

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Informovanost rodičů v oblasti
poskytování logopedické intervence
u dětí 1. tříd základních škol**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Karmanská
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: SPIB Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor:	Adéla Karmanská
Studium:	P14P0727
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	Informovanost rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence u dětí 1. tříd základních škol
Název bakalářské práce Aj:	Parental knowledge of providing speech therapy intervention for children in the first grade of elementary school

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku informovanosti rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence u žáků 1. tříd základních škol. Cílem teoretické části bakalářské práce je nejen definovat pojmy spjaté s logopedickou intervencí - prevence, diagnostika, terapie, ale také charakterizovat vývoj řeči u dětí předškolního věku respektive dětí zahajujících povinnou školní docházku. Dále pak popsat možnosti realizace logopedické intervence u dětí mladšího školního věku. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost rodičů dětí v předškolním věku, následně pak v 1. třídách ZŠ, v oblasti poskytování logopedické intervence a vytvořit podpurný informační materiál sloužící ke zvýšení povědomí rodičů o realizaci logopedické intervence u dětí mladšího školního věku. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. *Klinická Logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5. NEUBAUER, K. *Logopedie, učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5. LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5. KLENKOVÁ, J., KOLBÁBKOVÁ, H. *Diagnostika předškoláka*. Brno: MC nakladatelství, 2003. 125s.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	5. 2. 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 22. 3. 2017

podpis

Poděkování:

Ráda bych tímto způsobem poděkovala PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za vstřícnost a ochotu, za odborné rady a připomínky, kterými přispěla k vypracování této práce.

Anotace:

KARMANSKÁ, Adéla. *Informovanost rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence u dětí 1. tříd základních škol*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 65 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na oblast informovanosti rodičů dětí zahajujících povinnou školní docházku v oblasti poskytování logopedické intervence. Teoretická část obsahuje kapitolu vymezující základní termíny – logopedická intervence, diagnostika, terapie a prevence. Dále kapitolu zabývající se vývojem řeči, jazykovými rovinami a faktory ovlivňujícími řeč. Třetí kapitola je věnována komunikaci dětí zahajujících školní povinnou docházku a častě vyskytujícím se poruchám komunikace této cílové skupiny. Čtvrtá kapitola obsahuje přehled možnosti realizace logopedické intervence v České republice. Praktická část je založena na kvantitativním výzkumném šetření, které bylo realizováno formou dotazníků. Jsou zde prezentovány názory rodičů předškolních dětí a dětí mladšího školního věku reflektující názory a zkušenosti této cílové skupiny s realizací logopedické intervence. V druhé části je představen informační materiál podporující včasné zahájení logopedické intervence, který je určen pro rodiče předškolních dětí a rodiče dětí zahajujících školní docházku.

Klíčová slova: Logopedická intervence, logopedická prevence, logopedická diagnostika, logopedická terapie, mladší školní věk, vývoj řeči, porucha komunikace.

Annotation:

KARMANSKÁ, Adéla. *Parental knowledge of providing speech therapy intervention for children in the first grade of elementary school*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 65 p. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor degree thesis is focused on the awareness of parents about the availability of information on speech therapy intervention of children starting school. The theoretical part contains a chapter specifying basic terminology: speech therapy intervention, speech therapy diagnosis and speech therapy prevention. The next chapter is about development of speech, language levels and factors influencing the speech. The third chapter is dedicated to communication and malfunction in communication of children starting school. The fourth chapter contains an overview of alternatives to speech therapy intervention in the Czech Republic. The practical part is based on quantitative research carried out in the form of a questionnaire. It consists of the opinions and reflections of this target group. In the second part of, material supporting early speech therapy intervention is introduced. It is dedicated to parents of children preschool and children starting school.

Keywords: Speech therapy intervention, speech therapy prevention, speech therapy diagnosis, speech therapy, younger school age, speech development.

Obsah

Úvod	9
1 Logopedická intervence.....	11
1.1 Logopedická diagnostika.....	13
1.2 Logopedická terapie.....	15
1.3 Logopedická prevence	17
2 Vývoj řeči.....	18
2.1 Vlastní vývoj řeči.....	18
2.2 Jazykové roviny řečového vývoje	20
2.3 Faktory ovlivňující vývoj řeči	22
3 Komunikace dětí předškolního věku a dětí zahajujících školní docházku	25
3.1 Poruchy řeči u dětí zahajujících školní docházku	26
4 Možnosti realizace logopedické intervence u dětí zahajujících povinnou školní docházku.....	30
4.1 Identifikace dětí s poruchou komunikace před zahájením školní docházky	32
5 Uvedení do problematiky prakticky orientované části bakalářské práce	35
5.1 Cíle šetření.....	35
5.2 Charakteristika výzkumné metody, místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku.....	36
5.3 Místa realizace výzkumného šetření	37
5.4 Charakteristika průběhu výzkumného šetření	38
6 Informovanost rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence.....	39
6.1 Povědomí o poskytování logopedické péče u rodičů dětí z mateřských škol	39
6.2 Povědomí o poskytování logopedické péče u rodičů dětí ze základních škol	46

7 Tvorba podpůrného materiálu k zvýšení povědomí o logopedické intervenci	55
8 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce	56
Závěr	59
Seznam tabulek a grafů	63
Seznam příloh.....	65
Přílohy	

Úvod

Komunikace je jednou z nejdůležitějších schopností, kterou jako lidstvo disponujeme. Můžeme říct, že díky této schopnosti se můžeme považovat za nadřazené bytosti a vlastně na základě komunikace se odlišujeme od zvířat. Díky komunikaci jsme schopni utvářet, rozvíjet a udržovat vztahy, předávat a získávat informace. Je to jedna ze základních podmínek pro socializaci, která je pro člověka nezbytná. Komunikační schopnost je rozvíjena během celého života, avšak k největšímu rozvoji dochází v raných obdobích života. I když člověku může tato schopnost připadat samozřejmá, ne vždy tomu tak je, a proto je záhodno se s touto problematikou obeznámat a nepodceňovat ji.

Pro vypracování práce na téma informovanost rodičů o logopedické intervenci dětí zahajujících školní povinnou docházku jsem se rozhodla na základě skutečností z praxe, že děti nesprávně mluví v období, kdy zahajují vzdělávání. V této době by děti měly disponovat intaktním řečovým projevem. Obtíže v této oblasti se pak mohou odrážet v osvojování učiva, navazování sociálních vztahů, vlastního sebepojetí apod. Tím pádem pak dítě má znevýhodněný začátek studia, který ho může ovlivnit na celý život. Rodiče jsou ti, co nás provázejí při nejmenším našich prvních 18 let života. Berou za nás odpovědnost, kterou se snažíme našimi činy vzít postupem věku na sebe. A právě oni jsou hlavními iniciátory, ovlivňujícími osobami, kteří by nás při každém odchýlení měli směřovat správným směrem. V případě neintaktnímu řečovému projevu tomu jinak není. A právě proto jsem si stanovila za úkol zjistit jejich míru informovanosti, která by mohla být jedním z důvodů výše zmíněného faktu.

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. V rámci teoretické části budou vymezeny základní termíny – logopedická intervence, logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence. Dále bude popsán vlastní vývoj řeči, jazykové roviny řeči a faktory, které řeč ovlivňují. V následující kapitole bude specifikována komunikace dětí mladšího školního věku a v návaznosti na to, budou popsány jedny z nejčastějších poruch komunikace u cílové skupiny. Jako poslední budou v teoretické části rozebrány možnosti realizace logopedické intervence napříč rezorty a možnosti identifikace jedinců s poruchou komunikace před zahájením povinné školní docházky.

Praktická část bude vycházet z dotazníkového šetření, které bude uskutečněno mezi rodiči dětí předškolního věku a rodiči dětí mladšího školního věku. V této části budou analyzovány místa šetření, použitá metoda k výzkumnému šetření a cílová skupina. Dále budou analyzovány výsledky s ohledem na hlavní cíl, a to zjištění míry informovanosti o logopedické intervenci. Zároveň práce obsahuje představení podpůrného materiálu, který bude vytvořen za účelem zvýšení povědomí a upozornění na problematiku logopedické intervence.

1 Logopedická intervence

Logopedická intervence je pojmem, jenž vymezuje hlavní aktivity týkající se právě vykonávání logopedické činnosti. Lze konstatovat, že v logopedické praxi je tento termín používán značně nejednotně. V odborných pramenech je synonymně s tímto termínem využíváno hned několika termínů, a to *logopedická péče, rozvoj, výchova a vzdělávání, výchova řeči, náprava řeči či logopedická činnost*.

Dle Lechty (2007) je záhodné pro činnosti logopedů využít termín logopedická intervence, která pojímá všechny aspekty logopedických aktivit a nezaměřuje se pouze na jednotlivé složky dané péče.

Termín intervence je vykládán jako zásah mezi dva činitele. Zpravidla jde o zákrok v něčí prospěch. (Klimeš, 2010) Logopedickou intervenci tedy můžeme chápat, jako zakročení logopeda ve prospěch komunikační schopnosti klienta. Jak už je výše zmíněno, termín intervence zastřešuje veškeré cílené působení logopeda a to jak od prvotní identifikace, následné eliminace až po možnou prevenci. Tyto cíle následně reflektují i jednotlivě se prolínající úrovně, jimiž jsou logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence. (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007)

I logopedická intervence má několik zásad (principů), jejíž dodržování vede zefektivnění terapie. Příkladem to jsou:

Princip komplexnosti, který vede k vnímání jedince jako tzv. „bio – psycho – sociální jednotku“, kdy je nutné brát v potaz jeho vývojová specifika, psychologické zvláštnosti a sociální kontext, ze kterého pochází. A uvědomovat si, že jedna oblast může negativně či pozitivně působit změny v oblastech dalších. Neubauer (2014) potvrzuje, že je nutnost zapojení psychoterapeutické podpory a vedení, které je nezbytné pro motivaci a spolupráci jedince, aby nedocházelo ke vzniku neurotického osobnostního vývoje v reakci na neuspokojivou komunikaci s okolím.

Princip individuálního přístupu je nezbytný při práci s klientem. V rámci logopedické intervence je nezbytné respektovat individualitu jedince a v co největší míře terapii uzpůsobit právě jeho potřebám.

Princip včasného zákroku, který je velmi důležitý pro odstraňování poruch komunikace. Nejen pro zvládnutí daného komunikačního problému, ale i pro eliminaci neblahých dopadů ve všech oblastech jedincova života.

Princip týmové péče je nedílnou součástí pro logopedickou intervenci. Díky charakteru určitých poruch komunikace je mezioborová spolupráce nezbytná. Zde je myšleno nejen týmová práce mezi odborníky z různých oborů, ale i spolupráce s rodiči.

Princip polysenzorického přístupu znamená, že v rámci logopedické terapie jsou využívány všechny smysly. Využití je patrné především v kompenzačním působení. Příkladem u klientů s postižením sluchu se klade důraz na zrakové vnímání, u klientů se zrakovým postižením se klade důraz na hmatové a sluchové vnímání.

Jako další je **princip imitování normálního řečového vývoje**, kdy právě u dětí platí respektování jejich vývojové úrovně. Úkolem intervence poté bývá usnadnit a korigovat jejich vývoj řeči.

Princip preferování obsahové stránky řeči před formální a zvukovou, což znamená před výslovností. Logopedická intervence působí nejen na danou poruchu komunikace, ale je zaměřena na komunikaci v tom nejširším chápání.

Princip sociálního aspektu, kdy se terapie zaměřuje především na pragmatickou rovinu řeči. Cílem logopedické intervence je především použitelná, sociálně funkční řeč, která bude schopna naplňovat potřeby jedince. Ne vždy, se podaří navodit klasická forma komunikace. A proto může být úkolem logopeda zprostředkovat jinou formu komunikace. Příkladem mohou být zástupci alternativní a augmentativní komunikace. (Lechta, 2002)

Princip užívání mechanických pomůcek. Pomůcky dopomáhají k úspěšné realizaci terapie. V praxi jsou využívány různé špachtle, sondy, rotavibrátory, počítačové programy apod. Při využívání pomůcek je zdůrazňován poměr mezi aktivní prací logopeda a používáním daných pomůcek. V terapii jde především o zkvalitnění mezilidské komunikace, které se za použití pouze technických pomůcek nikdy nedocílí. (Neubauer, 2014)

Jako další principy logopedické intervence se uvádějí: princip minimální akce, princip relaxace (terapie probíhá při maximálním duševním klidu), princip symetrického vztahu mezi klientem a logopedem, princip krátkodobého a častého procvičování apod. (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007)

Jak je výše zmíněno, poskytování logopedické intervence je spojeno se specifickými aktivitami spojenými s činností logopeda, jednou z nich je logopedická diagnostika.

1. 1 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika je jednou z primárních aktivit logopeda při zahájení intervence s klientem. Kvalitní diagnostika je jedním z hlavních předpokladů pro úspěšnou intervenci vedenou ke spokojenosti klienta.

Neubauer (2014, s. 62) uvádí, že *„logopedická diagnostika má za úkol zachytit celkový stav jedince, včetně přítomných poruch komunikace, tedy poruch řeči, jazykovými prostředky, písmen a s nimi spojené deficity praxie, gnosie, a kognitivních funkcí“*. Z toho vyplývají dané cíle diagnostiky a to za prvé – zjištění přítomnosti poruchy řečové komunikace, její tíže a závažnosti. Za druhé – diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace a za třetí – zpracování návrhu následné logopedické intervence. Jednotlivé cíle lze dále rozpracovat dle Lechty (2003) na sedm kroků:

- zjistit poruchu a diferenciovat, zda jde o fyziologický jev, nebo přijatelnou odchylku a následně identifikovat formu narušení;
- snaha o identifikaci etiologie daného problému (etiologie orgánová či funkční);
- snaha o stanovení prognózy (trvalé či přechodné narušení);
- určit zda jde o vadu řeči (vrozenou) či poruchu řeči (získanou);
- provést diferenciální diagnostiku, která poukáže, zda jde o dominantní narušení, nebo je to symptom jiného poškození;
- zjistit, zda si klient uvědomuje dané narušení, což se pak odráží v prognóze a také v terapii;
- určit, zda jde o totální narušení s nemožností nějaké komunikace či nikoliv.

Logopedická diagnostika se dále může dělit dle určité fáze v rámci intervence. Počátkem je **vstupní vyšetření**, kdy logoped dochází k potvrzení či vyvrácení dané poruchy komunikace. Následně **komplexní vyšetření**, které vychází z principů diferenciální diagnostiky a dochází při něm k posouzení aspektů dopadu poruchy a vytvoření plánů pro terapii. A konečné **výstupní vyšetření**, kdy dojde k zhodnocení průběhu péče. Případně doporučení na další odbornou péči a smlouzení kontrolního vyšetření. (Neubauer, 2014)

Další dělení může být zaměřeno na identifikaci poruchy a to v různé míře. Lechta (in Škodová, Jedlička, 2007) rozlišuje tři úrovně diagnostiky v rámci logopedické intervence. **Orientační vyšetření**, které je realizováno v rámci screeningu, depistáže. Zde je hlavním úkolem zjistit, zda je přítomna nějaká porucha. **Základní vyšetření** je zaměřeno na odhalení typu postižení – určení základní diagnózy. A třetí skupinou jsou **speciální vyšetření**, která se zaměřují už na odhalenou narušenou komunikační schopnost a specializuje se na hloubkové aspekty – forma, typ, následky, prognóza apod.

Logopedická diagnostika využívá speciálně pedagogických metod, které uvádí Přinosilová (2007). Jsou to metody:

- pozorovací (v rámci logopedické intervence jde spíše o dlouhodobé);
- explorační (dotazníky, anamnestický rozhovor apod.);
- diagnostické zkoušení (vyšetření výslovnosti, sluchové percepce, sensorické percepce atd.);
- testové metody (například ke zjištění laterality);
- kazuistické metody (analýza lékařských a jiných odborných vyšetření);
- rozborů výsledků činnosti (například v rámci edukačního procesu);
- přístrojové a mechanické metody.

Důležitými principy kvalitní diagnostiky jsou její komplexnost a týmová spolupráce. **Komplexností diagnostiky** se rozumí, nezaměření se pouze na stanovení diagnózy v rámci projevu poruchy, ale brání v potaz i doprovodné projevy týkající se dané poruchy - neverbální projevy, receptivní a expresivní složka řeči, vliv na všechny roviny řeči a vliv na jedince v rámci sociálního prostředí. **Týmová spolupráce** je klíčová a je nutné propojovat interdisciplinární poznatky od lékařských (foniatrie, neurologie

apod.), psychologických až k speciálně pedagogickým. Tak jedině se docílí vhodného stanovení diagnózy a následné kvalitní terapie pro klienta.

1. 2 Logopedická terapie

Z kvalitně zpracované diagnostiky vycházejí všechny vhodné postupy, metody, formy a prostředky logopedické terapie. Klenková (2000) charakterizuje logopedickou terapii jako specifickou aktivitu, která je realizována specifickými metodami, a to ve specifické situaci záměrného učení. Principem logopedické terapie je řízené, záměrné učení, které je uskutečňováno pod dohledem logopeda, v co největší prospěch klienta. Jinými slovy jde o určité působení, které vede k maximálnímu rozvoji komunikačního potenciálu klienta. Neubauer (2014) uvádí jako jeden z nejdůležitějších principů, respektování dosaženého stupně vývoje (fáze učení). Poukazuje na to, že bez dosažení určitého stupně vývoje v jedné oblasti, není možný nezkreslený přiměřený rozvoj v jiných oblastech. Jako příklad uvádí, že bez dosažení přiměřeného očního kontaktu, není možné rozvíjet napodobování orofaciální motoriky.

Za cíl terapie v logopedické intervenci je považován rozvoj komunikačních schopností, a to pozitivním směrem ke klientovi. Jde o velmi individuální činnost, kdy v některých případech je jen a pouze na klientovi, zda intervenci zahájí či nikoliv. Zahájení terapie je častokrát odrazem subjektivního vnímání životní situace. Například dospělý člověk, který celý život nemá intaktní výslovnost určité hlásky, ale nikdy neměl negativní zkušenost v rámci jeho způsobu komunikace, není veden k zahájení logopedické péče.

Působení terapie může vést k:

- odstranění poruchy (např.: vývojová dyslálie);
- omezení či potlačení poruchy v rámci dlouhodobé intervence (např.: specifické poruchy učení);
- obnově porušených funkcí (např.: afázie);
- co nejdéle možné stabilizaci projevu poruchy (např.: degenerativní poruchy CNS). (Neubauer, 2014)

Z těchto přístupů vyplývají metody, které se dělí na **stimulující** a zaměřují se na nerozvinuté či opožděné funkce řeči (opožděný vývoj řeči). **Korigující**, které usměrňují vadné řečové funkce (dyslálie) a poslední **reedukující**, které se zaměřují na dezintegrované řečové funkce (např.: afázie). (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007)

Terapeutické možnosti v rámci logopedické intervence jsou velmi bohaté. Využívány jsou poznatky z pedagogiky, kdy učení může probíhat formou podmiňování, percepčně – motorickou formou, verbálním či neverbálním učením, hrou nebo sociálním učením. Nesmí se opomenout i na poznatky ze speciální pedagogiky, kdy jednotlivé terapie mohou být vedeny v rámci kompenzace¹, rehabilitace² nebo reedukace³. Pro terapii je vhodné využívání pomůcek, které pomáhají k úspěšné realizaci našeho cíle. Při rozhodování, která forma terapie je nejvhodnější, nesmí být opomíjený fakt, že každý člověk má individuální potřeby. Terapie by vždy měla vést směrem ke klientu.

Na výše zmiňované upozorňuje Neubauer (2014), a to v rámci komplexní logopedické terapie, do které nezahrnuje pouze terapii poruch řečové komunikace, ale i psychoterapeutické působení. Je důležité navodit takové prostředí, kde motivace a spolupráce je primární a to jak s klientem, tak i s bližší rodinou.

Mezi formy terapie se řadí **terapie individuální**, která je základem pro logopedickou intervenci. V současné logopedické praxi je užívána návaznost individuální terapie na formu skupinovou. **Skupinová terapie** je formována zpravidla menší skupinou (3 – 6 osob), kde si osoby mohou uplatnit a zafixovat své nově nabyté dovednosti. Tuto praxi pozorujeme především v oblasti speciálního školství. Třetí možností jsou **komunikační skupiny**, které jsou primárně určené pro aktivizaci dospělých či seniorů, kteří žijí v nedostatečně podnětném prostředí či mají určitou poruchu komunikace. Náplní práce těchto skupin je aktivizace všech stránek komunikační schopnosti. Tato sociální oblast je nejméně rozvíjena v rámci České republiky oproti ostatním státům. (Neubauer, 2014). Lechta (2005) nezahrnuje

¹ Kompenzace (z lat. compensatio) je termín, kterým se rozumí vzájemná náhrada, vyvážení očitých nedostatků vyvinutím jiné činnosti.

² Rehabilitace (z lat. rehabilitatio) je termín, kterým je označována nenávratná péče – tzn. souhrn činností vedoucí k získání určitých schopností, které jedinec ztratil s cílem začlenění do každodenního života.

³ Reedukace (z lat. reeducatio) je pojem, který v doslovném překladu znamená „nová výchova“. Proces, který je zaměřen přímo na porušenou oblast. (Dvořák, 1998)

mezi formy logopedické terapie třetí výše zmíněnou oblast, ale zmiňuje ještě formy **intenzivní a intervalové**, které pojímají hledisko času.

Jak už bylo výše zmíněno, terapie narušených komunikačních schopností je velmi heterogenní činnost, kdy jednotlivé formy, druhy, přístupy a metody mohou být kombinovány a různě upravovány. Je to neustále dynamicky se vyvíjející oblast, která reaguje na individuální potřeby klientů.

1. 3 Logopedická prevence

Termín prevence je také spojován s oblastí logopedie, a to především s poskytováním logopedické péče v rezortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. V rámci logopedického působení se uplatňuje prevence primární, sekundární a terciální.

Primární prevence je zacílena na širokou veřejnost. Rozlišuje se na nesespecifickou, kdy je snaha předcházet poruchám. Například v rámci podporování správného řečového vzoru. Nebo specifickou, kdy se jedná o cílenou snahu předcházení poruchy komunikační schopnosti.

Sekundární prevence je už zacílená na rizikovou skupinu, u které může dojít k poruše komunikační schopnosti. Řadí se sem děti s rizikovým vývojem, děti ohrožené a lidi, kteří využívají svůj hlas na profesionální úrovni (učitelé, herci zpěváci apod.).

Terciální prevence je orientována na skupinu lidí, u níž se nějaká porucha komunikace už projevila. A proto je úkolem terciální prevence zamezit negativnímu vývoji či možným negativním důsledkům. (Bytešníková in Pipeková, 2006)

K preventivním metodám se řadí také formy vyhledání daných osob s poruchou komunikace, tzv. depistáže, screeniny. K nedílným součástím patří tradiční metody a techniky k šíření povědomí - osvětové přednášky, letáky, publikace a především v současné době šíření informací skrz internet apod.

Napříč jednotlivými částmi logopedické intervence, které se vzájemně prolínají, se v současné praxi klade čím dál větší důraz na oblast poradenství, kdy logoped je partnerem nejen klienta, ale i jeho bezprostředního sociálního okolí.

2 Vývoj řeči

V kontextu realizace logopedické intervence je třeba přiblížit vývoj řeči u dětí předškolního věku, neboť v návaznosti na rozvoj řeči a jazyka u dětí je třeba v oblasti poskytování logopedické intervence vycházet z aktuální úrovně řečových a jazykových dovedností dítěte. Je tedy nutné, aby se logopedi v dané oblasti dobře orientovali.

Řeč se dá považovat za velmi specifickou schopnost, kterou disponují pouze lidé. Hovoří se o vědomě užívaném systému jazyka, který je koncipován ze souboru symbolů a znaků. (Klenková in Pipeková, 2006)

„Řeč zahrnuje motorické činnosti jako dýchání (respiraci), fonaci (tvorba hlasu) a artikulaci (tvorba hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel. (Neubauer, 2014, s. 12)

2.1 Vlastní vývoj řeči

Vývoj jedince je proces, který je nejdynamičtější během prvních let života. A to nevyjímaje vývoje řeči a dalších psychomotorických dovedností.

Za prvopočátek vývoje řeči je považováno prenatální období, kdy se kolem dvanáctého týdne gravidity začíná vyvíjet vnitřní ucho a kolem dvacátého týdne je možné zpozorovat známky slyšení, respektive reakci na zvuky. Dítě vnímá (slyší) matčinu mluvu, kašel, srdeční tep, dýchací šelesty apod. Sluch je jedním z nejvýznamnějších determinantů při osvojování řeči. Poškození sluchu přináší opoždění či narušení vývoje řeči. (Kejklíčková, 2016)

Rozdělení úrovní řečového vývoje se odvíjí dle vybraných přístupů k jeho zkoumání. Lechta (2002) uvádí rozdělení na pět období, která vychází z pohledu na jednotlivé jazykové roviny:

- 1. období pragmatizace (asi do 1. roku života);
- 2. období sémantizace (1. – 2. rok života);
- 3. období lexemizace (2. – 3. rok života);
- 4. období gramatizace (3. – 4. rok života);
- 5. období intelektualizace (po 5. roce života).

Toto rozdělení je přínosné pro využití při orientační diagnostice vývojové úrovně řeči. Název jednotlivého období poukazuje na hlavní aktivitu, která v daném období probíhá. Klenková (2006) uvádí, že to neznamená, že se děje pouze výše jmenované osvojování, ale jde právě o dominující proces. V průběhu vývoje se osvojování jazykových rovin řeči vzájemně prolínají.

Vlastnímu vývoji řeči předchází přípravná období, která nejsou jasně časově vymezena. Trvání jednotlivých období je naprosto individuální, ale žádné nemůže být vynecháno. Zde Lechta (2002) uvádí dělení na neverbální – předverbální úroveň a verbální úroveň.

Neverbální – předverbální úroveň se řadí do období prvního roku života dítěte. V tomto období dítě získává návyky, které uplatní v následném osvojování skutečné řeči. Jednotlivé neverbální projevy nabyté v předverbálním období, si dítě ponechává v různých formách po celý život.

Prvním z projevů dítěte je neartikulovaný jednotvárný křik. V prvních týdnech je křik krátký a bez objektivního záměru. Okolo 3. týdne se dítě začne projevovat neverbálními posunky, například úsměvem. V reakci na matčin hlas dochází k sacím pohybům. V 6. týdnu života se křik začne měnit, především jeho barva a rozsah. Pomocí křiku dítě začne vyjadřovat svou náladu, především nespokojenost. Dalšími projevy jsou pláč a vzlykání. Mezi 2. – 3. měsícem se křik znovu mění a je typický pro svůj měkký hlasový počátek. Dítě s ním začíná projevovat subjektivně příjemné pocity. Z křiku se stává komunikační prostředek a slouží k přivolávání. Následné hlasové projevy, které se objevují, zejména při poloze dítěte vleže, nazýváme broukáním.

Nástupem 3. – 4. měsíce se dítě projevuje pudovým žvatláním, kdy dítě experimentuje s vlastními mluvidly s přidáním hlasu. Patrná je reakce na oslovení. Nejčastěji dítě reaguje úsměvem. Vyhledává oční kontakt.

Během 6. – 8. měsíce dítě začíná napodobovat zvuky. Vnímá jak zvukovou, tak i vizuální podobu slova a snaží se je imitovat. Dítě rozezná známé lidi a raději navazuje kontakt s nimi.

V období 8. – 10. měsíce dítě začíná reagovat na své jméno. Po 10. měsíci se dítě nachází ve fázi „porozumění“ řeči. Dokáže reagovat na větší počet jednoduchých pokynů

(pojď sem, otevři ústa), reaguje na výzvy (udělej pá – pá). Někdy se v tomto období objevují první slova, která vyjadřují emoce, přání a zpravidla jsou tvořeny opakováním slabik.

Kolem prvního roku života se vývoj řeči dostává na **verbální úroveň**. Dítě začne produkovat první slova, první jednoduché věty. V odborné literatuře se uvádí, že jde o stádium vlastního vývoje řeči. (Lechta, 2002) Ze začátku dítě aktivně produkuje dvě slova, která bývají jednoslabičná či dvouslabičná. Časem se slovní zásoba bohatě rozrůstá. V roce a půl dítě ovládá něco kolem dvaceti slov. Rozumí jednoduchým příkazům. Řeč začínají chápat jako prostředek k předávání informací.

Kolem druhého roku života dítě využívá především podstatná jména a citoslovce, kterými nahrazují slovesa (bum, bác, vrrr). Toto období je příznačné pro první otázky – Co je to? Kdo je to? (Lejska, 2003)

Ve 3 letech dítě disponuje slovní zásobou okolo 200 – 400 slov. Jeho mluva se začíná gramatizovat – dítě začíná s časováním, ohýbáním slov. Používá i delší věty. Dítě sice reaguje na své jméno, ale stále o sobě mluví ve třetí osobě. Přibývají otázky – kdy a proč? Půl roku na to dětská slovní zásoba čítá až 1000 slov. V tomto období se dítě může potýkat s fyziologickými těžkostmi řeči (zadrhávání, opakování slabik apod.)

V 5 letech by dětská řeč měla být z gramatického hlediska bezchybná. Dítě identifikuje barvy. Začíná se projevovat lateralita. Dítě ovládá až 2000 slov. Předměty pojmenovává, vysvětluje jejich funkčnost a snaží se i počítat. Ve výslovnosti mohou přetrvávat nějaké odchylky, které by postupem času, rámcově do zahájení školní docházky, měly vymizet. (Lechta, 2002)

2. 2 Jazykové roviny řečového vývoje

Řeč (i jazykový systém) je z lingvistického hlediska složitý útvar, jenž je koncipován z jednotlivých rovin. Při vývoji dětské řeči se jednotlivé roviny prolínají. (Lejska, 2003) Pro přiblížení dané problematiky je níže uvedu.

Morfologicko-syntaktická rovina, taktéž označována jako gramatická, se zaobírá gramatickou stránkou projevu. Jedná se o správné skloňování, časování, ohýbaní slov apod. Dítě zprvu používá podstatná jména, poté citoslovce, které nahrazují funkci sloves a až poté samotná slovesa. Kolem 2. a 3. roku života dítě začne používat přídavná jména a nejpozději číslovky a předložky. (Klenková, 2006) Přibližně do čtvrtého roku života se u dítěte objevují nesprávnosti v rámci gramatiky projevu. Jedná se o tzv. fyziologický dysgramatismus. (Mlčáková in Valenta a kol., 2014)

Lexikálně-sémantická rovina je zaměřena na slovní zásobu. Jedná se o slovní zásobu aktivní i pasivní a její rozvoj. Rozvoj pasivního slovníku můžeme zpozorovat okolo 10. měsíce, kdy dítě začne rozumět obsahové stránce řeči. Následně okolo prvního roku začne používat svá první slova a tím dochází k rozvíjení i aktivní části slovní zásoby. Klenková (2006) uvádí, že dítě zprvu chápe všechno všeobecně a hovoří tedy o hypergeneralizaci. Příkladem uvádí, že citoslovce haf-haf pojímá vše, co má čtyři nohy a štěká to. Postupem rozvíjení slovní zásoby přichází opačná tendence - hyperdiferenciace, kdy význam slova usuzuje pouze jedné konkrétní věci. Jako příklad uvádí slovo táta, pod kterým si dítě představí jen toho svého. Slovní zásoba je velmi individuální, výzkumy ale dokazují, že největšímu nárůstu dochází do 3. roku života jedince. Klenková (2006) uvádí průměrný počet slov k věku:

Tabulka č. 1 – Slovní zásoba dítěte

1 rok	5-7 slov
1,5 roku	70 slov
2 roky	270-300 slov
2,5 roku	350-450 slov
3 roky	1000 slov
3,5 roku	1200 slov
4 roky	1500 slov
5 let	2000 slov
6 let	2500-3000 slov

(Klenková, 2006)

Foneticko-fonologická rovina se zaobírá tvorbou jednotlivých prvků řeči a její zvukovou realizací. (Lejska, 2003) V této rovině je důležité si uvědomit

posloupnost vývoje fixování jednotlivých hlásek. Díky této znalosti pak dochází ke správné případné korekci výslovnosti. Neubauer (2014) uvádí, že dítě si osvojuje hlásky pomocí nalézání a zpřesňování slyšených a viditelných vzorů hlásek. A proto si prvně osvojuje ty, co jsou nejlépe rozpoznatelné. Patří sem samohlásky, následně souhlásky (v pořadí: závěrové, úžinové, polozávěrové). Samotná fixace percepčně-motorických vzorů hlásek u dítěte probíhá už brzy po narození. (Klenková, 2006) Je nutno si uvědomit, že i v rámci této roviny se dítě vyvíjí individuálně a případné rozdíly se častokrát v předškolním období vyrovnají. Závažným signálem může být dlouhodobá stagnace vývoje, kdy je záhodno vyhledat pomoc odborníka. (Neubauer, 2014) Klenková (2006) uvádí, že někteří autoři vymezují konec vývoje výslovnosti 4. rokem dítěte a někteří tuto hranici posouvají do 7 let. Sama se přiklání k dnešnímu trendu a to je do 5 let dítěte.

Pragmatickou rovinou řeči se rozumí uplatnění komunikačních dovedností v běžném životě, tzn. sociální aspekt komunikace. Dítě si neosvojuje pouze základní systém vzorců a pravidel, které mu poté tvoří jeho mateřský jazyk. Zároveň si osvojuje schopnost správného využití nabytých znalostí, které aplikuje v rámci sociálních interakcí. Už od kojeneckého období dítě chápe záměr očního kontaktu, úsměvu. Postupem vývoje dítě začne využívat komunikaci jako prostředek socializace, plnění vlastních potřeb apod. (Klenková, 2006)

2. 3 Faktory ovlivňující vývoj řeči

V rámci celkového psychomotorického vývoje se vyvíjí i schopnost řeči. Jedná se o spontánní proces. Lejska (2003) uvádí, že při splnění základních podmínek se řeč vyvine pokaždé. Jako základní podmínky vývoje řeči uvádí:

- dostatečný sluch;
- nepoškozený centrální nervový systém (CNS) a nepoškozené zpětnovazebné mechanismy;
- nepoškozené fonační a artikulační ústrojí (mluvidla);
- podnětné a správně mluvící okolí.

„Vývoj řeči u dítěte neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivňován vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení a také jeho socializací.“ (Klenková, 2006, s. 32)

Pro upřesnění a zpřehlednění lze jednotlivé vlivy rozdělit na skupinu vnějších a vnitřních faktorů.

Vnitřní faktory pojímají všechny vlivy vycházející nejen ze zdravotního, psychického stavu dítěte, ale také i z vrozených schopností.

Zásadní je sluchová percepce, kdy bez sluchové zpětné vazby se mluvená řeč nemůže spontánně rozvíjet. Při vrozeném těžkém sluchovém postižení se dítě nikdy nenaučí mluvené řeči bez zásahu druhé osoby. Dále Lechta (2002) podotýká, že první reakce novorozence jsou na sluchové podněty. Vývoj sluchové percepce je dynamický proces, kdy už po třetím týdnu života dítě rozezná lidské zvuky od ostatních. Sluch je velmi významný v období napodobování žvatlání (kolem 6. – 8. měsíce života), kdy děti s poškozeným sluchem ztrácí zájem o vědomé tvoření zvuku, jelikož se jim nedostává zpětné vazby.

Při zmiňování jednotlivých faktorů nelze opomenout ani zrakovou percepci. V odborné literatuře se běžně uvádí, že 70–80 % informací získáváme pomocí zraku. Zrakem dítě vnímá nespočet podnětů, které mohou dítě provokovat k vokalizaci, žvatlání a později i řečovým projevům. Dále díky odezírání vnímá mimické pohyby osob, což přispívá k osvojení artikulace percepčně motorických vzorů hlásek a neverbální komunikace. Význam zraku při osvojování grafické formy jazyka je nepopíratelný. (Lechta, 2002)

Dalším činitelem je centrální nervový systém. Klenková (2006) uvádí, že jedním z rozhodujících determinantů pro kvalitu obsahové i výrazové stránky projevu je stav intelektu, respektive rozumových schopností. Tento fakt nepopírá ani Neubauer (2014) ve své publikaci, ale uvádí, že bezpochyby myšlení a vývoj řeči jsou neodmyslitelně spjati, ale nutno mít na paměti, že i přesto nemusejí mít totožný vývoj. To podporuje myšlenkou, že „část dětí se závažnými poruchami rozvoje řečových mluvních schopností se vyvíjí v oblasti myšlení a neverbální komunikace v rámci širší normy.“ (Neubauer 2014, s. 96) Toto zjištění je velmi důležité pro diagnostiku rozumových

schopností, které může v důsledku narušené komunikační schopnosti poskytnout zkrácené výsledky.

V neposlední řadě je nutno zařadit do vnitřních faktorů intaktní funkci mluvidel a to jak z hlediska respiračního, fonačního tak artikulačního, kdy jakákoliv odchylka od normy může zapříčinit nesprávné osvojování řeči. Dále určitou roli hraje nadání a cit pro jazyk.

Mezi **vnější faktory** se řadí ty vlivy, které působí z prostředí, kde jedinec vyrůstá. Lechta (2002) zmiňuje fakt, že sociální komunikací je dítě ovlivňováno už v průběhu těhotenství. A následně hovoří o optimálně stimulujícím prostředí, které dosahuje určité kvality a žádoucí kvantity podnětů. Kvalita by se měla odrážet především v rámci správného řečového vzoru (spisovný jazyk, absence poruch komunikace apod.). Z hlediska kvantity upozorňuje na dostatek verbálních podnětů.

Dalšími vnějšími faktory jsou emoční a sociální vazby na prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.

3 Komunikace dětí předškolního věku a dětí zahajujících školní docházku

Komunikace, jakožto pojem nemá v literatuře ustálenou definici. Termín komunikace vychází z lat. *communicatio*, které je chápáno ve významu spojování, sdělování a také jako přenos, společenství a participace. (Klenková in Pipeková, 2006) Dle Neubauera (2014) je řečová komunikace určitý proces, při němž jsou předávány informace mezi účastníky s určitým záměrem. Záměr je viditelný jak při výběru prostředků a jejich užití, tak i při příjmu informací, jejich zpracování, rozumění obsahu a tvorby odpovědi.

Cílem komunikace je vzájemné dorozumění a sdělování informací se záměrem přestování a udržování mezilidských vztahů. Klenková (in Pipeková, 2006) uvádí, že společnost nemůže existovat bez určité formy komunikace a právě komunikaci chápe jako jednu z nejdůležitějších lidských schopností.

Do cílové skupiny jsou řazeny děti ve věku pěti a šesti let. Tyto děti se umí ovládat po stránce tělesné a emoční. Většinou jsou přátelské povahy, umí navazovat společenské vztahy a začínají cítit pocity sebevědomí a zodpovědnosti. (Allen, Marotz, 2002)

Období nástupu do vzdělávacího prostředí je pro dítě velmi významné, a proto je velmi důležité, aby dítě dosahovalo všech aspektů pro úspěšné zvládnutí tohoto mezníku, tzv. školní zralosti. Školní zralostí se rozumí dosažení určité úrovně fyzické, psychické a emocionálně – sociální. Úroveň odpovídá tomu, aby dítě úspěšně zvládlo nároky na něj kladené ve škole. Za jeden z aspektů je považována právě komunikace. Úroveň komunikační schopnosti ale nelze hodnotit jen izolovaně, nýbrž v souvislosti s ostatními vývojovými oblastmi (tj. hrubá motorika, jemná motorika, zraková percepce, grafomotorika, lateralita), jelikož tyto oblasti významně ovlivňují komunikační kompetence dítěte. (Bendová, 2011)

Úroveň komunikační schopnosti se může lišit dítě od dítěte. Každé dítě je individualitou a to zahrnuje i tempo samotného psychomotorického vývoje. Bendová (2011) vymezuje komunikaci dětí zahajující školní docházku dle čtyř jazykových rovin.

„ (...) *Foneticko-fonologická rovina jazyka by při vstupu dítěte do školy měla být zcela vyzrálá, tj. bez deficitu v oblasti fonematické diferenciaci hlásek, a to zejména sykavek, znělých a neznělých souhlásek, krátkých a dlouhých samohlásek, ale i slabik di-*

ti-ni X dy-ty-ny.“ (Bendová, 2011, s. 13) Pokud dítě neslyší rozdíly mezi jednotlivými hláskami, pak jeho výslovnost není adekvátní a ani při edukačním procesu dítě nebude úspěšné – problémy v osvojování psaní a čtení. Dítě před zahájením školní docházky by mělo zvládnout rozlišit první a poslední hlásku slova a dokázat slabikovat. V této oblasti je důležité neopomenout oblast sluchové paměti – kdy dítě by ji mělo mít na takové úrovni, aby dokázalo reagovat na úkoly či zapamatovat si informace. (Bendová, 2011)

Lexikálně-sémantická rovina jazyka by měla být na dobré úrovni, aby docházelo k úspěšné vzájemné komunikaci a k dostatečnému porozumění. Dítě by mělo mít v aktivní slovní zásobě okolo 3000 slov, díky nimž bude moci adekvátně formulovat myšlenky a plnit úkoly.

Morfologicko-syntaktická rovina neboli gramatická stránka řeči, by měla obsahovat všechny slovní druhy. Projev dítěte by měl být bez gramatických chyb – správný slovosled, tvarosloví, časování atd. (Klenková, Kolbábková, 2003)

Pragmatická rovina by měla být adekvátní, což znamená, že dítě by nemělo být komunikačně pasivní. Dítě zahajující školní docházku by mělo umět navazovat kamarádské vztahy, vyžádat chtěné informace, projevit přání. Nechuť k mluvení – překonání určité překážky, může být i psychického rázu, kdy je v dítěti vyvolává nejistota, popřípadě tréma. (Bendová, 2011)

3.1 Poruchy řeči u dětí zahajujících školní docházku

Bakalářská práce je zaměřena na cílovou skupinu dětí nastupující do běžných základních škol. A proto budou v bakalářské práci popsány pouze ty vývojové poruchy řečové komunikace, které jsou uváděny v odborné literatuře u dané cílové skupiny jako nejfrekventovanější. Lechta (1990) upozorňuje, že dle statistik přichází do základních škol prvních tříd až 40 % procent dětí s narušenou komunikační schopností.

„O narušení komunikační schopnosti mluvíme u dítěte školního věku tehdy, jestliže některá z výše uvedených jazykových rovin (popř. několik rovin současně) působí

v průběhu komunikačního procesu rušivě, a to vzhledem k naplnění komunikačního záměru dítěte.“ (Bendová, 2011, s. 16)

Odchytky se pak také týkají forem komunikace, komunikačních situací (individuální, skupinové), typů komunikace (verbální, grafické, neverbální). Narušení lze sledovat v percepci a v expresi v rámci komunikace. Což znamená v porozumění a ve vyjádření. Odchylek si dítě může být vědomo, nebo nemusí. (Bendová, 2011)

V rámci poruch řečové komunikace se dle Klenkové a Kolbábkové (2003) nejčastěji setkáváme s opožděným vývojem řeči prostým. **Opožděný vývoj řeči** se projevuje opožděným nástupem osvojování řeči či naprostým mlčením. Opožděný vývoj řeči může být symptomem jiných postižení. Při diagnostice je zde nejdůležitější přijít na příčinu daného opoždění. Příčiny mohou být různého charakteru – od sluchové vady, sníženého intelektu, přítomnosti poruchy autistického spektra, anomálie mluvidel (rozštěpy rtu, patra), nepodnětné a nestimulující prostředí. Dané opoždění může zasahovat všechny jazykové roviny, nebo jen některé z nich. Jednotlivé projevy se mění v rámci vývojových stupňů. Zprvu je typická narušená obsahová stránka řeči a to především větší pasivní slovní zásoba, než aktivní. Poté viditelně špatná výslovnost apod. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Další poruchou je **vývojová dysfázie**. Tato porucha je typická mnoha symptomy, kde nejdominantnější je nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. V rámci řečové komunikace se dítě může projevovat naprostou nemluvností až po nesrozumitelný agramatický projev. Tato porucha zasahuje expresivní i receptivní stránku řeči. (Neubauer, 2014) Příčinou je difuzní poškození mozku dítěte v prenatálním, perinatálním či postnatálním období dítěte, tzn. do prvního roku života dítěte. Vývojová dysfázie se dělí na motorickou, senzickou a smíšenou. U motorické vývojové dysfázie patří mezi hlavní symptomy: opožděný vývoj řeči, obtíže v expresi, malá aktivní zásoba, ztráta zájmu o verbální komunikaci. Senzorická vývojová dysfázie je charakteristická neporozuměním obsahu řeči. Typický je aktivní bohatý slovník, který je ale deformovaný. Dále dítě užívá echolálie (opakování), má problém s fonologickou diferenciací. Problémy děti mívají v orientaci v čase a v prostoru. Častá bývá nevyhraněná lateralita.

Setkat se lze s **huhňavostí** (rhinolalií), kdy dítě má velofaryngeální insuficienci. Což znamená, že dítěti neplní funkci jeho patrohltanový uzávěr a v důsledku toho dochází

k poruše zvuku řeči. Řeč je huhňavá a špatně srozumitelná. Huhňavost může být otevřená, která je typická pro zvýšení nosovosti řeči. To dochází kvůli neschopnosti patrohltanového uzávěru dovřít a uniká vzduch do rezonančních dutin. A huhňavost zavřená, kdy dochází k patologickému snížení nosovosti. Etiologií této poruchy jsou především anomálie mluvidel – rozštěpy patra, vrozené zkrácené patro a dále obrny měkkého patra apod.

Koktavost (balbuties) je také jednou z poruch, kterou trpí děti zahajující povinnou školní docházku. Tato porucha patří mezi poruchy narušení plynulosti řeči. Projevy mohou být nápadné, nebo pro okolí skryté. Pro dítě s balbuties to je ale velmi závažnou překážkou pro komunikaci. Hlavním projevem poruchy je křečovitě přerušování projevu, které dítě není schopno ovládat. Vnitřní příznaky jsou pak psychické potíže, které se odvíjejí od problémů s komunikací. U takového dítěte pak může nastat logofobie, kdy dítě má strach komunikovat a vyvolává to v něm psychické napětí. (Škodová, Jedlička, 2007)

Jako protiklad se uvádí **breptavost** (tumultus sermonis), která je charakteristická pro nadměrně zrychlené tempo řeči. Řeč je překotná, nesrozumitelná. V projevu dochází k redukci slabik, přehazování hlásek či nedokončování slov. Doprovodným projevem může být motorický neklid dítěte. Dítě má problémy v rámci prozodie řeči (melodie, rytmus). Na rozdíl od koktavosti, dítě s breptavostí si není jeho odchylnosti vědom. (Klenková, Kolbábková, 2003)

U dětí zahajující školní docházku se můžeme setkat s poruchou komunikace – **mutismem**. Dle Škodové (2007) je mutismus definován jako ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí. U dětí mutismus vzniká nejčastěji po těžké životní zkušenosti, traumatu, při zvýšené tlaku na dítě, při neadekvátní emoční podpoře apod. Mutismus rozlišujeme na totální mutismus, elektivní mutismus a surdomutismus. Totální mutismus je příznačný neschopností jedince komunikovat kdekoliv a s kýmkoliv. Elektivní mutismus je situačně vázaný. Dítě je schopno komunikovat v některých situacích, za přítomnosti některých osob apod. A surdomutismus je stav, kdy je neschopnost rozšířena i na oblast sluchového vnímání. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Jako poslední a nejčastější poruchou Klenková a Kolbábková (2003) uvádějí **dyslálii**. Dyslalie je poruchou řečové komunikace, kdy jedinec vytváří špatné percepčně – motorické vzory hlásek. Dítě může hlásku buď vynechávat (mogilalie), nahrazovat (paralalie), nebo tvořit naprosto chybně, kdy se poruchy označují příponou – ismus. U dyslalie je důležité rozlišit, zda jde o fyziologicky chybně tvořenou hlásku, což je pro dítě přirozeným stavem v rámci vývoje řeči. Nebo zda jde o patologicky tvořenou hlásku, kdy si z různých příčin nedokáže osvojit správný percepčně – motorický vzor hlásky či jejich skupin. Toto rozlišení má velký význam pro následnou logopedickou intervenci. (Salomonová in Škodová, Jedlička, 2007) Následná tabulka slouží pro představu vývoje osvojování hlásek.

Tabulka č. 2 – Vývoj artikulace jednotlivých hlásek

Věk dítěte	Vývoj artikulace
Od 1 roku do 2,5 roku	b, p, n, a, o, u, i, e j, d, t, n, l – artikulační postavení těchto hlásek se upravuje po třetím roce věku dítěte a následně má vliv na artikulační vývoj hlásky r
Od 2,5 roku do 3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
Od 3,5 roku do 4,5 roku	bě, pě, mě, vě, ď, ť, ň
Od 4,5 roku do 5,5 roku	č, š, ž
Od 5,5 roku do 6,5 roku	c, s, z, r
Od 6,5 roku do 7 let	Ř a diferenciaci č, š, ž, a c, s, z

(Jurnečková, Vysoudilová in Salomonová, 2007)

4 Možnosti realizace logopedické intervence u dětí zahajujících povinnou školní docházku

V České republice je logopedická péče poskytována ve třech rezortech, a to v rámci ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstva zdravotnictví a v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Logopedi ale také působí i v nestátním sektoru.

Logopedická intervence u cílové skupiny by měla vždy probíhat za aktivní spoluúčasti zákonných zástupců. Rodiče by měli být nejen přítomni intervencím, ale být i plnohodnotným tzv. koterapeutem = partnerem logopeda, který se podílí na terapii svého dítěte. Díky instrukcím logopeda může s dítětem cvičit a tak velmi přispět k úspěšnému odstranění poruchy komunikace. Dále se rodič stává prostředníkem mezi logopedem a pedagogickými pracovníky, kdy vzájemná kooperace přispívá k úspěšné edukaci. (Bendová, 2011)

„V důsledku narušené komunikační schopnosti se vyskytují u poměrně velkého počtu dětí potíže projevující se v edukačním procesu mateřské i základní školy, mohou mít problémy, které se projeví v oblasti sociální a psychické“. (Klenková, 2006, s. 213)

Na tento fakt reaguje vzdělávací systém v kompetencích ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, který poskytuje programy už od primárního vzdělávání. Co se týče legislativního ukotvení, existuje *Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*, které vymezuje podmínky organizace, její koordinace, kvalifikačních předpokladů a rozsahu kompetencí pracovníků – logoped, logopedický asistent, kteří působí právě v tomto rezortu.

V rámci školství je logopedická činnost poskytována **logopedy – speciálními pedagogy**, kteří mají odbornou kvalifikaci magisterského vysokoškolského studia v oblasti speciální pedagogiky – logopedie. Pokud se logoped pohybuje mezi žáky se sluchovým postižením, je nutná znalost oboru surdopedie a schopnost komunikovat ve znakovém jazyce. Kompetence logopeda jsou prevence, diagnostika a terapie poruch komunikace, tzn. komplexní logopedická intervence. Dále poradenská činnost, koordinování a metodické vedení ostatních pedagogických pracovníků s dítětem s poruchou komunikace. Další pozici v tomto odvětví zastává **logopedický asistent**. Asistent pracuje pod vedením logopeda. Odborné znalosti má skrze absolvování

vysokoškolského bakalářského studia speciální pedagogiky – logopedie, nebo vzdělání pro učitele mateřských, základních, středních škol či vychovatele a k tomu má absolvován kurz nebo program celoživotního vzdělávání zaměřený na speciální pedagogiku. Logopedický asistent má kompetence pro výkon logopedické intervence, depistáž dětí s poruchou komunikace a to pod vedením logopeda.

Logopedická péče v rámci mateřských škol je uskutečňována díky logopedickým asistentům, kteří úzce spolupracují s logopedickými pracovišti. (Neubauer, 2014) Pro děti, které nejsou schopné se účastnit běžného vzdělávacího proudu, jsou vytvořeny logopedické třídy při mateřských školách. Pokud charakter poruchy vyžaduje ještě větší koncentraci speciálně-pedagogického působení, děti jsou řazeny do mateřských škol logopedických. (Klenková, 2006) Následným řešením jsou programy základních a speciálních škol logopedických. Jejich programy snoubí dlouhodobý terapeutický proces se vzděláváním a výchovným procesem. Pro úspěšnost tohoto procesu je upraven počet dětí na třídu, kterou tvoří maximálně 14 žáků. Terapie probíhá v rámci individuálních i skupinových logopedických intervencí, které jsou vtěsnány do klasického rozvrhu dětí. Hlavní cíl těchto institucí je po úspěšné intervenci začlenit dítě zpátky do kmenových škol. (Neubauer, 2014)

Další významnou institucí jsou **speciálně pedagogická centra**. Speciálně pedagogická centra (SPC) patří mezi školská poradenská zařízení. Z toho vyplývá, že jejich primární funkcí není poskytování logopedické terapie pro děti s poruchou komunikace. Působení SPC je vymezeno v zákoně č. 561/2004 SB., Školský zákon a ve vyhlášce č. 197/2016 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. SPC poskytují komplexní víceoborovou diagnostiku, poradenskou činnost, depistáže, tvorbu individuálního plánu péče apod. S ohledem na četnost výskytu poruch komunikace u dětí se tato péče poskytuje i v rámci jinak specializovaných speciálně pedagogických center (například pro děti s tělesným či mentálním postižením). V reakci na trend inkluzivního vzdělávání se SPC zabývají jejich doporučeními. Pracovníci spolupracují s pedagogy na splnění edukativních podmínek k úspěšné inkluzi. Stanovují podpůrná opatření, kontrolují plnění individuálního vzdělávacího plánu, provádějí hospitační činnost. (Bendová, 2011)

V rámci rezortu ministerstva zdravotnictví se logopedická intervence poskytuje jako činnost diagnostická, terapeutická a preventivní a to nejčastěji v logopedických ambulancích, popřípadě v soukromých klinikách. Jedná se o nestátní organizace, které pracují na základě smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Logopedickou péči zde poskytují kliničtí logopedi, kteří mají magisterské vzdělání se státní zkouškou z logopedie a surdopedie a složili atestační zkoušky. Neopomenutelnou součástí jsou pracoviště při lůžkových zařízeních (léčeben, rehabilitačních ústavů apod.), která poskytují dlouhodobější péči a následně spolupracují s ambulancemi. (Neubauer, 2014)

Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí je poskytována jako součást komplexní rehabilitace v institucích sociální péče pro děti a mládež. Zde logoped pracuje s osobami s těžkým postižením, od mentálních přes tělesné postižení ke kombinovaným postižením. Zde v rámci rehabilitace a rozvoje komunikační schopnosti využívají poznatků alternativní a augmentativní komunikace. (Klenková, 2006)

4. 1 Identifikace dětí s poruchou komunikace před zahájením školní docházky

Za ideálních podmínek by dítě při zahájení povinné školní docházky nemělo vykazovat známky závažnějších obtíží v oblasti řečové komunikace. Pro dítě je vstup do školy jeden z nejdůležitějších mezníků a vše co by mohlo ovlivňovat nejen komunikaci mezi účastníky výchovně – vzdělávacího procesu, ale i edukační proces jako samotný, je pro dítě nežádoucí. (Bednářová, Šmardová, 2010)

K identifikaci dítěte s poruchou komunikace slouží hned několik opatření v rámci prevence. Jako tím nejpřirozenějším opatřením se zdá být kontrola a zájem rodičů, kteří by jako první měli zjistit, že vývoj řeči jejich dítěte není srovnatelný s normou. Ale ne každý rodič je schopen objektivně posoudit úroveň komunikačních dovedností svého dítěte.

Jako další opatření je působení pediatrů. Dle vyhlášky č. 70/2012 o preventivních prohlídkách jsou děti kontrolovány v pravidelných časových intervalech. U dítěte

se mimo zdravotního stavu vyšetřuje i dosažená úroveň vývoje, nevyjímaje řečové komunikace. Právě pediatři bývají častým iniciátorem pro zahájení logopedické péče.

V rámci mateřských škol poskytují prevenci paní učitelky, popřípadě logopedické asistentky. Ty v rámci každodenního kontaktu s dítětem, dokáží rozpoznat, zda jde o odchylný vývoj řeči. V rámci edukačního procesu poté mohou korigovat fyziologický vývoj řeči, a popřípadě mají za úkol zkontaktovat rodiče a doporučit dítě do péče logopeda. (Kutálková, 2005)

Jako další podpůrné opatření v rámci prevence je působení speciálně pedagogických center pro děti s vadami řeči. Jeden z jejich úkolů je depistáž dětí s poruchou komunikace. A následně řešení úpravy podmínek edukačního procesu pro zdárné splnění všech požadavků, které jsou na dítě kladeny.

Taktéž při zahajování povinné školní docházky dochází k hodnocení úrovně komunikačních dovedností a to ve vztahu celkové vyspělosti dítěte. V daném kontextu lze hovořit o tzv. **školní zralosti**. Školní zralost je definována jako stupeň vývoje, kdy je dítě připraveno po všech stránkách na požadavky a situace spojené se zahájením školní povinné docházky. Jednotlivé stránky pojímají oblasti zdravotní, psychické a sociální. Stanovení školní zralosti je v závislosti na komplexní vyzrállosti organismu v oblastech:

- tělesná zralost – započítí výměny chrupu, výška kolem 120 cm a váha kolem 22 kg;
 - rozumová zralost – řeč je rozvinutá po formální stránce (vyslovnost), tak po obsahové, cílená koncentrace, zraková percepce, logická paměť, motorika, cílený zájem apod.;
 - citová zralost – emoční stabilita, schopnost socializovat se;
 - sociální zralost – souvisí se vztahy ve skupině, akceptace autority apod.
- (Boďová in Rádlová a kol., 2004)

Právě kvůli nedostatečnému rozvoji komunikačních dovedností může být dítě limitováno v oblasti výchovně – vzdělávacího procesu. Limity ve foneticko – fonologické rovině se projevují především v oblasti čtení a psaní. Jedinec kvůli nedostatečné sluchové diferenciaci nerozezná sykavky, měkké a tvrdé slabiky, délku samohlásek apod. Při čtení

zas dítě není schopno spojovat písmena do slabik a slabiky do slov. To zpravidla vede k nepřesnému a pomalému čtení. Limity lexikálně – sémantické roviny, které se projevují malou aktivní či pasivní slovní zásobou mohou vést k bariéře v komunikaci (nepochopení požadavků apod.) V morfologické oblasti se limity a mohou projevovat především v tzv. sníženým jazykovým citem, který je typický pro specifické poruchy učení.

A právě proto by měli být schopni identifikace komunikačních obtíží pedagogové působící v prvních třídách základních škol. Měli by být schopni provést orientační vyšetření kvality mluvního projevu a popřípadě zacílili své působení na podporu komunikačních dovedností dítěte. Pro optimalizaci výchovně – vzdělávacího procesu je vhodné konzultovat možnost logopedické péče s rodiči. (Bendová, 2011)

5 Uvedení do problematiky prakticky orientované části bakalářské práce

Praktická část bakalářské práce je věnována problematice informovanosti rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence, která je či byla poskytována jejich dětem. Šetření bylo zacíleno právě na tuto cílovou skupinu, jelikož se v praxi setkáváme s faktem, že děti často zahajují povinnou školní docházku s určitou vývojovou poruchou komunikace. Tato skutečnost je rodiči buď přehlédnuta, ignorována, nebo nemají dostatečnou sadu informací, které by napomohly k řešení situace. Pro dítě je zahájení školní docházky obrovským mezníkem, kdy je zapotřebí, aby dítě bylo co nejlépe připraveno pro úspěšný start.

5.1 Cíle šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit jaký mají rodiče dětí předškolního věku a dětí zahajující školní docházku přehled o logopedické intervenci.

Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím cílů dílčích:

C1: Specifikovat, jaké mají rodiče dětí předškolního věku a dětí zahajujících povinnou školní docházku povědomí o poskytování logopedické intervence.

C2: Vytvořit informační materiál sloužící ke zvýšení povědomí rodičů o realizaci logopedické intervence u mladšího školního věku.

V rámci výzkumné části bakalářské práce bude také ověřována výzkumná otázka: „*Je mezi dětmi zahajujícími povinnou školní docházku minimálně 40 % dětí s narušenou komunikační schopností?*“. Tato výzkumná otázka byla definována na základě výzkumného předpokladu, že většina statistik uvádí, že do první tříd základních škol přichází okolo 40 % dětí s vadnou výslovností. (Lechta, 1990)

5.2 Charakteristika výzkumné metody, místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Za účelem získání dat byla v rámci výzkumného šetření zvolena dotazníková metoda.

Chrátka (2016, s. 158) definuje dotazník jako: „(...) *soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ Jedná se o velmi frekventovaný prostředek pro získání dat pro kvantitativní výzkum. Otázky mohou být kladeny ke zjištění vztahům vnějším (názory), nebo vnitřním (postoje, motivy, citové vztahy apod.). Otázky v dotazníku jsou jmenované jako položky, jelikož některé z nich nemusí mít tázací formu, ale formu direktivní (př.: „*vyberte jednu z položek*“).

Dále se položky dělí na **obsahové** a **funkční**. Obsahové informují stěžejními údaji. Funkční položky se ještě dělí na kontaktní, funkcionálně psychologické, filtrační a kontrolní. **Kontaktní** jsou ty, které vytváří kontakt mezi respondentem a dotazovatel a jsou užívány na začátku dotazníku – plní funkci úvodu. Mezi **funkcionálně psychologické** položky patří otázky, které splňují funkci přemostění (při změně tématu). Jejich další funkcí je odreagování respondenta, aby nedocházelo ke stereotypnímu odpovídání. **Kontrolní** položky slouží k ověření věrohodnosti odpovědí. Zde platí pravidlo, aby kontrolní otázky nebyla přímo položena po otázce, kterou chceme ověřit. **Filtrační** položky se užívají tehdy, když je nutno vyřadit určitý typ respondentů.

Dle formy požadované odpovědi se dělí položky na otevřené (nestrukturované), uzavřené (strukturované) a polouzavřené. Ty **otevřené** jsou specifické tím, že respondent nemá na výběr z daných odpovědí, ale je jim položen dotaz, na který mají vyjádřit svůj názor. Tato forma skýtá nevýhodu tu, že při zpracování volných odpovědí je nutno vytvořit určitou kategorizaci odpovědí sloužící k přehlednosti a tím pádem dochází k určité ztrátě informací. Otevřené položky jsou vhodné pro funkcionálně psychologické či kontaktní typy otázek. Na druhé straně jsou položky **uzavřené**. Zde respondent vybírá jednu z možností. V tomto je nevýhodou, že respondent se musí vtěsnat mezi předem stanovené odpovědi. Výhody se skýtají ve snadnějším vyhodnocování dotazníku a také v určité větší ochotě respondentů vyplnit tento typ položek. To díky rychlosti a snadnosti tohoto typu. Třetím typem jsou **polouzavřené** položky, kde respondenti

vybírají buď jednu z předepsaných odpovědí, nebo volí možnost vyjádřit se k tématu svévolně.

Pro úplnost ještě existují položky tzv. **škálové**, kdy respondenti vybírají jeden z bodů na dané škále. Dále **stupnicové**, kdy respondent řadí odpovědi dle určitého kritéria. (Chrátka, 2016)

Dotazník využitý v rámci této bakalářské práce byl koncipován 17 položkami. Položky byly voleny se záměrem zjistit důležité informace pro naplnění cílů bakalářské práce. Zvoleno bylo 6 uzavřených položek, 5 polouzavřených položek a 6 otevřených položek. Z hlediska účelnosti položek, byly zvoleny jak obsahové, tak funkční formy (kontrolní, filtrační a kontaktní) Vzor dotazníku je součástí přílohy A.

Pro statistické zpracování výsledků byl zvolen počítačový program Microsoft Excel.

S ohledem na téma bakalářské práce byla zvolena **cílová skupina** pro praktickou část, a to rodiče dětí předškolních a dětí zahajující povinnou školní docházku. Rodiče jsou hlavními iniciátory pro zahájení jakékoliv činnosti týkající se jejich dětí, a právě proto byli vybráni. Osloveni byli rodiče, kteří mají své děti v předškolním věku. To znamená ve věku, kdy jsou poslední rok v mateřské škole. Pro výzkumnou část bylo započítáno 100 rodičů dětí z mateřských škol. A také rodiče, jejichž děti už zahájily povinnou školní docházku v tomto školním roce (2016 – 2017). Z této cílové skupiny bylo započítáno 120 respondentů.

5. 3 Místa realizace výzkumného šetření

Dotazníky byly distribuovány osobně či na základě ochoty třídních učitelek na třech základních školách v Hradci Králové. Jmenovitě na Základní škole Úprkova, na Základní škole Štefcova a na Základní škole Jiráskovo náměstí. V rámci třech škol byl podán počet dotazníků odpovídající počtu dětí v prvních třídách, což čítalo 160 kusů. Z celkového počtu se vrátilo 134 dotazníků, z nichž 14 bylo vyřazeno pro neúplnost výpovědí na stěžejní otázky. Konečný počet dotazníků ke zpracování výzkumné otázky dělá 120 kusů, což je 89,6 %.

Jelikož do cílové skupiny byli řazeni i rodiče dětí v mateřských školách, byly dotazníky distribuovány i mezi ně. Oslovování rodičů dětí v mateřské škole bylo složitější, jelikož v období provádění výzkumu neměli rodiče žádnou třídní schůzku. Mezi oslovené mateřské školy patří Mateřská škola Štefcova, Mateřská škola Zvoneček, Mateřská škola Holubova, Mateřská škola Vysoká nad Labem. Mezi jednotlivé mateřské školy byl rozdán odpovídající počet dotazníků – 200 kusů. Z celkového počtu se vrátilo 103 dotazníků, ze kterých byly 3 vyčleněny pro jejich neúplnost. Konečný počet od této cílové skupiny pro zpracování výzkumné části bylo 100 kusů, což dělá z celkového počtu 50 %.

Cílová místa šetření byla vybrána náhodně. Jedním z aspektů výběru byla ochota pedagogů mateřských a základních škol zapojit se do realizace dotazníkového šetření a zprostředkovat dotazníky cílové skupině, tzn. rodičům dětí předškolního věku a rodičům dětí, kteří v letošním roce zahájili povinnou školní docházku.

5. 4 Charakteristika průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo zahájeno na prvních rodičovských schůzkách na počátku akademického roku, tzn. v září loňského roku. Díky ochotě pedagogů a především rodičů se mi okamžitě dostalo do rukou dostatečné množství vyplněných dotazníků. K rodičům dětí předškolního věku se dotazníky dostaly pomocí práce pedagožek, kdy při vyzvednutí dítěte z mateřské školy rodiče dostali můj dotazník na zpracování domů. Tento sběr trval od září do prosince.

Pro vyhodnocení nasbíraných dotazníků byly vyhrazeny dva měsíce (leden, únor), což se ukázalo jako dostatečně dlouhá doba pro jejich zpracování.

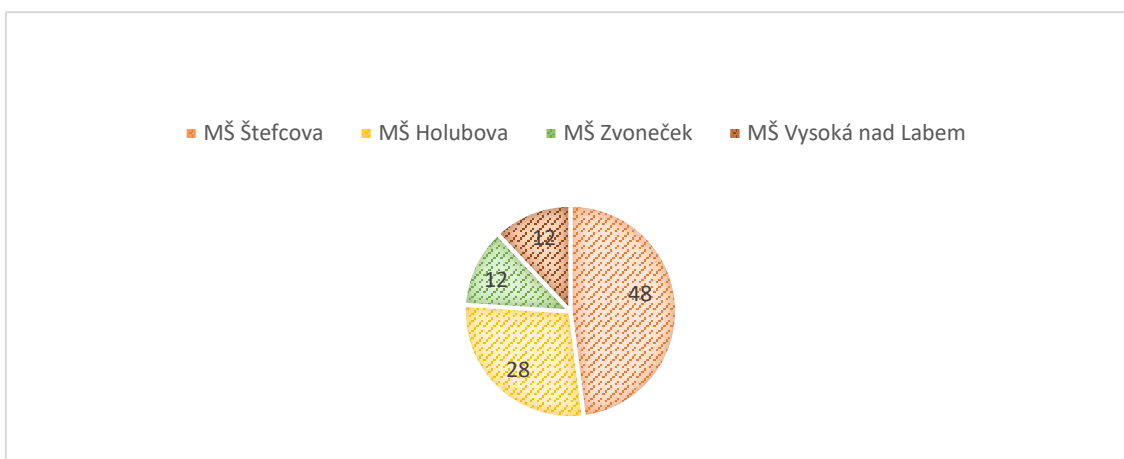
6 Informovanost rodičů v oblasti poskytování logopedické intervence

V této části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky provedeného šetření. Výsledky jsou analyzovány a interpretovány s vizuální podporou v podobě grafů.

Pro účely zpracování hlavního cíle prakticky orientované části bakalářské práce tj. zjištění jaké povědomí mají rodiče dětí předškolních a dětí zahajujících povinnou školní docházku o logopedické intervenci, byly zpracovány následující položky dotazníku.

6.1 Povědomí o poskytování logopedické péče u rodičů dětí z mateřských škol

Cílová skupina **rodičů dětí z mateřských škol** čítala 100 respondentů. Z Mateřské školy Štefcova odpovědělo 48 rodičů, z Mateřské školy Holubova 28 rodičů, z Mateřské školy Zvoneček a z Mateřské školy Vysoká nad Labem po 12 rodičů.



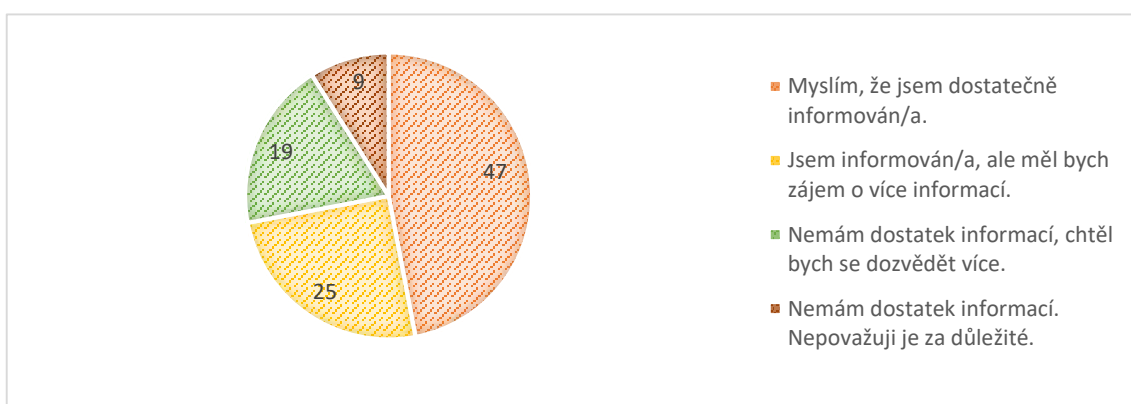
Graf č. 1 – Zastoupení rodičů z mateřských škol

Jedna z nejdůležitějších položek dotazníku byla položka číslo 2., kde rodiče měli za úkol odpovědět na otázku: „*Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o možnostech poskytování logopedické péče?*“ Zde měli rodiče na výběr ze čtyř možností a to:

- „*Myslím, že jsem dostatečně informován/a.*“
- „*Jsem informován/a, ale měl/a bych zájem o více informací.*“

- „*Nemám dostatek informací, chtěl/a bych se dozvědět více.*“
- „*Nemám dostatek informací. Nepovažuji je za důležité.*“

Tato položka byla volena jako filtrační. Z celkového počtu 100 respondentů odpovědělo kladně, tj. ve smyslu, že jsou informováni 47 respondentů (47 %). 25 respondentů uvedlo odpověď, že sice informováni jsou, ale měli by zájem o více informací (25 %). Celkem 19 respondentů uvedlo (19 %), že nemají dostatek informací a rádi by nějaké informaci. A nedostatek informací bez zájmu o nějaké uvedlo 9 respondentů (9 %).



Graf č. 2 – Subjektivní posouzení informovanosti rodičů

Pro ověření skutečnosti, kdy rodiče subjektivně posoudili (resp. se vyjádřili), že jsou informováni, byly položeny kontrolní položky.

Za prvé: „*Hlavní záměr realizace logopedické péče je podle Vás:*“

- „*Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami učení.*“
- „*Diagnostika, terapie, prevence pro osoby s poruchami řeči (komplexní podpora rozvoje řeči).*“
- „*Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami jemné motoriky.*“
- „*Diagnostika a terapie pro osoby s poruchami příjmu potravy.*“

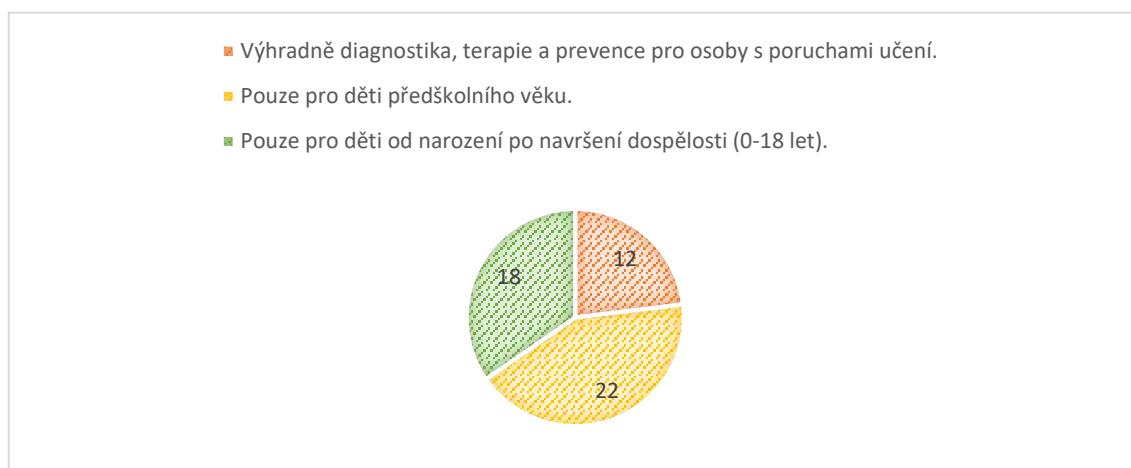
Za druhé: „*Komu je podle Vás určena logopedická péče?*“

- „*Pouze pro děti předškolního věku.*“
- „*Pouze pro děti od narození po navršení dospělosti (0-18 let).*“

- „*Pouze pro osoby seniorského věku.*“
- „*Pro děti od útlého věku, přes dospělé až po osoby seniorského věku.*“

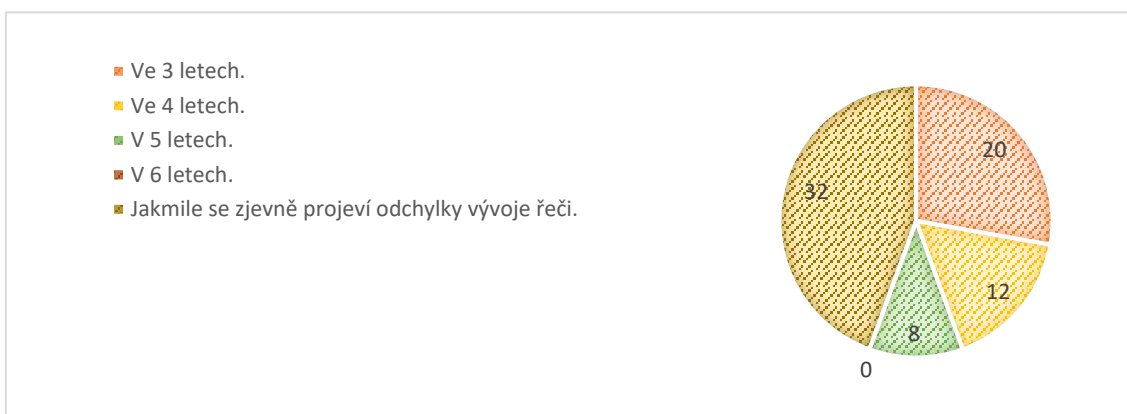
Z počtu rodičů, kteří posoudili, že informováni jsou (72), dokázalo správně odpovědět 31 z nich (43 %). 41 (57 %) dotazovaných odpovědělo na kontrolní otázku jednou ze špatných odpovědí. Mezi vybranými odpověďmi se objevovaly tyto tři možnosti:

- „*Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami učení.*“
- „*Pouze pro děti předškolního věku.*“
- „*Pouze pro děti od narození po navršení dospělosti (0-18 let).*“

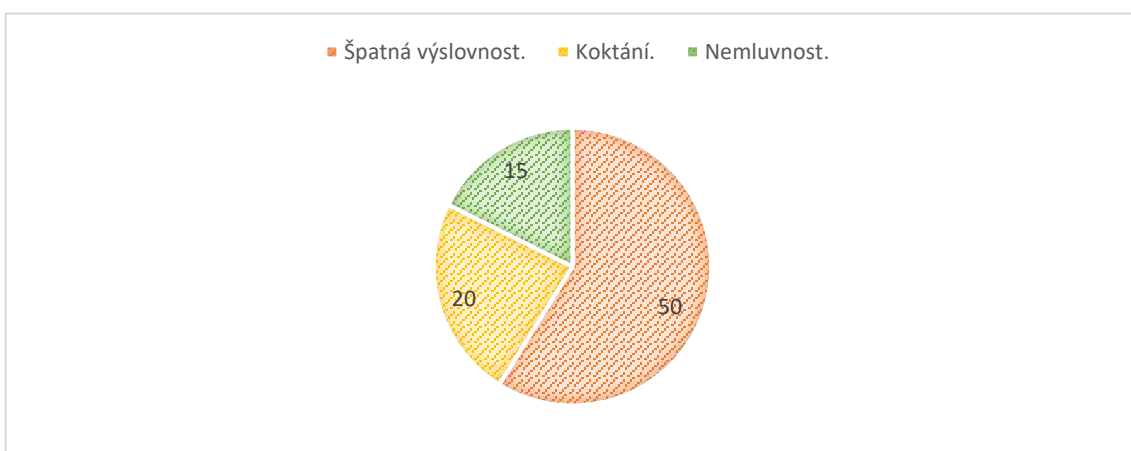


Graf č. 3 – Výčet špatných odpovědí

Další položkou pro ověření, zda mají adekvátní informace, byla otázka zaměřena na hledisko časové a to: „*Kdy si myslíte, že je vhodné započít s logopedickou péčí?*“ Zde rodiče volili z možností ve 3 letech, ve 4 letech, v 5 letech, v 6 letech nebo hned jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči. Při této odpovědi, měli za úkol specifikovat, co jsou odchylky vývoje řeči vlastními slovy. Zde 32 rodičů (44 %) zvolilo správnou odpověď – hned jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči. 20 respondentů (28 %) se přiklonilo k možnosti – ve 3 letech. K možnosti ve 4 letech se přiklonilo 12 respondentů (17 %) a k věku 5 let se přiklonilo 8 respondentů (11 %). Respondenti specifikovali odchylky řeči nejčastěji špatnou výslovností (50x – 59 %), koktáním (20x – 23,5 %), nemluvením (15x – 17,5 %).

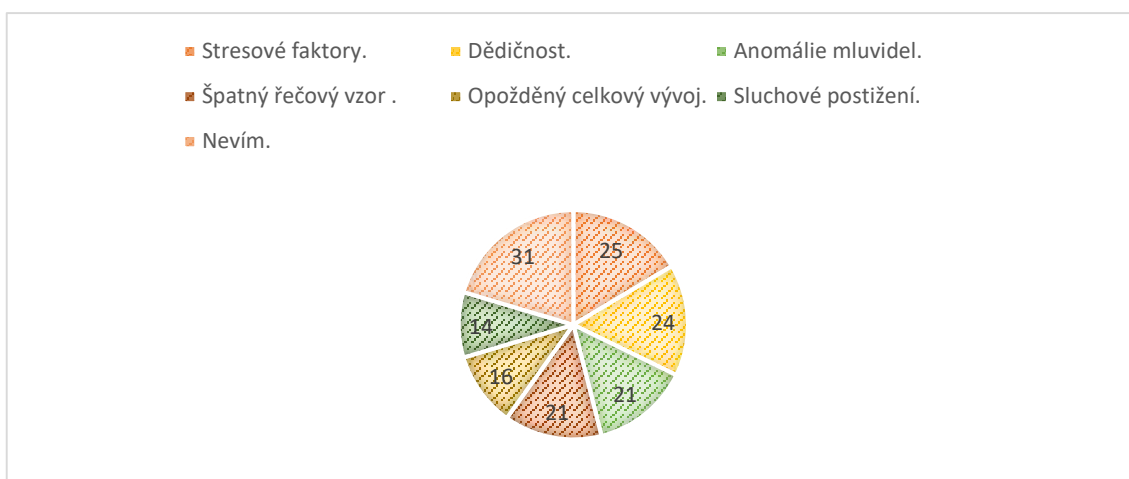


Graf č. 4 – Správný čas zahájení logopedické péče dle respondentů



Graf č. 5 – Nejčastější poruchy komunikace dle respondentů

Jedna z otevřených položek se věnovala faktorům, které způsobují problémy s řečí. Respondenti měli za úkol odpovědět vlastními slovy na otázku: „*Co si myslíte, že způsobuje odchylky řeči/ problémy s řečí?*“ Odpovědi na tuto otázku byly velmi různorodé a bylo nutno je generalizovat. Mezi nejvíce vyskytované odpovědi patří: *psychické faktory (25x), dědičnost (24x), anomálie mluvidel (21x), špatný řečový vzor (21x), opožděný celkový vývoj (16x), sluchové postižení (14x)*. Odpověď *nevím* se objevila celkem 31krát (43 %). Pro úplnost uvedu pár odpovědí, které nebyly zařazeny mezi jednotlivé skupiny a to: „*dlouhodobé používání dudlíku, rodiče málo čtou pohádky dětem, nemají potenciál k správnému vývoji řeči*“.

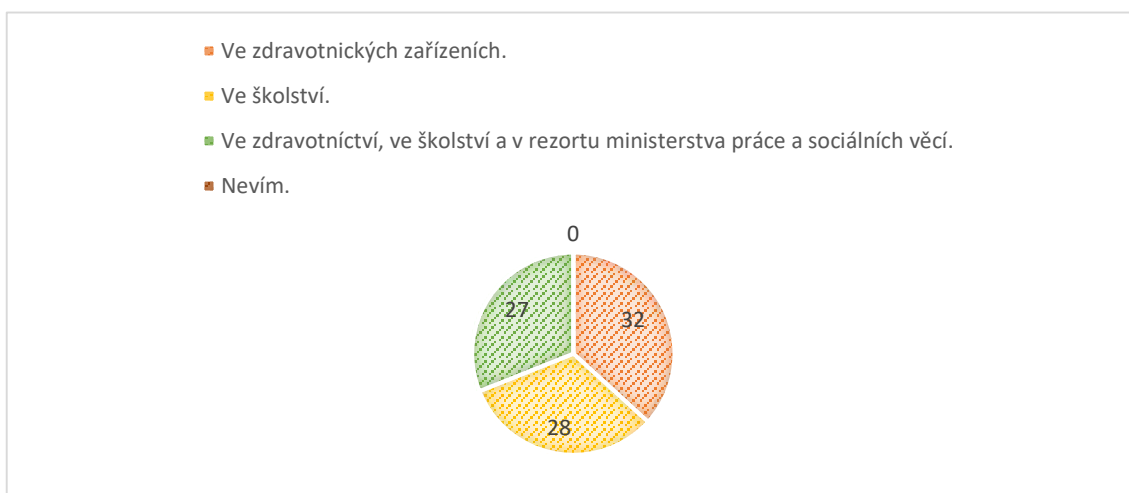


Graf č. 6 – Faktory ovlivňující vývoj řeči dle respondentů

Jednou z dalších kontrolních položek byla otázka zaměřena na možnosti realizace logopedické intervence a to v rámci rezortů. „*Logopedická péče může být dle Vás poskytována (lze uvést více možností):*“

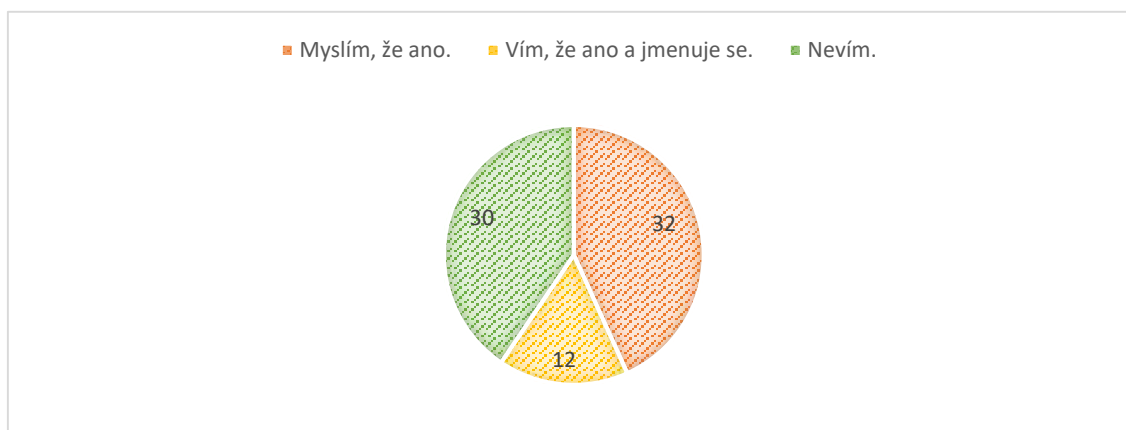
- „*Ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, rehabilitační ústavy, soukromé logopedické ambulance).*“
- „*Ve školství (mateřská škola, základní škola, speciální poradenská centra)*“
- „*Ve zdravotnictví, ve školství a v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí (denní stacionáře, domy pro seniory, domy pro osoby se zdravotním postižením).*“
- „*Nevím.*“

Na tuto otázku správně odpovědělo z celkových 72 dotazovaných 27 osob (37,5 %), kteří zvolili odpověď třetí, tzn.: „*Ve zdravotnictví, ve školství a v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí (denní stacionáře, domy pro seniory, domy pro osoby se zdravotním postižením).*“



Graf č. 7 – Možnost poskytování logopedické péče v rezortech dle respondentů

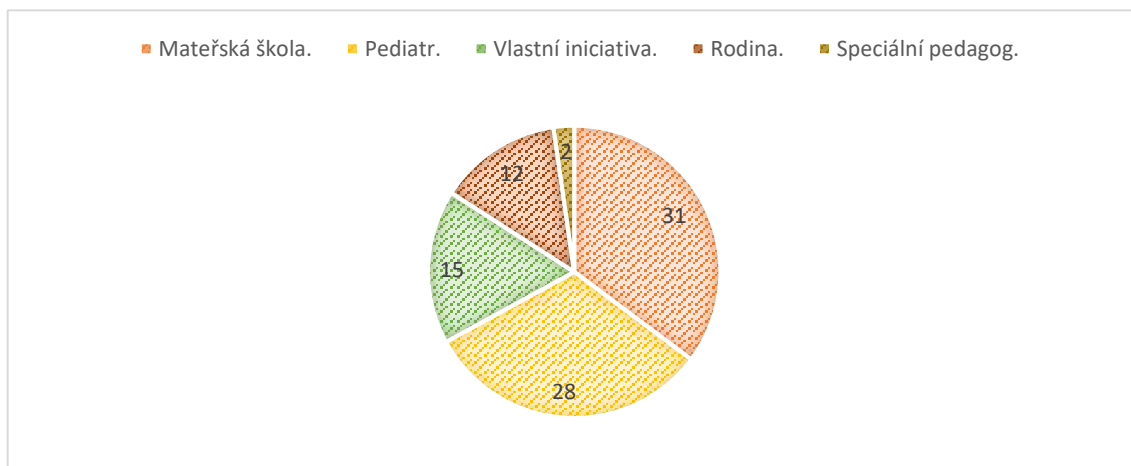
Poslední kontrolní položkou byla otázka týkající se možnosti specializované péče v rámci školství v Hradci Králové. „*Myslíte si, že je v Hradci Králové možnost navštěvovat MŠ a ZŠ logopedickou?*“ Z odpovědí vyplynulo, že 32 respondentů (44 %) si myslí, že ano. 12 respondentů (15 %) uvedlo, že ví a pojmenovali danou instituci. A 30 jedinců (41 %) uvedlo, že neví. Mezi jmenovanými institucemi byly zmiňovány ZŠ a MŠ Logopedická při MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ Štefánikova, MŠ Kvítek.



Graf č. 8 – Informovanost ohledně možnosti poskytování speciálně pedagogické péče v Hradci Králové

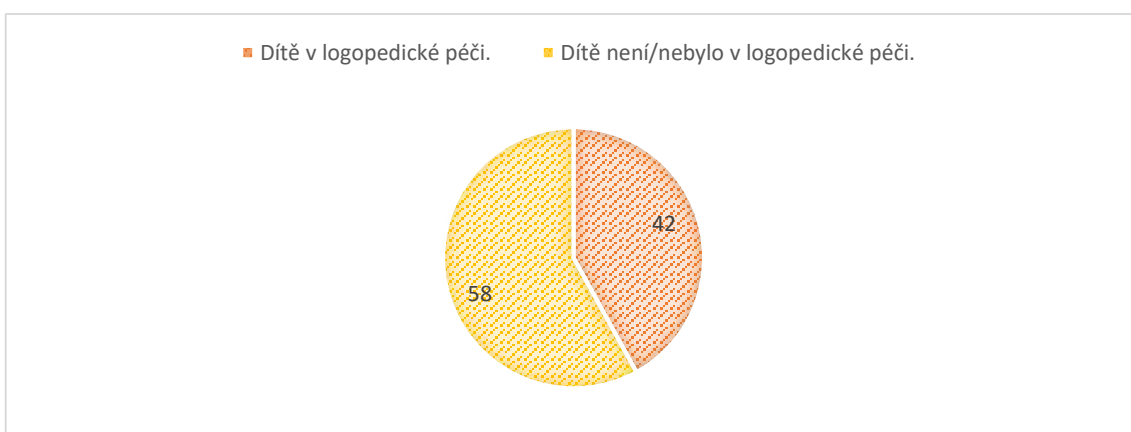
Další položka byla zaměřena na to, odkud jedinci, kteří informovaní jsou, získali nějaké informace k tématu. „*Pokud jste uvedl/a, že máte dostatek informací o logopedické péči, prosím uveďte, kde jste je získal/a?*“ Tato položka byla zvolena jako polouzávěrová, tím pádem respondenti mohli volit více možností. Z šetření vyšlo, že nejvíce informací rodiče dostávají skrze mateřskou školu (31x – 35 %), poté od pediatra (28x – 32 %). Někteří respondenti uvedli, že informací získali z vlastní

iniciativy (15x – 17 %) nebo od rodiny (12x – 14 %). Mezi respondenty byli i speciální pedagogové (2x – 2 %).

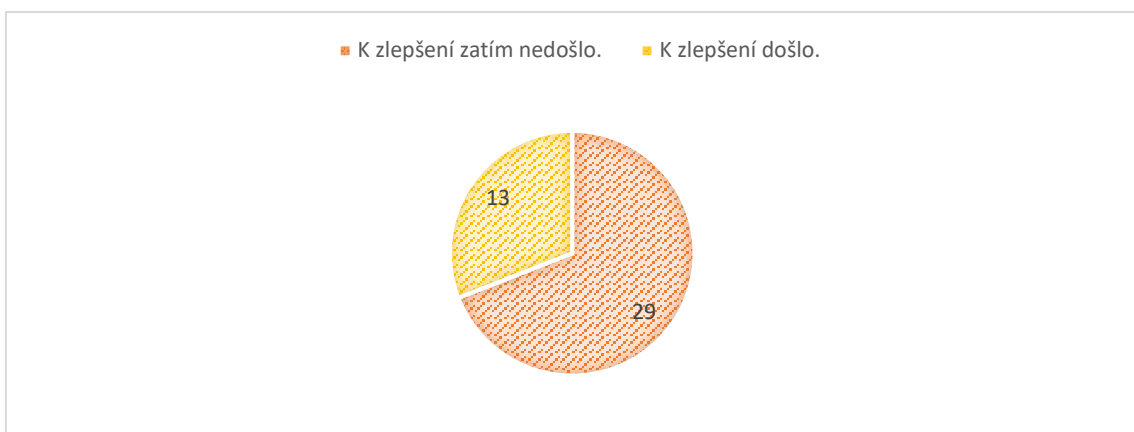


Graf č. 9 – Zdroje informací respondentů ohledně logopedické intervence

V rámci výzkumné části byla stanovena výzkumná otázka „Zda mezi dětmi zahajující povinnou školní docházku je minimálně 40 % dětí s narušenou komunikační schopností?“ Pro získání odpovědi na tuto položku byla rodičům mateřských škol dána otázka zda „Bylo/je Vaše dítě v péči logopeda?“. Z celkového počtu 100 respondentů kladně odpovědělo 42 dotázaných (42 %). Ze 42 rodičů uvedlo 13 (tj. 31 % ze 42), že došlo k odstranění potíží a 29 uvedlo (tj. 69 % ze 42), že zatím k odstranění nedošlo.

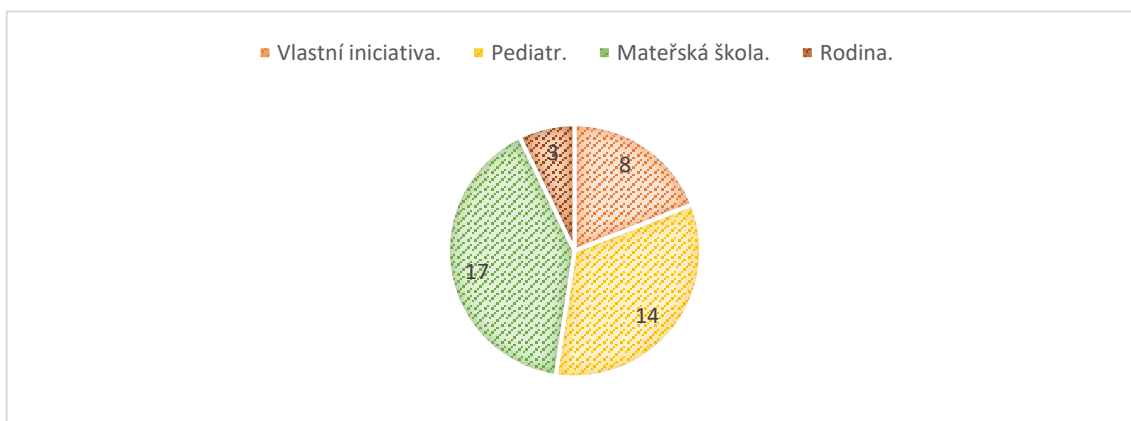


Graf č. 10 – Počet dětí z MŠ procházející logopedickou péčí



Graf č. 11 – Počet dětí z MŠ, u kterých byl zaznamenán posun díky logopedické péči

Dalším zkoumaným jevem bylo, kdo vlastně rodiče (42) upozornil na komunikační potíže jejich potomka a inicioval je k vyhledání odborné pomoci. Z výsledků dotazníkového šetření vyšlo, že mezi hlavní iniciátory zahájení logopedické péče patří mateřská škola (17x – 40,5 %) a pediatři (14x – 33,5 %). Dále rodiče uváděli vlastní iniciativu (8x – 19 %) a vliv rodiny (3x – 7 %).



Graf č. 12 – Motivace k vyhledání odborné péče

6.2 Povědomí o poskytování logopedické péče u rodičů dětí ze základních škol

Druhou zkoumanou cílovou skupinou byli rodiče dětí, kteří už povinnou školní docházku zahájili. Tedy **rodiče dětí prvních tříd základních škol**. Rodiče byli osloveni na třech základních školách. Jmenovitě na Základní škole Úprkova, na Základní škole Štefcova a na Základní škole Jiráskovo náměstí v Hradci Králové. Z celkového počtu bylo k vyhodnocení připraveno 120 dotazníků. Ze ZŠ Úprkova bylo k dispozici 52 dotazníků, ze ZŠ Štefcova 37 a ze ZŠ Jiráskovo náměstí 31 dotazníků.

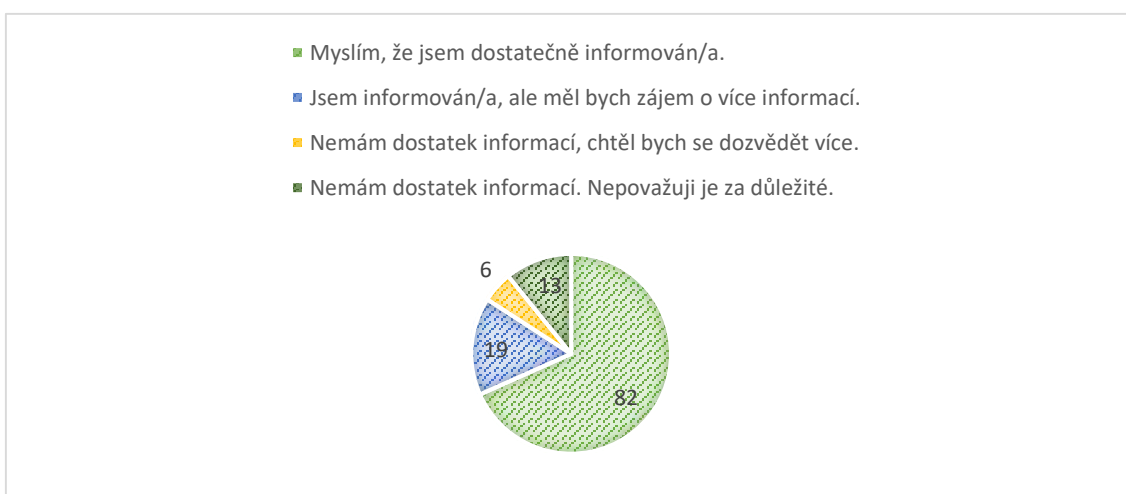


Graf č. 13 – Zastoupení rodičů dětí na základních školách

První filtrační položkou sloužící k naplnění hlavního cíle byla: „*Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o možnostech poskytování logopedické péče?*“ Zde měli rodiče na výběr ze čtyř možností a to:

- „*Myslím, že jsem dostatečně informován/a.*“
- „*Jsem informován/a, ale měl/a bych zájem o více informací.*“
- „*Nemám dostatek informací, chtěl/a bych se dozvědět více.*“
- „*Nemám dostatek informací. Nepovažuji je za důležité.*“

Z celkového počtu 120 respondentů odpovědělo kladně, že jsou informováni 82 respondentů (68 %). 19 respondentů (16 %) uvedlo odpověď, že sice jsou, ale měli by zájem o více informací. Celkem 6 respondentů (5 %) uvedlo, že nemají dostatek informací a rádi by nějaké informací. A nedostatek informací bez zájmu o nějaké uvedlo 13 respondentů (11 %).

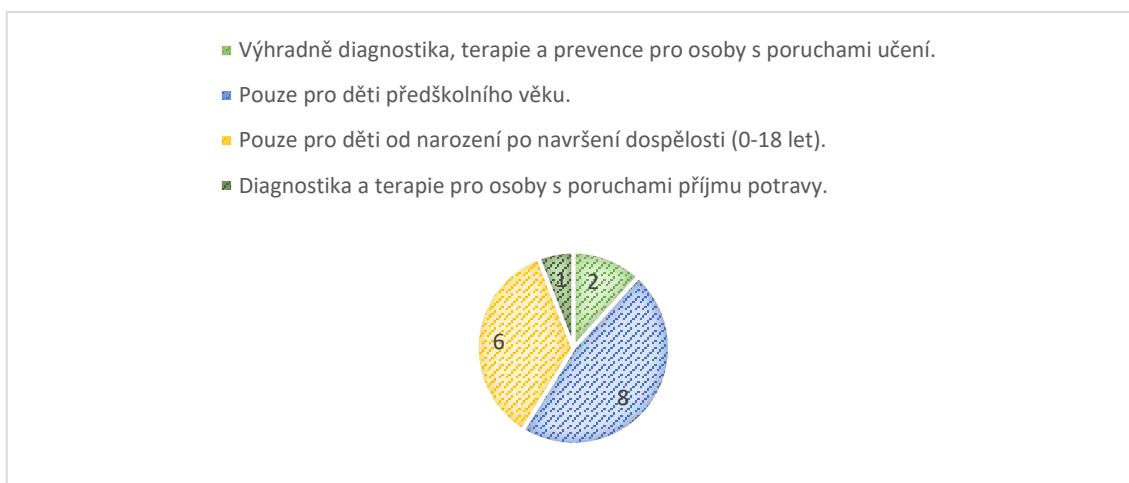


Graf č. 14 – Subjektivní posouzení informovanosti rodičů II.

Pro ověření jim bylo stejně, jako výše jmenované cílové skupině položeny kontrolní otázky pro ověření, zda jejich subjektivní posouzení, že informování jsou, je adekvátní.

Z počtu rodičů, kteří posoudili, že informování jsou (101), dokázali správně odpovědět 84 z nich (83 %). 17 dotazovaných (17 %) odpovědělo na kontrolní otázky jednou ze špatných odpovědí. Mezi vybranými špatnými odpověďmi se objevovaly tyto čtyři možnosti:

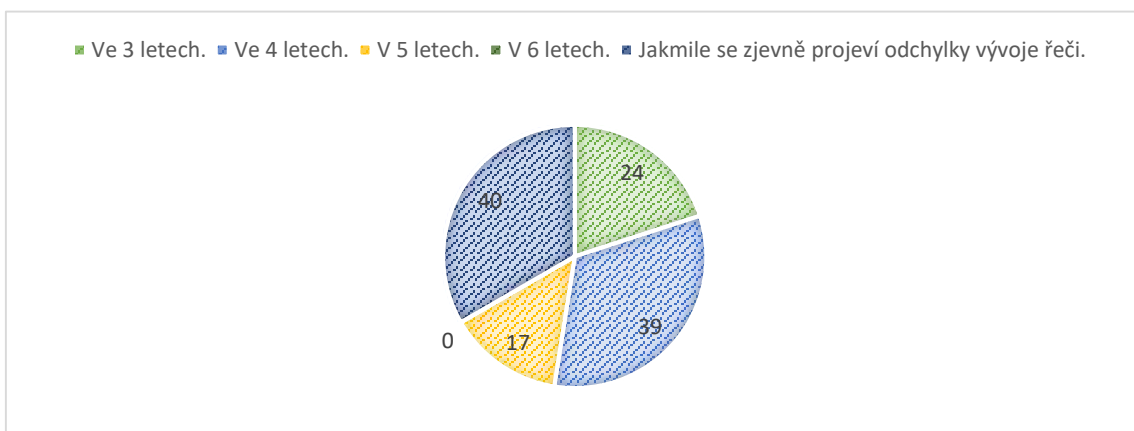
- „Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami učení.“
- „Diagnostika a terapie pro osoby s poruchami příjmu potravy.“
- „Pouze pro děti předškolního věku.“
- „Pouze pro děti od narození po navršení dospělosti (0-18 let).“



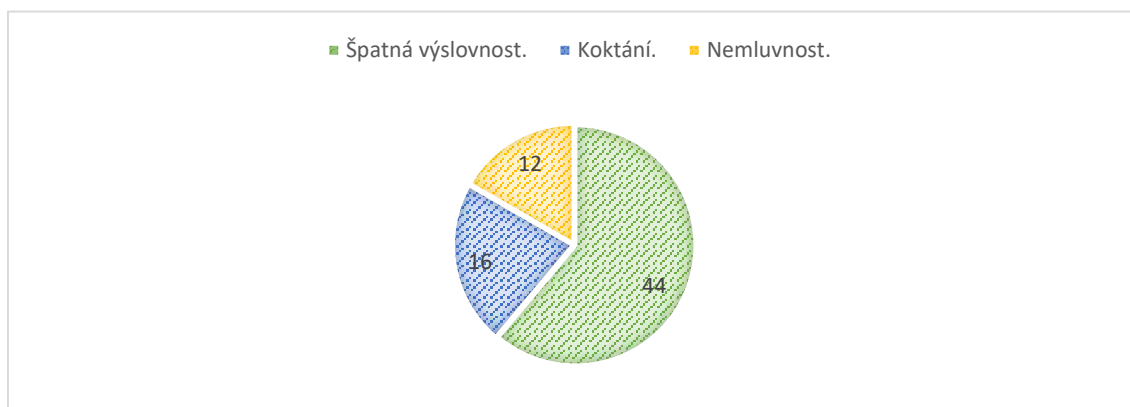
Graf č. 15 – Výčet špatných odpovědí II.

Pro ověření, zda rodiče doopravdy informování jsou, byla v dotazníku vytvořena položka zaměřující se na hledisko času, kdy má být zahájena logopedická intervence. Zde rodiče volili z možností ve 3 letech, ve 4 letech, v 5 letech, v 6 letech nebo hned, jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči. Při této odpovědi, měli za úkol specifikovat, co jsou odchylky vývoje řeči vlastními slovy. Zde 40 rodičů (33,5 %) zvolilo správnou odpověď – hned, jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči. 24 respondentů (20 %) se přiklonilo k možnosti – ve 3 letech. K možnosti ve 4 letech se přiklonilo 39 respondentů (32,5 %) a k věku 5 let se přiklonilo 17 respondentů (14 %).

Respondenti specifikovali odchylky řeči nejčastěji špatnou výslovností (50x – 67 %), kuktáním (16x – 21 %), nemluvením (9x – 12 %).

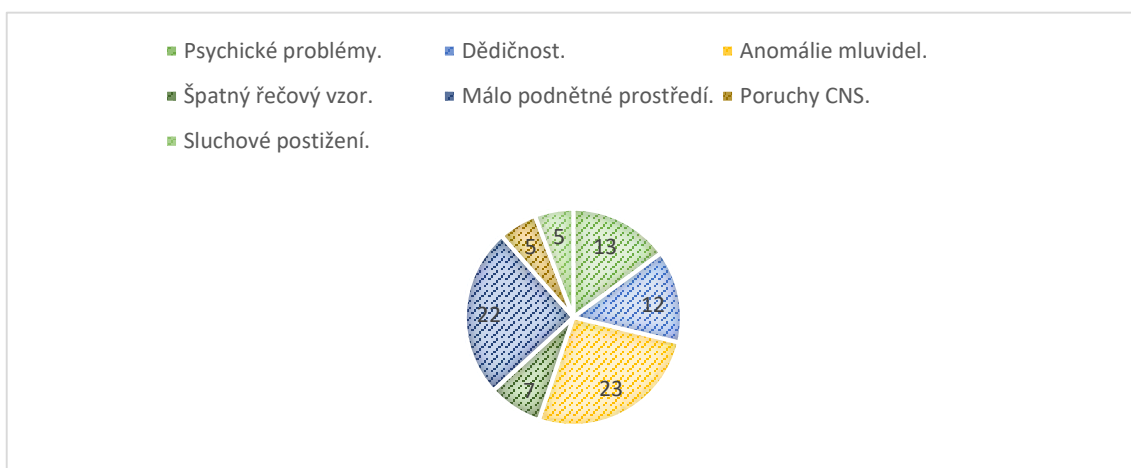


Graf č. 16 – Správný čas zahájení logopedické intervence dle respondentů II.



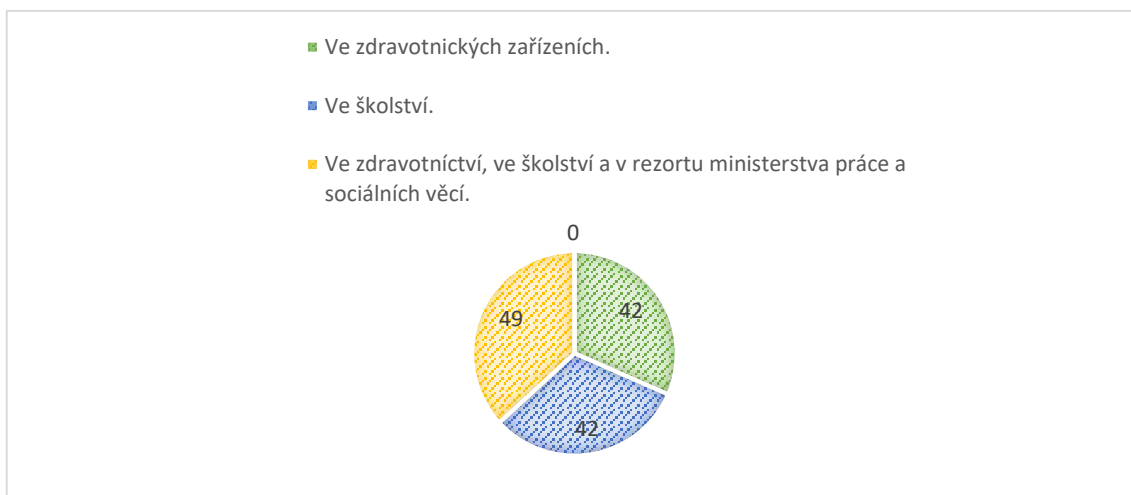
Graf č. 17 – Nejčastější poruchy komunikace dle respondentů II.

Další položkou bylo hodnoceno, zda rodiče vědí, jaké faktory způsobují odchylky řeči u dětí. Otevřená otázka zní: „*Co si myslíte, že způsobuje odchylky řeči/ problémy s řečí?*“ Odpovědi byly stejně jak u předešlé cílové skupiny různorodé, tak i tady bylo nutno odpovědi generalizovat. Skupiny byly pro přehlednost rozděleny takto: *psychické problémy (13), dědičnost (12), anomálie mluvidel (23), špatný řečový vzor (7), málo podnětné prostředí (22), poruchy CNS (5), sluchové postižení (5)*. Odpověď *nevím* se objevila celkem 41krát (40,5 %). Pro úplnost budou uvedeny několik odpovědí, které nebyly zařazeny mezi jednotlivé skupiny a to: „*dlouhodobé používání dudlíku, přeskočení vývojového období lezení, zrakové postižení, očkování, bilingvální prostředí*“.



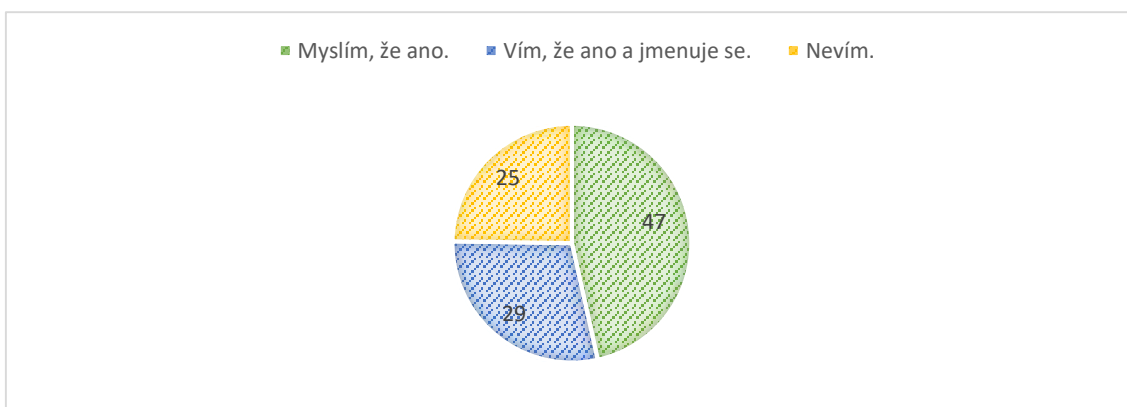
Graf č. 18 – Faktory ovlivňující vývoj řeči dle respondentů II.

Další položka ověřující znalosti rodičů byla zaměřena na možnost realizace logopedické péče. „Logopedická péče může být dle Vás poskytována (lze uvést více možností):“ Na výběr měli z rezortu zdravotnictví, školství, nebo v trojkombinaci – zdravotnictví, školství a odvětví sociálním. Ze vzorku 101 respondentů správně odpovědělo 49 z nich (48,5%), kdy zaškrtili možnost všech třech rezortů. Další respondenti buď volili jednu z možností, nebo zároveň obě – školství a zdravotnictví.



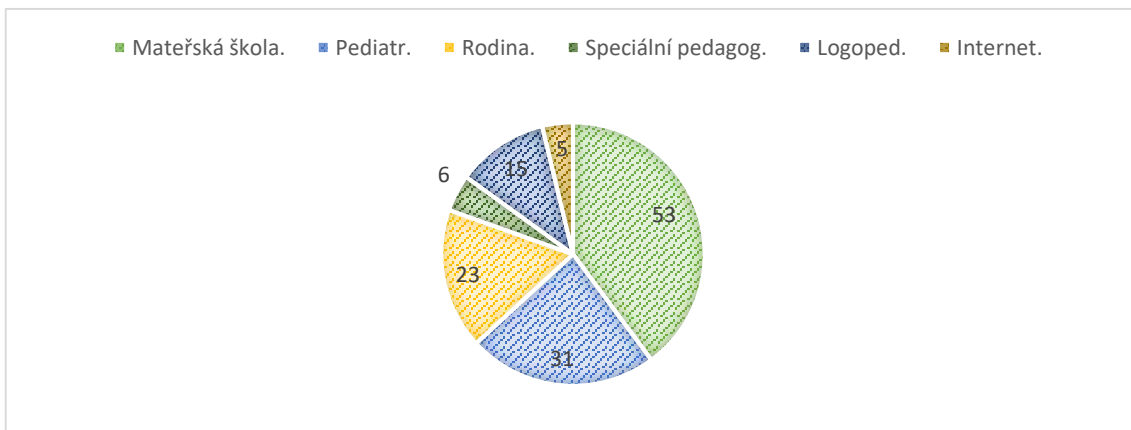
Graf č. 19 – Možnost poskytování logopedické péče v rezortech dle respondentů II.

Následnou kontrolní položkou byla otázka, týkající se možnosti specializované péče v rámci školství v Hradci Králové. „Myslíte si, že v Hradci Králové možnost navštěvovat MŠ a ZŠ logopedickou?“ Z odpovědí vyplynulo, že 47 respondentů (46 %) si myslí, že ano. 29 respondentů (29 %) uvedlo, že ví a pojmenovali danou instituci. A 25 jedinců (25 %) uvedlo, že neví. Mezi jmenovanými institucemi byly zmiňovány ZŠ a MŠ Logopedická při MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ Štefánikova, MŠ Kvítek jako v u cílové skupiny rodičů s dětmi v mateřských školách.



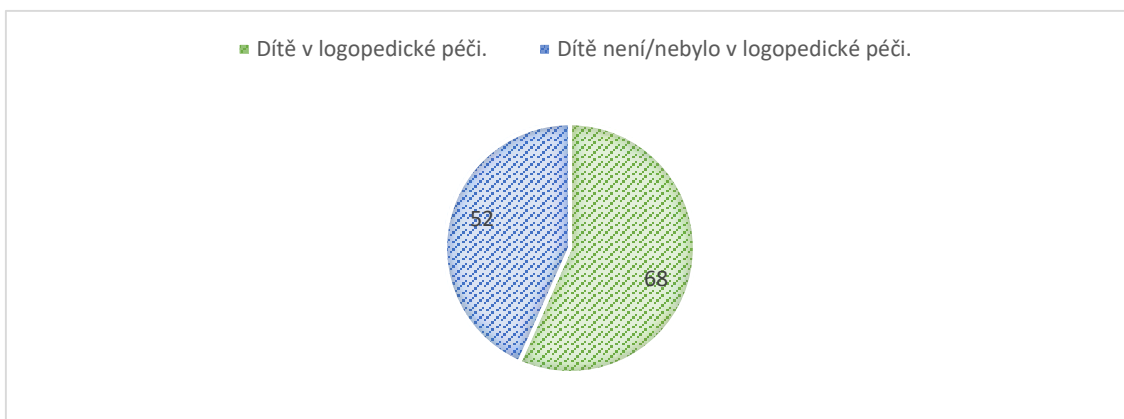
Graf č. 20 – Informovanost ohledně možnosti poskytování speciálně pedagogické péče v Hradci Králové II.

Poslední zkoumanou oblastí v rámci informovanosti byla otázka, týkající se odkud rodiče mají informace týkající se logopedické intervence. Tato položka byla zvolena jako polouzávěrová, kdy respondenti mohli volit i více možností. Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce informací rodiče dostávají v mateřské škole (53x – 40 %), poté od pediatra (31x – 23 %). Někteří respondenti uvedli, že informace získali přímo od logopeda (15x – 11 %) nebo od rodiny (23x – 17 %). Mezi respondenty byli i speciální pedagogové (6x – 5 %). Dále zmiňovali i internet (5x – 4 %).

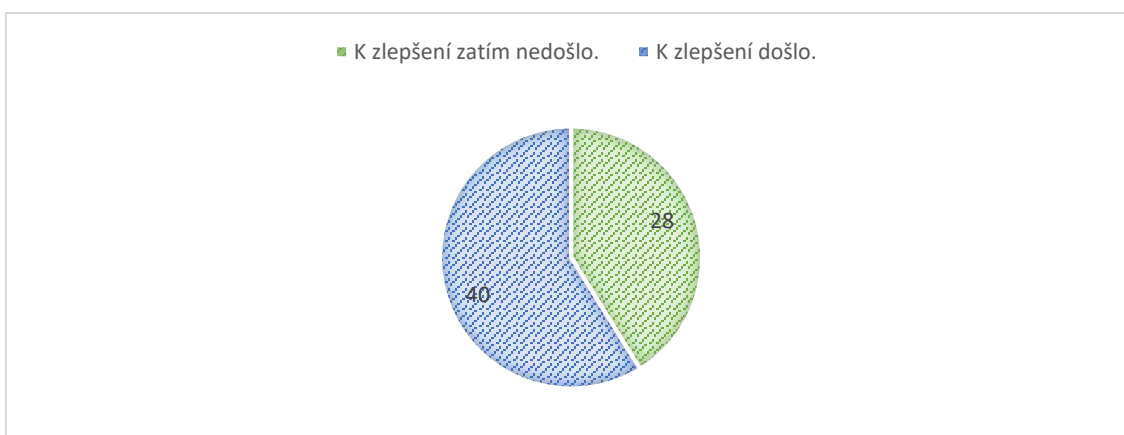


Graf č. 21 – Zdroje informací respondentů ohledně logopedické intervence II.

S ohledem na výzkumnou otázku v zadání práce byla v dotazníku položka znící takto: „Bylo/je Vaše dítě v péči logopeda?“. Z celkového počtu 120 respondentů kladně odpovědělo 68 dotázaných (57 %). Z daného počtu poté uvedlo 30 respondentů (44 %), že došlo k odstranění potíží a 38 uvedlo (56 %), že zatím k odstranění nedošlo.

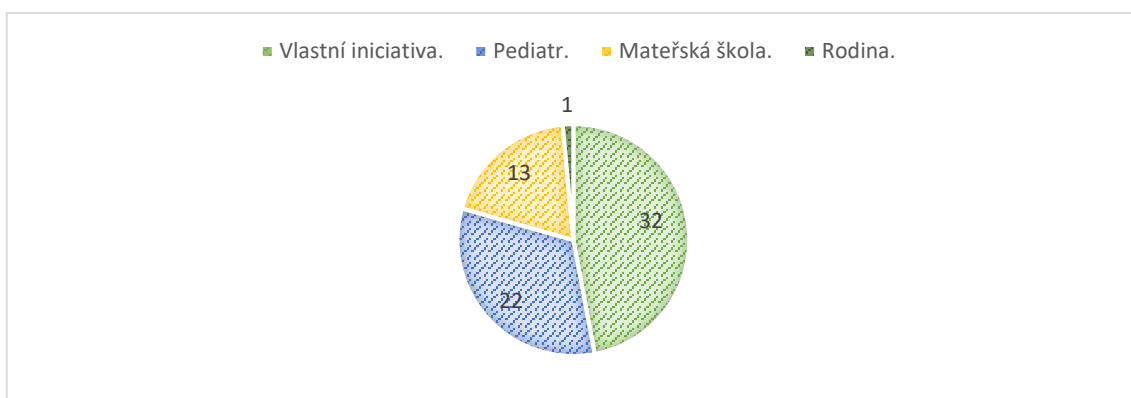


Graf č. 22 – Počet dětí ze ZŠ procházející logopedickou péčí



Graf č. 23 – Počet dětí ze ZŠ, u kterých byl zaznamenán posun díky logopedické péči

Jednou z dalších položek, která byla vyhodnocována, je otázka, kdo upozornil na komunikační potíže jejich dítěte a inicioval je k zahájení logopedické péče. Z výsledků vyplynulo, že hlavním iniciátorem i u této cílové skupiny je mateřská škola. Z výsledků dotazníkového šetření vyšlo, že mezi hlavní iniciátory zahájení logopedické péče patří mateřská škola (22x – 32 %) a pediatři (13x – 19 %), ale i vlastní iniciativa rodičů (32x – 47 %) nebo rodina (1x- 2 %).

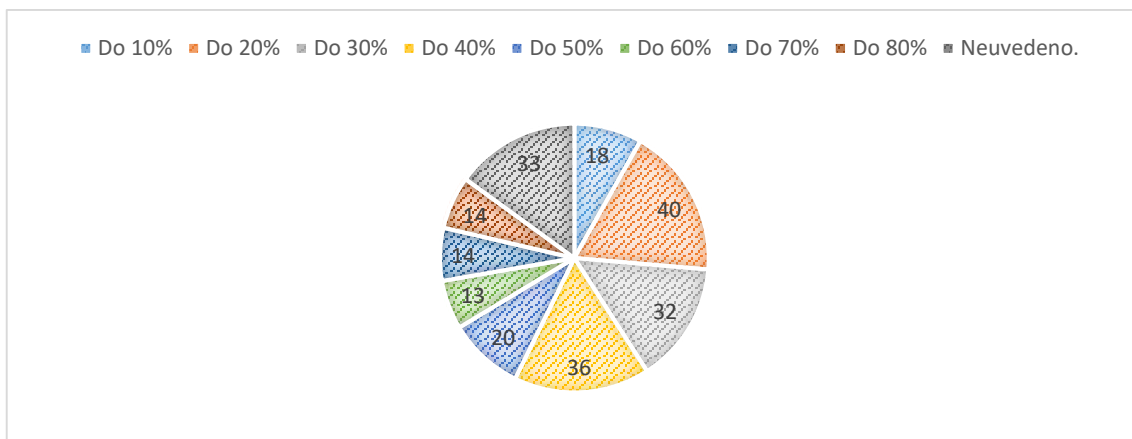


Graf č. 24 – Motivace k vyhledání odborné péče II.

Jako poslední položka byla zvolena tato: „*Prosím, na závěr si tipněte, kolik procent (%) dětí zahajuje povinnou školní docházku s odchylkami výslovnosti na klasických základních školách?*“ Tato položka by měla posloužit jako ukazatel, zda rodiče vnímají výskyt poruchy komunikace u cílové skupiny dětí zahajující povinnou školní docházku. Hodnoceny byly odpovědi od rodičů dětí z mateřských škol a od rodičů dětí ze základních škol dohromady. Odpovědi pokryly celou procentuální škálu. Pro přehlednost byly výsledky seřazeny do tabulky č. 3 a následujícího grafu č. 24.

Tabulka č. 3 – Názory respondentů na % výskyt vad řeči u dětí zahajujících povinnou školní docházku

Uvedený tip	počet	procenta
Do 10%	18x	8 %
Do 20%	40x	18 %
Do 30%	32x	15 %
Do 40%	36x	16 %
Do 50%	20x	9 %
Do 60%	13x	6 %
Do 70%	14x	6,5 %
Do 80%	14x	6,5 %
Neuvedeno	33x	15 %



Graf č. 25 – Názory respondentů na % výskyt vad řeči u dětí zahajujících povinnou školní docházku

7 Tvorba podpůrného materiálu k zvýšení povědomí o logopedické intervenci

Jeden z dílčích cílů bakalářské práce byl stanoven jako vytvoření podpůrného materiálu sloužícího ke zvýšení povědomí rodičů o realizaci logopedické intervence u dětí mladšího věku, potažmo k upoutání pozornosti na tuto problematiku.

Formou podpůrného materiálu byl zvolen leták. Leták je typ dokumentu, který propaguje určitý produkt, činnost, ideologii atd. Zpravidla je v tištěné formě, ale v dnešní době se můžeme setkat i s podobou elektronickou. Jeho hlavním cílem je informovat či upozornit na nějakou skutečnost. Pomocí letáků lze efektivně oslovit velkou masu lidí. Není náročný na distribuci.

Leták vytvořený pro naplnění jednoho z cílů prakticky orientované části bakalářské práce je soustředěn na skupinu rodičů dětí v předškolním věku a dětí ve věku zahajující školní docházku. Rodiče na letáku najdou informace ohledně vývoje řeči a to:

- vybrané faktory, které řeč ovlivňují;
- vybrané dovednosti v oblasti řečové komunikace, které by dítě mělo ovládat v 5 letech života;
- vybrané dovednosti v oblasti řečové komunikace, které by si dítě mělo osvojit v období předškolního věku a zahájení školní povinné docházky (od 5 – 6,5 let);
- odkaz na stránky klinických logopedů při zájmu o danou problematiku.

Záměr letáku je zaujmout cílovou skupinu, proto byl zvolen atraktivní design doplněný kreslenými obrázky souvisejícími s danou problematikou. Leták je součástí této bakalářské práce a je zařazen do oddílu Přílohy, přičemž se konkrétně jedná o přílohu B.

Aby leták naplnil svůj cíl a pomohl k upozornění na problematiku, a také aby rodiče získali základní informace, popřípadě byli odkázáni na další možný zdroj informací, byly letáky vytištěny a rozmístěny po třech základních školách a čtyřech mateřských školách. Cílové destinace byly zvoleny ty, ve kterých bylo prováděno dotazníkové šetření.

8 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit jaký mají rodiče dětí předškolního věku a dětí zahajující školní docházku přehled o logopedické intervenci. Tento cíl byl naplňován prostřednictvím dílčích cílů.

C1: Specifikovat, jaké mají rodiče dětí předškolních a zahajujících povinnou školní docházku povědomí o poskytování logopedické intervence.

Z dotazníkového šetření vyšlo následující. 72 (tj. 72 %) rodičů dětí z mateřských škol se subjektivně považují za informované. Z tohoto celku by 25 (tj. 25 %) rodičů přivítalo více informací k dané problematice. 28 (tj. 28 %) rodičů přiznává, že informace nemají. Z tohoto celku respondentů by 19 (tj. 19 %) z nich přivítalo více informací. **Více informací by tedy přivítalo z celku 44 z dotazovaných, tj. 44 % rodičů.**

Za účelem ověření, zda právě těch 72 respondentů (tj. 72 %) mají i objektivně výše zmíněné povědomí, byly rodičům položeny kontrolní otázky. Na které odpovědělo špatně 41 respondentů, tj. 57 %. Jako chybné odpovědi byly uváděny, že logopedická péče je určena pouze pro děti předškolního věku, nebo pouze po navržení dospělosti. Při definování hlavního záměru logopedické péče, byla vybírána možnost zaměření se výhradně na poruchy učení. Z toho lze usoudit, že **43 % rodičů mají správné povědomí o logopedické intervenci.** Další kontrolní otázka byla mířena ohledně časového hlediska a to, kdy započít s logopedickou intervencí. **32 rodičů (tj. 44 %) správně určilo dobu zahájení logopedické péče.** To znamená ihned, jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči. Doplňující položka týkající se faktorů ovlivňující vývoj řeči byla koncipována jako otevřená. 31 respondentů uvedlo (tj. 43 %), že odpověď nevědí. Ostatní pokryly celou škálu faktorů od dědičnosti, psychických problémů, špatného řečového vzoru, sluchovému postižení atd. Jako kontrolní otázka byla zvolena i místa realizace logopedické péče. Zde **správně určilo 27 rodičů (tj. 37,5 %), že jde o rezorty školství, zdravotnictví a sociální sféry.** V rámci dotazníku byla položena otázka týkající se speciálního vzdělávání pro děti s poruchami komunikace a to: „*Myslíte si, že v Hradci Králové je možnost navštěvovat MŠ a ZŠ logopedickou?*“. Odpověď na tuto otázku neznalo 41 % rodičů. **44 rodičů (tj. 59 %) ví o možnosti speciálního vzdělávání**

pro děti s poruchami komunikace v Hradci Králové. Na otázku odkud mají informace, ohledně logopedické intervence odpovídali: 35 % z mateřských škol, 32 % od pediatrů, 17 % z vlastní iniciativy, 14 % z rodiny a mezi respondenty byly 2 speciální pedagogové, což utvořilo 2 %.

Co se týče rodičů dětí prvních tříd základních škol, tak 84 % respondentů uvedlo, že informováni jsou. Z toho 16% by uvítalo ještě další informace. 16 % rodičů uvedlo, že informace nemají a z toho 5 % by mělo o ně zájem. **Celkově by více informací chtělo získat 25 rodičů (tj. 21 %).**

Pro objektivní posouzení, zda ti rodiče, co soudí, že informováni jsou, byly položeny kontrolní položky. Zde z celkových 101 respondentů odpovědělo špatně 17 rodičů – tedy 17 %. Jako špatné odpovědi byly voleny stejné jako u skupiny rodičů dětí předškolních. Ojedinelým případem se stala zvolená možnost, že hlavním záměrem logopedické péče je diagnostika a terapie pro osoby s poruchami příjmu potravy. **84 rodičů (tj. 83 %) jsou dobře informováni o logopedické intervenci.** Kontrolní otázku na **dobu zahájení logopedické péče správně zvolilo 40 respondentů, což je 33,5 %.** U doplňovací položky, která byla zaměřena na faktory způsobující poruchy komunikace, se objevovaly stejné odpovědi jako u výše zmíněné cílové skupiny. Odpověď nevědělo 41 respondentů - 40,5 %. Položka zaměřující se místa realizace logopedické péče byla správně zodpověděna 49x. Tedy **48,5 % rodičů ví, že logopedická péče je poskytována v rámci školství, zdravotnictví a sociální sféry.** Na otázku, zda mají povědomí o mateřských školách či základních školách v Hradci Králové, 46 % rodičů ví, že tu jsou. Dalších 29 % dokázalo pojmenovat dané instituce. A zbylých 25 % neví, jestli v Hradci Králové jsou takto zaměřené školy. **Celkem 76 respondentů (tj. 77 %) této cílové skupiny ví, že v Hradci Králové jsou specializované instituce pro děti s poruchami komunikace.** Na otázku, kde získali informace, odpovídali, že: 40 % rodičů díky mateřské škole, 23 % díky pediatrům, 17 % díky rodině, 14 % díky logopedům, 2 % dotazovaných jsou speciálními pedagogy a 4 % díky internetu.

Položka týkající se tipů rodičů, kolik dětí zahajuje povinnou školní docházku s odchylkami výslovnosti na základních školách, měla ukázat, zda si rodiče uvědomují

četnost výskytu daného problému. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce se přiklání k 20 % výskytu, což neodpovídá realitě.

Při generalizování cílové skupiny tedy vyplývá, že z celkového počtu 220 dotazovaných 125 rodičů jsou dostatečně informováni. **Tedy 56 % rodičů mají povědomí o poskytování logopedické intervence.**

C2: Vytvořit podpůrný materiál formou letáku, jehož cílem bude zvýšení povědomí o realizaci logopedické intervence u dětí mladšího školního věku.

Tento cíl se po výsledku z dotazníkového šetření jeví jako nezbytný. Leták byl vytvořen a funguje jako informační materiál na určených místech a to v základních a mateřských školách, kde se výzkumné šetření provádělo. Pedagogové ze škol, jež se účastnily výzkumného šetření, plánují předávat tento leták rodičům dětí, které v dubnu 2017 přijdou k zápisům do 1. tříd, a u nichž bude suspektně zjištěna vývojová porucha řečové komunikace.

V rámci výzkumného šetření byla také ověřována výzkumná otázka: „*Je mezi dětmi zahajujícími povinnou školní docházku minimálně 40 % dětí s narušenou komunikační schopností?*“ Tato otázka byla položena na základě výzkumného předpokladu, který byl stanoven na základě informací uvedených v odborné literatuře. (viz str. 27 této bakalářské práce)

Díky dotazníkovému šetření vyšlo najevo, že ze vzorku 120 dětí v první třídě na základní škole 68 dětí prošlo logopedickou péčí. Což tvoří 57 % z celku. A 38 dětí (tj. 56 %) jsou stále v péči logopeda. Ze vzorku 100 dětí v předškolním věku 42 dětí (tj. 42 %) prošlo logopedickou péčí a z toho 29 (tj. 69 %) dětí pořád k logopedovi dochází. **Na základě dotazníkového šetření byla výzkumná otázka potvrzena. V daném vzorku byl výskyt vad řeči dokonce větší jak 50 %.**

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku informovanosti rodičů dětí zahajujících povinnou školní docházku, a to ohledně logopedické intervence. Práce se skládala z teoretické části a praktické části. V teoretické části byly vymezeny klíčové termíny (intervence, diagnostika, terapie a prevence). Dále vývoj řeči, jazykové roviny řeči, faktory ovlivňující řeč, komunikace dětí mladšího školního věku a časté poruchy komunikace a závěrem byly popsány možnosti realizace logopedické péče v České republice a možnosti identifikace dětí s poruchou komunikace v předškolním věku.

Praktická část byla věnovaná otázkám právě na výše zmíněnou informovanost. Výsledky byly získány pomocí dotazníkového šetření. Z výsledků vyplynulo, že pouze 56 % rodičů z dotazovaného celku jsou objektivně informováni. Mnozí z respondentů usuzovali, že informace mají, ale při kontrolních otázkách volili špatné odpovědi. Za zmínku stojí i další vyplývající fakt, že kolem 40 % respondentů nevědělo, kvůli čemu vznikají poruchy komunikace. Jedním z dílčích cílů bylo ověření výzkumné otázky, a to: *„Je mezi dětmi zahajujícími povinnou školní docházku minimálně 40 % dětí s narušenou komunikační schopností?“* Výzkumná otázka se díky dotazníkovému šetření dokázala potvrdit a dokonce se hranice výskytu dětí s poruchou komunikace posunula za 50 %. Povědomí o výskytu poruch komunikace, rodiče usuzovali nejvíce kolem 20 %, což prokazuje, že si uvědomují existenci tohoto problému, ale ne v patřičné míře. Poslední dílčí částí praktické práce bylo vytvoření podpůrného materiálu, který má sloužit k zvýšení povědomí o realizaci logopedické intervence. Leták byl rozmístěn po základních a mateřských školách, kde plní svou funkci.

Myslím si, že zjištěná data z dotazníkového šetření mohou být impulzem pro praxi. Pro praxi jak logopedickou, tak školskou. Z výsledků vyplynulo, že v rámci logopedické prevence pracují dobře mateřské školy a pediatři, kteří se snaží podávat dostatek informací, ale i přes určitý proud informací to asi není dostačující. Z respondentů by přivítalo více informací až 44 %. Myslím si, že by v logopedické i školské praxi bylo záhodno se věnovat více prevenci a osvětě, což by mohlo vést k eliminaci alarmujícího počtu dětí s odchýlnou řečovou komunikací v lavicích prvních tříd.

Seznam literatury a dalších pramenů

- ALLEN, K. Eileen a Lyn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002, 187 s. ISBN: 80 – 7367 – 055 – 0.
- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost: Co by mělo dítě umět před vstupem do školy?* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2010, 104 s. ISBN: 978 – 80 – 251 – 2569 – 4.
- BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011, 147 s. ISBN: 978 – 80 – 247 – 3853 – 6.
- BOĐOVÁ, Veronika. Školní zralost. In: RÁDLOVÁ, Eva, a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex, 2004, 78 s. ISBN: 80 – 7225 – 114 – 7.
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Systém poskytování logopedické intervence v ČR. In: PIPEKOVÁ, Jarmila. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, 395 s. ISBN: 80 – 7315 – 120 – 0.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s.
- CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN: 978 – 80 – 271 – 9225 – 0.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016, 224 s. ISBN: 978 – 80 – 247 – 3941 – 0.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000, 93 s. ISBN: 80 – 85931 – 88 – 5.
- KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: Mc nakladatelství, 2003, 130 s. ISBN: 80 – 239 – 0082.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN: 80 – 47 – 1110 – 9.
- KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. In: PIPEKOVÁ, Jarmila. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, 395 s. ISBN: 80 – 7315 – 120 – 0.

- KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 8. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 2010, 829 s. ISBN: 978 – 80 – 7235 – 446 – 7.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 2005, 213 s. ISBN: 80 – 7367 – 056 – 9.
- LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1990, 278 s. ISBN: 80 – 08 – 00447 – 9.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, 192 s. ISBN: 80 – 7178 – 572 – 5.
- LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, 232 s. ISBN: 80 – 7178 – 801 – 5.
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005, 392 s. ISBN: 80 – 7178 – 961 – 5.
- LECHTA, Viktor. *Metody logopedické intervence*. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN: 80 – 7178 – 546 – 6.
- LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 153 s. ISBN: 80 – 7315 – 038 – 7
- *Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*.
- MLČÁKOVÁ, Renata. *Logopedie*. In: VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014, 272 s. ISBN: 978 – 80 – 262 – 0602 – 6.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 159 s. ISBN: 978 – 80 – 7435 – 500 – 4.
- PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 179 s. ISBN: 978 – 80 – 7315 – 142 – 3.
- SALOMONOVÁ, Anna. *Dyslálie*. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN: 80 – 7178 – 546 – 6.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 616s. ISBN: 80 – 7178 – 546 – 6.

- ŠKODOVÁ, Eva. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN: 80 – 7178 – 546 – 6.
- *Vyhláška č. 70/2012 o preventivních prohlídkách*

Seznam tabulek a grafů

- Tabulka č. 1: Slovní zásoba dítěte;
- Tabulka č. 2: Vývoj artikulace jednotlivých hlásek;
- Tabulka č. 3: Názory respondentů na % výskyt vad řeči u dětí zahajujících povinnou školní docházku;

- Graf č. 1: Zastoupení rodičů z mateřských škol;
- Graf č. 2: Subjektivní posouzení informovanosti rodičů;
- Graf č. 3: Výčet špatných odpovědí;
- Graf č. 4: Správný čas zahájení logopedické péče dle respondentů;
- Graf č. 5: Nejčastější poruchy komunikace dle respondentů;
- Graf č. 6: Faktory ovlivňující vývoj řeči dle respondentů;
- Graf č. 7: Možnost poskytování logopedické péče v rezortech dle respondentů;
- Graf č. 8: Informovanost ohledně možnosti poskytování speciálně pedagogické péče v Hradci Králové;
- Graf č. 9: Zdroje informací respondentů ohledně logopedické intervence;
- Graf č. 10: Počet dětí z MŠ procházející logopedickou péčí;
- Graf č. 11: Počet dětí z MŠ, u kterých byl zaznamenán posun díky logopedické péči;
- Graf č. 12: Motivace k vyhledání odborné péče;
- Graf č. 13: Zastoupení rodičů dětí na ZŠ;
- Graf č. 14: Subjektivní posouzení informovanosti rodičů II.;
- Graf č. 15: Výčet špatných odpovědí II.;
- Graf č. 16: Správný čas zahájení logopedické intervence dle respondentů II.;
- Graf č. 17: Nejčastější poruchy komunikace dle respondentů II.;
- Graf č. 18: Faktory ovlivňující vývoj řeči dle respondentů II.;
- Graf č. 19: Možnost poskytování logopedické péče v rezortech dle respondentů II.;
- Graf č. 20: Informovanost ohledně možnosti poskytování speciálně pedagogické péče v Hradci Králové II.;
- Graf č. 21: Zdroje informací respondentů ohledně logopedické intervence II.;
- Graf č. 22: Počet dětí ze ZŠ procházející logopedickou péčí;

- Graf č. 23: Počet dětí ze ZŠ, u kterých byl zaznamenán posun díky logopedické péči;
- Graf č. 24: Motivace k vyhledání odborné péče II.;
- Graf č. 25: Názory respondentů na % výskyt vad řeči u dětí zahajujících povinnou školní docházku.

Seznam příloh

- Příloha A: Dotazník;
- Příloha B: Podpurný materiál – leták.

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Míra informovanosti v oblasti logopedické intervence

Vážení rodiče,

mé jméno je Adéla Karmanská a jsem studentkou 3. ročníku speciální pedagogiky - intervence na zdejší Univerzitě Hradec Králové. Do rukou se Vám dostává dotazník o míře povědomí logopedické intervence, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci.

Dotazník je anonymní. Vybrané odpovědi prosím zakřížkujte či vyplňte doplňující otázku.

Děkuji za Váš čas.

S pozdravem

Karmanská Adéla

1. Prosím, uveďte, zda jste rodičem dítěte navštěvující:

- Mateřskou školu
- Základní školu

2. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o možnostech poskytování logopedické péče?

- Myslím, že jsem dostatečně informován/a
- Jsem informován/a, ale měl bych zájem o více informací
- Nemám dostatek informací, chtěl/a bych se dozvědět více (*prosím, přejděte k otázce č. 13*)
- Nemám dostatek informací. Nepovažuji je za důležité (*prosím, přejděte k otázce č. 13*)

3. Pokud jste uvedl/a, že máte dostatek informací o logopedické péči, prosím uveďte, kde jste je získal/a?

- U pediatra
- V mateřské škole
- V rodině, u známých
- Na internetu
- Jinde (*prosím, uveďte kde*) _____

4. Hlavní záměr realizace logopedické péče je podle Vás:

- Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami učení
- Diagnostika, terapie, prevence pro osoby s poruchami řeči (komplexní podpora rozvoje řeči)
- Výhradně diagnostika, terapie a prevence pro osoby s poruchami jemné motoriky
- Diagnostika a terapie pro osoby s poruchami příjmu potravy

5. Komu podle Vás je určena logopedická péče?

- Pouze pro děti předškolního věku
- Pouze pro děti od narození po navršení dospělosti (0 – 18 let)
- Pouze pro osoby seniorského věku
- Pro děti od útlého věku, přes dospělé až po osoby seniorského věku

6. Kdy si myslíte, že je vhodné započít s logopedickou péčí u dětí?

- Ve 3 letech
- Ve 4 letech
- V 5 letech
- V 6 letech
- Jakmile se zjevně projeví odchylky vývoje řeči (*prosím, odpovězte na otázku 6. a)*

6. a Co považujete za zjevné odchylky vývoje řeči?

7. Bylo / je Vaše dítě v péči logopeda?

- Ano (*vynechte otázku č. 13*)
- Ne (*následně odpovídejte až na otázku č. 13*)

8. V jakém věku Vaše dítě zahájilo logopedickou péči?

9. Prosím, uveďte kde:

- Mateřská škola
- Ambulance klinického logopeda
- Jinde (*prosím, uveďte kde*) _____

10. Kdo byl iniciátorem zahájení logopedické péče?

- Vlastní iniciativa
- Pediatr
- Někdo jiný (*prosím, uveďte*) _____

11. Můžete říct, že díky logopedické intervenci došlo u Vašeho dítěte k odstranění řečových obtíží?

12. Jaké řečové obtíže byly / jsou s podporou logopedické terapie u Vašeho dítěte odstraňovány?

13. Kdyby Vaše dítě mělo nějakou odchylku řeči, navštívili byste s ním logopeda?

- Ano
- Ne (*prosím, uveďte důvod*) _____

14. Co si myslíte, že způsobuje odchylky řeči / problémy s řečí?

15. Logopedická péče může být dle Vás poskytována (lze uvést více možností):

- Ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, rehabilitační ústavy, soukromé logopedické ambulance)
- Ve školství (mateřská škola, základní škola, speciální poradenská centra)
- Ve zdravotnictví, ve školství a v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí (denní stacionáře domy pro seniory, domy pro osoby se zdravotním postižením)
- Nevím

16. Myslíte si, že v Hradci Králové je možnost navštěvovat MŠ a ZŠ logopedickou?

- Myslím, že ano
- Víím, že ano. Jmenuje se (nachází se) _____
- Nevím, neslyšel/a jsem o ni
- Nevím, nezajímá/a se o ni

17. Prosím, na závěr si „tipněte“ kolik procent (%) dětí zahajuje povinnou školní docházku s odchylkami výslovnosti na klasických základních školách?

Pokud byste chtěl/a být seznámena s výsledky dotazníkového šetření, prosím, uveďte e – mailovou adresu:

Příloha B: Podpůrný materiál

NEPODCEŇUJTE VADY ŘEČI U VAŠEHO DÍTĚTE!



VÝVOJ ŘEČI PROBÍHÁ INDIVIDUÁLNĚ, V PODSTATĚ OD NAROZENÍ DÍTĚTE.

OVLIVŇUJE HO RADA FAKTORŮ:

- DĚDIČNOST
- FUNKČNOST CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY
- MOTORIKA KLIVIDEL
- SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ
- ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ
- SPRÁVNÝ ŘEČOVÝ VZOR
- PODNĚTNÉ PROSTŘEDÍ





DÍTĚ BY V 5 LETECH MĚLO UMĚT..

- ... AŽ 2000 SLOV
- ... PŘEVYPRÁVĚT PŘÍBĚH DLE OBRÁZKŮ
- ... ŘÍDÍ MŮU K ČEMU SLOUŽÍ!
- ... KLÁST OTÁZKY – KDY, KDE A PROČ?
- ... POPSAT VLASTNÍ TĚLO
- ... SPRÁVNĚ VYSLOVOVAT HLÁSKY
(B, P, M, A, E, I, O, U, J, D, T, N,
L, V, F, H, CH, K, G, Š, Ť, X)

V OBDOBÍ OD 5 – 6,5 LET BY SI DÍTĚ MĚLO
OSVOJIT..

- ... AŽ 3000 SLOV
- ... POJMENOVÁNÍ NĚKTERÝCH PÍŠEK A ČÍSLOVEK
- ... PRÁCI S ČASOVÝMI POJMY
- ... GRAMATICKY SPRÁVNÝ MLUVNÍ PROJEV
- ... VÝSLOVNOST HLÁSEK (Č, Š, Ť, G, S, Ž
(A JEJICH DIFERENCIACI) R, Ř)



VČAS VYHLEDEJTE
ODBORNOU POMOC

INFORMACE NALEZNETE NA:
WWW.KLINICKALOGOPEDIE.CZ

