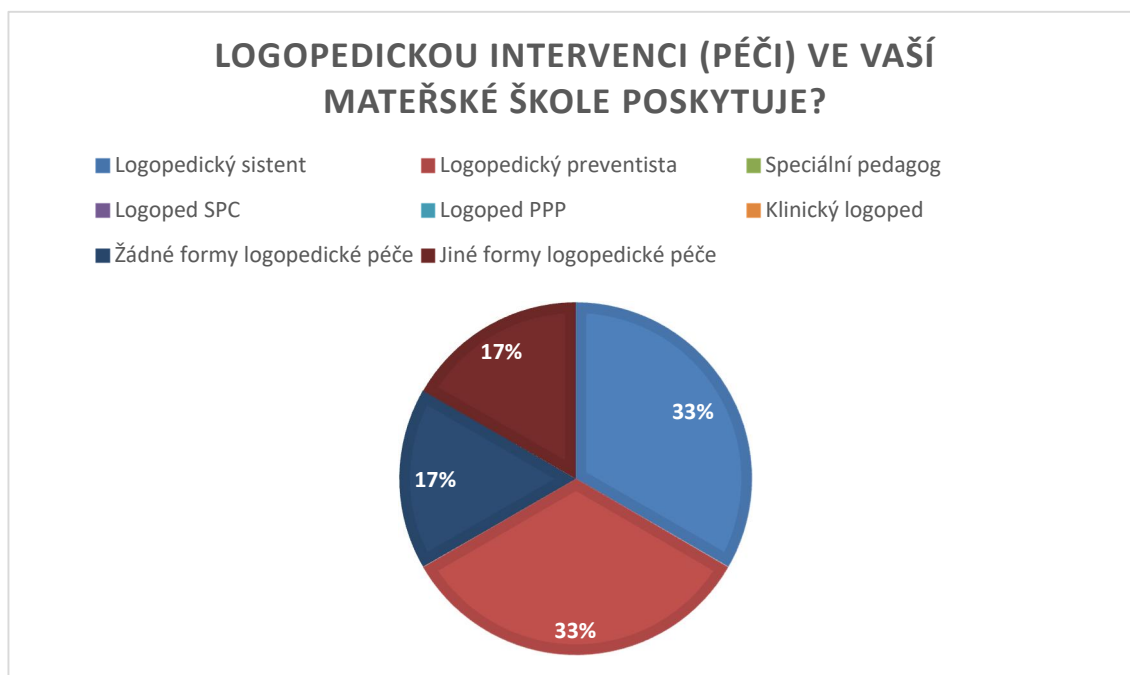
Mateřská škola sídlí v základní škole, kde logopedii poskytuje učitelka ZŠ.

Jiné formy logopedické péče v logopedických mateřských školách:

Jsou zde jak logopedičtí asistenti (Bc. log.), tak speciální pedagogové (Mgr, log.) a klin. logoped.

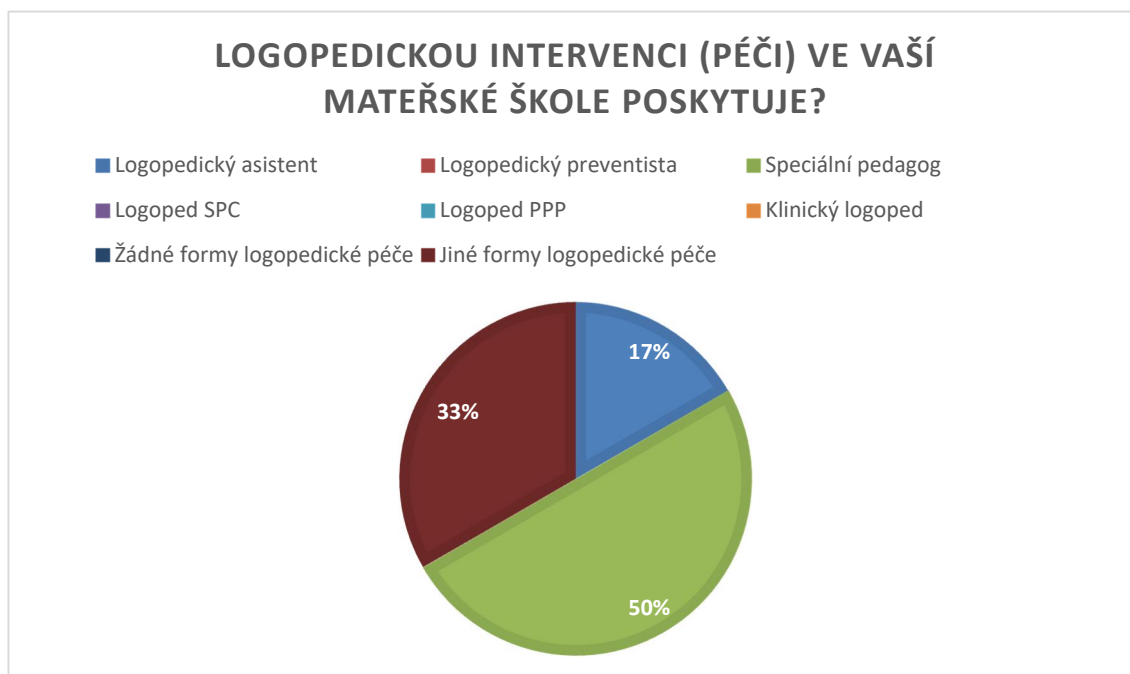
Školní logoped (bakalářské studium Sp.p.) i speciální pedagog – logoped.

Graf 4 - Odpovědi O. č. 7 - Běžné MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 5 - Odpovědi O.č. 7 - Logopedické MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Logopedickou intervenci ve 2 (33%) běžných mateřských školách poskytují logopedičtí asistenti, stejně velká část uvedla logopedické preventisty, 1 (17%) odpověděla jiné formy logopedické péče a stejně tomu tak bylo u odpovědi, že žádné formy logopedické péče neposkytuje.

V 1 (17%) logopedické mateřské škole logopedickou intervenci poskytuje logopedický asistent, ve 3 (50%) speciální pedagogové a ve 2 (33%) odpověděly jiné formy logopedické péče, kdy logopedickou intervenci poskytují jak logopedičtí asistenti, tak speciální pedagogové.

Z těchto odpovědí vyplývá, že logopedickou intervenci v logopedických mateřských školách poskytují logopedové s vyšším vzděláním, než v běžných mateřských školách.

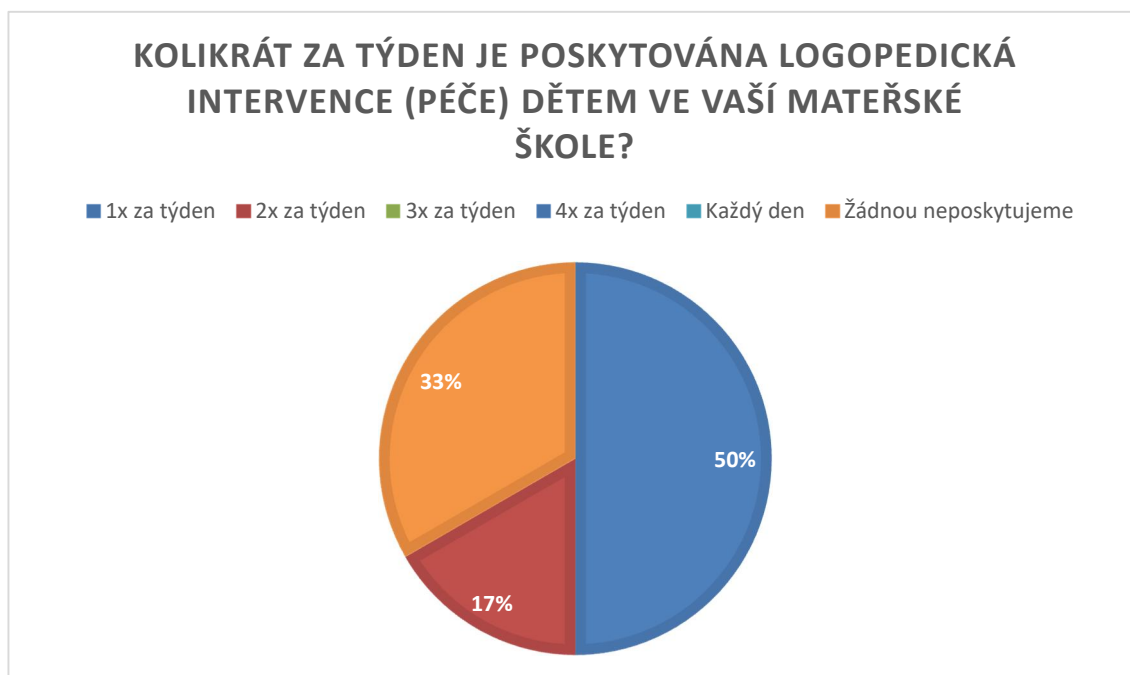
Otázka č. 8 – Kolikrát za týden je poskytována odborná logopedická intervence (péče) dětem ve Vaší mateřské škole?

Tabulka 6, Odpovědi - otázka č. 8

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
1x za týden	3 (50%)	0
2x za týden	1 (17%)	0
3x za týden	0	1 (17%)
4x za týden	0	1 (17%)
Každý den	0	4 (67%)
Žádnou neposkytujeme	2 (33%)	0

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 6 - Odpovědi O. č. 8 - Běžné MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 7 - Odpovědi O. č. 8 - Logopedické MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Logopedickou intervenci poskytuje jednou za týden polovina 3 (50%) běžných mateřských škol, 1 (17%) běžná mateřská škola ji poskytuje dvakrát za týden a 2 (33%) odpověděly, že žádnou logopedickou intervenci neposkytují.

4 (67%) logopedické mateřské školy poskytují logopedickou intervenci každý den. Dále 1 (17%) logopedická mateřská škola poskytuje logopedickou intervenci třikrát za týden a stejně tomu tak bylo u odpovědi čtyři krát za týden.

Logopedické mateřské školy poskytují logopedickou intervenci z vyplývajících výsledků čteněji, jak běžné mateřské školy.

Otázka č. 9 – Zařazujete do řízených činností předškolního vzdělávání logopedické činnosti?

Tabulka 7, Odpovědi - otázka č. 9

Odpovědi	Běžná MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedická MŠ (responzí, podíl v %)
Ano	6 (100%)	6 (100%)
Ne	0	0

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Z dotazovaných respondentů z běžných mateřských škol odpověděli všichni „Ano“, že do řízených činností předškolního vzdělávání zařazují logopedické činnosti, stejně tomu tak bylo i u logopedických mateřských škol.

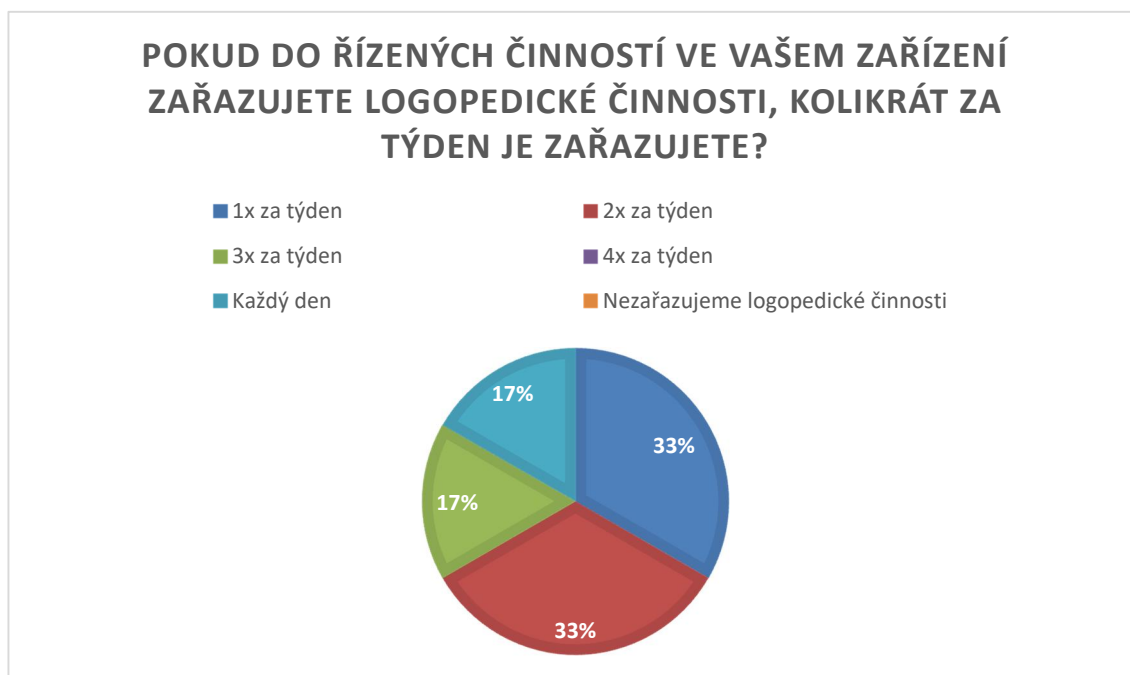
Otázka č. 10 – Pokud do řízených činností ve Vašem zařízení zařazujete logopedické činnosti, kolikrát za týden je zařazujete?

Tabulka 8, Odpovědi - otázka č. 10

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
1x za týden	2 (33%)	0
2x za týden	2 (33%)	0
3x za týden	1 (17%)	0
4x za týden	0	0
Každý den	1 (17%)	6 (100%)
Nezařazujeme logopedické činnosti	0	0

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 8 - Odpovědi O. č. 10 - Běžné MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 9 - Odpovědi O. č. 10 - Logopedické MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Z dotazovaných respondentů z běžných mateřských škol 2 (33%) z nich odpověděli, že do řízených činností logopedické činnosti zařazují jednou za týden. Stejný počet respondentů 2 (33%) odpovědělo dvakrát za týden, dále 1 (17%) třikrát za týden a 1 (17%) odpovědělo každý den. Respondenti logopedických mateřských škol odpověděli, že zařazují logopedické činnosti každý den.

Všichni respondenti z logopedických mateřských škol zařazují do řízených činností předškolního vzdělávání logopedické činnosti každý den, tudíž více než respondenti z běžných mateřských škol.

Otázka č. 11 – Jaké logopedické činnosti zařazujete?

Tabulka 9, Odpovědi - otázka č. 11

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
Dechová cvičení	0	0
Fonační cvičení	0	0
Zraková cvičení	0	0
Sluchová cvičení	0	0
Cvičení motoriky mluvidel	0	0
Navozování hlásek, slabik, slov a vět	0	0
Rytmizace	0	0
Procvičování jemné motoriky a grafomotoriky	0	1 (17%)
Jiné činnosti	0	0

Všechna uvedená cvičení	6 (100%)	5 (83%)
-------------------------	----------	---------

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Respondenti z běžných mateřských škol na tuto otázku odpověděli, že při řízených činnostech užívají všechny výše, v tabulce č. 9, uvedené logopedické činnosti. U respondentů z logopedických mateřských škol tomu bylo jinak pouze u 1 (17%), který odpověděl, že zařazují jen procvičování jemné motoriky a grafomotoriky.

Otázka č. 12 – Používáte v rámci logopedických činností nějaké pomůcky pro rozvoj řeči?

Tabulka 10, Odpovědi - otázka č. 12

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
Ano	6 (100%)	5 (83%)
Ne	0	1 (17%)

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Otázka č. 12 byla ještě doplněna o otevřenou otázku, kde oslovení respondenti měli odpovědět, jaké používají pomůcky v rámci logopedických činností pro rozvoj řeči. Proto tu jsou uvedeny různé odpovědi od respondentů, které jsou dále rozděleny na odpovědi běžných mateřských škol a logopedických.

Pokud používáte, jaké? (Odpovědi běžných mateřských škol):

Větrníky, foukadla, zrcadla, karty s artikulačními cviky, hry pro rozvoj, cd-rom pro rozvoj sluchu.

Na dechová cvičení -větrníky, bublifuku a spoustu dalších, logopedické kostky, kartičky s artikulací.

Obrázky na oromotoriku a logomotoriku, pexesa, větrníky, bublifuky.

Motorické pomůcky, foukadla, obrázky, kartičky.

Obrázky, dětské nástroje, brčka na foukání atd.

Pokud používáte, jaké? (Odpovědi logopedických mateřských škol):

Odborná literatura, metodiky, diagnostiky, obrázky atd. je toho spousta.

Klokanův kufr, klokanovy kapsy, tablety s logopedickými programy, foukačky, špachtle, rotavibrátor,

Sondičky, špátle, pomůcky na dechové cvičení (píšťalky, větrníky), brčka, vibrační pomůcky.

Vyrobené i zakoupené pomůcky, obrázkové karty, knihy, pracovní listy, hry podle fantazie učitelky.

Všichni respondenti z běžných mateřských škol zařazují do logopedických činností pomůcky, které napomáhají rozvoji řeči. Podobně tomu je i u respondentů logopedických mateřských škol, kde pouze 1 (17%) z nich žádné pomůcky pro rozvoj řeči do logopedických činností nezařazuje.

Otázka č. 13 – Forma logopedické intervence (péče) ve Vaší mateřské škole?

Tabulka 11, Odpovědi - otázka č. 13

Odpovědi	Běžné MŠ (responzí, podíl v %)	Logopedické MŠ (responzí, podíl v %)
Individuální	1 (17%)	1 (17%)
Skupinová	1 (17%)	0
Logopedická třída	0	1 (17%)
Logopedický kroužek	0	0
Jiná forma	4 (67%)	4 (67%)

Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

V této otázce bylo možné zaškrtnout odpověď jiná forma. Odpověď byla otevřená, proto tu jsou uvedeny různé odpovědi respondentů z běžných mateřských škol a mateřských škol logopedických.

Jiná forma: (Odpovědi běžných mateřských škol)

Skupinová, logopedický kroužek i individuální.

Většinou skupinová, občas individuální.

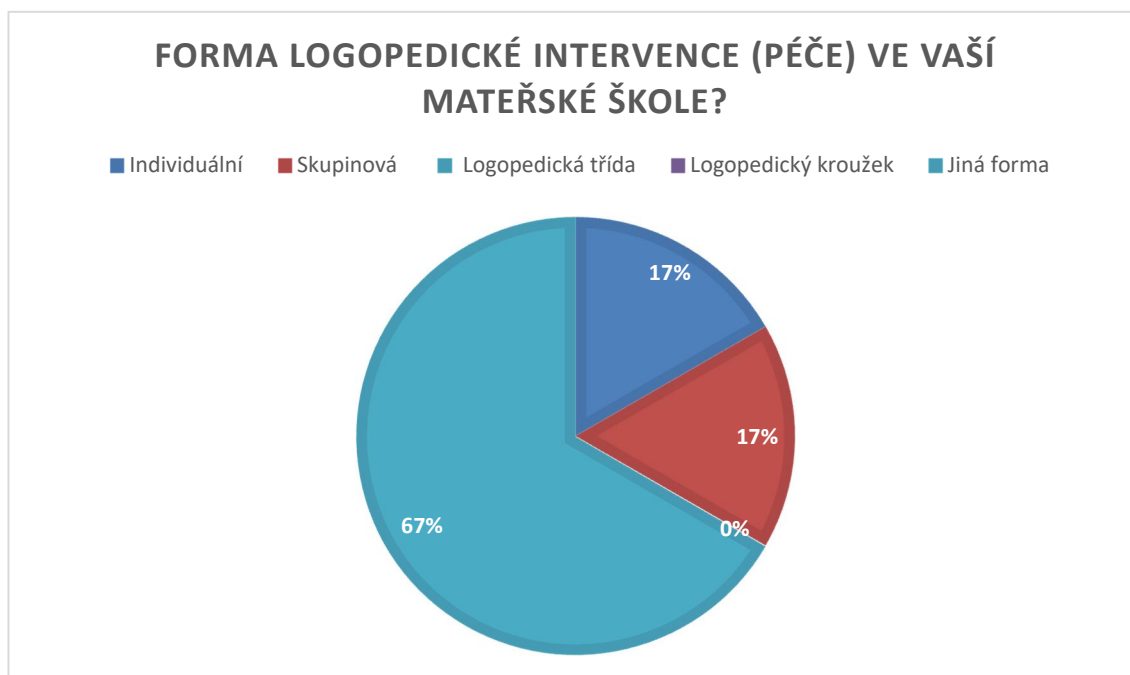
Skupinová a logopedický kroužek.

Skupinová i individuální.

Jiná forma: (Odpovědi logopedických mateřských škol)

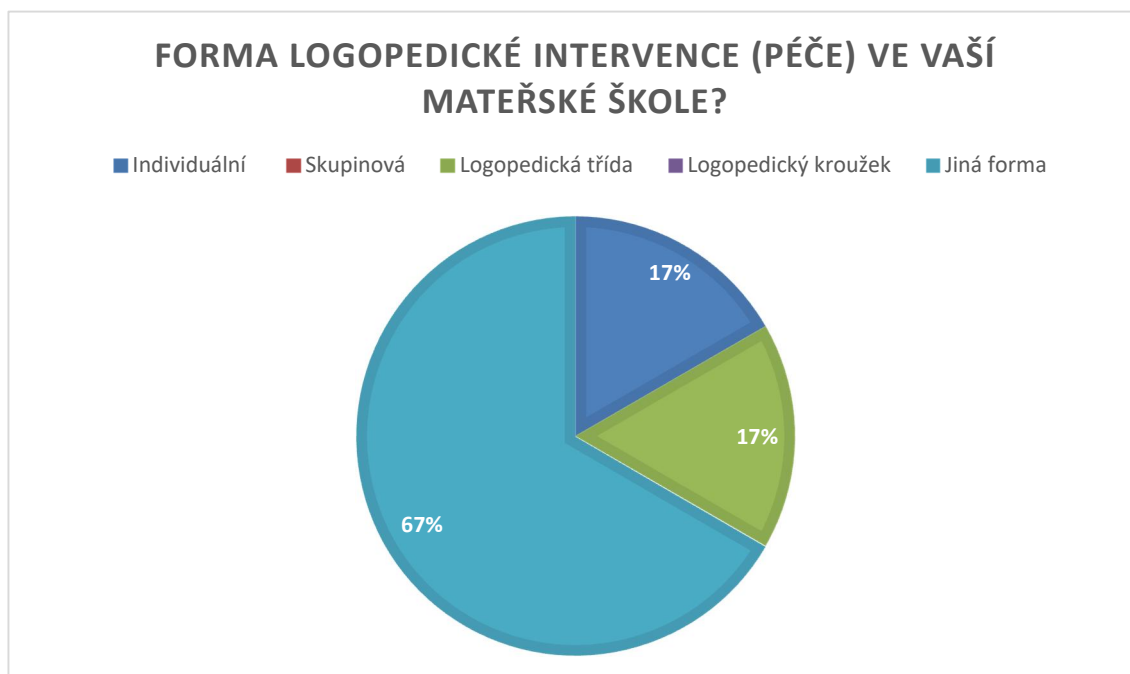
Individuální i skupinová. 4x

Graf 10 - Odpovědi O. č. 13 - Běžné MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Graf 11 - Odpovědi O. č. 13 - Logopedické MŠ



Zdroj: 2019 (vlastní šetření)

Z respondentů u běžných mateřských škol 4 (67%) odpověděli z výběru odpovědí nejčastěji jiné formy logopedické intervence, které jsou uvedeny pod tabulkou č. 11. Dále 1 (17%) odpověděla, že užívají individuální formu a stejný počet respondentů uvedl skupinovou formu.

Respondenti z logopedických mateřských škol uvedli stejně jako běžné mateřské školy 4 (67%), jiné formy logopedické intervence. 1 (17%) logopedická mateřská škola užívá individuální formu a stejný počet dotazovaných odpověděl, že užívají logopedickou třídu.

4.5 Dílčí závěry

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických, dále odpovědět na výzkumné otázky. V této kapitole bude odpovězeno na stanovené výzkumné otázky pro tuto práci, které navazují na dílčí cíle.

- Jak je logopedická intervence realizovaná v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických?

Na výzkumnou otázku odpovídají z dotazníkového šetření otázky č. 4. – č. 6. a č. 8., kdy na dotazníkové šetření odpovídají respondenti z běžných mateřských škol a z mateřských škol logopedických. Z běžných mateřských škol čtyři z nich poskytují logopedickou intervenci a dvě ji neposkytují, jinak je tomu u mateřských škol logopedických, kdy všechny z dotazovaných logopedickou intervenci poskytují. Dovídáme se také od respondentů z běžných mateřských škol a mateřských škol logopedických, co je podle jejich názoru logopedická intervence. Většina respondentů běžných mateřských škol pokládá logopedickou intervenci za logopedické činnosti, které se s dětmi provádí v průběhu logopedických chvil, jako jsou rozvoj artikulace, dechová cvičení, péče o správnou výslovnost a jiné. Respondenti mateřských škol logopedických ve většině případů odpověděli, že logopedická intervence je pojem, který zahrnuje logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci.

Oba již výše zmiňované typy mateřských škol užívají určité formy logopedické intervence. Běžné mateřské školy nejčastěji používají, podle výběru možných otázek

z dotazníkového šetření, formu individuální i skupinovou, stejně tomu je i u mateřských škol logopedických.

- Jaké vzdělání mají pedagogičtí pracovníci poskytující logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a v mateřských školách logopedických?

Shledáváme odpovědi na výzkumnou otázku v otázkách z dotazníkového šetření č. 7 – č. 8. Logopedickou intervenci v běžných mateřských školách nejčastěji poskytuje logopedický asistent a logopedický preventista. Logopedický asistent je absolvent vysokoškolského bakalářského studia, oboru speciální pedagogiky a logopedický preventista má vystudovanou střední školu a následně dodělaný kurz logopedické prevence.

V mateřských školách logopedických logopedickou intervenci nejčastěji poskytují speciální pedagogové a hned po nich logopedičtí asistenti. Speciální pedagogové mají magisterské studium ukončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie a logopedičtí asistenti jsou absolventi vysokoškolského bakalářského studia, oboru speciální pedagogika.

Zmiňovaní kvalifikovaní logopedové poskytují podle většiny odpovědí respondentů logopedickou intervenci jednou týdně. Respondenti z logopedických mateřských škol nejčastěji odpověděli, že ji poskytují každý den.

- Jaké činnosti jsou v rámci logopedické intervence používány při práci s dětmi?

Vycházíme z otázky č. 9 - č. 12, kdy jsme se respondentů dotazovali, zda zařazují do řízených činností předškolního vzdělávání logopedické činnosti. Dále kolikrát za týden je zařazují, jaké logopedické činnosti zařazují a jestli v rámci těchto logopedických činností používají pomůcky pro rozvoj řeči. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že všechny mateřské školy, jak běžné, tak logopedické zařazují do řízených činností předškolního vzdělávání logopedické činnosti. Běžné mateřské školy tyto činnosti zařazují podle odpovědí respondentů jednou týdně a stejný počet respondentů odpověděl dvakrát týdně. Všechny dotazované mateřské školy logopedické zahrnují tyto činnosti každý den.

Do řízených činností předškolního vzdělávání zařazují, jak běžné mateřské školy, tak logopedické, všechny uvedené logopedické činnosti v dotazníkovém šetření. Mezi tyto činnosti patří dechová cvičení, fonační cvičení, zraková cvičení, sluchová cvičení, cvičení motoriky mluvidel, navozování hlásek, slabik, slov a vět, rytmizace, procvičování jemné motoriky a grafomotoriky.

Ve všech dotazovaných běžných mateřských školách používají v rámci logopedických činností nějaké pomůcky pro rozvoj řeči, u logopedických mateřských škol jich užívá pět z nich a jedna žádné pomůcky nevyužívá.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla logopedická intervence poskytovaná v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických. Tato práce se zaměřovala na vyjasnění pojmu logopedická intervence a aktivity s ní související v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických.

V úvodu teoretické části byl vymezen pojem logopedie, ze kterých slov tento pojem vznikl, co je to za vědu, čím se zabývá a co rozvíjí. Hned po logopedii je popsán a vysvětlen pojem, který na logopedii navazuje a úzce s ní souvisí, jedná se o logopedickou intervenci. Je uvedeno za jakým účelem se uskutečňuje a jaké aktivity pod logopedickou intervencí patří. Mezi aktivity, které jsou dále popisovány a vysvětleny jsou logopedická diagnostika, logopedická prevence a terapie. Jsou zde také objasněny pojmy, jako narušená komunikační schopnost a vybrané druhy narušené komunikační schopnosti, které jsou nejčastěji se v mateřských školách vyskytující. Z těchto vybraných druhů narušené komunikační schopnosti zde nacházíme opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázii, dyslálii a koktavost.

Autorka shledává důležitost rozvoje řeči u dětí předškolního věku, aby se jejich řeč zdravě rozvíjela a předcházelo se jejímu nepříznivému vývoji nebo se odstraňovaly vady s ní spojené, které se dnes shrnují do jednoho pojmu a to narušená komunikační schopnost. Proto se v této práci snažila zjistit poskytovanou logopedickou intervencí v mateřských školách běžných a mateřských školách logopedických pomocí dotazníkového šetření. Tyto výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny a popsány v empirické části této práce. Cílem výzkumného šetření bylo popsat logopedickou intervenci v běžných mateřských školách a mateřských školách logopedických, dále odpovědět na výzkumné otázky. Na všechny stanovené výzkumné otázky bylo odpovězeno.

Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že logopedická intervence je poskytována jak v běžných mateřských školách, tak logopedických, kdy není poskytována ve všech dotazovaných běžných mateřských školách na rozdíl od mateřských škol logopedických. Logopedické mateřské školy zahrnují logopedickou intervenci v jejich školách častěji a i ji poskytují pracovníci s vyšším vzděláním, než

v běžných mateřských školách. S těmito výsledky autorka této práce počítala, neboť logopedické mateřské školy byly zřízeny právě z důvodu poskytovat dětem logopedickou intervenci na takové úrovni, aby se předcházelo nebo se odstraňovaly vady řeči. Toho se snaží docílit i běžné mateřské školy, ale nejsou k tomu uzpůsobeny na takové úrovni, jako logopedické mateřské školy, které se zaměřují vyloženě na tuto problematiku.

Všechny cíle stanovené v této práci byly splněny a na stanovené výzkumné otázky bylo odpovězeno.

Tato práce by se ještě dále mohla doplnit o rozhovor s učitelem nebo ředitelem běžné mateřské školy popřípadě mateřské školy logopedické. Rozhovor by byl zaměřený na to, jaký pohled na logopedickou intervenci zaujímá učitel nebo ředitel z běžné mateřské školy po případě logopedické.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4730-080.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie a surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-807-3151-362.

DLOUHÁ, Olga. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-807-4923-142.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4739-410.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie - patlavost*. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-809-0386-303.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024736877.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie : metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-721-6177-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071786675.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-438.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-731-5038-7.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-802-6213-901.

PETROVSKIJ, Artur Vladimirovič. *Vývojová a pedagogická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8078-0.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-406.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4621-531.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ. *By the ages*. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, c2000. ISBN 978-0766820487.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 8008004479.

SEZNAM ZKRATEK

NKS - Narušená komunikační schopnost

CNS - Centrální nervová soustava

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1, Odpovědi - otázka č. 1	45
Tabulka 2, Odpovědi - otázka č. 4	46
Tabulka 3, Odpovědi - otázka č. 5	47
Tabulka 4 - Odpovědi - Běžné MŠ a logopedické MŠ	49
Tabulka 5, Odpovědi - otázka č. 7	50
Tabulka 6, Odpovědi - otázka č. 8	53
Tabulka 7, Odpovědi - otázka č. 9	55
Tabulka 8, Odpovědi - otázka č. 10	56
Tabulka 9, Odpovědi - otázka č. 11	58
Tabulka 10, Odpovědi - otázka č. 12	59
Tabulka 11, Odpovědi - otázka č. 13	61

Seznam grafů

Graf 1, Odpovědi - O. č. 4	46
Graf 2 - Odpovědi - O. č. 5 - Běžné MŠ	47
Graf 3 - Odpovědi - O. č. 5 - Logopedické MŠ	48
Graf 4 - Odpovědi O. č. 7 - Běžné MŠ	52
Graf 5 - Odpovědi O.č. 7 - Logopedické MŠ	52

Graf 6 - Odpovědi O. č. 8 - Běžné MŠ	54
Graf 7 - Odpovědi O. č. 8 - Logopedické MŠ	54
Graf 8 - Odpovědi O. č. 10 - Běžné MŠ	57
Graf 9 - Odpovědi O. č. 10 - Logopedické MŠ	57
Graf 10 - Odpovědi O. č. 13 - Běžné MŠ	62
Graf 11 - Odpovědi O. č. 13 - Logopedické MŠ	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník I

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentkou prezenčního studia obor speciální pedagogika - vychovatelství na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze. V současné době sbírám podklady pro svoji bakalářskou práci na téma "Logopedická intervence poskytovaná v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických". Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Výzkumné údaje budou zpracovány pouze pro účely této bakalářské práce.

Za poskytnutí informací pro tuto bakalářskou práci Vám předem děkuji.

1. Zařízení:

Otevřená odpověď:

2. Adresa školy:

Otevřená odpověď:

3. Jste?

Muž

Žena

4. Pracujete v mateřské škole:

Běžného typu

Logopedické

5. Poskytujete ve Vaší mateřské škole logopedickou intervenci (péči)?

Ano

Ne

6. Co je podle Vašeho názoru logopedická intervence (péče)?

Otevřená odpověď:

7. Logopedickou intervenci (péči) ve Vaší mateřské škole poskytuje?

Logopedický asistent (absolvent vysokoškolského bakalářského studia, oboru speciální pedagogiky)

Logopedický preventista (SŠ, kurz logopedické prevence)

Speciální pedagog (magisterské studium ukončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie)

Logoped speciálně pedagogického centra (SPC)

Logoped pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Klinický logoped

Žádné formy logopedické péče

Jiné formy logopedické péče (Prosím, uveďte)

8. Kolikrát za týden je poskytována odborná logopedická intervence (péče) dětem ve Vaší mateřské škole?

1x za týden

2x za týden

3x za týden

4x za týden

Každý den

Žádnou neposkytujeme

9. Zařazujete do řízených činností předškolního vzdělávání logopedické činnosti?

Ano

Ne

10. Pokud do řízených činností ve Vašem zařízení zařazujete logopedické činnosti, kolikrát za týden je zařazujete?

1x za týden

2x za týden

3x za týden

4x za týden

Každý den

Nezařazujeme logopedické činnosti

11. Jaké logopedické činnosti zařazujete?

Dechová cvičení

Fonační cvičení

Zraková cvičení

Sluchová cvičení

Cvičení motoriky mluvidel

Navozování hlásek, slabik, slov a vět

Rytmizace

Procvičování jemné motoriky a grafomotoriky

Jiné činnosti (Prosím, uveďte)

12. Používáte v rámci logopedických činností nějaké pomůcky pro rozvoj řeči?

Ano

Ne

Pokud používáte, jaké? (Prosím, uveďte)

13. Forma logopedické intervence (péče) ve Vaší mateřské škole?

Individuální

Skupinová

Logopedická třída

Logopedický kroužek

Jiná forma (Prosím, uveďte)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zuzana Halešová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Logopedická intervence poskytovaná v mateřských školách běžného typu a mateřských školách logopedických

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 59

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová, Ph.D.