



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Logopedická péče o děti předškolního věku

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Zuzana Mühlová**
Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Roudná



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana Mühlová**
Osobní číslo: **P13000057**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Logopedická péče o děti předškolního věku**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl práce: Charakterizovat a zmapovat logopedickou péči o děti předškolního věku v Jičínském regionu.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- BENDO VÁ, Petra, 2011. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.**
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. Logopedie. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.**
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2005. Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-056-9.**
- LECHTA, Viktor a kol., 2003. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.**
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al., 2010. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.**
- SOVÁK, Miloš, 1984. Logopedie předškolního věku. 1. vyd. Praha: SPN.**
- ŠKODOVÁ, Eva a kol., 2007. Klinická logopedie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavlína Roudná

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Velmi děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavlíně Roudné za odborné vedení, cenné rady a připomínky, ale především za trpělivost a povzbudivý přístup.

Děkuji dále respondentům, kteří byli ochotni k vyplnění dotazníků, věnovali mi svůj čas a umožnili tak realizovat průzkum daného problému.

Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia a tvorbě bakalářské práce plně podporovala.

Název bakalářské práce: Logopedická péče o děti předškolního věku

Jméno a příjmení autora: Zuzana Mühlová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2015/2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavlína Roudná

Anotace

Bakalářská práce se zabývá logopedickou péčí o děti předškolního věku. Je rozdělena do dvou stěžejních částí – teoretické a empirické. Teoretická část se za pomoci odborných zdrojů věnuje vymezení speciálně pedagogického oboru logopedii, popisuje logopedickou péči a její metody a zabývá se fylogenetickým a ontogenetickým vývojem komunikační schopnosti.

Empirická část je tvořena prostřednictvím dotazníkového šetření a jejím cílem je charakterizovat a zmapovat logopedickou péči poskytovanou dětem předškolního věku v mateřských školách, a to konkrétně v mateřských školách spadajících do Jičínského regionu. Získané informace z výzkumného šetření jsou shrnuty a následně použity pro navrhovaná opatření. Přínosem práce je proniknutí do poskytování logopedické péče dětem předškolního věku v mateřských školách Jičínského regionu.

Klíčová slova

Logopedie, předškolní věk, mateřská škola, komunikace, narušená komunikační schopnost, logopedická péče, metody logopedické péče, vývoj komunikační schopnosti.

Name of bachelor thesis: The speech therapy of preschool children

Name of the author: Zuzana Mühlová

Academic year of bachelor thesis submission: 2015/2016

Supervisor of bachelor thesis: Mgr. Pavlína Roudná

Annotation

Bachelor thesis is being focused at speech therapy for preschool children. It has been divided into two crucial sections – theoretical and empirical. Theoretical section with association of professional source will target demarcation especially of pedagogical department of speech therapy, describes its methods and deal with phylogenetic and ontogenetic development of communication ability.

Empirical part is made out of questionnaire survey and the objective is to characterize and chart speech therapy provided to children of nursery age in preschools and mostly nurseries located in Jičín's region. Acquired information from above stated survey is summarized and then used to propose measurement. Thesis contribution is to enter providing speech therapy for nursing children at preschools in Jičín's region.

Key words

Speech therapy, preschool age, preschool, communication, impaired communication ability, speech therapy development, methods of speech therapy, development in communication ability.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM GRAFŮ.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Logopedie.....	12
1.1 Definice logopedie.....	12
1.2 Historie logopedie	13
1.3 Význam logopedie.....	15
1.4 Základní pojmy logopedie	15
1.5 Narušená komunikační schopnost.....	17
2 Logopedická péče.....	24
2.1 Metody logopedické péče	24
2.2 Organizace logopedické péče v ČR.....	28
2.3 Odborníci logopedické péče.....	29
3 Vývoj komunikační schopnosti.....	31
3.1 Fylogenetický vývoj.....	31
3.2 Ontogenetický vývoj.....	31
EMPIRICKÁ ČÁST	35
4 Cíl bakalářské práce.....	35
5 Stanovení předpokladů.....	35
6 Použité metody	35
7 Popis zkoumaného vzorku	36
8 Interpretace získaných dat.....	37
9 Ověření předpokladů.....	54
10 Shrnutí výsledků průzkumu	55
ZÁVĚR	56
NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Oslovené mateřské školy	36
Tabulka 1: Počet dětí v mateřské škole.....	37
Tabulka 2: Věkové složení dětí	38
Tabulka 3: Typ mateřské školy	39
Tabulka 4: Poskytování logopedické péče	40
Tabulka 5: Počet dětí zapojených do logopedické péče	41
Tabulka 6: Počet dětí potřebující logopedickou péči.....	42
Tabulka 7: Délka a časové rozmezí poskytování logopedické péče.....	43
Tabulka 8: Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti.....	44
Tabulka 9: Odborníci logopedické péče v mateřských školách	45
Tabulka 10: Typy cvičení logopedické prevence	46
Tabulka 11: Odborníci provádějící logopedickou diagnostiku	47
Tabulka 12: Typy cvičení logopedické terapie.....	48
Tabulka 13: Poskytovaná forma logopedické péče	49
Tabulka 14: Odborníci logopedické péče spolupracující s mateřskou školou	50
Tabulka 15: Spolupráce rodičů při logopedické péči	51
Tabulka 16: Návrhy ředitelek MŠ	52

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věkové složení dětí.....	38
Graf 2: Typ mateřské školy	39
Graf 3: Poskytování logopedické péče.....	40
Graf 4: Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti	44
Graf 5: Odborníci logopedické péče v mateřských školách.....	45
Graf 6: Typy cvičení logopedické prevence.....	46
Graf 7: Odborníci provádějící logopedickou diagnostiku.....	47
Graf 8: Typy cvičení logopedické terapie	48
Graf 9: Poskytovaná forma logopedické péče.....	49
Graf 10: Odborníci logopedické péče spolupracující s mateřskou školou.....	50
Graf 11: Spolupráce rodičů při logopedické péči	51
Graf 12: Návrhy ředitelek MŠ pro zlepšení logopedické péče.....	53

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- MŠ** Mateřská škola
OVŘ Opožděný vývoj řeči
PPP Pedagogicko-psychologická poradna
SPC Speciálně pedagogické centrum

ÚVOD

Schopnost komunikace představuje jednu z nejdůležitějších lidských vlastností. Jejím prostřednictvím můžeme přijímat a předávat informace. Komunikační schopnost významným způsobem ovlivňuje jedince v úspěšnosti či neúspěšnosti ve studiu, zaměstnání nebo ve společenském či partnerském životě. Člověk svoji komunikační schopnost rozvíjí po celý život, ale za stěžejní je právem považováno období od narození po nástup dítěte na základní školu. Díky tomu logopedická péče sehrává u dětí předškolního věku nezastupitelnou úlohu. Prostřednictvím logopedické péče můžeme u dětí narušenou komunikační schopnost identifikovat, přecházet ji, eliminovat, či ji zcela odstranit.

Název bakalářské práce je Logopedická péče o děti předškolního věku. Proniknutí do tohoto tématu je z hlediska studia speciální pedagogiky předškolního věku velmi důležité. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou.

Teoretická část se nejprve zaměřuje na obecnou charakteristiku logopedie jako speciálně pedagogického oboru. Jsou zde zmíněné definice od jednotlivých autorů, dále historický vývoj logopedie, význam logopedie a základní pojmy tohoto oboru. Další část se zabývá metodami, organizacemi a odborníky logopedické péče. V poslední kapitole teoretické bakalářské práce je popsán fylogenetický a ontogenetický vývoj komunikační schopnosti.

Empirická část bakalářské práce se opírá o teoretické poznatky z předešlých kapitol a věnuje se výzkumnému šetření s cílem charakterizovat a zmapovat logopedickou péči o děti předškolního věku v Jičínském regionu. Tento region byl vybrán z důvodu, že se jedná o místo bydliště autorky bakalářské práce. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí metody nestandardizovaného dotazníku. Protože dítě předškolního věku velkou část dne tráví v mateřské škole, bylo výzkumné šetření prováděno právě tam prostřednictvím ředitelek mateřských škol.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Logopedie

Logopedie se je v různých zemích zařazována do systému věd odlišně. U nás je tradičně součástí speciální pedagogiky. „Speciální pedagogika je vědním oborem v soustavě pedagogických věd, která se zabývá teorií a praxí výchovy, vyučování a vzdělávání dětí, mládeže a dospělých se speciálními potřebami z důvodu somatického, sensorického, mentálního, řečového nebo psychosociálního defektu, poruchy nebo omezení či jejich kombinací“ (Vašek in Renotiérová, aj. 2006, s. 13).

Logopedie má těsný vztah s ostatními vědními obory. Využívá poznatky medicínských oborů (pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, plastické chirurgie, ortodontie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie), psychologie (vývojové psychologie, patopsychologie), lingvistiky (fonetiky, fonologie), neurolingvistiky, psycholingvistiky, genetiky, informatiky, kybernetiky či právních věd (Pipeková, aj. 2006, s. 103).

Název logopedie je tvořen z řeckého slova „logos“, což znamená „slovo“ a „paidea“ neboli „výchova“. V zahraničí nalezneme obor logopedie například pod termínem Speech Therapy, Speech Correction, Sprachheilpädagogik nebo Logopädie (Klenková 2006, s. 11).

1.1 Definice logopedie

Vědní obor logopedie se neustále mění a rozvíjí, vymezení jejího obsahu je tudíž obtížným a nikdy nekončícím procesem a definice se liší dle jednotlivých autorů.

Pavlová-Zahálková a kol. (1976, s. 11) – „součástí defektologie, zabývá se dorozumívacím procesem v celé jeho šíři, tedy hlasem, řečí, sluchem, mimikou, písmem aj. Zkoumá všechny dorozumívací formy a prakticky uplatňuje získané poznatky“.

Sovák (1984, s. 15) – „nauka o výchově základních složek sdělovacího (dorozumívacího) procesu, tj. řeči a sluchu, jakož i o prevenci a terapii jeho vývojových vad či získaných poruch“.

Křemličková, Novotná (1997, s. 93) – „obor speciální pedagogiky, který se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním dětí, které jsou znevýhodněny poruchami v procesu komunikace mluvenou řečí“.

Synka (1998) – „pedagogický obor zabývající se vývojem a výchovou lidské řeči ve všech jejích modalitách – mluvené, čtené, psané i znakové – z hlediska obsahu i formy. Vývoj řeči je mimořádně složitý proces zajištěný fylogeneticky (tzn. každý novorozenec má předpoklady postupně řeč ovládnout), nicméně vyžadující také zajištění ontogenetické, tj. vzor řeči a výchovu řeči“.

Kutálková (1999) – „speciálně pedagogická věda, která se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob, stížených vadami a poruchami sdělovacího procesu“.

Dvořák (2001, s. 112) – „v pojetí speciálně-pedagogickém, ve světě již překonaném je:

- a) obor speciální pedagogiky, jejímž předmětem je výchova správné řeči, prevence a profylaxe poruch komunikace, ale též (v rozporu se zákonem) diagnostika a terapie vad a poruch řeči, metody jsou údajně (speciálně) pedagogické,
- b) speciálně-pedagogický obor, který se zabývá výchovou a vzděláním osob s poruchami komunikace“.

Klenková (2003, s. 129) – „disciplína, která je součástí speciální pedagogiky, zabývá se výchovou, vzděláváním, komplexní péčí o osoby s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení, poruchy“.

Housarová (2003, s. 129) – „logopedie je interdisciplinární obor, jež se zabývá problematikou osob s poruchou komunikace“.

Lechta (2005, s. 15) – „vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie je v moderním pojetí vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost u člověka z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence“ (Michalová 2008, s. 14, 15).

1.2 Historie logopedie

Logopedie je mladý, neustále se vyvíjející se obor, který se formuje od 20. let 20. století. K zásadnímu rozvoji došlo po 2. světové válce. Jako samostatný vědní obor byla uznána v roce 1971. Pro lepší orientaci v dějinách logopedie vytvořil Lechta roku 1990 sedm etap historického vývoje logopedie.

Pro **1. etapu** je charakteristické obdivné, zbožné uctívání komunikační schopnosti jako takové. Byla to různá zaklínání, přísahy, obřady. Sepětí jazyka, řeči, slova s kulturou a uměním reprezentují snahy o jejich zachycení, zapamatování a zvěčnění. Pro tuto potřebu si člověk utváří písmo.

2. etapa se týká přibližně období od 14. do 1. století př. n. l. V této etapě se již objevují písemné záznamy o významných a bohatých osobách, u nichž se nějakým způsobem projevuje narušení komunikační schopnosti. Dochází ke snahám o kultivaci řeči. Sokrates požaduje ve školách zavedení výchovy ke správné řeči a Cicero prosazoval vypracování pravidel nejen pro rétoriku, ale i pro běžný komunikační proces.

3. etapa probíhala v období 1. až 15. století n. l. Je charakteristická počátky systematického kultivování komunikační schopnosti jako takové. V různých pracích tehdejších myslitelů se již objevují zmínky o narušené komunikační schopnosti jako takové. Učenci se zabývají fyziologií hlasu a sluchu, projevují se snahy nalézt metody terapie koktavosti, postupy jak naučit neslyšící mluvit. Objevují se popisy patologie a léčby nemocí nosu, rtu, jazyka a úst.

4. etapa probíhala v 16. až 17. století. Pro tuto etapu jsou specifická vědecká pojednání o narušené komunikační schopnosti. Ojedinele se objevují pokusy zavést systematickou péči o osoby s narušenou komunikační schopností.

5. etapa spadá do 18. až 19. století, kdy se vlivem osvícenství a průmyslové revoluce představují počátky organizované péče o osoby s narušenou komunikační schopností.

6. etapa probíhá v období 19. až 20. století. Dochází k utváření východisek pro položení vědeckých základů logopedie. Vydávají se monografie, učebnice, časopisy, které se zabývají problematikou osob s narušenou komunikační schopností.

7. etapa se týká 20. až 21. století. Logopedie byla ustanovena jako samostatný vědní obor. Dále se pokračuje ve vydávání monografií, učebnic a časopisů zabývajících se problematikou narušené komunikační schopnosti. V této etapě došlo k vytváření systému vzdělávání logopedů. Ti se začínají sdružovat do odborných organizací například International Associations of Logopedie and Phoniatics (Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů; známá pod zkratkou IALP), která byla založena roku

1924 ve Vídni. V České republice byla za tímto účelem zřízena roku 1920 Česká logopedická společnost (Klenková 2006, s. 15, 16).

1.3 Význam logopedie

Význam logopedie je v naší společnosti mnohostranný, ale za nejvýznamnější považujeme následující oblasti:

- **existence jako taková** – v případě, má-li jedinec narušenou komunikační schopnost, může to negativně ovlivnit celé jeho bytí. Je v různé míře limitovaný v těch nejzákladnějších oblastech života – v podstatě přežívání bytí jako takového (včetně svého vlastního bytí) a omezení v poznávání světa jako takového,
- **medicínská oblast** – narušená komunikační schopnost je často prvním symptomem nebo důsledkem vážných onemocnění. Terapie narušené komunikační schopnosti je neoddělitelnou součástí komplexní zdravotnické péče,
- **kognitivní oblast** – logopedie je nezbytná pro dialektické spojení myšlení a řeči,
- **emocionální oblast** – logopedickou péčí můžeme odstranit zaostávání jak řečového, tak i emocionálního vývoje,
- **sociální oblast** – narušená komunikační schopnost je častou příčinou problémů s adaptací ve škole, rodině, práci, sociální skupině,
- **ekonomická oblast** – logopedie pomáhá jedincům s těžce narušenou komunikační schopností k tomu, aby se mohli stát produktivními a práceschopnými obyvateli,
- **oblast estetického vnímání** – narušená komunikační schopnost může být brzdícím faktorem pro komunikaci jako zprostředkovateli krásna (Škodová, aj. 2003, s. 18).

1.4 Základní pojmy logopedie

1.4.1 Komunikace

Termín komunikace pochází z latinského „communicatio“, což označuje „spojování“, „sdělování“, „přenos“, „společenství“ či „participaci“. Na tento pojem můžeme narazit v různých vědách například pedagogice, psychologii, sociologii nebo dopravě. Klenková (2006, s. 25) komunikaci definuje jako „lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování, a pěstování mezilidských vztahů. V nejširším slova smyslu můžeme komunikaci chápat jako proces interakce a předávání

informací mezi dvěma či více subjekty na komunikaci se podílejících“. Komunikaci tvoří čtyři prvky – komunikátor (zdroj informací), komunikant (příjemce informací), komuniké (obsah sdělení) a komunikační kanál (prostředek komunikace); (Klenková 2006, s. 25, 26).

Komunikaci dělíme na:

- **verbální (slovní)** – do ní spadají všechny komunikační procesy, které probíhají pomocí mluvené či psané řeči,
- **neverbální (mimoslovní)** – do ní řadíme veškeré dorozumívací prostředky nevyužívající slov například gesta, mimika, posturika nebo proxemika (Klenková 2006, s. 25, 26).

1.4.2 Řeč

Klenková (2006, s. 27) definuje řeč jako “vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání a myšlenek“. Řeč označujeme jako specificky lidskou schopnost. Není to však vrozená schopnost, ale rozvíjí se až při verbálním styku s mluvícím okolím.

Řeč můžeme rozlišovat na:

- **vnitřní řeč** – označujeme chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov. Vnitřní řeč lze vyjádřit verbálně pomocí slov či graficky prostřednictvím písma či četby,
- **zevní řeč** – tou se rozumí schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly (Klenková 2006, s. 27).

1.4.3 Jazyk

„Jazyk označujeme jako soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopnou vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky“ (Klenková 2006, s. 27). Jazyk je sociálním jevem a procesem. Čerpá podměty a realizuje se ve společenském prostředí. Za podstatný znak jazyka se považuje jeho dvojí stránka – smyslová a sémantická (Klenková 2006, s. 27).

1.5 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost je předmětem vědního oboru logopedie. Určit, zda se jedná o narušenou komunikační schopnost, není vůbec snadné. Při hodnocení musíme vždy zvážit určité jazykové zvláštnosti například jiné tempo řeči v České republice a v Japonsku, nebo typické nosové zabarvení francouzštiny. „Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, pokud je narušena některá z rovin jeho jazykového projevu. Přitom může jít o rovinu foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou či může jít o verbální i neverbální, gramatickou, nebo mluvenou formu komunikace, její expresivní i impresivní složku“ (Lechta IN Pipeková, aj. 2006, s. 108). Logopedická péče o osobu s narušenou komunikační schopností musí zahrnovat všechny roviny jazykových projevů.

Za narušenou komunikační schopnost nepokládáme fyziologickou nemluvnost, kdy dítě nemluví do 1 roku, fyziologickou neplynulost (dysfluenci), která se může projevit okolo 3. až 4. roku dítěte, fyziologický dysgramatismus, který se projevuje určitými nedostatky v gramatické složce řeči přibližně do 4. roku dítěte a za narušenou komunikační schopnost také nepovažujeme fyziologickou dyslalii, kdy jedinec nesprávně vyslovuje, vynechává nebo zaměňuje hlásky při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický.

Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti mohou být různé a dělit se dají například z časového hlediska na prenatální (před narozením, období vývoje plodu), perinatální (v průběhu porodu), či postnatální (po narození), dále z lokalizačního hlediska jsou uváděny jako příčiny genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, efektorů, centrální nervové soustavy nebo nevhodné, nepodmětčné, nestimulující vlivy prostředí. Narušená komunikační schopnost může vznikat na podkladě orgánovém nebo má funkční příčinu vzniku, může být přechodného či trvalého rázu, vrozená nebo získaná, úplná či částečná a může být hlavním symptomem nebo může být důsledkem jiného postižení (Pipeková, aj. 2006, s. 107–109).

Narušenou komunikační schopnost lze dle Lechty klasifikovat do následujících deseti základních kategorií (Klenková 2006, s. 55).

1.5.1 Narušený vývoj řeči

Dítě přibližně do 1. roku nemluví, protože k tomu nemá ještě příslušné fyziologické předpoklady (fyziologická nemluvnost). Okolo jednoho roku života začíná vlastní vývoj řeči, kdy pronáší jednotlivá slova. Od 2. až 3. roku dítě mluví již ve větách. Pokud dítě ve třech letech nemluví, nebo mluví méně než je typické pro tento věk, jde o **opožděný vývoj řeči**. Je nutné najít příčinu opoždění a provést odborná vyšetření (foniatrické, neurologické, otorinolaryngologické, oční, psychiatrické a psychologické), která musí vyloučit vadu sluchu, zraku, intelektu, mluvidel, rozštěpy, autismus či akustickou dysgnozii, které mohou mít za následek opoždění vývoje řeči. Mezi nejčastější příčiny opožděného vývoje řeči patří prostředí (nepodnětné, nestimulující prostředí, které nevěnuje pozornost vývoji dítěte), citová deprivace (pokud dítěti chybí dostatek citových vazeb, opoždí se ve vývoji řeči), slabý typ nervové soustavy (pomaleji se dětem vytvářejí podmíněné a mluvní reflexy), lehká mozková dysfunkce (děti se často nedokážou soustředit na řeč), nedonošené, předčasně narozené dítě, dědičnost, nadužívání masmédií (mají nepříznivý vliv na výchovu dětí a na vývoj jejich řeči) nebo počítače (nevhodně dlouhá doba trávení dětí na počítači). U dětí s opožděným vývojem řeči je nutná spolupráce logopeda, rodičů a učitelek, dále úprava rodinného prostředí, dobrý mluvní vzor, podněcování mluvního apetitu, rozvoj sluchové a zrakové percepce, rozvoj rozumění řeči, rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby, rozvoj motorické schopnosti a rozvoj spontánní řeči (Klenková 1997, s. 17–19).

Další vývojovou poruchou komunikační schopnosti je **vývojová dysfázie**. Řadíme ji mezi centrální poruchy řeči. „Jedná se o specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když jsou podmínky pro rozvoj řeči dobré“ (Pipeková, aj. 2006, s. 110). Vývojová dysfázie postihuje receptivní i expresivní složku řeči, výslovnost, gramatickou strukturu, slovní zásobu, jemnou motoriku, grafomotoriku, paměť, pozornost, emoce, zájmy a motivaci. Vývojová dysfázie je často doprovázena specifickou poruchou učení. Logopedická péče o osoby s vývojovou dysfázií je velmi zdlouhavá. Závažnost této poruchy závisí na rozsahu poškození mozkových funkcí (Pipeková, aj. 2006, s. 110).

1.5.2 Získaná orgánová nemluvnost (afázie)

„Afázií řadíme mezi centrální poruchy řeči, ke které dochází orgánovým poškozením či onemocněním centrální nervové soustavy na základě lokálních

poškození mozku“ (Pipeková, aj. 2006, s. 110). Řeč u osob s afázií byla již plně vyvinuta, ale díky poškození mozku došlo ke ztrátě schopnosti komunikovat. Příznaky afázie nejsou přesně určené díky tomu, že jsou závislé na místě a rozsahu postižení mozku.

Afázií rozlišujeme na:

- **senzorickou** – jedinec slyší a vidí, ale nerozumí nám,
- **motorickou** – jedinec rozumí obsahu sdělení, ale neví jak odpovědět,
- **totální** – nepozná slova a nemůže nic sdělit.

U dětí se setkáváme s **dětskou vývojovou afázií**, při níž k poškození mozku došlo v době, kdy vývoj řeči ještě nebyl zcela ukončen. Dle Klenkové (1997, s. 20) „dětská vývojová afázie je charakterizována neschopností naučit se mluvenému a psanému slovu při zachovaném intelektu“. Závažnost dětské vývojové afázie záleží na tom, kdy byl mozek postížen, ve které vývojové etapě a v jakém stupni rozumové vyspělosti dítěte (Pipeková, aj. 2006, s. 110).

1.5.3 Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)

Dle Klenkové (2006, s. 92) “mutismus znamená oněmění, jedná se o nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému“. Mutismem se zabývají různé vědní obory – psychiatrie, psychologie, foniatrie a logopedie (Klenková 2006, s. 92).

Dvořák (2001) ve svém Logopedickém slovníku dělí mutismus na:

- **autistický** – způsoben nedostatkem mluvních stimulů,
- **neurotický** – vzniká díky neurotickými bariérami, které dítěti nedovolují mluvit v některých náročných společenských situacích,
- **perzistentní** – útlum řečových projevů trvajících čtyři a více týdnů,
- **psychotický** – bývá součástí symptomů některých psychóz,
- **reaktivní** – vyskytuje se následkem psychotraumatizujícího zážitku,
- **situační** – oněmění je spojeno se změnou situace,
- **totální** – úplná absence řečových projevů,
- **transientní** – přechodný útlum řečových projevů,

- **traumatický** – omezení řečového projevu následkem emocionálního nebo somatického traumatu,
- **elektivní** – je to nejčastěji se vyskytující forma mutismu, která se projevuje oněmněním v určité situaci, prostředí či před určitou osobou. Elektivní mutismus se nejčastěji vyskytuje u dětí předškolního věku a mladšího školního věku. Vznik této poruchy není závislý na inteligenci. Riziko vzniku mohou zvyšovat určité osobnostní vlastnosti, které jsou v některých případech geneticky podmíněny.

1.5.4 Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)

Rinolalie je porucha, která postihuje zvuk i artikulaci řeči. Při rinolalii jde o významné narušení rovnováhy mezi ústní a nosní rezonancí (oralitou a nazalitou). Nazalita je záměrně vytvářená zvýšená nosní rezonance, díky které se vylepšuje zvuk řeči, zvyšuje se nosnost hlasu a zmenšuje napětí hrtanu. V případě, že se u orálních hlásek nazalita zvýší a u nazálních naopak sníží, dochází k narušení oronazální rovnováhy. V tomto případě již mluvíme o patologickém jevu.

Rinolalii dělíme do tří základních skupin:

- **hyponazalita** – patologicky snížená nosní rezonance,
- **hypernazalita** – patologicky zvýšená nosní rezonance,
- **smíšená nazalita** – kombinace hypernazality a hyponazalitou.

Příčiny vzniku poruchy nazality mohou být různé. U hyponazality se může jednat o zduřelou sliznici v dutině nosní a nosohltanové, adenoidní vegetace, organické změny v nosní dutině, polypy, vrozené anatomické změny atd. U hypernazality se jako příčina uvádí funkční poruchy nebo organické změny patrohltanového uzávěru, rozštěpy patra, obrny měkkého patra, vrozené zkrácení měkkého patra, proděravění patra úrazem. Rinolalie vyžaduje odbornou lékařskou péči a následnou logopedickou péči (Klenková 2006, s. 130–132).

K narušení zvuku řeči také řadíme **palatolalii**. „Palatolalie je narušená komunikační schopnost, ke které dochází na základě tzv. orofaciálního rozštěpu (rozštěpu rtu, alveolárních výběžků, tvrdého a měkkého patra) a narušené funkce patrohltanového mechanismu“ (Pipeková, aj. 2006, s. 112). Pro palatolalii je charakteristické změny rezonance, porušená artikulace, narušené neverbální chování, u dětí dochází k opoždění ve vývoji řeči, poruchám sluchu a může být deformován

i hlas. Jako příčina vzniku se uvádí dědičnost, nejrůznější škodliviny jako jsou například chemické látky, léky, drogy, dále rentgenové záření, nevhodná výživa matky, infekční nemoci matky v době těhotenství. Palatolalie vyžaduje komplexní péči – lékařskou, logopedickou, podstatná je také spolupráce školy a rodiny (Klenková 1997, s. 22, 23).

1.5.5 Narušení fluence (plynulosti) řeči (balbuties, tumultus sermonis)

Balbuties neboli koktavost můžeme považovat za jednu z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. „Balbuties pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů, účastnících se na mluvení, které se nejnápadněji projevuje nedobrovolným přerušováním plynulosti procesu mluvení“ (Klenková 1997, s. 23). Balbuties se projevuje obtížemi v respiraci, fonaci, artikulaci, dalšími příznaky je dysprosodie, embolofrazie, parafrázie, může dojít i k agorafobii, častým příznakem je porucha neverbálního chování (grimasy, tiky, mrkání) a změny v oblasti vegetativní a emocionální (pocení, hypertenze, napětí). Jako příčiny vzniku koktavosti se uvádí dědičnost, orgánové poruchy, průběh biochemických procesů mozku, psychotrauma, atd. U koktavosti je třeba nejdříve najít příčinu vzniku. Léčba koktavosti zahrnuje komplexní péči – lékařskou, logopedickou i psychologickou (Klenková 1997, s. 23, 24).

Do narušení plynulosti řeči dále řadíme **tumultus sermonis** neboli breptavost. Pipeková (aj. 2006, s. 111) definuje breptavost jako „narušení komunikační schopnosti, při které dochází k extrémnímu zrychlení tempa řeči, což často způsobí, že řeč je až nesrozumitelná“. Při breptavosti dochází k opakování a vynechávání slabik, je narušeno dýchání, dochází k hlasovým poruchám, dále je narušena artikulace, objevuje se dysprosodie nebo poruchy koverbálního chování. Jako příčina vzniku breptavosti se uvádí dědičnost, organický podklad, poruchy v dominanci hemisfér nebo vlivy prostředí (Pipeková, aj. 2006, s. 111, 112).

1.5.6 Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)

Do narušení článkování řeči řadíme **dyslalii** a **dysartrie**. „Dyslalie je porucha artikulace, při které je narušena výslovnost jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně dle řečových pravidel a norem příslušného jazyka“ (Pipeková, aj. 2006, s. 113). Dyslalie je nejčastěji se vyskytující porucha komunikační schopnosti. Postihuje nejen děti, ale může přetrvávat až do dospělosti. Správným působením na řečový vývoj dítěte je možné, že se nesprávná výslovnost

upraví spontánně. U patologické odchylky je nezbytná logopedická intervence. Dyslalii rozlišujeme podle toho, zda postihuje jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek ve slabikách a slovech, na hláskovou, slabikovou a slovní (Pipeková, aj. 2006, s. 113). Příčiny dyslalie lze rozdělit dle podmíněnosti na funkční (mluvidla jsou bez poruchy) a organické. Organické lze dále dělit na vnitřní (poruchy sluchu, nedostatečná diskriminace zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy, kognitivně-lingvistické nedostatky) a vnější (dědičnost, vliv prostředí, narušené zrakové a sluchové vnímání, nedostatek citů, poškození dostředivých a odstředivých nervových drah, poruchy centrálního nervového systému, poruchy řečového neuroefektoru) (Klenková 2006, s. 101, 102).

K poruchám článkování řeči také patří **dysartrie**. Dysartrie je porucha procesu artikulace jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému. Mimo poruchu hláskování je v různé míře narušený i proces respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu), zvuk řeči a také dysprosodie (narušení prozodických faktorů například melodie, tempa, rytmu nebo přízvuku). Dysartrie se vyskytuje u vývojových poškození například DMO i u získaných poruch u dětí i dospělých. Příčina vzniku dysartrie je poškození mozku a mozkových buněk v prenatálním (krvácení do mozku, nedonošenost, infekční onemocnění matky atd.), perinatálním (těžký, komplikovaný porod), postnatálním věku (meningitida, encefalitida nebo chronická intoxikace), nebo v průběhu života (úrazy hlavy, nádory, cévní mozková onemocnění). Dysartrie se dle lokalizace dělí na korovou, pyramidovou, extrapyramidovou, cerebrální, bulbární a smíšenou (Klenková 1997, s. 27).

1.5.7 Narušení grafické stránky řeči

Do poruch narušení grafické stránky řeči řadíme specifické poruchy učení například dyslexii, dysgrafii, dysortografií, dyskalkulii. Projevují se zřetelnými problémy při osvojování si takových jazykových zručností jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, počítání atd. Příčinou může být lehká mozková dysfunkce, neurologický nález, dědičnost, obtíže s lateralitou, nepříznivé vlivy prostředí. Při logopedické péči o jedince s narušenou grafickou stránkou řeči je nutná úzká spolupráce lékařů, logopedů, psychologů, rodiny i školy (Klenková 1997, s. 28, 29).

1.5.8 Symptomatické poruchy řeči

Symptomatické poruchy řeči jsou průvodním příznakem jiného dominantního postižení, poruchy nebo onemocnění. K nejčastějším symptomatickým poruchám řeči patří narušená komunikační u dětí s dětskou mozkovou obrnou nebo u osob s mentálním postižením (Pipeková, aj. 2006, s. 114).

1.5.9 Porucha hlasu

Porucha hlasu je charakteristická patologickou změnou individuální struktury hlasu, změnou v jeho akustických kvalitách, změnou v jeho způsobu tvoření a používání a také ve výskytu různých vedlejších zvuků.

Poruchy hlasu se dělí na:

- **organické** – úraz, obrna, nádor, polypy,
- **funkční** – přemáhání, nesprávné užívání hlasu,
- **psychogenní** – hlasové neurozy, fonastenie.

Příčinou poruchy hlasu může být dědičnost, vrozené odchylky, centrálně podmíněné poruchy hlasu, poškození hrtanu, nesprávné užívání hlasu, nedodržování hlasové hygieny, nesprávný hlasový vzor, operační zákroky, hormonální odchylky, mutační poruchy, neurotické poruchy, vady sluchu. Poruchou hlasu se nejdříve zabývá lékař, následně poté logoped (Pipeková, aj. 2006, s. 114).

1.5.10 Kombinované vady a poruchy řeči

U kombinovaných vad jde o postižení jedince několika vadami současně, které spolu příčinně nesouvisejí (Klenková 2006, s. 181).

2 Logopedická péče

Pro logopedickou péči se v posledních letech v odborných kruzích začal užívat termín logopedická intervence. Dvořák (1998, s. 79) ve svém Logopedickém slovníku definuje intervenci jako „zásah do, zakročení, vměšování, zákrok v něčí prospěch, zákrok do nějakého jevu nebo procesu s cílem ovlivnit jej“.

„Logopedickou intervenci chápeme jako specifickou aktivitu logopeda, kterou uskutečňuje s cílem identifikovat narušenou komunikační schopnost, eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost nebo předejít tomuto narušení či zlepšit komunikační schopnost“ (Lechta in Klenková 2006, s. 56).

2.1 Metody logopedické péče

„Logopedická intervence je složitý multifaktoriálně podmíněný proces, který je realizován v zájmu dosažení těchto cílů a to na třech úrovních – logopedická prevence, diagnostika, terapie. V logopedické praxi je těžké jednotlivé úrovně od sebe odlišit, neboť se vzájemně prolínají“ (Klenková 2006, s. 56, 57).

2.1.1 Logopedická prevence

„Logopedická prevence slouží k předcházení poruchám komunikační schopnosti a k optimální stimulaci řečového vývoje“ (Klenková 1997, s. 42). Pojem prevence pochází z latinského slova „praeventia“ což znamená „předejít“. Prevencí je obecně označován takový přístup, který se snaží nerepresivním způsobem předejít nebo omezit vznik negativního jevu nebo stavu, proti kterému je zaměřen.

Světová zdravotnická organizace dělí prevenci na:

- **primární** – zahrnujeme veškeré aktivity, které mají za cíl předejít problémům zdravotním či sociálním, dále předcházet chorobám ovlivňováním životních podmínek nebo odolností organismu,
- **sekundární** – sekundární prevence se zabývá včasným vyšetřením a léčením jedinců v presymptomatickém stádiu choroby,
- **terciární** – terciární prevence je založena na zabránění vzniku komplikací nemoci a jejímu případnému zhoršování.

Prevence má dvě základní složky:

- **aktivní** – spočívá v přímém působení na cílovou skupinu tak, aby se sama uměla problému vyhnout, vyřešit rizikovou situaci a svými získanými znalostmi a návyky předejít možným komplikacím,
- **pasivní** – spočívá ve vlivu na prostředí v němž se cílová skupina nachází (Michalová 2008, s. 20, 21).

Logopedická prevence zaměřená na předškolní a mladší školní věk spočívá především ve vytváření podmínek pro správný a přirozený vývoj řeči a tím se předchází různým vadám a poruchám, dále jde o včasné odhalení případných nedostatků, překonávání a odstraňování překážek správného vývoje řeči (Klenková 1997, s. 42).

2.1.2 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika se zaměřuje na stanovení diagnózy. Pojem diagnóza pochází z řeckého slova „diagnosis“, což znamená „hloubkové“ či „rozšiřující poznání“. Diagnóza je konečným výsledkem procesu diagnostikování (Klenková 2006, s. 57).

Cílem logopedické diagnostiky je určit, zda vůbec jde o narušenou komunikační schopnost, a ne o fyziologický jev nebo přijatelnou odchylku, dále určit typ narušené komunikační schopnosti, příčinu vzniku, určit, zda jde o trvalé nebo přechodné narušení, vrozené či získané, zda se jedná o dominantní nebo symptomatické narušení komunikační schopnosti, jestli si jedinec svou narušenou komunikační schopnost uvědomuje či ne a určit stupeň narušení. Některé odborné zdroje řadí mezi cíle diagnostiky i návrh vhodných metod (Lechta, aj. 2003, s. 21).

Dle Lechty (2003, s. 29) rozlišujeme tři úrovně diagnostiky narušené komunikační schopnosti:

- **orientační vyšetření** – probíhá v rámci sceeningu či depistáže nejčastěji v mateřské škole nebo v prvních třídách základních škol. Zabývá se otázkou zda má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost, nebo ne. Cílem orientačního vyšetření je objevit v dané populaci osoby s narušenou komunikační schopností. Nejvhodnější věk pro vyšetření řeči je kolem 4. roku věku dítěte. V České republice se nejčastěji vyšetření řeči provádí před nástupem do školy. Nejvhodnější metodou pro orientační vyšetření řeči je krátký řízený rozhovor,

- **základní vyšetření** – směřuje k zjištění konkrétního druhu narušené komunikační schopnosti. Jeho cílem je určení základní diagnózy. Základní vyšetření se zabývá otázkou o jaký druh narušené komunikační schopnosti jde. Vyšetření se skládá z navázání kontaktu (důležité je, aby jedinec s narušenou komunikační schopností vnímal diagnostika jako člověka, jenž ho chápe, pomáhá a nesankciuje za chybný výkon), sestavení anamnézy (osobní, rodinné), vyšetření sluchu (skládá se z orientačního vyšetření sluchu a vyšetření fonemické diferenciací – schopnost rozlišit nejmenší funkční jednotky jazyka, které mohou pozměnit význam slov), vyšetření porozumění řeči (je vhodné použít předměty základná denní potřeby), vyšetření řečové produkce (probíhá pomocí rozhovoru, popisu obrázků či reprodukci, sledují se při tom úrovně jazykových rovin), vyšetření motoriky (hrubé a jemné motoriky, koordinaci pohybů, rychlost pohybů a motoriku mimického a artikulačního svalstva), vyšetření laterality (lateralita je pojem pro odchylky v souměrnosti párových orgánů – ruka, noha, oko, ucho) a průzkumu sociálního prostředí (seznámení s prostředím v němž osoba s narušenou komunikací chorostí žije – škola, rodina, pracoviště),
- **speciální vyšetření** – se zaměřuje na co nejpřesnější identifikaci zjištěné narušené komunikační schopnosti. Speciální vyšetření odpovídá na otázku o jaký jde typ, formu, stupeň a patogenezi narušené komunikační schopnosti, jaké jsou její případné další zvláštnosti a následky (Lechta, aj. 2003, s. 29–46).

Logopedická diagnostika vychází z obecných metod speciálně pedagogické diagnostiky:

- **metoda pozorování** – pozorování krátkodobé či dlouhodobé například formou záznamových archů, diagnostických listů, vyšetřovacích karet, či tabulek,
- **explorační metoda** – dotazník, rodinná a osobní anamnéza,
- **diagnostické zkoušení** – vyšetření výslovnosti, zvuku řeči nebo písemné zkoušení,
- **testové metody** – testy laterality, testové baterie,
- **kazuistické metody** – analýza lékařských výsledků,
- **rozběr výsledků činnosti** – výsledky v rámci edukačního procesu,
- **přístrojové a mechanické metody** – artikulografie nebo chromografie (Lechta, aj. 2003, s. 22).

2.1.3 Logopedická terapie

Závěry logopedické diagnostiky slouží k výběru postupů metod, forem a prostředků logopedické terapie. „Logopedickou terapii lze definovat jako specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení“ (Klenková 2006, s. 60). Logopedická terapie je učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda. Vede k osvojování specifických vědomostí, zručností, návyků, chování a osobních vlastností především v oblasti komunikace.

Metody logopedické terapie jsou:

- **stimulující** – slouží k stimulaci nerozvinuté a opožděné řečové funkce,
- **korigující** – korigují vadné řečové funkce,
- **reedukující** – redukují zkrácené dezintegrované řečové funkce (Klenková 2006, s. 60).

Za principy logopedické terapie jsou uváděny všeobecné principy řízeného učení:

- **motivace**,
- **zpětné informace**,
- **opakování**,
- **transferu** – přenos osvojených dovedností při automatizaci,
- **překonávání komunikační bariéry** – v současnosti je řazen mezi nejdůležitější principy logopedické terapie. Tento princip se nezaměřuje úzce jazyk, řeč nebo na narušenou komunikační schopnost, ale na člověka, který má narušenou komunikační schopnost, jako na bio-psycho-sociální jednotku.

Formy logopedické terapie jsou:

- **individuální** – 30, 45, nebo 60 minutová sezení,
- **skupinové** – 3 až 6 pacientů,
- **intenzivní** – sezení i několikrát denně,
- **intervalové** – v odstupu několika týdnů nebo měsíců se aplikuje intenzivní terapie (Škodová, aj. 2003, s. 42).

2.2 Organizace logopedické péče v ČR

Logopedická péče může být poskytována ve státních (nemocnice, lázně, kliniky, polikliniky), nestátních (charita, církve, městské, okresní) i soukromých zařízeních (privátní praxe klinických logopedů). Logopedická péče je poskytována jedincům všech věkových kategorií. V České republice je v současné době logopedická péče realizována ve třech rezortech – rezortu školství mládeže a tělovýchovy, rezortu zdravotnictví a rezortu práce a sociálních věcí (Pipeková, aj. 2006, s. 117).

2.2.1 Logopedická intervence v rezortu školství mládeže a tělovýchovy

- logopedické třídy při běžných mateřských školách
- mateřské školy logopedické
- logopedické třídy při běžných ZŠ
- základní školy logopedické
- speciální třídy při základní škole pro žáky s poruchami učení
- mateřské školy pro sluchově postižené
- základní školy pro sluchově postižené
- základní školy praktické
- základní školy speciální
- speciálně pedagogická centra
- pedagogicko-psychologické poradny

2.2.2 Logopedická intervence v rezortu zdravotnictví

- logopedické poradny (ambulance) při poliklinikách
- logopedická pracoviště při lůžkových odděleních
- privátní logopedické poradny (ambulance)
- rehabilitační stacionáře
- denní stacionáře při zdravotnických zařízeních
- léčebny dlouhodobě nemocných
- lázeňská zařízení

2.2.3 Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí

➤ ústavy sociální péče (Pipeková, aj. 2006, s. 117, 118)

2.3 Odborníci logopedické péče

Na realizaci logopedické intervence se v České republice podílejí kliničtí logopedi, logopedi, logopedičtí asistenti a logopedičtí preventisti (Klenková in Pipeková, aj. 2006, s. 118).

2.3.1 Klinický logoped

Klinický logoped působí v rezortu zdravotnictví. Je pracovníkem s nejvyšší kvalifikací v oboru. Předpokladem plné kvalifikace klinického logopeda je vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu zakončeném státní zkouškou z logopedie a surdopedie, dále absolvování speciální průpravy (specializačního vzdělání v oboru klinické logopedie v trvání tří let) ukončenou závěrečnou zkouškou (atestací). Za výkon povolání klinického logopeda je považována činnost v rámci diagnostické, léčebné, rehabilitační, preventivní, posudkové a dispenzární péče v oboru klinická logopedie. Odborník logopedické péče by měl úzce spolupracovat s lékařem (foniatrem, neurologem, psychiatrem) a psychologem. Logopedickou péči hradí zdravotní pojišťovny (Michalová 2008, s. 21).

2.3.2 Logoped

Logoped je speciální pedagog, který absolvoval vysokoškolské magisterské studium speciální pedagogiky se zaměřením na oblast poruch a vad komunikace ukončenou státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Logoped zajišťuje logopedickou péči v rezortu školství. Logoped by měl disponovat odbornými znalostmi, schopnostmi a dovednostmi na profesionální úrovni, měl by mít velmi dobrou komunikační kompetenci, dobré fonematické rozlišování, zájem o další vzdělání, měl by umět pozorně a trpělivě naslouchat, správně diagnostikovat a efektivně řešit problém, být otevřený, solidní a svědomitý, měl by se umět přizpůsobit reálným možnostem osob s narušenou komunikační schopností, najít lidský vztah ke klientovi, měl by umět stanovit prognózu u jedince s narušenou komunikační schopností, nasměrovat klienta dle potřeby na doplňkovou specializovanou péči, pomát klientovi nalézt pomůcky a zařízení pro rehabilitaci komunikačního procesu. Mezi základní kompetence logopeda patří logopedická prevence, diagnostika, terapie, poradenská

činnost, posudková činnost (posuje stav komunikačních schopností daného klienta), výzkumná činnost a další vzdělávání (Pipeková, aj. 2006, s. 118–120).

2.3.3 Logopedický asistent

Logopedický asistent je absolvent bakalářského studijního programu speciální pedagogiky na pedagogické fakultě s ukončenou státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Logopedický asistent se podílí na prevenci poruch vývoje řeči u dětí, realizuje dechové, fonační, přípravné artikulační cvičení, podílí se na korekci odchylek artikulace na základě diagnostiky a doporučení logopeda, má podíl na maximalizaci logopedické péče u dětí s narušenou komunikační schopností pod vedením logopeda a realizuje mimoškolní výchovné programy se zaměřením na logopedickou péči a upevňování výsledků logopeda (Pipeková, aj. 2006, s. 120, 121).

2.3.4 Logopedický preventista

Logopedický preventista je středoškolsky vzdělaný pedagog, který absolvoval kurz logopedické prevence. Logopedický preventista působí v resortu školství. Zabývá se rozvojem komunikačních dovedností u intaktní populace předškolního věku v rámci svého pracovního úvazku (Škodová, aj. 2003, s. 47).

3 Vývoj komunikační schopnosti

Vývoj komunikačních schopností patří k nejpozoruhodnějším procesům v celém životě člověka, proto je také předmětem psychologů, pedagogů, fonetiků, lékařů i logopedů (Klenková 1997, s. 11).

3.1 Fylogenetický vývoj

Fylogenetický vývoj sleduje vývoj lidské řeči od prvopočátků až dodnes. V historii existence vývoje člověka je několik základních zlomů, které způsobily tlak na vyvolání potřeby rozvoje komunikace a tím i vývoje řeči. Asi před 18 miliony let nastal první důležitý moment, kdy předek člověka, lidoop, opustil koruny stromů a začal se pohybovat a hledat potravu na zemi. Pohyb po zemi znamená ve vývoji postupné napřimování, zmenšování obličejové části lebky a zdokonalování motoriky předních končetin určených k účelné činnosti hlavně při hledání potravy. Druhé důležité období ve vývoji nastává asi před 2 miliony lety, kdy náš prapředek začíná používat první nástroj k snadnějšímu hledání potravy nebo jako zbraň. Třetí zlom ve vývoji komunikace nastal asi před 800 tisíci lety, kdy se člověk sdružuje do tlupy a nepřežívá již individuálně. Z tohoto důvodu vzrůstala potřeba interpersonálního sdělování (Škodová, aj. 2003, s. 89).

První hlásky lidské řeči začal pravděpodobně tvořit homo sapiens sapiens zhruba před 130 000 lety, zpočátku nestabilně, později asi před 100 000 lety již stabilně. Všeobecně se soudí, že řeč a mluva, blízká mluvě dnešní, se začala vyskytovat asi před 80 000 lety (Kejklíčková 2011, s. 19).

3.2 Ontogenetický vývoj

Ontogenetický vývoj sleduje vývoj řeči jedince během jeho života. V ontogenetickém vývoji lidské řeči rozlišujeme dvě stádia – přípravné (předřečové) stádium a vlastní vývoj řeči. Tyto stádia mají mezi sebou jen nevýrazné hranice (Klenková 2006, s. 34).

Předřečové období vývoje řeči probíhá v prvním roce života. V tomto období si dítě osvojuje zručnosti a návyky na jejichž základě se později vybuduje řeč. Tyto aktivity charakterizujeme právě jako předřečové či přípravné. V přípravném stádiu je prvním projevem novorozence hlasový reflex – křik. Křik je reakcí organismu na změnu

prostředí, souvisí s náznakem plicního dýchání. Zpočátku je křik krátký, jednotvárný, od 2. až 3. týdne se objevuje u dítěte úsměv, asi po 6. týdnu věku dítěte dostává křik citové zabarvení, od 2. až 3. měsíce začíná dítě křikem vyjadřovat i spokojenost. Tento hlasový projev označujeme jako broukání. Na broukání plynule navazuje období žvatlání. V začátku tohoto období se jedná o tzv. pudové žvatlání. Při pudovém žvatlání dítě provádí pohyby jako při přijímání potravy a doprovází je zvukem – prahláskami a prefonémy. V 6. až 8. měsíci života dítěte nastupuje období napodobujícího žvatlání. V tomto období dítě zapojuje vědomou sluchovou i zrakovou kontrolu, napodobuje hlásky mateřského jazyka, všímá si pohybů mluvidel osob v jeho okolí. Opakování hlásek dítěte se nazývá fyziologická echolálie. Přibližně kolem 10. měsíce věku dítěte nastupuje stádium rozumění. Dítě ještě nechápe obsah slov, která slyší, ale dovede si je spojit s vjemem či představou konkrétní situace, která se často opakuje. Jeho rozumění se projevuje motorickou reakcí. Reakci dítěte vyvolá melodie řeči, mimika nebo gestikulace mluvící osoby (Klenková 2006, s. 34–36).

Koncem prvního roku dítě prošlo předřečovým stádiem a nastupuje stádium **vlastního vývoje řeči**. Počátek vlastního vývoje řeči nazýváme emocionálně-volní období. Prvním verbálním projevem dítěte jsou jednoduchá jednoslabičná i víceslabičná slova, která mají komplexní význam věty. Dítě těmito slovy sděluje svoje potřeby, přání, city a prosby. V 1,5 až 2 letech dítě napodobuje dospělé, samo si opakuje slova a mluvení objevuje jako činnost – mluvíme o egocentrickém stádiu vývoje řeči. S užíváním prvních slov však žvatlání nezaniká, ale ještě nějaký čas přetrvává. Další stádium vlastního vývoje řeči se nazývá asociačně-reprodukční. V tomto stádiu mají slova funkci pojmenovavací. Slova, která dítě slyšelo ve spojitosti s určitými jevy, přenáší na jevy obdobné a tím vytváří jednoduché asociace. Mezi druhým a třetím rokem dochází u dětí k prudkému kvalitativnímu i kvantitativnímu vývoji řeči. Prostřednictvím řeči dítě dosahuje drobných cílů, usměřňuje dospělé a stále více s nimi komunikuje. Kolem 2,5 let můžeme u dětí pozorovat frustraci z neúspěšného pokusu o komunikaci. Třetí je stádium logických pojmů. Toto stádium nastupuje kolem 3. roku života dítěte. Slova, která mělo dítě dosud spjata pouze s konkrétními jevy, se postupně pomocí abstrakce stávají slovy s určitými obsahem. Při těchto myšlenkových operacích často dochází k vývojovým obtížím v řeči. Děti například opakuji hlásky, slabiky, slova, objevují se zarážky v řeči. Na přelomu 3. až 4. roku života dítěte nastupuje poslední stádium a to stádium intelektualizace řeči. Dítě vyjadřuje svoje myšlenky převážně

s dostatečnou obsahovou i formální přesností. Toto období se týká kvantitativní stránky osvojování si nových slov, prohlubování zpestřování obsahu slov a gramatických forem, rozšiřování si slovní zásoby. Období intelektualizace řeči pokračuje až do dospělosti (Klenková 2006, s. 36, 37).

3.2.1 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Při vývoji lidské řeči se vzájemně prolíná morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická, foneticko-fonologická a pragmatická rovina verbálních projevů.

Morfologicko-syntaktická rovina odráží celkovou úroveň duševního vývoje dítěte. Morfologicko-syntaktickou rovinu lze zkoumat až kolem 1. roku věku, kdy začíná vlastní vývoj řeči. První slova plní funkci vět. Slova vznikají opakováním slabik například mama, tata nebo baba, jsou neohebná, neskloňují se, nečasují, podstatná jména jsou většinou v 1. pádě, slovesa v infinitivu, ve 3. osobě nebo v rozkazovacím způsobu. Projevy pomocí izolovaných slov trvají přibližně do 1,5 až 2 let. Poté spojením dvou jednoslovných vět vznikají dvouslovné věty (máma papá). Dítě nejdříve začíná používat podstatná jména, poté se začnou objevovat onomatopoické citoslovce a později i slovesa. Mezi 2. až 3. rokem dítě stále více používá přídavná jména, postupně i osobní zájmena, nejpozději používá číslovky, předložky, spojky. Ve 4 letech dítě obvykle již používá všechny slovní druhy. Mezi 2. až 3. rokem dítě začíná skloňovat, ve 3. letech používá jednotné a množné číslo. Mezi 3. a 4. rokem dítě již tvoří souvětí. Dítě se učí používat správné gramatické formy pomocí transferu. To jsou gramatické formy, které slyší v určité situaci použije analogicky v situacích jiných (Klenková 1997, s. 13, 14).

Lexikálně-sémantická rovina se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem. Přibližně kolem 10. měsíce si můžeme u dítěte všimnout začátku rozvoje pasivní slovní zásoby (začíná rozumět řeči). Kolem 1. roku se dítěti začíná rozvíjet i aktivní slovní zásoba – používá svoje první slova. První slova chápe všeobecně například „haf haf“ je vše co má 4 nohy a srst. Tento jev se nazývá hypergeneralizace. Když už dítě umí více slov nastupuje opačná tendence – hyperdiferenciace (dítě pokládá za názvy jen jedné, určité věci například táta – označení jen pro jeho otce).

U vývoje dětské řeči se uvádí první a druhý věk otázek – v období kolem 1,5 roku jsou to otázky „co je to?“ nebo „kdo je to?“. Druhý věk otázek je v období kolem 3,5 roku dítěte a provází ho otázky „proč?“ nebo „kdy?“.

Dle odborných výzkumů má dítě v jednom roce slovní zásobu v počtu 5 až 7 slov, ve dvou letech 200 slov, ve třech letech 1000 slov, ve čtyřech letech 1500 slov, v šesti letech 2500 až 3000 slov (Klenková 2006, s. 39, 40).

Další jazykovou rovinou je rovina **foneticko-fonologická**. Důležitým momentem v ontogenezi řeči je přechod z pudového žvatlání na žvatlání napodobující. Od tohoto stádia lze mluvit o pravém vývoji výslovnosti. Fonetická stránka vývoje řeči se řídí tzv. pravidlem nejmenší fyziologické námahy. Nejdříve tvoří samohlásky, poté retné souhlásky a později hlásky hrdelní. Ohnesorg a Pačesová uvádí pořadí fixačního procesu souhlásek ve vývoji řeči dítěte – závěrové (P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K, G), úžinové jednoduché (F, V, J, H, CH, S, Z, Š, Ž), polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření (C, Č, DZ, DŽ, L, R, Ř). Nejpozději děti zvládají fonémy, které jsou charakteristickým znakem jejich mateřského jazyka. V českém jazyce to je Ř. Foneticko-fonologický vývoj řeči končí nejpozději při nástupu do školy (Klenková 1997, s. 15).

Poslední rovina je **pragmatická**. Ta se zabývá sociálním uplatněním komunikační schopnosti jedince. Ve 2 až 3 letech dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a umí v ní reagovat podle konkrétní situace. Dítě se učí ovládat mateřský jazyk jednak jako systém různých pravidel a znaku, ale také i získává schopnost užívat různé komunikační vzorce, které aplikuje v konkrétních situacích. Ve 3 letech je u dítěte patrná snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Ve 4 letech dítě často dokáže komunikovat poměrně přiměřeně dané situaci. V tomto období řeč dostává regulační funkci. Řečí lze usměrňovat chování dítěte a naopak i dítě začíná používat řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková 2006, s. 40, 41).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíl bakalářské práce

Cílem empirické části bakalářské práce je charakterizovat a zmapovat logopedickou péči o děti předškolního věku v Jičínském regionu.

5 Stanovení předpokladů

Předpoklad 1: většina zkoumaných mateřských škol nabízí specializovanou logopedickou péči pro děti předškolního věku.

Předpoklad 2: nejběžnější formou logopedické péče je skupinová logopedie.

Předpoklad 3: nejčastějším odborným pracovištěm, se kterým mateřské školy spolupracují při logopedické péči, je klinický logoped.

6 Použité metody

K zjištění dat potřebných pro průzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda nestandardizovaného dotazníku. Dotazník definujeme jako „výzkumný a diagnostický prostředek sloužící ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování osob“ (Průcha, aj. 2013, s. 58).

Dotazník se skládá z 16 otázek, které obsahují otázky otevřené, polootevřené a uzavřené. Otázky dotazníku byly sestaveny na základě stanovených cílů výzkumu. Na začátku dotazníku byl respondentům představen cíl dotazníku a pokyny k jeho zpracování. První tři otázky slouží k zjištění obecných informací o vybraných mateřských školách. Zbytek otázek v dotazníku se zabývá logopedickou péčí o děti předškolního věku těchto mateřských škol. V závěru bylo uvedeno poděkování za vyplnění dotazníku. Vyplnění dotazníku respondentům mohlo zabrat kolem 10 minut.

Dotazník byl respondentům předáván i vyzvedáván osobně v jejich mateřských školách, díky tomu byla jeho návratnost 100%. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2015 do ledna 2016. Od ledna 2016 byly získaná data tříděna a zpracována.

7 Popis zkoumaného vzorku

Výzkumným vzorkem byly ředitelky vybraných mateřských škol v Jičínském regionu. Pro zmapování logopedické péče o děti předškolního věku bylo osloveno 20 ředitelek mateřských škol. Mateřské školy byly vybírány tak, aby výzkumný vzorek zahrnoval mateřské školy napříč regionem, velké i malé, vesnické i městské, dále mateřské školy státní, soukromé a církevní.

Všechny oslovené ředitelky mateřských škol v Jičínském regionu byly ochotné dotazník vyplnit. Dotazník vyplňovaly na počkání, případně určily termín, kdy bylo možné si vyplněný dotazník vyzvednout.

Tabulka 1: Oslovené mateřské školy

Mateřská škola
1. mateřská škola, Nová Paka, Husitská 217
2. mateřská škola, Nová Paka, Školní 1257
Bělohradská mateřská škola
Brána, základní škola a mateřská škola, Nová Paka
Mateřská škola Máj, Jičín, Pod Koželuhy 171
Mateřská škola Pod Lipou, Hořice
Mateřská škola, Hořice, Husova 2166
Mateřská škola, Jeřice
Mateřská škola, Jičín, Fügnerova 750
Mateřská škola, Jičín, J. Š. Kubína 465
Mateřská škola, Milíčeves
Mateřská škola, Stará Paka
Mateřská škola, Veliš
Soukromá školka Pastelka, s.r.o.
Základní škola a mateřská škola Chomutice, okres Jičín
Základní škola a Mateřská škola Libáň, okr. Jičín
Základní škola a mateřská škola Pecka
Základní škola a mateřská škola Vidochov
Základní škola a mateřská škola Vysoké Veselí
Základní škola a mateřská škola, Jičín, 17. listopadu 109

8 Interpretace získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla zpracována dle jednotlivých otázek do tabulek či grafů.

1) Jaký je počet dětí ve Vaší mateřské škole?

V rámci výzkumu bylo osloveno 20 ředitelek mateřských škol Jičínského regionu. Celkový počet dětí zapsaných v těchto mateřských školách je 1520. Nejmenší počet dětí v jedné mateřské škole je 15 a největší 196, průměrně na jednu mateřskou školu spadá 76 dětí. Naprostá většina mateřských škol má naplněnou kapacitu. Děti v oslovených mateřských školách jsou rozdělovány do tříd věkově smíšených, do tříd dle podobného věku nebo některé mateřské školy mají třídu pro děti s narušenou komunikační schopností. Počet dětí ve třídách mateřských škol je ustanoven ve vyhlášce číslo 14/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka 2: Počet dětí v mateřské škole

Mateřská škola	Celkem dětí
1. mateřská škola, Nová Paka, Husitská 217	130
2. mateřská škola, Nová Paka, Školní 1257	150
Bělohradská mateřská škola	160
Brána, základní škola a mateřská škola, Nová Paka	29
Mateřská škola Máj, Jičín, Pod Koželuhy 171	162
Mateřská škola Pod Lipou, Hořice	56
Mateřská škola, Hořice, Husova 2166	94
Mateřská škola, Jeřice	25
Mateřská škola, Jičín, Fügnerova 750	55
Mateřská škola, Jičín, J. Š. Kubína 465	123
Mateřská škola, Milíčeves	47
Mateřská škola, Stará Paka	76
Mateřská škola, Velíš	28
Soukromá školka Pastelka, s.r.o.	15
Základní škola a mateřská škola Chomutice, okres Jičín	25
Základní škola a Mateřská škola Libáň, okr. Jičín	56
Základní škola a mateřská škola Pecka	49
Základní škola a mateřská škola Vidochov	16
Základní škola a mateřská škola Vysoké Veselí	28
Základní škola a mateřská škola, Jičín, 17. listopadu 109	196
Celkem	1520

2) Jaký je věk dětí ve Vaší mateřské škole?

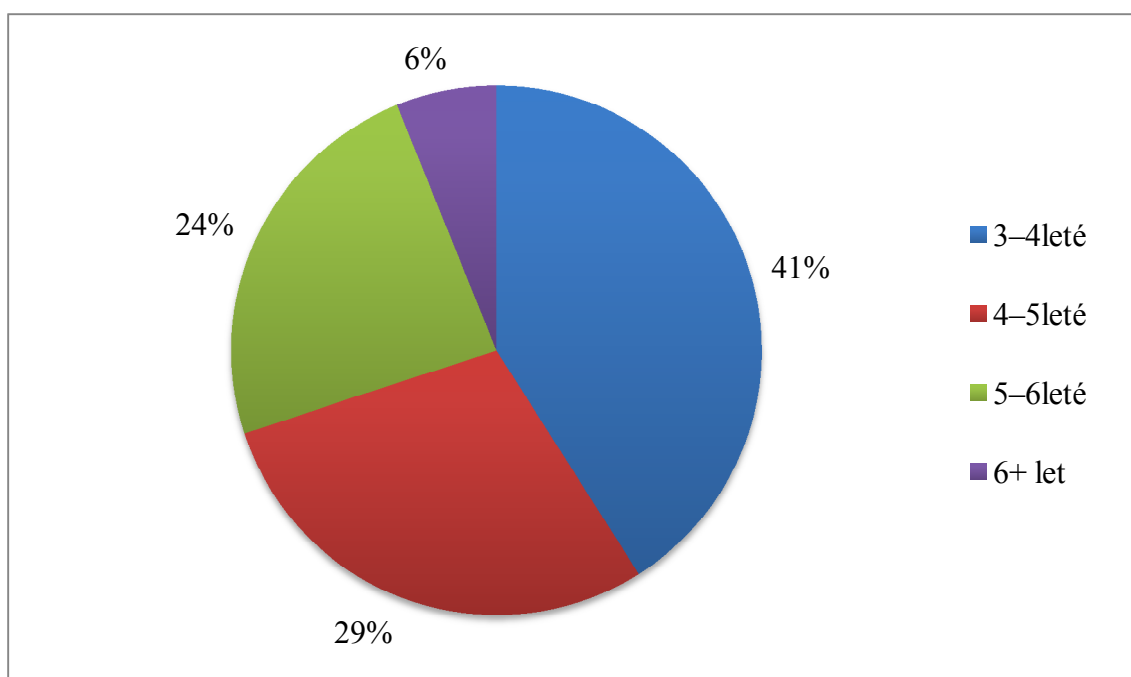
Cílem této otázky bylo zjištění věkového složení dětí v jednotlivých mateřských školách Jičínského regionu.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že celkového počtu 1520 dětí je 623 dětí (41 %) ve věku 3–4 let, 440 dětí (29 %) ve věku 4–5 let, 364 dětí (24 %) ve věku 5–6 let a 93 dětí (6 %) starších 6 let.

Tabulka 3: Věkové složení dětí

Věk dětí	Počet dětí
3–4leté	623
4–5leté	440
5–6leté	364
6+ let	93

Graf 1: Věkové složení dětí



3) Jakým typem zařízení je Vaše mateřská škola?

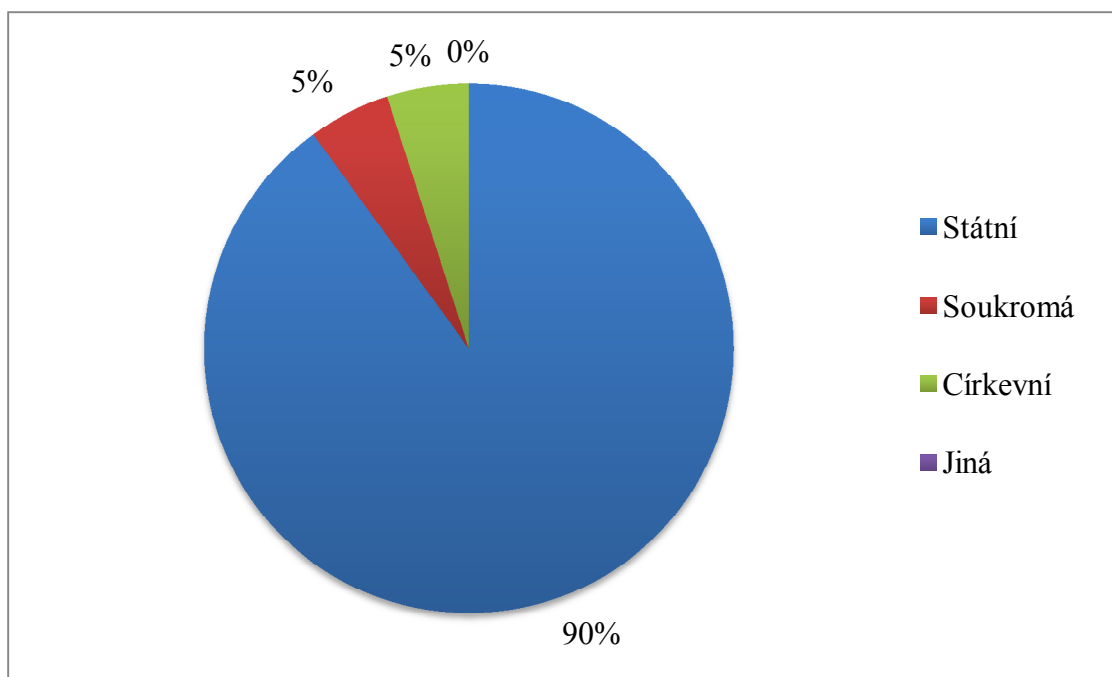
Pro výzkum logopedické péče o děti předškolního věku v Jičínském regionu bylo osloveno více typů mateřských škol. Většina mateřských škol je státních, ale se podařilo získat informace i od jedné mateřské školy soukromé a jedné církevní.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 18 mateřských škol (90 %) je státních, 1 mateřská škola (5 %) je soukromá a 1 (5 %) mateřská škola je církevní.

Tabulka 4: Typ mateřské školy

Typ mateřské školy	Počet
Státní	18
Soukromá	1
Církevní	1
Jiná	0

Graf 2: Typ mateřské školy



4) Probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická péče?

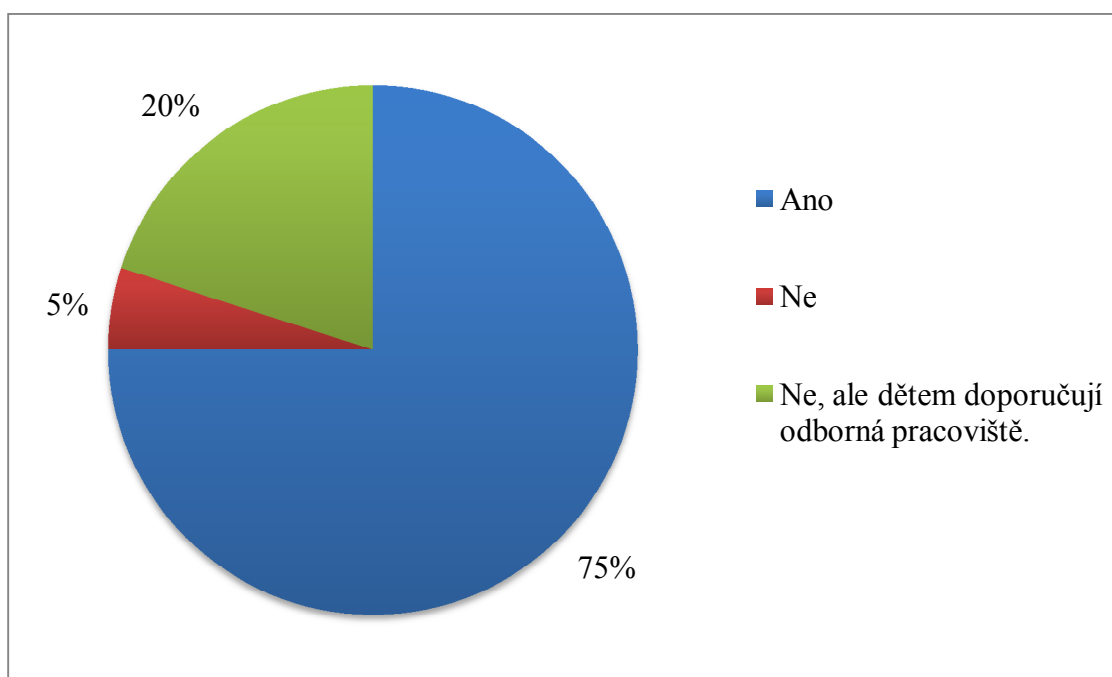
Touto otázkou bylo zjištěno, jaké mateřské školy poskytují dětem předškolního věku logopedickou péči a jaké ne.

Většina mateřských škol potvrdila, že poskytuje dětem předškolního věku logopedickou péči, čímž se potvrdila i první z hypotéz. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 15 mateřských škol (75 %) poskytuje logopedickou péči dětem předškolního věku, 4 mateřské školy (20 %) dětem logopedickou péči neposkytují, ale doporučují jiná odborná pracoviště zabývající se logopedickou péčí a pouze 1 (5 %) mateřská škola dětem logopedickou péči neposkytuje vůbec.

Tabulka 5: Poskytování logopedické péče

Poskytování logopedické péče	Počet
Ano	15
Ne	1
Ne, ale dětem doporučují odborná pracoviště	4

Graf 3: Poskytování logopedické péče



5) Kolik dětí je do logopedické péče zapojeno?

Cílem této otázky je získat informaci o tom kolika dětem předškolního věku v Jičínském regionu je poskytnuta logopedické péče.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že do oslovených mateřských škol dochází 1520 dětí. Z tohoto celkového počtu se 408 dětem (27 %) poskytuje logopedická péče. Průměrně na jednu mateřskou školu spadá přibližně 20 dětí, kterým je poskytována logopedické péče buď přímo v mateřské škole nebo v zařízeních doporučených mateřskou školou.

Tabulka 6: Počet dětí zapojených do logopedické péče

Mateřská škola	Celkem dětí
1. mateřská škola, Nová Paka, Husitská 217	30
2. mateřská škola, Nová Paka, Školní 1257	35
Bělohradská mateřská škola	15
Brána, základní škola a mateřská škola, Nová Paka	29
Mateřská škola Máj, Jičín, Pod Koželuhy 171	16
Mateřská škola Pod Lipou, Hořice	56
Mateřská škola, Hořice, Husova 2166	18
Mateřská škola, Jeřice	5
Mateřská škola, Jičín, Fügnerova 750	55
Mateřská škola, Jičín, J. Š. Kubína 465	0
Mateřská škola, Milíčeves	5
Mateřská škola, Stará Paka	17
Mateřská škola, Veliš	28
Soukromá školka Pastelka, s.r.o.	15
Základní škola a mateřská škola Chomutice, okres Jičín	3
Základní škola a Mateřská škola Libáň, okr. Jičín	18
Základní škola a mateřská škola Pecka	21
Základní škola a mateřská škola Vidochov	4
Základní škola a mateřská škola Vysoké Veselí	15
Základní škola a mateřská škola, Jičín, 17. listopadu 109	23
Celkem	408

6) Jaký je počet dětí ve Vaší mateřské škole, u kterých je potřebná logopedická péče?

Z předchozí otázky se dozvídáme kolika dětem předškolního věku je poskytována logopedická péče. Tento údaj porovnáme se skutečností, kolik dětí předškolního věku logopedickou péčí reálně potřebují.

Z celkového počtu 1520 dětí, které dochází do oslovených mateřských škol, logopedickou péčí potřebuje 449 dětí (30 %). Přičemž v předchozím bodu šetření jsme se dozvěděli, že se logopedická péče poskytuje pouze 408 dětem (27 %). Z čehož vyplývá, že 41 dětem (3 %) není poskytována v mateřské škole potřebná logopedická péče.

Tabulka 7: Počet dětí potřebující logopedickou péči

Mateřská škola	Celkem dětí
1. mateřská škola, Nová Paka, Husitská 217	30
2. mateřská škola, Nová Paka, Školní 1257	76
Bělohradská mateřská škola	25
Brána, základní škola a mateřská škola, Nová Paka	11
Mateřská škola Máj, Jičín, Pod Koželuhy 171	16
Mateřská škola Pod Lipou, Hořice	12
Mateřská škola, Hořice, Husova 2166	23
Mateřská škola, Jeřice	10
Mateřská škola, Jičín, Fügnerova 750	19
Mateřská škola, Jičín, J. Š. Kubína 465	62
Mateřská škola, Milíčeves	15
Mateřská škola, Stará Paka	20
Mateřská škola, Veliš	25
Soukromá školka Pastelka, s.r.o.	15
Základní škola a mateřská škola Chomutice, okres Jičín	8
Základní škola a Mateřská škola Libáň, okr. Jičín	18
Základní škola a mateřská škola Pecka	21
Základní škola a mateřská škola Vidochov	5
Základní škola a mateřská škola Vysoké Veselí	15
Základní škola a mateřská škola, Jičín, 17. listopadu 109	23
Celkem	449

7) Jak dlouho a v jakém časovém rozmezí poskytujete logopedickou péči?

Mateřské školy poskytující logopedickou péči, se liší v délce a časovém rozmezí poskytování logopedické péče – od 15 minut 2krát denně až po 45 minut 1krát za 14 dní na 45 minut. Z dotazníkového šetření lze usoudit, že logopedická péče o děti předškolního věku v těchto mateřských školách se nejčastěji pohybuje okolo 30 minut jednou za den.

Tabulka 8: Délka a časové rozmezí poskytování logopedické péče

Mateřská škola	Délka a časové rozmezí log.
1. mateřská škola, Nová Paka, Husitská 217	1× týdně 20 minut
2. mateřská škola, Nová Paka, Školní 1257	1× denně 15 minut
Bělohorská mateřská škola	1× denně 10 minut
Brána, základní škola a mateřská škola, Nová Paka	1× denně 5 minut, 1×týdně 20 minut
Mateřská škola Máj, Jičín, Pod Koželuhy 171	1× denně 30 minut
Mateřská škola Pod Lipou, Hořice	3× až 4× denně po 5 minutách
Mateřská škola, Hořice, Husova 2166	1× denně 30 minut
Mateřská škola, Jičín, Fügnerova 750	1× denně 15 minut
Mateřská škola, Stará Paka	1× týdně 45 minut
Soukromá školka Pastelka, s.r.o.	2x denně 15 minut
Základní škola a Mateřská škola Libáň, okr. Jičín	2× měsíčně 45 minut
Základní škola a mateřská škola Pecka	1× týdně 45 minut
Základní škola a mateřská škola Vidochov	2× týdně 10 minut
Základní škola a mateřská škola Vysoké Veselí	3× týdně 45 minut
Základní škola a mateřská škola, Jičín, 17. listopadu	1× denně 30 minut

8) Jaký druh narušené komunikační schopnosti se u dětí ve Vaší mateřské škole vyskytuje nejčastěji?

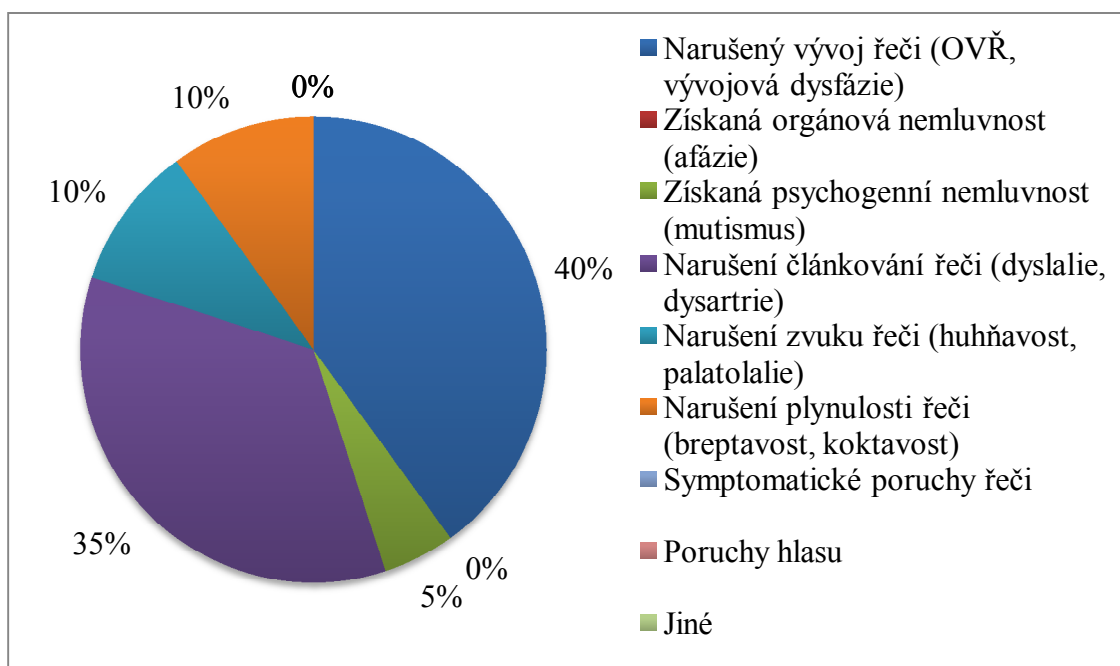
Součástí dotazníkového šetření bylo zjištění nejčastěji vyskytované narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku Jičínského regionu.

Z celkového počtu 20 dotazovaných mateřských škol jich 8 (40 %) uvedlo, že nejčastější druh narušené komunikační schopnosti u jejich dětí je narušený vývoj řeči, a to konkrétně opožděný vývoj řeči, 7 (35 %) uvedlo narušení článkování řeči, přesně dyslalii, 2 MŠ (10 %) uvedly narušení zvuku řeči další 2 (10 %) narušení plynulosti řeči a 1 (5 %) mateřská škola uvedla získanou psychogenní nemluvnost. Poruchy hlasu symptomatické poruchy ani jiná narušená komunikační schopnost se v žádné oslovené mateřské škole nevyskytuje nejčastěji.

Tabulka 9: Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti

Druhy narušené komunikační schopnosti	Počet
Narušení vývoje řeči (OVŘ, vývojová dysfázie)	8
Získaná orgánová nemluvnost (afázie)	0
Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)	1
Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)	7
Narušení zvuku řeči (huhňavost, palatolalie)	2
Narušení plynulosti řeči (breptavost, koktavost)	2
Symptomatické poruchy řeči	0
Poruchy hlasu	0
Jiné	0

Graf 4: Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti



9) Kdo logopedickou péčí ve Vaší mateřské škole provádí?

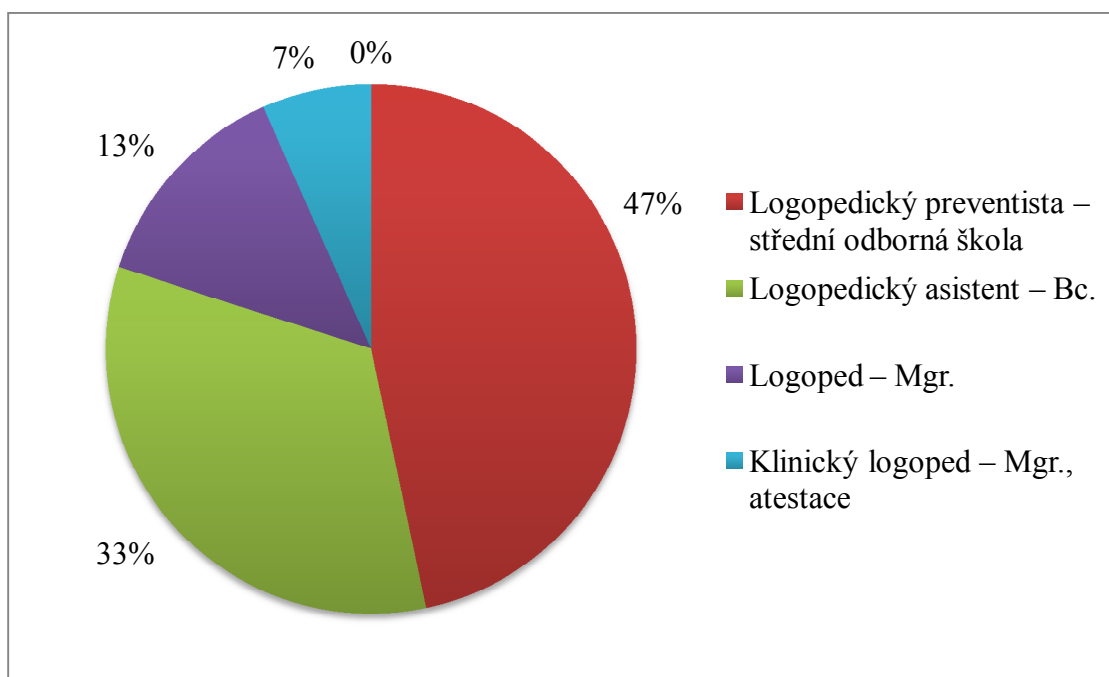
Součástí charakterizace logopedické péče o děti předškolního věku bylo i důležité získat informace o tom, kdo v mateřských školách Jičínského regionu logopedickou péčí provádí.

Dotazníkové šetření ukázalo, že z celkového počtu 15 mateřských škol, ve kterých probíhá logopedická péče, ji v 7 mateřských školách (47 %) provádí logopedický preventista, v 5 (33 %) logopedický asistent, ve 2 (13 %) logoped a v 1 mateřské škole (7 %) poskytuje logopedickou péči dětem klinický logoped.

Tabulka 10: Odborníci logopedické péče v mateřských školách

Odborníci logopedické péče	Počet
Logopedický preventista	7
Logopedický asistent	5
Logoped – Mgr.	2
Klinický logoped – Mgr., atestace	1

Graf 5: Odborníci logopedické péče v mateřských školách



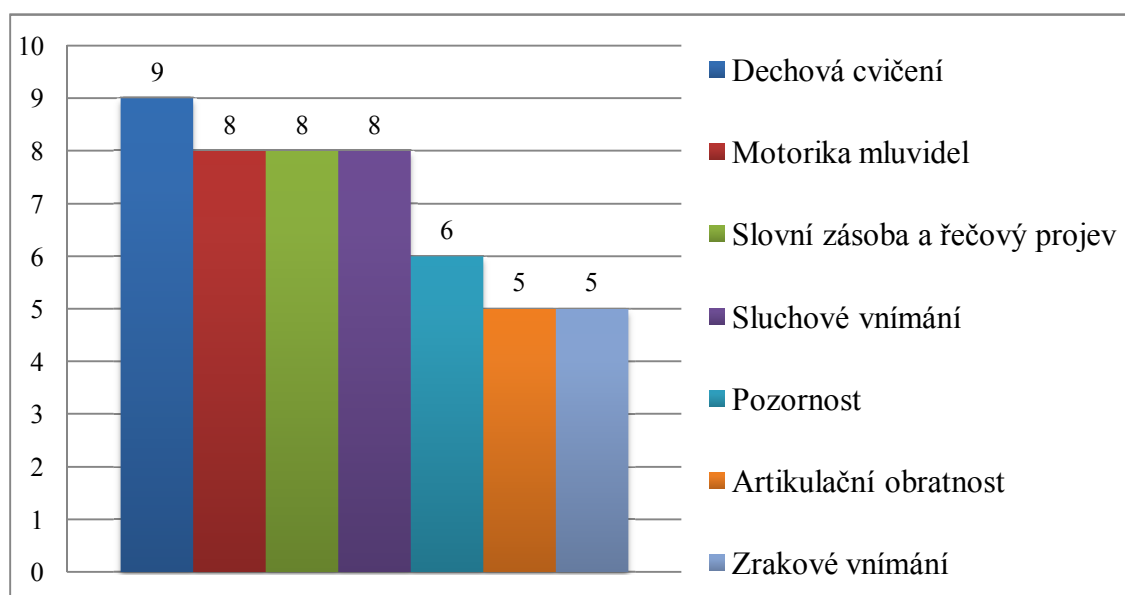
10) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická prevence?

Z celkového počtu 20 mateřských škol jich 15 provádí logopedickou prevenci. Logopedická prevence v oslovených mateřských školách probíhá se všemi dětmi v rámci dopoledního programu pomocí kombinace uvedených typů cvičení. Učitelky se snaží podávat dětem cvičení formou hry, aby je co nejvíce bavily. Z 15 mateřských škol poskytujících logopedickou péči jich 9 (60 %) uvedlo dechová cvičení, 8 (53 %) MŠ uvedlo motoriku mluvidel, stejný počet MŠ uvedlo rozvoj slovní zásoby a řečového projevu, 8 (53 %) rozvoj sluchového vnímání, 6 (40 %) MŠ uvedlo, že logopedická prevence u nich probíhá pomocí cvičení pro rozvoj pozornosti, 5 (33 %) MŠ uvedlo rozvoj artikulační obratnosti, stejný počet MŠ uvedlo, že logopedická prevence u nich probíhá pomocí rozvoje zrakového vnímání dětí.

Tabulka 11: Typy cvičení logopedické prevence

Typy cvičení	Počet
Dechová cvičení	9
Motorika mluvidel	8
Slovní zásoba a řečový projev	8
Sluchové vnímání	8
Paměť a pozornost	6
Artikulační obratnost	5
Zrakové vnímání	5

Graf 6: Typy cvičení logopedické prevence



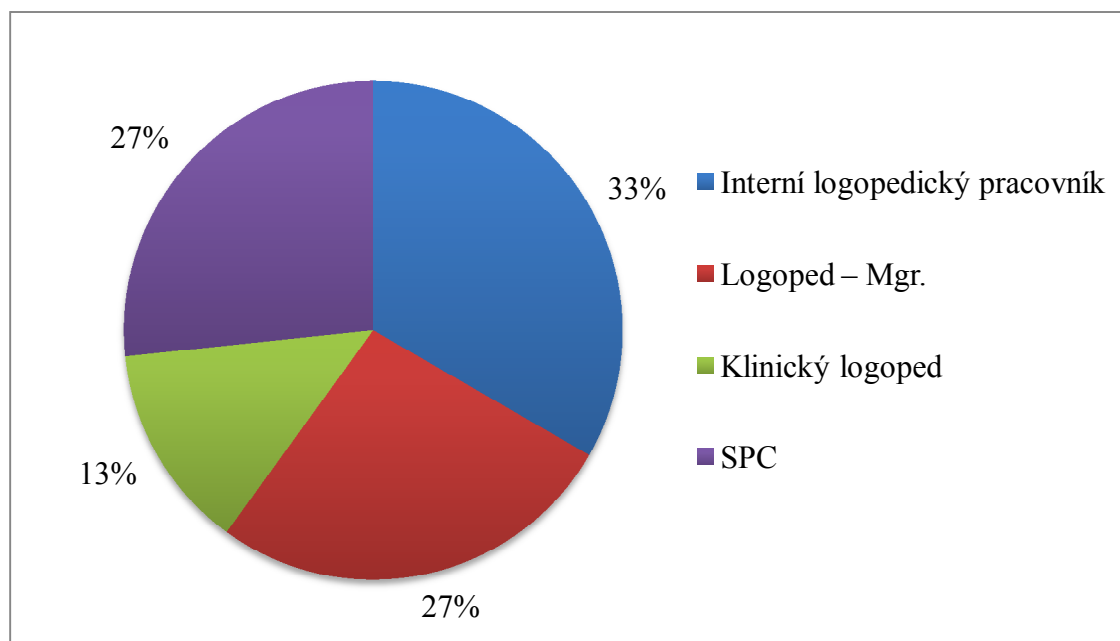
11) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická diagnostika?

Z 20 oslovených mateřských škol jich 15 provádí logopedickou diagnostiku. Logopedická diagnostika je prováděna u všech dětí na začátku školního roku pomocí základního logopedického vyšetření. Z 15 mateřských škol poskytujících logopedickou diagnostiku jí celkem v 5 MŠ (33 %) provádí interní logopedičtí pracovníci, do 4 (27 %) mateřských škol si v rámci logopedické diagnostiky zvou logopeda (Mgr.), ve stejném počtu mateřských škol diagnostiku provádí speciálně pedagogické centrum a ve zbylých 2 (13 %) oslovených mateřských školách logopedickou diagnostiku provádí klinický logoped.

Tabulka 12: Odborníci provádějící logopedickou diagnostiku

Odborníci provádějící logopedickou diagnostiku	Počet
Interní logopedický pracovník	5
Logoped – Mgr.	4
Klinický logoped	2
SPC	4

Graf 7: Odborníci provádějící logopedickou diagnostiku



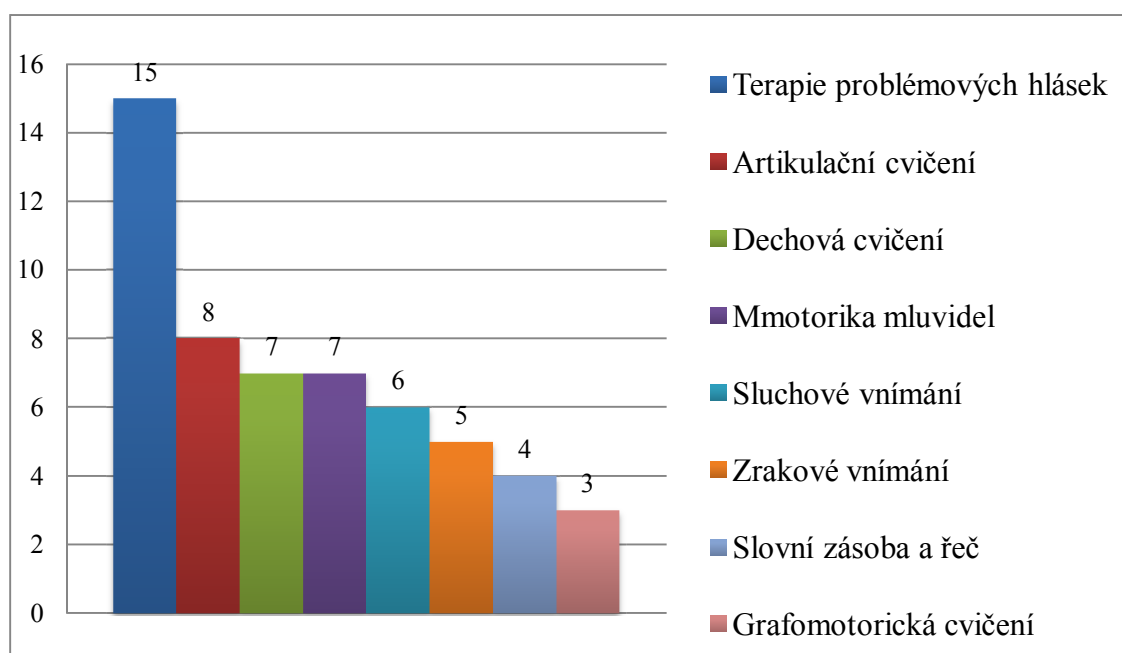
12) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická terapie?

Z celkového počtu oslovených mateřských škol se jich 15 věnuje logopedické terapii. Ta probíhá těchto mateřských škol celoročně v rámci dopoledního programu. Aby děti logopedická terapie bavila, je vedená formou hry. Logopedická terapie probíhá u dětí s narušenou komunikační schopností pomocí kombinace následujících typů cvičení. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že ve všech mateřských školách, ve kterých probíhá logopedická terapie, se u dětí zabývají rozvojem problémových hlásek. Dále 8 (53 %) mateřských škol uvedlo, že logopedická terapie u dětí zahrnuje rozvoj artikulační obratnosti, 7 (46 %) uvedlo dechová cvičení, stejný počet MŠ uvedlo rozvoj motoriky mluvidel, 6 (40 %) MŠ uvedlo rozvoj sluchového vnímání, 5 (33 %) MŠ rozvoj zrakového vnímání, 4 (26 %) MŠ rozvoj slovní zásoby a řeči a 3 (20 %) MŠ uvedly, že logopedická terapie u nich probíhá pomocí grafomotorických cvičení.

Tabulka 13: Typy cvičení logopedické terapie

Typy cvičení	Počet
Terapie problémových hlásek	15
Artikulační obratnost	8
Dechová cvičení	7
Motorika mluvidel	7
Sluchové vnímání	6
Zrakové vnímání	5
Slovní zásoba a řeč	4
Grafomotorická cvičení	3

Graf 8: Typy cvičení logopedické terapie



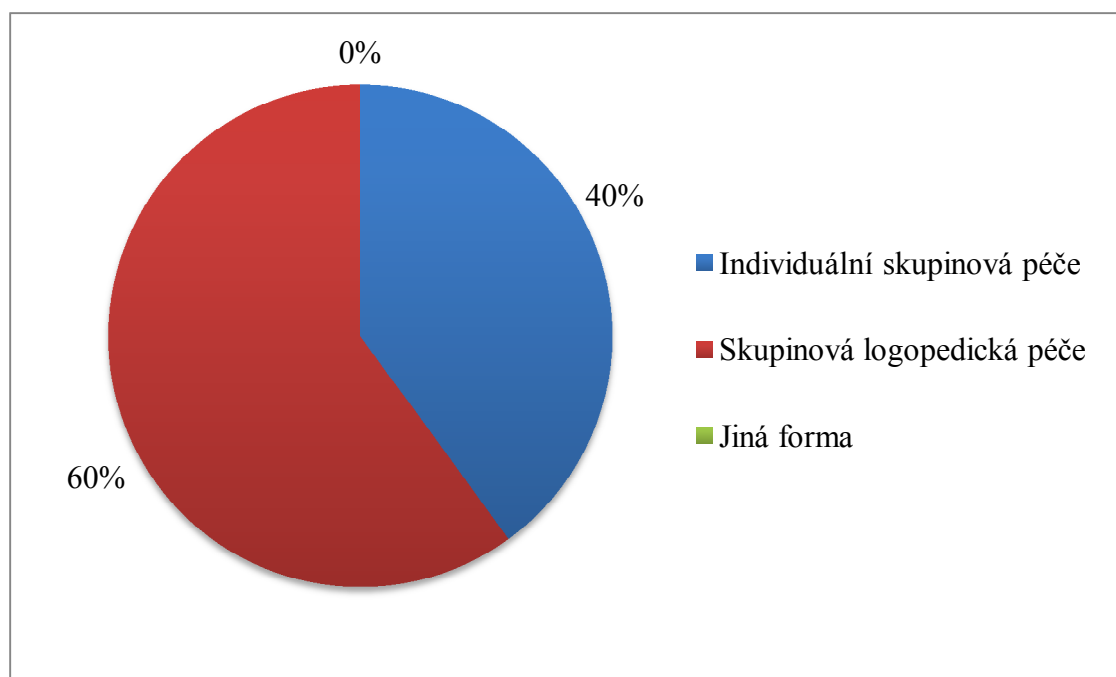
13) Jaká je nejčastější forma logopedické péče o děti ve Vaší mateřské škole?

V 15 oslovených mateřských školách, ve kterých probíhá logopedická péče o děti předškolního věku, se častěji využívá skupinová forma logopedické péče, a to v 9 mateřských školách (60 %), čímž se potvrdila i druhá z hypotéz tohoto výzkumu. Ve zbylých 6 mateřských školách (40 %) je častěji využívána individuální forma logopedické péče.

Tabulka 14: Poskytovaná forma logopedické péče

Forma logopedické péče	Počet
Individuální logopedická péče	6
Skupinová logopedická péče	9
Jiná forma	0

Graf 9: Poskytovaná forma logopedické péče



14) S kterými odborníky při logopedické péči nejvíce spolupracujete?

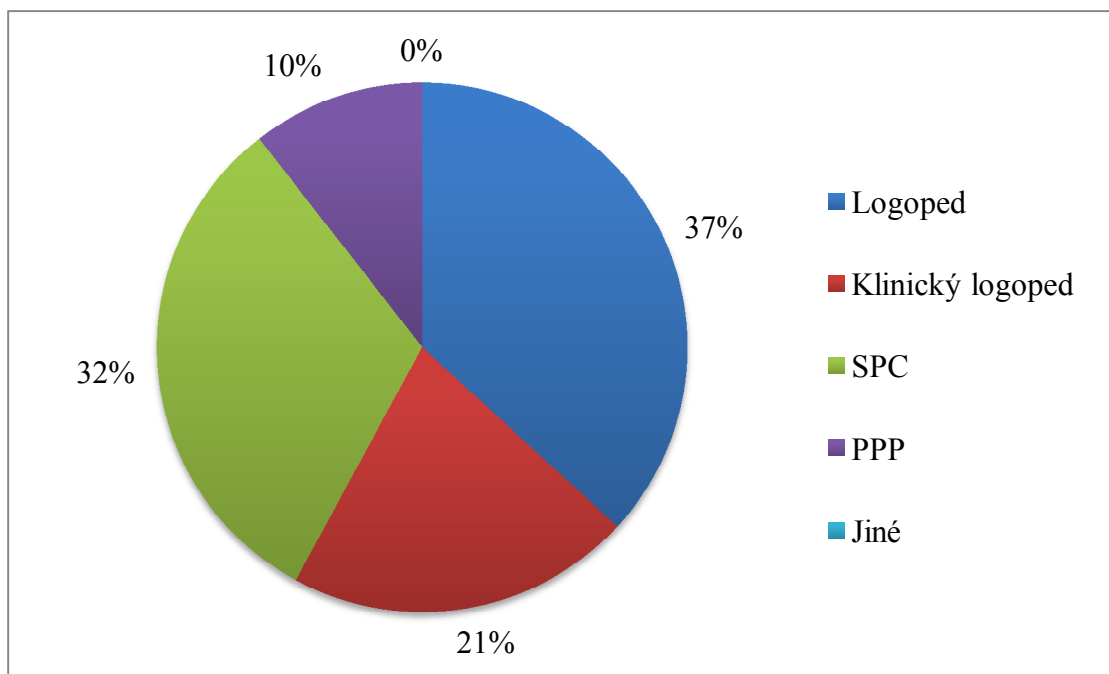
Třetí z hypotéz této bakalářské práce tvrdí, že nejčastějším odborným pracovištěm, se kterým mateřské školy spolupracují při logopedické péči je klinický logoped. Ta se ovšem nepotvrdila.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že mateřské školy poskytující logopedickou péči nejčastěji spolupracují s logopedem což uvedlo 7 mateřských škol (37 %), 6 mateřských škol (32 %) uvedlo, že nejčastěji spolupracují se speciálně pedagogickým centrem, 4 oslovené mateřské školy (21 %) nejčastěji spolupracují s klinickým logopedem a zbylé 2 (10 %) spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou.

Tabulka 15: Odborníci logopedické péče spolupracující s mateřskou školou

Odborníci logopedické péče	Počet
Logoped	7
SPC	6
Klinický logoped	4
PPP	2
Jiné	0

Graf 10: Odborníci logopedické péče spolupracující s mateřskou školou



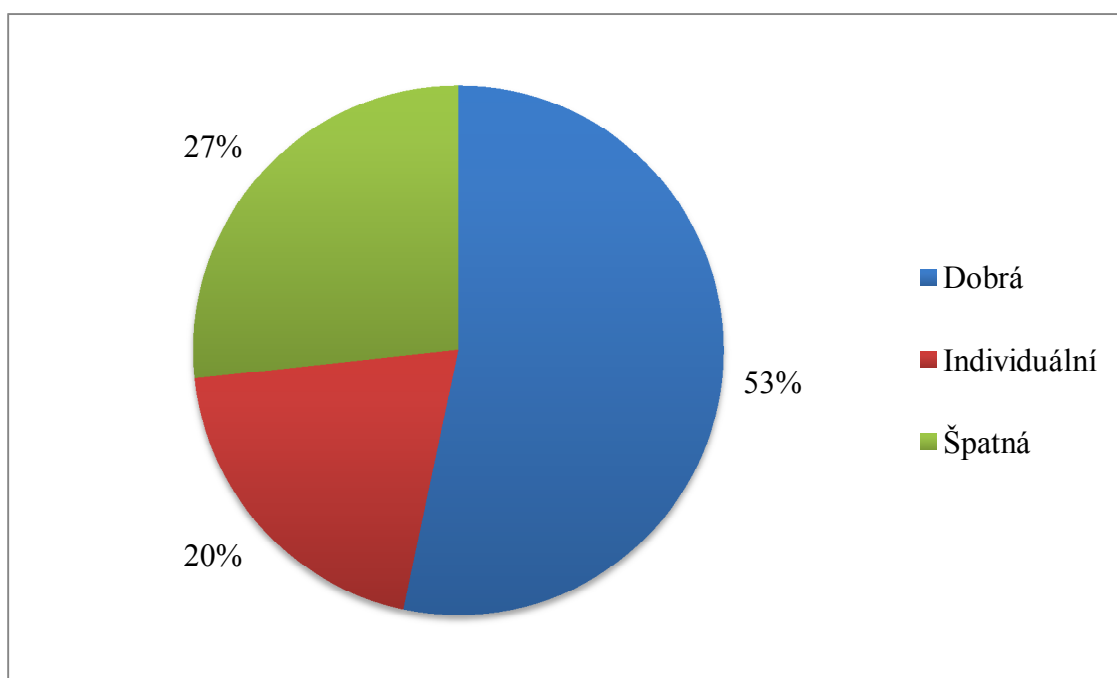
15) Jak hodnotíte spolupráci s rodiči dětí při logopedické péči?

Z 15 mateřských škol poskytujících dětem předškolního věku logopedickou péči jich 8 (53 %) uvedlo, že spolupráce s rodiči při logopedické péči o jejich dítě je dobrá. Tři (20 %) mateřské školy uvedly, že spolupráce rodičů je velmi individuální, někteří rodiče mají zájem o své dítě a ochotně spolupracují, někteří logopedickou péči zcela ignorují. Zbylé 4 (27 %) mateřské školy hodnotí spolupráci s rodiči při logopedické péči nedostatečně. Uvádějí, že řada rodičů bere výslovnost svých dětí na lehkou váhu a narušenou komunikační schopnost svého dítěte řeší až před nástupem na základní školu. Dále uvádějí, že mnoho rodičů si často myslí, že veškerá logopedická péče by měla probíhat pouze v mateřské škole a doma s dětmi cvičí málo nebo necvičí vůbec, a poté není vidět u dětí žádný posun.

Tabulka 16: Spolupráce rodičů při logopedické péči

Spolupráce rodičů	Počet
Dobrá	8
Individuální	3
Špatná	4

Graf 11: Spolupráce rodičů při logopedické péči



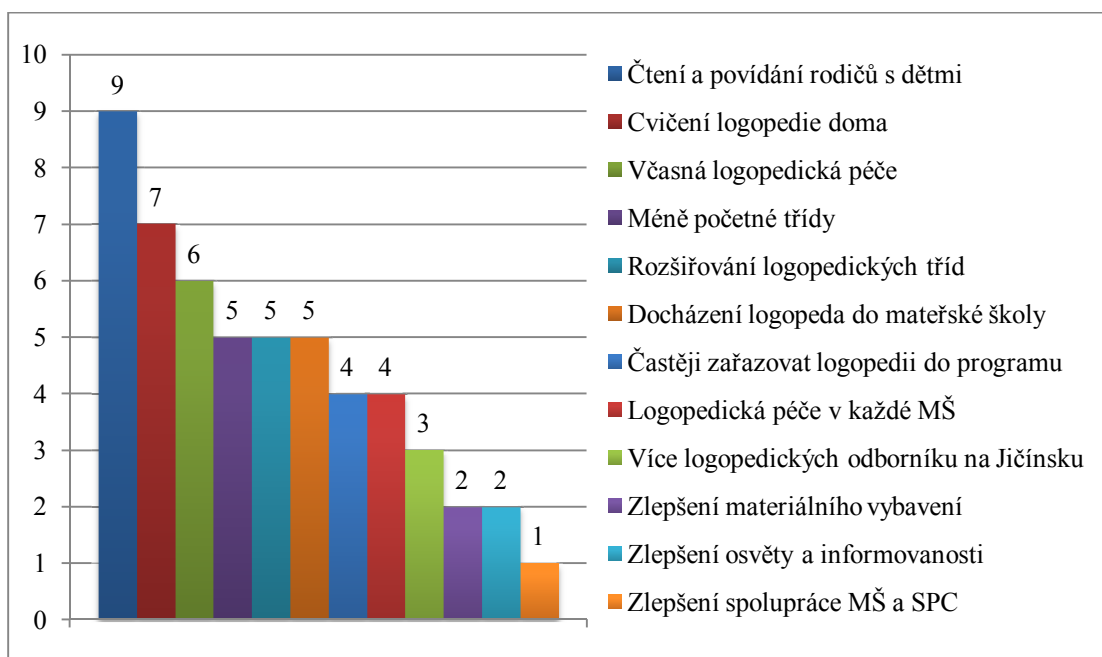
16) Návrhy ředitelek mateřských škol pro zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku.

Od ředitelek oslovených mateřských škol byly zjištěny některé návrhy pro zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku. V dotazníkovém šetření 9 (60 %) ředitelek MŠ uvedlo, že by dětem prospělo, kdyby si s nimi rodiče více povídali a četli, dále 7 (46 %) uvedlo, že pro děti by bylo prospěšné, kdyby s nimi rodiče cvičili logopedii i doma, dále 6 (40 %) ředitelek navrhuje, aby rodiče začali řešit logopedickou péči o jejich dítě již v nižším věku a neodkládali ji až do věku před nástupem do první třídy základní školy, 5 (33 %) ředitelek uvedlo, že ke zlepšení logopedické o děti předškolního věku by přispěly méně početné třídy. Stejný počet považuje za prospěšné rozšiřování sítě logopedických tříd, dále také 5 ředitelek doporučuje docházení logopeda přímo do mateřské školy, za účelem individuální logopedické péče, 4 (27 %) ředitelky MŠ navrhuje více začlenit logopedii do běžného programu dne v mateřské škole, stejný počet navrhuje že logopedická péče by měla být v každé MŠ, 3 (20 %) ředitelky také uvedly, že problém je s nedostatkem odborníků logopedické péče na Jičínsku, 2 (13 %) navrhuje zlepšení materiálního vybavení, 2 navrhuje zlepšení osvěty a informovanosti rodičů i samotných pedagogů a 1 (6 %) ředitelka MŠ uvedla, že ke zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku by přispěla lepší spolupráce SPC s MŠ.

Tabulka 17: Návrhy ředitelek MŠ

Návrh	Počet
Čtení a povídání rodičů s dětmi	9
Cvičení logopedie doma	7
Včasná logopedická péče	6
Méně početné třídy	5
Rozšiřování sítě logopedických tříd	5
Docházení logopeda do MŠ	5
Častěji zařazovat logopedii do programu	4
Logopedická péče v každé MŠ	4
Více logopedických odborníků na Jičínsku	3
Zlepšení materiálního vybavení	2
Zlepšení osvěty a informovanosti	2
Zlepšení spolupráce MŠ a SPC	1

Graf 12: Návrhy ředitelek MŠ pro zlepšení logopedické péče



9 Ověření předpokladů

První předpoklad tvrdí, že většina zkoumaných mateřských škol nabízí specializovanou logopedickou péči pro děti předškolního věku. Předpoklad byl ověřován na základě otázky číslo 4 v dotazníkového šetření. Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 20 mateřských škol se logopedické péči o děti předškolního věku věnuje 15 mateřských škol (75 %), čímž se první předpoklad potvrdil.

Druhý předpoklad tvrdí, že nejběžnější formou logopedické péče je skupinová logopedie. Tento předpoklad byl ověřován na 15 mateřských školách, které poskytují logopedickou péči dětem předškolního věku. V těchto mateřských školách logopedická intervence probíhá častěji formou skupinové logopedie, a to v 8 případech (60 %). Tím se potvrdil i druhý z předpokladů této bakalářské práce.

Třetí z předpokladů tvrdí, že nejčastějším odborným pracovištěm, se kterým mateřské školy spolupracují při logopedické péči, je klinický logoped. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že mateřské školy při poskytování logopedické péče nejčastěji spolupracují s logopedem, což uvedlo 7 mateřských škol (37 %), dále 6 mateřských škol (32 %) uvedlo, že nejčastěji spolupracují se speciálně pedagogickým centrem a pouze 4 oslovené mateřské školy (21 %) nejčastěji spolupracují s klinickým logopedem. Díky tomu byl třetí předpoklad jako jediný vyvrácen.

10 Shrnutí výsledků průzkumu

Cílem empirické části bakalářské práce bylo charakterizovat a zmapovat logopedickou péči o děti předškolního věku v Jičínském regionu. Za tímto účelem byl vytvořen dotazník obsahující 16 otázek, které zahrnovaly kombinaci otevřených, polootevřených a uzavřených otázek.

Dotazník byl předložen ředitelkám 20 vybraných mateřských škol Jičínského regionu. Z tohoto počtu mateřských škol jich 19 poskytuje logopedickou péči nebo alespoň doporučují dětem jiná odborná pracoviště a pouze 1 ze všech oslovených mateřských škol se logopedickou péčí nezabývá vůbec. Důležité bylo zjištění, že v některých mateřských školách je logopedická péče poskytována dětem, které ji nepotřebují, protože se aplikuje u všech dětí docházející mateřské školy a naopak v některých mateřských školách jsou děti, které logopedickou péči potřebují a nedostává se jim. Ve výsledku se 3 % dětí nedostává potřebná logopedická péče. Průzkum ukázal, že u dětí předškolního věku v oslovených mateřských školách je nejčastěji vyskytovaný druh narušené komunikační schopnosti narušený vývoj řeči, a to konkrétně opožděný vývoj řeči. Logopedickou péči v mateřských školách nejčastěji poskytuje logopedický preventista, a to přibližně v polovině případů. Nejčastějším externím odborníkem, se kterým mateřské školy spolupracují, je logoped. Pokud v mateřské škole probíhá logopedická intervence, trvá přibližně 30 minut jednou denně a nejčastěji skupinovou formou. Logopedická intervence je uskutečňována třemi úrovněmi (prevence, diagnostika a terapie). Prevence v oslovených mateřských školách zabývajících se logopedickou péčí probíhá u všech dětí prostřednictvím různých typů cvičení, která jsou vhodná pro jejich celkový rozvoj. Logopedická diagnostika je prováděna odbornými pracovníky mateřské školy, nebo si pro logopedickou diagnostiku zvou externistu. Logopedická terapie se zaměřuje na děti s narušenou komunikační schopností a probíhá zejména terapií problémových hlásek. Dotazníkovým šetřením byly získány i informace o tom, jak ředitelky vybraných mateřských škol hodnotí spolupráci s rodiči dětí při logopedické péči. Přes některé připomínky bylo vyhodnoceno, že spolupráce je dobrá.

ZÁVĚR

U dětí předškolního věku se velmi významně rozvíjí jejich komunikační schopnost, a protože děti tráví velkou část dne v mateřské škole, má z hlediska logopedické péče u dětí značný význam.

Bakalářská práce se zabývala logopedickou péčí o děti předškolního věku. Byla rozdělena do dvou stěžejních kapitol – teoretické a empirické. V teoretické části práce s využitím odborných zdrojů byl charakterizován speciálně pedagogický obor logopedie, byly popsány základní logopedické pojmy, typy narušené komunikační schopnosti, logopedická péče včetně jejích metod, popsán byl také fylogenetický a ontogenetický vývoj komunikačních schopností. Empirická část bakalářské práce měla za cíl charakterizovat a zmapovat logopedickou péči o děti předškolního věku v Jičínském regionu. Tohoto cíle se pomocí dotazníkového šetření povedlo dosáhnout. Byly získány informace o počtu, věkovém složení a nejčastějším typu narušené komunikační schopnosti dětí. Dále bylo zjištěno, zda mateřské školy poskytují, nebo neposkytují logopedickou péči, kolik dětí je do logopedické péče zapojeno a kolik dětí logopedickou péčí reálně potřebuje, kdo logopedickou péči v mateřských školách provádí, jak často, v jakém časovém rozmezí, jakou formou a jakým způsobem. Dále s kým při logopedické péči spolupracují a jak hodnotí spolupráci s rodiči dětí. Prostřednictvím dotazníkového šetření byly zjištěny i návrhy ředitelek mateřských škol pro zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku.

V rámci výzkumného šetření bylo osloveno 20 ředitelek mateřských škol Jičínského regionu. Myslím si, že počet oslovených respondentů byl pro zjištění potřebných informací dostačující. Získané informace mi pomohly proniknout do poskytování logopedické péče mateřských škol o děti předškolního věku v Jičínském regionu, proto jsou pro mne velice důležité, zajímavé a mohla bych je případně využít i v navazující diplomové práci.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření, která lze využít pro zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku. Navrhována opatření se týkají jak pedagogických pracovníků mateřské školy zabývajících se logopedickou péčí, tak i rodičů dětí a i dětí samotných.

Prvním opatřením proti narušené komunikační schopnosti by mělo být zajištění účinné logopedické prevence, protože je mnohem jednodušší problémům předcházet, než je potom řešit. Prevence by měla vést rodiče a pedagogické pracovníky k zajišťování takových podmínek, které budou přispívat ke správnému a přirozenému vývoji řeči dítěte. Mateřská škola by měla zajišťovat osvětu rodičů týkající se narušené komunikační schopnosti, ovšem i rodiče by o měli jevit větší zájem o informace.

Nejen v mateřské škole ale i doma by mělo mít dítě vhodný mluvní vzor. Ten by si měl s dítětem povídat, číst pohádky, říkat básničky a říkanky, zpívat písničky. Tím se posiluje například aktivní a pasivní slovní zásobu nebo rytmizace. Pro správný vývoj řeči by měli pedagogové mateřských škol s dětmi provádět dechová a artikulační cvičení, motoriku mluvidel, dále zrakové sluchové vnímání a pozornost. Celkově by se u dětí měl rozvíjet kladný vztah ke komunikaci.

Dále je také nutné zmínit některá opatření zahrnující logopedickou diagnostiku. Včasnost a správnost diagnózy hraje v následné logopedické terapii velkou roli. Ke zlepšení logopedické péče u dětí předškolního věku by proto mohla přispět depistáž všech dětí v mateřských školách Jičínského regionu. Bylo by dobré, aby v každé mateřské škole byl odborník zabývajících se logopedickou péčí, který bude s dětmi v každodenním kontaktu, aby mohl včas zachytit případné odchylky ve vývoji řeči.

V případě, že je již narušená komunikační schopnost u dítěte diagnostikována, je nutné co nejdříve začít s logopedickou terapií. Při terapii je důležitá spolupráce rodiny a mateřské školy. Rodiče nemůžou nechávat veškerou aktivitu jen na mateřské škole, na druhou stranu by měla mateřská škola poskytovat rodičům veškeré rady a informace vedoucí ke zmírnění, eliminaci či odstranění narušené komunikační schopnosti dítěte.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DVOŘÁK, J., 1998. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-238-2655-7.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KLENKOVÁ, J., 1997. *Kapitoly z logopedie I*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-41-9.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, D., 2005. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-056-9.

LECHTA, V., aj., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

PIPEKOVÁ, J., aj., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

RENOTIÉROVÁ, M., aj., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, M., 1984. *Logopedie předškolního věku*. 1. vyd. Praha: SPN.

ŠKODOVÁ, E., aj., 2003. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Dotazník pro ředitelky mateřských škol

Logopedická péče o děti předškolního věku v Jičínském regionu

Vážené paní ředitelko,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který byl vytvořen za účelem vypracování bakalářské práce na téma logopedická péče o děti předškolního věku v Jičínském regionu. Veškeré Vámi poskytnuté údaje jsou anonymní a budou použity výhradně ke zpracování této práce.

Pokyny pro zpracování dotazníku: vhodnou odpověď prosím zaškrtněte, popřípadě doplňte.

1) Jaký je počet dětí ve Vaší mateřské škole?

2) Jaký je věk dětí ve Vaší mateřské škole?

- a) 3–4:
- b) 4–5:
- c) 5–6:
- d) 6+:

3) Jakým typem zařízení je Vaše mateřská škola?

- a) Státní mateřská škola
- b) Soukromá mateřská škola
- c) Církevní mateřská škola
- d) Alternativní mateřská škola
- e) Jiná mateřská škola

4) Probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, ale dětem doporučujeme odporná pracoviště zabývající se logopedickou péčí.

5) Kolik dětí je do logopedické péče zapojeno?

- 6) Jaký je počet dětí ve Vaší mateřské škole, u kterých je potřebná logopedická péče?**
- 7) Jak dlouho a v jakém časovém rozmezí poskytujete logopedickou péči?**
- 8) Jaký druh narušené komunikační schopnosti se u dětí ve Vaší mateřské škole vyskytuje nejčastěji?**
- a) Narušený vývoj řeči (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie)
 - b) Afázie
 - c) Mutismus
 - d) Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
 - e) Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
 - f) Narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus)
 - g) Symptomatické poruchy řeči
 - h) Poruchy hlasu
 - i) Jiné:
- 9) Kdo logopedickou péči ve Vaší mateřské škole provádí?**
- a) Logopedický preventista – Střední pedagogická škola
 - b) Logopedický asistent – Bc.
 - c) Logoped – Mgr.
 - d) Klinický logoped – Mgr., atestace
 - e) Neprovádíme logopedickou péči
- 10) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická prevence?**

11) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická diagnostika?

12) Jakým způsobem probíhá ve Vaší mateřské škole logopedická terapie?

13) Jaká je nejčastější forma logopedické péče o děti ve Vaší mateřské škole?

- a) Individuální logopedická péče
- b) Skupinová logopedická péče
- c) Jiná forma
- d) Neprovádíme logopedickou péči

14) S kterými odborníky při logopedické péči nejvíce spolupracujete?

- a) Logoped
- b) Klinický logoped
- c) SPC
- d) PPP
- e) Jiné
- f) Neprovádíme logopedickou péči

15) Jak hodnotíte spolupráci s rodiči dětí při logopedické péči?

16) Návrhy pro zlepšení logopedické péče o děti předškolního věku.

Děkuji za vyplnění a vrácení dotazníku.