Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Možnosti eliminace poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku

Bakalářská práce

Autor: Daniela Plšková
Studijní program: B7506 - Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Hradec Králové 2017

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	**Daniela Plšková**
Studium:	P14P0735
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	**Možnosti eliminace poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku**
Název bakalářské práce AJ:	The possibilities of elimination of disorders in speech communication at preschool age children

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zaměřena na problematiku eliminace narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku navštěvujících mateřskou školu běžného typu. Cílem teoretické části bakalářské práce je specifikovat současné odborné poznatky z oblasti vývoje řečových a jazykových schopností dětí v období předškolního věku, dále pak definovat jednotlivé vývojové odchylky řečové komunikace vyskytující se u dětí předškolního věku a definovat možnosti logopedické intervence u dětí předškolního věku. Cílem praktické části bakalářské práce je popsat systém logopedické péče o děti s narušenou komunikační schopností v MŠ ve Smiřicích, dále pak popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých řečových poruch u dětí předškolního věku v této mateřské škole a specifikovat konkrétní postupy sloužící k eliminaci poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku. Závěrem bakalářské práce bude provedena komparace zjištěných výsledků a informací prezentovaných v odborné literatuře. Z metodologického hlediska bude využito pozorování, testové metody, popř. kazuistiky.

KLENKOVÁ, J. Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností: Education of pupils with impaired communication ability. 1. vyd. Brno: Paido, 2008, 327 s. ISBN 978-80-7315-168-3. DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, 223 s. ISBN 80-902536-2-8. BOČKOVÁ, B. Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči. Brno : MU. 2011. 165 s. ISBN 978-80-210-5609-1. KLENKOVÁ, J. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha, Grada Publishing, 2006. 224 s. ISBN 80- 2471- 110- 9. BENDOVÁ, P. Logopedická prevence v MŠ. První vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 99 stran. ISBN 978-80-7435-491-5.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 22.6.2017

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bendové, PhD. za pomoc, ochotu a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Zároveň děkuji za pomoc Jarmile Stoklásková a Bc. Nině Krátké z Mateřské školy Smiřice. Mé poděkování patří také rodině a přátelům, kteří mě během celého studia plně podporovali.

Anotace

PLŠKOVÁ, Daniela. *Možnosti eliminace poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku.* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 106 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá narušenou komunikační schopností u dětí předškolního věku a logopedickou intervencí v mateřské škole běžného typu. Úvodní teoretické kapitoly shrnují poznatky z oblasti vývoje dítěte předškolního věku, vývoje řeči dítěte předškolního věku a představuje nejčastěji se vyskytující druhy narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku. Poslední kapitola teoretické části vymezuje jednotlivé části logopedické intervence - diagnostiku, terapii a prevenci. Praktická část je založena na kombinaci kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Pomocí kvalitativních metod (pozorování, rozhovor a analýza dokumentů) je popsán systém logopedické péče v Mateřské škole ve Smiřicích, jehož výsledky jsou následně porovnány s informacemi prezentovanými v odborné literatuře. Druhou částí je diagnostický test, který popisuje a analyzuje četnost výskytu poruch komunikace dětí předškolního věku v této škole.

Klíčová slova: dítě předškolního věku, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, řeč, vývoj řeči.

Annotation

PLŠKOVÁ, Daniela. *The possibilities of elimination of disorders in speech communication at preschool age children.* Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 106 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor degree thesis deals with the disturbed communication ability of the preschool children and with the speech therapy intervention in mainstream nursery school. The introductory theoretical chapters summarize knowledges about development of the preschool children and the progress of their speech, and describe the most common kinds of disturbed communication ability of preschool children. The last chapter of the theoretical part specifies individual parts of the speech therapy intervention - speech therapy diagnosis, therapy and prevention. The practical part of the thesis is based on combination of quantitative and qualitative research carried out in the form of interview, observation, documents analysis and diagnostic test. The practical part describes the speech therapy intervention at Nursery school in Smiřice, and the results of the research are compared with the data presented in specialised literature. The second part presents diagnostic test which describes and analysis the occurrence of communication disorders of preschool children at this nursery school.

Keywords: development of speech, disturbed communication ability, preschool age child, speech, speech therapy intervention.

Obsah

Úvod **10**

TEORETICKÁ ČÁST **12**

1 Specifika dítěte předškolního věku **12**

1.1 Charakteristika dítěte v předškolním věku 12

1.2 Vlastní vývoj dítěte předškolního věku 13

2 Vývoj dětské řeči **16**

2.1 Ontogenetický vývoj řeči 19

2.2 Předverbální období vývoje řeči 19

2.3 Vlastní vývoj řeči 20

3 Jazykové schopnosti dítěte předškolního věku **23**

3.1 Foneticko-fonologická rovina 23

3.2 Lexikálně-sémantická rovina 23

3.3 Morfologicko-syntaktická rovina 24

3.4 Pragmatická rovina 24

4 Narušená komunikační schopnost u dětí předškolního věku **25**

4.1 Opožděný vývoj řeči 25

4.2 Vývojová dysfázie 28

4.3 Dyslalie 35

4.4 Balbuties (koktavost) 41

4.5 Mutismus 48

5 Logopedická intervence **51**

5.1 Logopedická diagnostika 53

5.1.1 Orientační vyšetření 54

5.1.2 Základní vyšetření 54

5.1.3 Speciální vyšetření 60

5.2 Logopedická terapie 61
5.3 Logopedická prevence 63
5.3.1 Logopedická prevence v mateřské škole 64
PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE 66
6 Výzkumné šetření 66
6.1 Cíle výzkumného šetření 66
6.2 Metodika výzkumného šetření 66
6.3 Diagnostické materiály 69
6.4 Charakteristika místa výzkumného šetření 72
6.5 Charakteristika výzkumného vzorku 75
7 Realizace testové části výzkumného šetření 77
8 Analýza výsledků testové části výzkumného šetření 79
8.1 Analýza vývoje řeči u dětí tvořících výzkumný vzorek 90
9 Logopedická intervence v MŠ ve Smiřicích 91
10 Komparace logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích a informací prezentovaných v odborné literatuře 95
11 Zhodnocení naplnění cílů a výzkumné otázky praktické části bakalářské práce 97
Závěr 100
Seznam literatury a dalších pramenů 102
Seznam použitých zkratek 106
Seznam tabulek a grafů 106
Seznam příloh 106

Úvod

Řeč jako taková představuje základní komunikační prostředek člověka. Bez ní a tedy bez možnosti komunikovat může být život člověka mnohdy zkomplikován. Na základě komunikace člověk navazuje vztahy, stává se součástí společnosti – socializuje se, společně s vnímáním ostatními smysly získává informace o dění kolem sebe, učí se novým věcem a především se seberealizuje, utváří svoji identitu a prezentuje sám sebe okolí a lidem, kteří ho obklopují. Všechny tyto dílčí části jsou součástí každodenního života člověka. Ovšem někdy se tyto, pro někoho samozřejmé, automatické a mnohdy neuvědomující si skutečnosti stávají něčím nepředstavitelným právě z důvodu narušené komunikační schopnosti. Ve většině případů se dají tyto poruchy a odchylky podchytit v raném věku, zamezit jejich progresi a v nejlepším případě je trvale odstranit a umožnit tak lidem plnohodnotně komunikovat a žít bez omezení. Právě proto je důležité děti již od útlého věku stimulovat, dávat jim možnost komunikovat a zapojovat se do dění kolem nich. Pokud se stane, že dítě není schopno plnohodnotné komunikace, přichází čas pro práci logopedů a zahájení procesu směřujícího k nápravě narušené komunikační schopnosti dítěte.

Bakalářské práce bude věnována problematice narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku navštěvujících mateřskou školu běžného typu, námětem tohoto tématu byly zkušenosti z praxe a skutečnost, že se u dětí předškolního věku často vyskytují problémy v komunikaci. U značného počtu dětí poté tyto problémy přetrvávají až do doby zahájení školní docházky, odborná literatura tento počet vymezuje jako 40 % z celkového počtu dětí zahajujících školní docházku. Z tohoto důvod mne zajímalo, jaká existují preventivní opatření, které mají předcházet vzniku problémů v komunikaci a jak probíhá případná následná logopedická terapie v běžné mateřské škole.

Hlavním cílem této práce bude popsat systém logopedické péče v Mateřské škole ve Smiřicích, porovnat získané výsledky s informacemi prezentovanými v odborné literatuře a popsat tak možnosti eliminace poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku. Dílčím cílem je také pomocí diagnostického testu zjistit, jaké diagnózy narušené komunikační schopnosti se nejvíce vyskytují v daném zařízení a analyzovat tyto konkrétní odchylky a poruchy komunikačních schopností. K dosažení cílů výzkumného šetření budou využity jak kvalitativní metody – pozorování, rozhovor, analýza dokumentů a odborné literatury, tak kvantitativní metody - diagnostický test. Diagnostický test bude

složen z několika dílčích diagnostických testů nejčastěji využívaných v logopedické praxi a upraven pro úroveň schopností dětí předškolního věku a požadavky této práce.

Bakalářská práce bude rozdělena do jedenácti kapitol, z nichž prvních pět má teoretický obsah a zbylých šest kapitol představuje praktickou část práce. První část bude věnována dítěti předškolního věku, problematice vývoje řeči a jednotlivým jazykovým rovinám. Nezbytné je také popsat vybrané druhy narušené komunikační schopnosti včetně jejich etiologie, klasifikace, diagnostik a možností terapie. Tyto poruchy budou zvoleny na základě nejčastějšího výskytu u cílové skupiny, na kterou se tato práce zaměřuje, tedy na děti předškolního věku v běžné mateřské škole. Poslední část bude vymezovat jednotlivé části logopedické intervence - diagnostiku, terapii a prevenci.

Praktická část bude věnována již samotnému výzkumnému šetření. V této části budou vymezeny jednotlivé cíle šetření a popsána jejich naplnění spolu s popisem získaných výsledků a následnou analýzou. Mimo jiné bude obsahovat také popis cílů, metod a charakteristik místa šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Specifika dítěte předškolního věku

Pro předškolní věk je typické, že dochází k velkým změnám v životě dětí a jako všechna období, i toto má svá specifika, která je nezbytná zmínit a popsat.

1.1 Charakteristika dítěte v předškolním věku

Přesná periodizace předškolního období se u různých autorů liší. Někteří považují za předškolní období celé období od narození až do nástupu na základní školu, další jej vymezují jako období od třetího do šestého roku věku dítěte. V této práci se odvíjíme od definice, která toto období vymezuje od 3 let až do nástupu dítěte na základní školu.

Předškolní věk tedy navazuje na batolecí období, kdy u dítěte dochází k největšímu a nejrychlejšímu vývoji motoriky a fyzických funkcí. V předškolním věku se naopak tělesný růst zpomaluje, ale zdokonalují se jednotlivé pohyby a jejich koordinace, pohyby jsou přesnější a plynulejší. Dítě dokáže bez problému manipulovat s předměty, učí se samo oblékat, zavazovat si tkaničky, najíst se apod. (Šulová, 2004). Dítě se učí také samostatnosti v oblasti osobní hygieny. Z nočníku přechází na záchod a ví, že si před a po každém jídle má umýt ruce. Děti jsou zvídavé, objevují svět kolem sebe, často se rodičů táží *„proč“,* proč jsou věci tak jak jsou, proč se určité věci dějí atd. Vedle zvídavosti má být dítě také poučováno, rodiče by měli dítěti ukázat hranice, které nesmí překročit, *„Pokud by se dítě například zeptalo v tramvaji na choulostivější otázku, má je rodič zabrzdit, odpovědět mu krátce, jak si myslí, že to je. Pak mu má také říci, že není vhodné se na to ptát, protože tím může druhého (neznámého člověka) urazit, zarmoutit. Má mu být také vysvětleno, z jakého důvodu.“* (Špaňhelová, 2008, s. 82).

Pro toto období je také charakteristická nápodoba, dítě se snaží napodobovat vrstevníky, rodiče, ale také jiné aktivity jako například oblékání či sport. (Šulová, 2004). Dítě chce jezdit na kole stejně „jako tatínek“, vařit stejně „jako maminka“ atd. Šulová (2004) toto období označuje jako období hry, která je pro dítě přirozená a spontánní. Pomocí hry se dítě výrazně rozvíjí a projevuje se v ní jeho osobnost. Hry se stávají pohybovějšími, celkově pohyb má velký význam v tomto období vývoje. Hry ovšem nezahrnují pouze hru s hračkami, ale také hru s jinými dětmi, při které se vyvíjejí sociální vztahy. Dítě ve svém okolí více vnímá i jiné osobnosti než matku a otce popřípadě sourozence. U starších předškolních dětí můžeme pozorovat velkou soutěživost, někdy

až snahu být nejlepší a získat pozornost ostatních (u velkého počtu dětí lze pozorovat rivalitu, mnohdy až zákeřnost). Pomocí her se také výrazně rozvíjí fantazie dítěte. „*Tato fantazie pro dítě znamená přemýšlení nad novými souvislostmi na základě nějaké minulé zkušenosti. Dítě však nově kombinuje, nově vytváří. Postupně s věkem v předškolním období by měla fantazie u dítěte slábnout a vymizet.“* Zachová se ovšem fantazie, která je založena na realitě a reálných situacích. (Špaňhelová, 2008).

Většina předškolních dětí také umí napsat své jméno a na prstech ruky ukázat, kolik jim je let. S psaním jména také úzce souvisí kresba. Dítě přechází od spontánního čmárání k cílené kresbě určitých tvarů až celé postavy člověka, postava je ovšem v této úrovni kresby formou tzv. hlavonožce (hlava s očima, ze které vedou čáry představující ruce a nohy) (Šulová 2008*).“Vývoj kresby je v mnohém podobný vývoji řeči. Je však primárnějším, bezprostřednějším a širším nositelem sdělení než slova.“* (Čačka, 1997).

1.2 Vlastní vývoj dítěte předškolního věku

Je důležité nejprve upozornit na to, že každé dítě by mělo být vnímáno jako samostatný jedinec, měla by být zohledňována jeho vlastní úroveň, schopnosti a dispozice.

Fyzický vývoj v předškolním věku je vůči předchozímu batolecímu období pomalejší. Dítě v tomto věku vyroste do výšky zhruba o 5 - 7 cm, celkově se mu prodlouží trup a končetiny (Šulová, 2004). Dochází především ke kvalitativním změnám, a to nejen v oblasti motoriky. Pohyby jsou více koordinované, záměrné, přesnější a plynulejší. Dítě se pohybuje již zcela samostatně, bez opory. Plně ovládá chůzi do schodů, ze schodů, běh, později také kličkování, chození po nerovném povrchu, skákání přes překážky či šplhání po dětských hřištích. V rámci hry se dítě učí házet míčem, kopat do míče, jezdit na kole, plavat, bruslit apod. Jeho pohybové schopnosti se neustále zlepšují, proto je důležité zajistit dítěti vhodné podmínky pro jeho rozvoj. Jemnou motoriku neustále rozvíjí především pomocí kresby, která se postupně zdokonaluje, na konci předškolního období je již schopné nakreslit lidskou postavu. Dítě také manipuluje s různými materiály (dřevo, látka, plastelína, hlína, různé přírodní materiály) a tvary (kostka, koule, nepravidelné tvary), které rozvíjí jeho jemnou motoriku.

Vnímání dítěte v tomto věku je globální, dítě nerozlišuje základní vztahy, snadno se zaměří na detail předmětu, na kterém může ulpívat, například u lokomotivy se dítě zaměří na kouř a samotný mechanismus, který kouř vytváří je pro dítě nepodstatný, nevšímá si ho. Vnímání není analytické a závisí na tom, co zaujme

pozornost dítěte. Čačka dále vymezuje tři stádia vnímání dítěte. Prvním stádiem je stadium předmětů, které spočívá pouze v jejich výčtu. V druhém stádiu činností dítě již popisuje činnosti osob, v posledním třetím stádiu vztahů dochází ke globálnímu pochopení výjevu, jeho pointy a logického smyslu událostí, přičemž toto stádium je typické spíše pro školní věk (Čačka, 1997).

Nejdůležitějším smyslem pro člověka je zrak, pomocí zraku vnímá nejvíce podnětů, které pak analyzuje a syntetizuje. Zrakem dítě vnímá a rozlišuje jednotlivé tvary, barvy a v pozdějším věku také písmo. Sluch je dalším z klíčových předpokladů pro úspěšný vývoj, a to především pro vývoj řeči, tedy schopnosti komunikovat. Dítě se učí diferencovat jednotlivé slabiky, díky čemuž se vyvíjí jeho schopnost sluchové analýzy a syntézy (určování počtu slabik slova, určení prvního či posledního písmene slova).

Vnímání času v tomto období stále podléhá egocentričnosti dítěte. Dítě má jednotlivé časové úseky vždy spjaté s konkrétní událostí či činností, které jsou pro dítě významné, jako například vyzvednutí dítěte z mateřské školy (dále MŠ). Pro vyjádření budoucnosti neužívá dny, týdny či roky, ale jak uvádí Šulová (2004) *„Ještě třikrát se vyspím a pojedu k babičce.“*. Dny v týdnu a měsíce sice dítě umí vyjmenovat, z části zná jejich význam, ale v praxi je nepoužívá (Vágnerová, 2000).

Vedle fyzického vývoje dochází také k vývoji kognitivnímu, do této oblasti spadá paměť, pozornost, myšlení či řeč. Rozvoj paměti závisí především na zralosti odpovídajících mozkových struktur. Paměť dětí předškolního věku je spíše mechanická a konkrétní, díky tomu se bez problému naučí říkanky či básničky. Dítě si zapamatuje velké množství informací díky plastičnosti mozkové kůry, proto je toto období ideální ke studování jazyků. Kapacita paměti s přibývajícím věkem roste. Problémem v tomto věku je především schopnost uchovat si v paměti také negativní citové prožitky, které mohou v budoucnu zapříčinit různé obtíže v životě. Dítě v tomto období ještě není schopné plně zaměřit a udržet pozornost na jeden jev, jeho pozornost je přelétavá, čehož si můžeme v praxi dobře všimnout.

Kolem čtyř let již dítě přechází od fáze předpojmového myšlení k myšlení názornému (Čačka, 1997). Začíná se tázat po příčinách a důvodu dějů, které se kolem něho odehrávají. Z otázky *„Co je to?“* přešlo k otázce *„Proč?“*. Svět kolem sebe vnímá intenzivněji. Předškolnímu období odpovídá tzv. předoperační stádium, kdy dítě přechází k zobecňování, spojuje podobné pojmy. Myšlení je ale stále vázáno na přítomné vjemy.

Řeč dítěte se v tomto období zkvalitňuje, rozšiřuje se slovní zásoba a dochází k osvojování gramatických pravidel, jako je časování a skloňování. Řeč je primárním komunikačním prostředkem a je klíčová pro socializaci dítěte především v prostředí MŠ. Dítě dokáže již plně vyjádřit své pocity, potřeby a přání. Pro rozvoj řeči je klíčový dostatek stimulačních podnětů (mluvit na dítě, dávat dítěti prostor k vyjádření, popis obrázků, vyprávění pohádek apod.), jinak může dojít až k patologickému vývoji řeči (menší jazykový cit, slabá slovní zásoba, vadná artikulace atd.).

Socializace dítěte do kolektivu, nejčastěji v mateřské škole, je klíčovým předpokladem pro úspěšný vývoj. Dítě se učí regulovat a modifikovat svoje chování, vytváří první sociální vztahy, rozvíjí komunikaci s vrstevníky, učí se chování k autoritám a sociálním normám, osvojuje si sociální role (role dítěte, role žáka, role bratra/sestry apod.). Vrstevníci hrají v jeho životě významnou roli, potřebuje je k jeho hrám, ke zkoušení rolí a reakcím okolí. Kontakt s dětmi je důležitý pro formování vlastní osobnosti dítěte, vlastního Já (Šulová, 2004).

2 Vývoj dětské řeči

Řeč je jedním z hlavních znaků, kterým se člověk odlišuje od zvířat, je to specifická schopnost, která je vlastní pouze lidem. *„Řeč je forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace.“* (Dvořák, 1998, s. 147). Slouží nám ke sdílení informací, emocí, přání a myšlenek, a to prostřednictvím jazyka, který představuje systém znaků a symbolů ve všech jeho formách, tedy v podobě psané, mluvené či jiné, podléhající sémantickým, gramatickým, fonologickým a fonetickým zákonům (Bytešníková, 2012). Jazyk spadá také do oblasti sociální, jelikož jde o společenský produkt řeči inovovaný dle změn ve společnosti, která ho užívá a v neposlední řadě se jeho prostřednictvím člověk stává součástí společnosti, tedy socializuje se (Saussure in Bytešníková, 2012). Jak uvádí Klenková (2006), řeč a jazyk spolu navzájem souvisí, jelikož na to, aby mohl člověk promluvit, musí znát jazyk (například bez znalosti češtiny (jazyk) nemůžeme promluvit česky (řeč). Řeč jako schopnost avšak není vrozená, dítě k ní má určité dispozice, ale rozvíjí se až při kontaktu s mluvícím okolím, jehož zvuky (řeč) se pokouší napodobit (Klenková, 2006).

Zásadní pro vývoj řeči je prvních šest let života, zejména období kolem 3. - 4. roku života dítěte, kdy vývoj probíhá nejrychleji, v této době dojde k největším pokrokům a posunům. Celý proces osvojování řeči ovlivňuje mnoho proměnných a souvisí s ním celá řada jiných procesů a dějů, jako například vývoj kognitivních schopností nebo myšlení. Souvislost myšlení s vývojem řeči je předmětem zkoumání a analýzy mnoha autorů, jejichž teorie se liší. Všeobecně existují tři teorie vztahu vývoje myšlení a řeči, kdy autoři buď ztotožňují vývoj myšlení a řeči, tvrdí, že jsou to dvě odlišné, avšak spolu související činnosti nebo naprosto popírají jakoukoliv jejich souvislost. Vygotskij (Lechta, 2002) tvrdí, že vývoj myšlení a řeči spolu souvisí, mají sice oba odlišné kořeny, jejich vývoj až do určitého období probíhá odlišně, ale oba procesy mají své tzv. před stadium - předintelektuální a předřečové a kolem druhého roku života se obě vývojové linie protnou. Lechta (2002) předkládá několik nezpochybnitelných důkazů, které podporují teorie vzájemného vztahu a ovlivňování myšlení a řeči. Dle Neubauera (2010) je vývoj kognitivních schopností a vývoj jazykových schopností spjat, ovšem není totožný s vývojem mluvené řeči.

Základním předpokladem vývoje řeči je sluch. Vazba řeči a sluchu je nezpochybnitelná, důkazem je fakt, že při vrozené hluchotě, tedy bez existence sluchu

není možné, aby se mluvená řeč spontánně rozvíjela. Pokud je u dítěte zjištěna sluchová vada, je nutné ji co nejdříve vykompenzovat pomůckami, aby bylo zabráněno chybnému vývoji řeči. Prostřednictvím sluchového vnímání dítě na počátku svého vývoje přijímá většinu informací ze svého okolí, tedy i řeč. Ta je pomocí sluchu nejen vnímána, ale také realizována, poskytuje nám vědomou sluchovou kontrolu vlastního projevu. Sluchové vnímání se vyvíjí již v prenatálním období, kdy kolem šestého měsíce nitroděložního vývoje je dítě schopno reagovat na akustické podněty (reaguje nejčastěji pohyby) a ke konci těhotenství již rozezná hlas matky od ostatních zvuků. Po narození se sluchové vnímání vyvíjí velmi rychle, ve dvou měsících poznává matčin hlas, mezi třetím a čtvrtým měsícem hledá pomocí zraku zdroj zvuků (koordinace zrak-sluch). V návaznosti na schopnost rozeznání matčina hlasu dokáže kolem 4. – 6. měsíce rozlišit i jeho zbarvení. V období napodobujícího žvatlání, které je obvykle kolem 6. – 8. měsíce života dítě přestává vytvářet zvuky, které ve svém jazykovém prostředí neslyší.

Se sluchovým vnímáním se zároveň rozvíjí i motorika dítěte. Jak již bylo zmíněno, dítě se nejprve snaží vyhledat zdroj zvuku, což ho vybízí k pohybové aktivitě. Tato aktivita začíná nejprve schopností otáčet hlavičkou ze strany na stranu, ze začátku se tento pohyb odehrává pouze vleže na zádech, později kolem čtvrtého měsíce života je dítě schopno přetočit se na břicho a tzv. pást koníky a kolem 6. – 7. měsíce již dokáže sedět. Právě v této pozici se již mluvidla dostávají do typické pozice a je tudíž pro dítě snadnější s řečovým aparátem manipulovat. Mluvení je složitý proces vyžadující přesnou koordinaci jemné motoriky v oblasti mluvidel. Vývoj motoriky je nejprudší v prvních letech života, a pokud je tento vývoj narušen, je zároveň také opožděn řečový vývoj, stejně tak u dětí, které mají úroveň motorických dovedností sníženou, se vyskytuje narušená komunikační schopnost. Motorika mluvních orgánů je patrná už v prenatálním období, kdy je dítě na ultrazvuku zachyceno s vyšpulenými rty, při cucání palce nebo jsou zachyceny pohyby podobné polykacím a expiračním pohybům. Po narození hrají ve vývoji řeči svou roli také sací a žvýkací pohyby při přijímání potravy. Kromě hrubé motoriky a motoriky mluvních orgánů existuje také jemná motorika, která patří mezi jeden z předpokladů vývoje řeči. Lechta (2002) odkazuje na Bota (1983), který na základě výzkumu tvrdí, že úroveň rozvoje řeči a jemné motoriky rukou spolu koreluje.

V poslední řadě je také důležité zmínit vliv zrakového vnímání na vývoj řeči a komunikace. Dítě získává informace o dění kolem sebe zejména pozorováním okolí, ze kterého se později učí nápodobou. Význam zrakového vnímání na vývoj řeči spočívá

ve schopnosti dítěte odezírat pohyby mluvidel a mimických pohybů, které přispívají k osvojení si nonverbální komunikace a artikulace. V období napodobujícího žvatlání (6. – 8. měsíc) si již dítě začíná všímat pohybů mluvidel nejbližších osob, k čemuž Lechta (2002, s. 24) dodává: *„I výskyt obouretných souhlásek mezi prvními hláskami objevujícími se ve vývoji výslovnosti se zřejmě často jednostranně vysvětluje jen tzv. pravidlem nejmenší námahy a zapomíná se na zrak; tyto hlásky jsou totiž pro dítě nejdostupnější i proto, že je umí z matčiných úst nejlehčeji odezírat.“*. Také první slova, která dítě vytvoří, jsou většinou spjata s konkrétními předměty nebo osobami, které dítě vnímá zrakem.

Již výše zmíněná hrubá motorika spolu se zrakovým vnímáním paralelně souvisí s rozšiřujícím se zrakovým polem, se kterým se současně rozrůstá také slovní zásoba. To především proto, že je dítě schopno vnímat více vjemů a tím si slovní zásobu rozšiřovat. Jako praktický příklad poslouží prostá vertikalizace dítěte, tedy stav, kdy se dítě z polohy vleže nebo vsedě postaví, začne chodit a být akční. Dítěti se tak změní perspektiva, ze které vnímá svět a zorné pole, které dítě získá při stání je několikrát větší, než zorné pole dítěte vleže, což se projeví v rozvoji obsahové stánky řeči. Díky zrakovému vnímání je dítě schopno osvojit si i grafickou formu řeči, tedy písmo a později čtení.

Výše zmíněné determinanty a souvislosti s vývojem řeči lze zařadit do endogenních vlivů, ovšem vedle nich existují také exogenní vlivy ovlivňující vývoj řeči, mezi ně patří také sociální prostředí dítěte. Sociální prostředí, tedy prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, na něj každý den přímo působí. Mezi tyto vlivy, které negativně ovlivňují nejen vývoj řeči ale i celkový vývoj dítěte lze nejčastěji zařadit nedostatečnou stimulaci verbálními podněty, stejně jako prostředí s přemírou podnětů, které dítě spíše přehlcují. Perfekcionistická, rozmazlující, ale také až úzkostná výchova ze strany rodičů má na dítě nepříznivý vliv. Pokud dítě vyrůstá ve slabém sociálním prostředí, kdy například rodiče nepracují, mají nízký sociální status apod., může dojít k narušení psychického vývoje (kognitivních funkcí) dítěte, který úzce souvisí s vývojem řeči.

Jedním z předpokladů pro intaktní vývoj řeči je také správný mluvní vzor, který představuje prostředí, ve kterém osoby mluvící na dítě správně artikulují, hovoří spisovným jazykem a netrpí žádnou poruchou komunikačních schopností, pokud tyto podmínky nejsou splněny, můžou být etiologickým činitelem vzniku poruch řeči.

Závěrem lze konstatovat, že na vývoj řeči má vliv *„… příznivá součinnost endogenních a exogenních činitelů, artikulačního motoricko-proprioceptivně-akusticko-*

optického okruhu a dalších proměnných (intelekt, motivační faktory, paměť, emocionalita atd.) s vlivy prostředí utvářejí v konečném důsledku rozvinutou komunikační schopnost jednotlivce." (Lechta, 2002, s. 31).

2.1 Ontogenetický vývoj řeči

Ontogenetický vývoj neboli vývoj řeči jedince je složitý a dlouhý proces, který se odehrává dle určitých zásad, je ovlivněn mnoha proměnnými (vývojem motorky, myšlení atd.) a v určitých stádiích různé délky, přičemž by žádné stádium vývoje řeči nemělo být vynecháno. Pokud dojde k úplnému vynechání některého stádia, může tato změna zásadně ovlivnit ostatní stádia vývoje řeči i řeč samotnou. Při posuzování vývoje řeči dítěte je důležité dosaženou úroveň vztahovat k celkovému fyzickému a psychickému vývoji dítěte, individualita dítěte také hraje roli při vymezování jednotlivých stádiích vývoje řeči, v důsledku toho nelze jednotlivé etapy přesně časově vymezit, u každého jedince se mohou lišit.

Většina autorů (Kejklíčková, 2016, Lechta 2002 a Bytešníková, 2012) se shoduje na rozdělení ontogenetického vývoje řeči do dvou základních období, a to předverbálního období (přípravné stádium), které trvá zhruba do prvního roku života dítěte a období vlastního vývoj řeči, který u intaktního dítěte začíná kolem jednoho roku života.

Názory na počátek vývoje řeči se u některých autorů liší. Jedlička (Škodová, Jedlička a kol., 2003) označuje za počátek ontogenetického vývoje řeči období novorozeneckého křiku, oproti němu Průcha (2011) uvádí, že dítě si začíná osvojovat jazyk již v prenatálním období jakožto schopnost rozeznávat a reagovat na lidský hlas, konkrétně na hlas matky dítěte.

2.2 Předverbální období vývoje řeči

V přípravném období se dítě dorozumívá s okolím především prostřednictvím hlasových a neverbálních projevu. Pláč, jakožto první zvuk, který dítě po narození vydá lze považovat za počátek vývoje řeči. **Období křiku** je prvním stádiem a také začátkem komunikace s okolím. Primárně je křik pouhým hlasovým reflexem, kterým dítě reaguje na změny prostředí, ve kterém se nachází. Teprve kolem 6. – 7. týdne se tento reflex mění a novorozenec dokáže ovládat intenzitu a rozsah hlasu k projevům libosti a nelibosti.

S postupným zjemňováním hlasu a zdokonalováním fonace se rozšiřuje škála zvuků a dítě přechází ve vývoji do **období tzv. broukání**, které je především projevem libosti, kterou navíc doprovází úsměv dítěte.

Kolem 4. – 6. měsíce dítě pohybuje mluvidly i mimo dobu příjmu potravy a doprovází tento pohyb hlasem, jehož výsledkem jsou mlaskavé, chrčivé a bublavé zvuky. Některé hlasové zvuky mohou připomínat hlásky *a* nebo *e*, při poloze v leže pak dítě vytváří hrdelní zvuky a vzduch, který při výdechu rozráží sliny nahromaděné nad jícnem zní jako *gaga* či *grgr*. Lze to považovat spíše za hru s mluvidly než za vědomý proces, a proto se toto období označuje jako **období pudového žvatlání** (Bytešníková, 2012).
Lechta (1990) zdůrazňuje, že předverbální projevy jako jsou sání, polykání, žvýkání jsou již jistými předpoklady pro další rozvoj řeči, jelikož tyto činností „trénují" mluvidla. Dítě tak verbálně nepoužije jazyk, čelisti a rty dříve než se rozvine schopnost žvýkání.

S postupně se rozvíjející schopností nápodoby se kolem 6. – 8. měsíce do procesu zapojuje vědomé sluchové (sluchová kontrola a zpětná sluchová vazba) a zrakové vnímání. Dítě tak začíná reagovat na známé hlasy a napodobuje zvuky, které samo vydává a zároveň sleduje pohyby mluvidel osob kolem sebe (Klenková, 2006). V tomto období se již rozvíjí schopnost fonematické diferenciace, tedy schopnost rozlišit jednotlivé znaky fonémů jazyka a rozdíly mezi správným a chybným zněním těchto fonémů (Lechta, 2002). O napodobení hlásky se dítě pokouší stále dokola, tento proces napodobení hlásek se nazývá fyziologická echolalie. Dítě využívá modulačních faktorů řeči a mění rytmus, výšku, sílu a melodii (Klenková, 2006). Jelikož až do tohoto **období napodobujícího žvatlání** dítě nevytvářelo zvuky na základě sluchové kontroly je také pravděpodobné, že možná sluchová vada nebyla u dítěte doposud diagnostikována (Bytešníková, 2012).

Kolem 10. měsíce již nastává **období rozumění řeči**, kdy dítě sice nerozumí obsahům slov, vnímá pouze jejich charakteristickou melodii, ale dokáže na ně, většinou motoricky, reagovat. Zvuk si spojí s konkrétním vjemem či situací, která se již několikrát opakovala, typická je například hra kdy dítě na otázku „*Jak jsi veliký?"* natáhne ruce do výšky (Klenková, 2006). Toto období je důležité i z hlediska sociálního, dítě se již stává součástí kulturního prostředí, roste možnost komunikovat s dospělými a v návaznosti na to se rozšiřuje pasivní slovní zásoba dítě, rozumí tak více slovům ačkoliv je neumí říci (Kutálková, 2005).

2.3 Vlastní vývoj řeči

Zhruba v jednom roce přechází dítě do stádia vlastního vývoje řeči, vývoj v tomto období nejvýrazněji podléhá individualitě dítěte, každé dítě má vlastní tempo vývoje a v důsledku toho nelze všeobecná pravidla a kategorie vždy a přesně aplikovat

na jednotlivce. Vlastní vývoj řeči lze dělit do čtyř základních stádií, stadium emocionálně-volní, asociačně-reprodukční, stadium logických pojmů a stadium intelektualizace řeči. Bytešníková (2012) k těmto základním stádiím přidává ještě stadium egocentrické a stadium rozvoje komunikačních dovedností.

Prvním stádiem vlastního vývoje řeči je **emocionálně-volní stádium**. V tomto stadiu se u dítěte objevují první slova, která zastupují celou větu, jsou to tzv. jednoslovné věty, například *„pá“*. Volba těchto slov závisí na aktuálních potřebách dítěte, snaží se jimi vyjádřit své emoce, přání, city či vůli. Typ věty (otázka, oznámení a žádost) lze poznat dle intonace. Ačkoliv dítě vytváří první slova, tak neverbální komunikace a žvatlání stále přetrvává a slovní zásoba dítěte je malá.

Kolem 1,5 až 2 let věku dítě takzvaně objevuje mluvení, opakuje si slova a snaží se napodobovat dospělé, toto stadium nazývá jako **egocentrické stadium**.

S ním se prolíná **stadium asociačně-reprodukční**, kdy slova mají pojmenovávací funkci, dítě je již schopno přenést toto pojmenování z konkrétních jevů na jevy podobné, například slovo *„haf“* již není označení pro babiččina psa Puťu, ale označuje i všechny ostatní psy. Dítě je schopno jednoduchých asociací a z toho důvodu se stádium nazývá asociačně-reprodukční (Bytešníková, 2012). Reprodukční proto, že dítě již začíná tvořit dvojslovné věty typu *„haf pápá“* nebo *„čičí hajá“*.

Mezi 2. – 3. rokem ve **stadiu rozvoje komunikační dovednosti** dítě začíná chápat funkci řeči, tedy to, že tím může něco získat. Proto se dítě snaží hodně komunikovat s ostatními a pokud je jeho snaha neúspěšná, může dojít až k frustraci (Klenková, 2006).

Důležité je **stádium logických pojmů** okolo 3. roku života dítěte. Dochází k zobecňování pojmenování konkrétních jevů a tím se slova stávají slovy s obsahem, tedy všeobecnými pojmy. Právě v tomto období se u dítěte mohou objevit počátky řečových obtíží (opakování hlásek, zadrhávání) v důsledku vysokých nároků kladených na dítě (toto souvisí také se vstupem dítěte do mateřské školy, kde má pevný režim, musí se částečně přizpůsobit ostatním, začlenit se do kolektivu a v první řadě je na delší dobu odloučen od matky). Mimo to je dítě schopné pojmenovat předměty denní potřeby, orientuje se v časových pojmech jako je den a noc, zná jména sourozenců a jeho slovní zásoba je okolo 1000 slov. Přibližně ve 3,5 letech nastává takzvaný druhý věk otázek, kdy se dítě ptá *„Proč?“* a *„Kdy?“*.

Posledním stádiem, které od 4 let přetrvává až do dospělosti, je **stadium intelektualizace řeči.** Dítě se dokáže dostatečně přesně vyjádřit z hlediska obsahového

a formálního, zvládá rozlišit abstraktní a konkrétní pojmy a dohází k celkovému zkvalitnění projevu (Bytešníková, 2012). Slovní zásoba se rozšiřuje, rozvíjí se také logická stránka řeči, obsah slov se zpřesňuje a dítě již ovládá základní gramatická pravidla, která se vyvíjí přibližně do 5 let věku (Klenková, 2006).

Z hlediska vývoje výslovnosti následuje pouze krátký orientační přehled, jelikož je tento vývoj velmi individuální. Jako první dítě zvládá výslovnost samohlásek *a, e, i, o, u* a souhlásek *b, p, m,* které se vyvíjejí kolem 1,5 až 2 let věku, ve věku 2,5 – 3,5 let je dítě schopno vyslovit hlásky *v, f, h, ch, k, g* a dvojhlásky *au* a *ou*. Po třetím roce vývoje dítěte se upravuje artikulační postavení hlásek *j, d, t, n* a *l*, které jsou předpokladem pro vývoj intaktního *r*. Od 3,5 až 4,5 let se vyvíjí artikulace dvojhlásek *bě, pě, mě, vě* a hlásek *ď, ť, ň.* Hlásky *č, š, ž* se vyvíjejí kolem 4,5 – 5 let věku a hned po nich následují hlásky *c, s, z,* a *r*, jejichž vývoj by měl být ukončen zhruba v 6,5 letech. Jako poslední se vyvíjí artikulace hlásky *ř* a diferenciace hlásek *č, š, ž* a *c, s, z* (Jurnečková, Vysoudilová, 1970 In Salomonová, 2003).

Na závěr této podkapitoly je uveden přehled návaznosti fyziologického vývoje artikulace hlásek dle Salomonové (In Škodová, Lechta a kol., 2003), která by měla být dodržována při logopedické terapii dyslalie, jelikož z ní vychází substituční metody reedukace hlásek.

a → m → b → p

a, e, i, o, u (á, é, í, ó ú) → au, ou

f → v

t → k → g

h, ch - pouze nápodobou

l, n, d, t - úprava artikulačního postavení ve třech letech je prevencí chybné výslovnosti sykavek, hlásky *r* a *ř*

i → e → j → bě, pě, mě, vě → ň, ď, ť → č → š → ž

d, t → r → ř

t → c → s → z

3 Jazykové schopnosti dítěte předškolního věku

S ohledem na vývoj jazyka lze definovat základní jazykové roviny řeči, které jsou dílčími systémy ve vývoji řeči. Jazykové roviny jsou čtyři foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická rovina (Bytešníková, 2012).

3.1 Foneticko-fonologická rovina

Obsahem této roviny je zvuková stránka řečového projevu a jejími základními jednotkami jsou hlásky. Je důležité znát ve vývoji pořadí fixace jednotlivých hlásek, neboť od toho se poté odvíjí postupy při nápravě výslovnosti. Výzkumy se stále rozcházejí v názoru na pořadí hlásek, jelikož je to u každého dítěte jiné. Nejvíce se různí autoři shodují, že mezi prvními hláskami, které se dítě naučí, jsou samohlásky, prvně samohláska a, po nich následují souhlásky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a nakonec zbytek úžinových hlásek. Vývoj výslovnosti ovlivňuje mnoho proměnných, jako například vyzrálost fonematického sluchu, motorická obratnost mluvních orgánů, mluvní vzor apod. (Klenková, 2006). Bytešníková (2012) zdůrazňuje, že dítě by mělo před zahájení školní docházky již správně vyslovovat všechny hlásky, ovšem názory na stanovení přesné hranice se mohou u různých autorů lišit. Vývoj této roviny jazyka je možné podpořit cvičením na fonematickou diferenciaci, dechovým cvičením, využít říkadla a jiná cvičení pro rozvoj melodie, rytmu a tempa.

3.2 Lexikálně-sémantická rovina

Zahrnuje pasivní a aktivní slovní zásobu, definici pojmů a zobecňování. Touto stránkou jazyka se zabývá obor lexikologie, který zkoumá slovní zásobu jako celek a vztahy mezi prvky slovní zásoby, tvořením slov, frazeologií a sémantikou. Základní jednotkou této roviny je slovo. Slovní zásoba se s přibývajícím věkem stále rozrůstá. Slovní zásobu lze rozdělit do dvou částí, na aktivní slovní zásobu, která představuje slova, která používáme a pasivní slovní zásobu, která obsahuje navíc slova, kterým rozumíme, tudíž tato slovní zásoba je daleko širší (Bytešníková 2012). Klenková (2006) uvádí přehled počtu slov v jednotlivých úsecích života – okolo 1 roku 5 - 7 slov, zásoba dvouletého dítěte je již 200 slov, ve třech letech zásoba rapidně vzroste na 1000 slov, ve věku 4 let zná asi 1500 slov a při nástupu do školy by mělo mít slovní zásobu přibližně 2500 - 3000 slov.

3.3 Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktická rovina neboli gramatická rovina je zkoumatelná až od 1 roku, kdy dítě začíná používat první slova. Mezi první používaná slova patří podstatná jména a později slovesa a tzv. onomatopoické citoslovce. První slova, která děti užívají, nemají gramatická pravidla, tedy jsou nesklonná, nečasovaná a užívána jen v určitých pádech. Od dvou let jsou již tvořeny věty dvojslovné, ale i přes to z nich nelze samostatně bez kontextu poznat smysl. Zhruba kolem 2,5 let věku se do slovní zásoby začínají přidávat také ostatní slovní druhy, jako jsou přídavná jména a osobní zájmena. Všechny slovní druhy jsou zastoupeny ve 4 roce života. Ze syntaktického hlediska dítě ze začátku používá jednoslovné věty, později dvouslovné a kolem 3. – 4. roku už tvoří souvětí. Slova, která mají pro dítě klíčový význam, dává většinou na začátek vět (Lechta, 1990). Pravidla syntaxe si dítě většinou osvojí z řeči ostatních. Jestliže dítě do 4 let nepoužívá gramatická pravidla přesně, jedná se ještě o tzv. fyziologický dysgramatismus, ale pokud tyto chyby přetrvávají, může se jednat o narušený vývoj řeči (Klenková, 2006). Na závěr nutno dodat, že v této rovině se také odráží dušení úroveň dítěte, neboť schopnost osvojovat si gramatická pravidla souvisí s intelektem (je velký rozdíl při osvojování gramatické stránky jazyka u mentálně postižených a intaktních dětí) (Lechta, 1990).

3.4 Pragmatická rovina

Tato rovina představuje sociální aplikaci komunikační schopnosti člověka, tedy použití řeči v praxi. Již tříleté dítě si dokáže uvědomit, že je součástí komunikace, tedy že by mělo reagovat na konkrétní situace, osvojuje si určité komunikační vzorce a pravidla a ty aplikuje v komunikaci. Tato rovina zahrnuje i záměrný výběr a aplikaci neverbálních projevů. Po 3. roce života dítěte u něj lze pozorovat snahu komunikovat s ostatními ve svém okolí, kdy dítě navazuje a udržuje krátké rozhovory. Řeč má v období intelektualizace řeči (po 4. roce) také regulační funkci, jelikož usměrňuje chování dítěte a zároveň ji dítě používá k regulaci chování ve svém okolí (Klenková, 2006).

4 Narušená komunikační schopnost u dětí předškolního věku

V oblasti poruch komunikace tedy v oboru logopedie se střetávají dva hlavní proudy či přístupy. Teorie narušené komunikační schopnosti V. Lechty a psycholingvisticky orientovaný přístup K. Neubauera – poruchy řečové komunikace. Přičemž řečová komunikace je proces, který zahrnuje 3 základní předpoklady – vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané učením a aktuální faktory, které působí na člověka v dané situaci. Úspěšné užití komunikačních schopností je podmíněno kognitivními proces zahrnující hlavně pozornost, paměť a intelekt (Neubauer, 2007).

Narušená komunikační schopnost člověka je stav, kdy je narušena některá z rovin jazyka a má tak špatný vliv na proces komunikace. Narušená komunikační schopnost vychází z komunikačního záměru, který umožňuje nejvšeobecnější aplikaci (Lechta In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Z důvodu zaměření této práce na poruchy komunikace u dětí předškolního věku byly vybrány pouze některé vady řeči, které se v tomto věku vyskytují nejčastěji. Mezi ně patří opožděný vývoj řeči (dále jen OVŘ), dyslálie, vývojová dysfázie, balbuties a elektivní mutismus. Tyto vady řeč byly zvoleny na základě výzkumného vzorku praktické části práce, kterou tvoří děti předškolního věku v běžné mateřské škole, bez přidružených postižení a jejichž zdravotní stav je v normě (bez rozštěpů patra, DMO, sluchového či zrakového postižení, bez poruch chování, apod.).

4.1 Opožděný vývoj řeči

Opožděný vývoj řeči (dále pouze OVŘ) je stav kdy dítě do 3 let věku nemluví nebo v porovnání s ostatními dětmi stejného věku mluví výrazně méně. Charakteristickými symptomy jsou malá slovní zásoba, patlavost a dysgramatismy. Symptomy OVŘ mohou mít různý stupeň, avšak jen ve výjimečných případech se jedná o úplnou nemluvnost, většinou dítě vydává alespoň zvuky s určitým subjektivním významem, což ale nelze považovat za skutečnou řeč. Všeobecně lze tvrdit, že symptomy OVŘ jsou různorodé a závislé na etiologii (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Etiologie OVŘ je nejednotná, ale nejčastěji se uvádí jako faktory opožděného vývoje řeči následující:

- výchovné prostředí (dítě je nedostatečně stimulováno podněty, chybí mu pozornost zejména rodičů)
- genetické faktory

- citová deprivace
- opožděný psychomotorický vývoj (nedonošenost, předčasné narození, nevyzrálá nervová soustava)
- lehká mozková dysfunkce (ADHD, ADD) (Klenková, 2006)

Škodová (2003) odkazuje na Sováka (1978), který vymezil příčiny vzniku OVŘ dle dvou faktorů, biologického, který zahrnuje dědičnost, individuální schopnosti, prenatální a perinatální neložisková poškození CNS a změny mozkového biochemismu, opožděné vyzrávání CNS na druhé straně stojí faktory sociální, tedy patologické výchovné prostředí. Jelikož je etiologie OVŘ velmi rozmanitá, je nezbytné provést v návaznosti na **diagnostiku** také diagnostiku diferenciální, která zahrnuje vyšetření zraku, sluchu, jemné i hrubé motoriky a hlavně intelektu. Diferenciální diagnostika se provádí především proto, že všechny tyto zmíněné aspekty mohou ovlivnit vývoj mluvní produkce.

Intelekt má vliv na vývoj řeči z hlediska obsahové i formální stránky a bez nedostatečného intelektu se řeč nemůže intaktně vyvíjet, proto je jeho vyšetření nezbytné. Vyšetření intelektu nejčastěji provádí klinický psycholog, který má k tomu potřebné materiály (testy a testové baterie), intelekt lze vyšetřit také pomocí kresby (využívá se u dětí s vývojovou dysfázií).

Další z vyšetřovaných oblastí je motorika, která jde ruku v ruce s vývojem řeči. Toto vyšetření provádí klinický logoped, který k tomu má dostatek testových materiálů.

Vedle klasické orientační zkoušky sluchu a vyšetření fonematického sluchu by mělo být dítě vyšetřeno také foniatrem na příslušném pracovišti.

Vyšetření zraku je další nezbytnou součástí diferenciální diagnostiky neboť jak již bylo zmíněno ve druhé kapitole se dítě pomocí odezírání učí motorické vzory hlásek. Vyšetření zraku by měl provádět primárně pediatr, případně ve spolupráci s očním lékařem.

Součástí diagnostiky je také vyšetření laterality, která vyšetřuje dominanci a koordinaci ruky a oka, provádí se standartním testem na pracovišti klinického logopeda.

V poslední řadě přichází na řadu vyšetření řeči a jejích jednotlivých složek. Vyšetřují se dvě oblasti – porozumění řeči a vlastní řečová produkce. Vyšetření porozumění řeči se provádí pomocí konkrétních denních situací, předmětů denní potřeby nebo obrázků, kdy dítě na pokyn logopeda provádí různé úkony. Například na pokyn *„Kde je kůň?“* dítě hledá mezi obrázky zvířat koně. Při vyšetření vlastní produkce řeči se vyšetřují jednotlivé roviny jazyka (viz. kapitola č. 2).

U foneticko-fonologické roviny je chyba v neschopnosti rozeznat fonologické opozice (znělost - neznělost), u morfologicko-syntaktické roviny dítě komunikuje pouze podstatnými a přídavnými jmény, zaměňuje rody, čísla a pády, velmi omezeně a špatně používá předložky, věty jsou často jednoduché a objevují se dysgramatismy. Pro lexikálně-sémantickou rovinu je charakteristická malá slovní zásoba, převažuje pasivní slovník a dítě nechápe význam slov. Poslední pragmatická rovina je zaměřena na použití řeči v sociálním kontextu, sleduje se především schopnost udržet časovou a dějovou linii ve vyprávění.

Správně by se při diferenciální diagnostice měl zjišťovat také stav prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, respektive jestli je dítěti věnováno dostatek pozornosti, jestli má podmínky pro komunikaci a potřebu komunikovat a to nejen v rodině, ale i v širším okolí dítěte (mateřská škola).

Diagnostika by měla objasnit příčiny vzniku OVŘ, aby na základě toho byl zvolen vhodný terapeutický postup.

Cílem **terapie** OVŘ je dosažení úrovně řeči odpovídající věku dítěte. Terapeutický postup je založen na několika zásadách. První z nich je poskytnout dítěti dostatek (nesmíme ale dítě zahrnout nepřiměřeným množstvím podnětů) řečových podnětů a vybízet dítě k řečové komunikaci, dále zajistit dítěti správný řečový vzor, který odpovídá normám jazyka, dítě bychom měli primárně učit zvuky, které je schopno napodobit a zafixovat si tak jejich podobu. Artikulačně jednoduchá slova jsou základem pro navození správného vývoje řeči, neboť náročná slova si nezapamatuje a ani je nedokáže napodobit, takže by dítě zbytečně zatěžovala. Je vhodné dítěti několikrát opakovat to, co se ho snažíme naučit - zvuky a jednoduchá slova, později složitější věty. Díky opakování si dítě osvojí melodii řeči.

Při terapii OVŘ by měl logoped dodržovat několik zásad. Zásadu postupu od jednoduššího ke složitějšímu, rozvíjet především obsahovou stránku řeči (výslovnost až později) v této oblasti se dopouštíme největší chyby, když se snažíme dítě naučit správnou výslovnost, aniž by mělo dostatečnou slovní zásobu a schopnost koordinovat mluvidla. Podpora dítěte ke komunikaci by měla být vždy nenásilná a přirozená, je důležité používat stále stejná slova, aby si dítě spojilo zvuk s pohyby mluvidel (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Lechta (1990) shrnuje 8 zásad rozvíjení řeči:

- zásada normálního vývoje řeči
- zásada vyprovokování dítěte ke spontánnímu řečovému projevu
- preference obsahové stránky řeči před výslovností
- zásada multisenzorického přístupu (v závislosti na charakteru narušení určité části reflexního okruhu)
- zásada komentování (opakování stále stejných zvuků, slov, vět apod.)
- zásada názornosti (obrázky, hračky atd.)
- zásada vývojovosti (dodržovat stádia vývoje řeči)
- upřednostňování sociálního aspektu a vytváření modelových situací

Opožděný vývoj řeči prostý se na rozdíl od vývojové dysfázie projevuje opožděním pouze v řeči, nikoli v ostatních oblastech osobnosti.

4.2 Vývojová dysfázie

Jak již z názvu vyplývá, řadí se dysfázie mezi vývojové poruchy a je definována jako *„specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené“* (Škodová, Jedlička, 2003, s. 106). Jak poznamenává Škodová a Jedlička (2003) tato definice a vymezení názvu vývojová dysfázie nebyla vždy jednotná, pro specificky narušený vývoj řeči se používaly termíny jako sluchoněmota (alalie) či afémie, a to převážně proto, že vznikaly v různých lékařských a nelékařských oborech a v různých obdobích. Současná klinická logopedie uznává výše zmíněný termín vývojová dysfázie.

Vývojová dysfázie je často spojená i s jinými poruchami jako je například lehká mentální retardace, specifické poruchy učení či ADHD.

Etiologie vývojové dysfázie je různorodá, Škodová a Jedlička (2003) uvádějí, že se jedná o následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu na základě difúzního poškození CNS a zasahuje tak celou centrální korovou oblast mozku. K tomuto poškození může dojít v prenatální, perinatálním či v postnatálním období maximálně do 1 roku věku dítěte (Bendová, 2014). Škodová a Jedlička (2003) také upozorňují na možný vliv dědičnosti na vznik vývojové dysfázie a na její výskyt spíše u mužských potomků (4:1), k čemuž Vágnerová (2001) dodává, že možnou příčinou je hormonálně podmíněné pomalejší dozrávání mozku, zejména levé hemisféry u chlapců.

Vývojová dysfázie má širokou škálu **symptomů** a je charakteristická celkovým nerovnoměrným vývojem osobnosti. Mezi nejtypičtější a nejnápadnější symptomy patří opožděný vývoj řeči. Dále můžeme pozorovat narušené zrakové či sluchové vnímání, narušení paměťových funkcí, narušenou orientaci v čase a prostoru a narušení motorických funkcí (Kejklíčková, 2016). Projevy dysfázie v ovšem nejsou jen vnější (povrchové), ale i vnitřní (v hloubkové struktuře řeči), kdy porucha ovlivňuje i sémantickou, syntaktickou a gramatickou oblast, projevující se jako přehazování slovosledu, odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov (předložky, částice), omezením slovní zásoby a redukce stavby vět na jednoslovné nebo dvouslovné (Škodová a Jedlička, 2003). Slovní zásoba se rozvíjí velmi pomalu, artikulace bývá nepřesná, výrazně patlavá až nesrozumitelná. Dochází k záměně měkkých hlásek (*ď, ť, ň*) za tvrdé (*d, t, n*), sykavek řady š (*č, š, ž, dž*) za řadu s (*c, s, z*), dlouhých samohlásek za krátké a znělých souhlásek (*b, d, g, v, z, ...*) za neznělé (*p, t, k, f, s*) (Kejklíčková, 2016). Projev se někdy může zdát plynulý, ale je absolutně nesrozumitelný. Častá je také narušená diferenciace znělosti – neznělosti.

Jak už bylo výše zmíněno, vývojová dysfázie nezasahuje jen do oblasti vývoje řeči, ale i jiných oblastí. Škodová a Jedlička (2003) zmiňují celkový nerovnoměrný vývoj, především mezi verbálními a neverbálními schopnostmi. Tento rozdíl může být i několik let. Další narušenou oblastí je kresba, která je v případech těžké formy dysfázie jediným způsobem jak určit diagnózu. Kresba je charakteristická deformovanými tvary, nesprávnými přímkami, úhly a křivkami, jednotlivé čáry jsou slabé, roztřesené a nedotažené, obrázky mají špatné proporce (např. dlouhé tělo, krátké ruce apod.), pro rozložení obrázků na papíru je typické umístění jen na jednom místě a obrázky se tedy překrývají nebo jsou těsně vedle sebe. Kresba by se vždy měla zařazovat do diagnostického vyšetření, jelikož její podoba je u dysfázie specifická.

Dítě s dysfázií má také problémy v oblasti sluchového vnímání, jelikož nedokáže sluchem rozlišit jednotlivé prvky řeči, to se projevuje především jako porucha vnímání a užívání jednotlivých hlásek, poruchou rozlišování zvukově podobných hlásek a poruchou tvorby a vnímání sledů hlásek a slabik. Dítě není schopno napodobit melodii a rytmus a při reakci na otázky dochází ke zpoždění odpovědi kvůli delšímu zpracování akustické informace.

Bývá často narušena i paměťová funkce, orientace v prostoru a čase, lateralita a v neposlední řadě je narušena také motorická funkce nejen mluvidel, ale i oblasti jemné motoriky.

Bendová (2014), Škodová a Jedlička (2003) uvádějí rozdělení vývojové dysfázie na senzorickou a motorickou, případně smíšenou, která představuje kombinaci výše zmíněných typů.

Dysfázie motorická patří mezi expresivní poruchy řeči. Charakteristické znaky tohoto typu dysfázie jsou:

- opožděný vývoj řeči,
- obtíže ve verbálním vyjádření,
- dysnómie,
- „mluvení v okruhu“ (díky malé slovní zásobě dítě hovoří jen o některých tématech),
- problémy v oblasti syntaktické, morfologické a sémantické,
- fixace a automatizace slov je narušena,
- aktivní slovník je oproti pasivnímu slovníku výrazně menší,
- převládá spíše neverbální než verbální vyjadřování,
- nízká motivace a „chuť“ mluvit.

Naopak senzorická dysfázie je receptivní poruchou řeči, projevující se následovně:

- vývoj řeči nemusí být opožděn,
- poruchou fonematického sluchu,
- poruchou sluchové paměti,
- poruchou krátkodobé paměti,
- aktivní slovník je deformovaný, protože slova jsou tvořena chybně,
- aktivní slovník bohatý, ale nesrozumitelný,
- dítě nerozumí slovům a mnohdy nechápe jejich obsah,
- špatně odpovídá na otázky kdo, co, kde, kdy, jak a proč.

Při diagnostice vývojové dysfázie je nezbytná spolupráce pediatra, foniatra, psychologa, neurolog a logopeda k určení přesné diagnózy a na jejímž základě bude logopedem stanoven vhodný terapeutický postup. Diagnostika by tedy měla být zaměřena nejen na vyšetření řeči, ale i na kognitivní schopnosti, hru a sociální interakci s okolím.

Při diferenciální diagnostice je nutné ji odlišit od těžké dyslalie, sluchové vady, prostého opoždění vývoje řeči, mentální retardace, mustismu či autismu (Kejklíčková, 2016).

Foniatrická diagnostika by měla být vždy součástí diagnostiky, aby se vyloučilo případné postižení sluchu. Diagnostiku provádí vždy foniatr ve spolupráci s logopedem, který může využít například Test fonematického sluchu od Škodové. U dysfatiků je v tomto testu nižší procento úspěšnosti, a to především ve znělosti - neznělosti a závěrovosti – nezávěrovosti. Foniatr provádí klasickou audiometrii.

Neurologická diagnostika se provádí z důvodu vyloučení nebo potvrzení dalšího možného postižení. Neurologický nález ve většině případů bývá negativní a obecně lze tvrdit, že neurologické postižení a tíže postižení řeči spolu nemusí souhlasit.

Logopedickou diagnostiku vždy provádí kvalifikovaný logoped, který se zaměří na vyšetření orientace v prostoru i čase, vyšetření laterality, motorických funkcí, sluchového vnímání, zrakového vnímání, grafomotiky, paměti a samozřejmě vyšetření řeči.
Orientace v prostoru a čase bývá u dysfatiků narušena hlavně v nechápání časových vztahů. Lateralita se vyšetřuje Testem laterality od Žlaba a Matějčka.

Vedle vyšetření motoriky mluvidel by si měl logoped všímat také celkového motorického projevu jedince, jelikož ten koreluje s motorikou řečových orgánů. K vyšetření celkového motorického projevu se využívá např. Ozeretzkého test v úpravě Göllnitzově. U vývojové dysfázie bývá časté narušení motoriky jazyka, rtů, tváří apod. Největší problém bývá v koordinaci pohybů mluvidel a střídání antagonických pohybů. V praxi dítě například nedokáže sešpulit rty potom se usmát a podobně, na základě toho není dítě schopno plynule střídat slabiky tak jak jdou ve slovech za sebou. Pro vyšetření motoriky mluvidel se nejčastěji využívá Test aktivní mimické psychomotoriky podle Kwinta (Jedlička a Škodová, 2003). Dále lze využít například Orientační zkoušku motoriky mluvidel od Tomické, která je složena z několika motorických cvičení na ujištění pohyblivosti rtů, dolní čelisti (velikosti úhlu) a pohyblivosti jazyka (Janečková, 2014).

K vyšetření sluchové percepce se nejčastěji využívá test Hodnocení fonematického sluchu od Škodové, který zjistí na jaké úrovni je sluchové rozlišování zvukově podobných hlásek (fonematický sluch). Pro děti mladšího školního věku lze také využít Zkoušku sluchové diferenciace.

Pro vyšetření zraku může logoped využít Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové, který je sestaven z 5 subtestů ověřujících vizuomotorickou koordinaci,

diferenciaci figura - pozadí, konstantnost tvaru, polohu v prostoru a prostorové vztahy, popřípadě může vycházet z diagnostiky klinického psychologa. Děti s vývojovou dysfázii mají problém v koordinaci zrakového vnímání a jemné motoriky, problém s rozlišením figury na pozadí, neumí obkreslit obrázek, má problémy v osvojování čtení a psaní, potíže v rozlišování tvarů, barev a zapamatování si tvaru je zdlouhavé, nedovedou poznat například obrázek natočený o 180°, orientace v prostoru je také narušená, neumí se vyhnout překážce, ztrácí směr, zaměňují pohyb vpřed – vzad apod.

Jak již bylo zmíněno výše v této podkapitole, vývojovou dysfázii lze poměrně dobře určit z grafomotirických schopností, tedy z kresby. Kresba je tedy nezbytnou součástí diagnostiky a orientačně odhaduje vývoj rozumových schopností dítěte. V kresbě se mohou také projevit obtíže ve zrakovém vnímání, senzomotorické koordinaci a poruchy jemné motoriky. Vyšetření kresby většinou pro logopeda provádí klinický psycholog.
Nezbytné je také vyšetření paměti, jelikož jedním z projevů dysfázie je neschopnost zapamatovat si instrukce, opakování delších slov, neschopnost vyprávět říkanku, dysfatici si také nepamatují pořadí činností určitého úkonu. Zároveň je nutné zaměřit se na stav pozornosti, na výkyvy a koncentraci pozornosti.

Jak již bylo poukázáno, některá vyšetření prování pro logopeda klinický psycholog, ten provádí hlavně vyšetření intelektu. Porucha intelektu ale není součástí klinického obrazu dysfázie, jedná se o přidruženou poruchu. U některých dysfatiků naopak lze naměřit i nadprůměrný intelekt.

Pro vyšetření jazykových struktur se obvykle využívá Heidelberský test vývoje řeči v úpravě H-S-E-T od Miklajové (1997). Tento test je určen pro děti ve věku od 5 do 9 let, obsahuje 13 subtestů zaměřených na větnou a morfologickou strukturu, větný, slovní a pragmatický význam. Tento test nediagnostikuje fonologicko-fonetickou rovinu jazyka. Cílem je stanovit dosažený stupeň vývoje. Nevýhodou tohoto testu je, že není přesně přizpůsoben českým dětem, jelikož vychází z německého jazyka.

Základem úspěšné **terapie** je týmová spolupráce několika odborníků a hlavně plné zapojení rodiny. Terapie by neměla být zaměřena pouze na komunikační dovednosti, ale na celkový rozvoj osobnosti dítěte. Pokud by byla terapie zaměřena pouze na řeč, došlo by k omezení ostatních dovedností nezbytných pro dosažení školní zralosti nebo dokonce ke vzniku koktavosti ve školním věku.

Terapie by měla zahrnovat následující:

- rozvoj zrakového vnímání,
- rozvoj sluchového vnímání,
- rozvoj myšlení,
- rozvoj paměti a pozornosti,
- rozvoj motoriky,
- rozvoj schopnosti orientace,
- rozvoj grafomotoriky,
- rozvoj řeči (Škodová, Jedlička, 2003).

K rozvoji zrakového vnímání lze využít například vyhledávání stejných obrázků, rozlišování jednotlivých tvarů, hledání tvaru v prostoru, rozlišování detailů, rozvíjet polohu vpravo-vlevo, nahoře-dole.

S diagnózou vývojové dysfázie se také pojí neschopnost rozlišovat jednotlivé hlásky a slabiky, a proto je důležité se v terapii zaměřit právě na rozvoj sluchového vnímání. Vhodné je začít u diferenciace jednotlivých zvuků v okolí, poté využít některé specifické zvuky jako například zvuky hudebních nástrojů, určování dlouhých tónů od krátkých apod. (Kejklíčková, 2016). Jedlička a Škodová (2003) dodávají, že by při terapii měl být zvuk vždy spojen s konkrétním obrázkem a pokud dítě i po ukončení vývoje fonematického sluchu přibližně v pěti letech nesplňuje tuto hranici, musí být tato oblast systematicky rozvíjena například pomocí diagnostických testů zmíněných v předchozím textu.

Další oblastí, na kterou by se měl logoped při terapii vývojové dysfázie zaměřit je myšlení. Hlavním deficitem v této oblasti je nerovnoměrné rozložení jednotlivých schopností (verbální versus neverbální schopnosti) a při nedostačující terapii může dokonce dojít k zhoršení rozumových schopností. Proto by měla být terapie rovnoměrně rozložena mezi obsahovou a formální stránku řeči. V návaznosti na rozvoj řeči dochází i ke zlepšení intelektu dítěte.

Pro rozvoj paměti a pozornosti dítěte s diagnostikovanou vývojovou dysfázií je klíčové opakovat činnosti a pracovní postupy.

Logopedická péče o dysfatiky by se měla zaměřit také na rozvoj jemné a hrubé motoriky a samozřejmě motoriky mluvidel. Narušení hrubé motoriky se projevuje celkovým neklidem a špatnou koordinací pohybů. K rozvíjení hrubé motoriky je vhodné

využít různé pohybové hry, které většinu dětí zaujmou a baví je. Pro rozvoj jemné motoriky lze využít každodenních situací, které většinou děti dysfatické nezvládají (zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, jezení příborem) a zaměřit se na jejich opakované nacvičování a pohyby tímto způsobem organizovat.

Jak už bylo nastíněno výše, dítě s diagnostikovanou dysfázií má problémy se střídáním pohybů mluvidel (jazyk, rty, tváře apod.), pro rozvoj koordinaci a střídání pohybů by se měla vybírat na začátku cvičení, ve kterých bude dítě alespoň z části úspěšné, aby to vedlo k jeho další motivaci v terapii pokračovat. Lze využít také cvičení, které souvisí s jídlem (oblizování zmrzliny, lžičky s jogurtem, hra s bonbonem uvnitř úst, oblizování rtů po jídle apod.). Cílem těchto cvičení je zamezit vzniku chybných artikulačních vzorů.

Při rozvoji řeči je nezbytné každému dítěti navrhnout terapeutický plán úměrný schopnostem, dovednostem a stavu dítěte. Logoped by se měl zaměřit na všechny výše zmíněné (viz. str. 33) složky terapie a rozvíjet je postupně, tak aby bylo o dosaženo cíle terapeutického plánu. Důležité je nezaměřit se pouze na úpravu výslovnosti. Začíná se u porozumění řeči (percepci), poté se přechází k expresi tedy vlastnímu projevu dítěte. Je nezbytné zaměřit se také na nácvik syntaxe, jelikož v této rovině mají děti s vývojovou dysfázii největší problémy (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Neubauer (2007) upozorňuje, že terapie vývojové dysfázie není jednoduchý proces, vyžaduje spolupráci rodiny dítěte a to po dobu několika let. V případě vhodně zvolené terapie dochází k postupnému zlepšování a projevy, jako například hyperaktivita či narušená pozornost, se zmírňují. S rozvojem percepce se rozvíjí také exprese a zlepšování vlastního mluvního projevu dítěte.

Po nástupu dítěte do školy se mohou v návaznosti na vývojovou dysfázii objevit problémy v osvojování si základních školních dovedností, dítě má problémy se čtením a psaním, může mít také problémy s matematickými operacemi (dyskalkulie) nebo se u něj může projevit dysmúzie. Zásadní je také zvolit vhodný typ školního zařízení a podmínek uspořádaných tak, aby došlo ke zlepšení dítěte ve všech složkách vývoje (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Ve francouzské logopedické praxi jsou pro řešení obtížného zpracování informací (diskriminace, identifikace a zapamatování sdělení) využívány prvky alternativní a augmentativní komunikace. Díky jejich aplikaci dochází k propojení zvukové, zrakové a pohybové složky což usnadní porozumění sdělení. Nejčastěji je využívána metoda

Borel-Maisonny, která využívá gesta kódující fonologickou rovinu řeči, dále se využívá systém LPC („Doplňování mluvené řeči“) který pomocí postavení prstů pomáhá rozlišit samohlásky od souhlásek. Využívají se také piktogramy a realistické obrázky (Klenková, 2008).

4.3 Dyslalie

Dyslalie nebo také patlavost je jednou z nejrozšířenějších poruch řeči. Klenková (2006) také poukazuje na častější výskyt dyslalie u chlapců než u dívek a to v poměru 60:40 %.

Kejklíčková (2016) dyslalii zařazuje pod poruchy článkování mluvy (artikulace), Klenková (2006) používá termín porucha artikulace, Neubauer (2012) ji uvádí pod poruchami na bázi motorických řečových modalit a Lechta (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) řadí dyslalii mezi narušení článkování řeči. Lze tedy obecně říci, že většina autorů definuje dyslalii jako poruchu výslovnosti jednotlivých hlásek.

Dle Klenkové (Klenková, 2006, s. 99) je dyslalie *„porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“*

Salomonová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 328) definuje dyslalii jako *„neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem. Hláska je tvořena na nesprávném místě“.*

Neubauer (Neubauer, 2007, s. 72) definuje dyslalii jako *„nejrozšířenější odchylku ve vývoji řečových schopností, vznikající nejčastěji v průběhu předškolního věku. Zahrnuje artikulaci jedné či více hlásek způsobem, motoricky a především zvukově nápadným a odchylným od kodifikované a uznávané formy výslovnosti“.*

Lechta (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) upozorňuje na nutnost odlišit dyslalii jako takovou od tzv. fyziologické dyslalie, což je stav, kdy dítě nesprávně vyslovuje některé hlásky před dovršením pátého roku života, kdežto dyslalie jako taková je charakteristická *vadnou* výslovností hlásky nebo skupiny hlásek. Případně pokud přetrvává nesprávná výslovnost až do sedmého roku jedná se o tzv. prodlouženou fyziologickou dyslalii.

Pokud je dítěti diagnostikována dyslalie, hláska, kterou dítě vyslovuje vadně, označujeme řeckými písmeny s příponou – izmus, například pro hlásku *l* se jedná o lambdacizmus, pro hlásku *r* rotacizmus apod. (Klenková, 2006).

Etiologii dyslalie můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupina příčin se dělí dle toho, zda je dyslalie organicky či funkčně podmíněná. Pokud se jedná o dyslalii funkční,

jsou mluvidla neporušena a dyslálie může mít příčiny v motorické neobratnosti mluvidel nebo v nesprávném vnímání a rozlišování mluvních zvuků (hlásek) jakožto důsledek vývojového nedostatku sluchové diferenciace. Pokud se jedná organicky podmíněnou dyslalii, jsou příčiny v narušení mluvních orgánů, narušení sluchové dráhy či poruše CNS.

Druhou skupinou jsou příčiny vnější a vnitřní. Mezi vnitřní příčiny patří poruchy sluchu, poruchy zraku, nedostatečná diskriminace zvuků, anatomické vad řečových orgánů, neuromotorické poruchy či kognitivně-lingvistické nedostatky. Mezi vnější příčiny lze zařadit nesprávný artikulační vzor, který dítě přejímá, dlouhodobé „šišlání“ na dítě, prostředí bez dostatečných podnětů a zanedbávání výchovy může mít také negativní vliv na vývoj artikulace. Naopak i přísná výchova a vyžadování dokonalé výslovnosti v období, kdy ještě není vývoj řeči dokončen a výslovnost ustálena může vést k negativním výsledkům (Klenková, 2006). Salomonová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) upozorňuje na možnost zkrácené podjazykové uzdičky, která snižuje možnost pohybu jazyka.

Součástí definice a **klasifikace** dyslalie jsou také pojmy jako mogilalie (vynechávání hlásky) a paralalie (záměna hlásky za jinou), které jak upozorňuje Neubauer (2007) jsou většinou pouze přechodné jevy, které jsou v určitém období součástí vývoje a nelze je označit za patologické jevy.

Klasifikace dyslalie z vývojového hlediska

Z vývojového hlediska můžeme dyslalii, tedy chybné tvoření hlásky, dělit na výše zmíněnou fyziologickou dyslalii (případně prodlouženou fyziologickou dyslalii) a patologickou dyslalii, kdy si dítě není schopno osvojit správné tvoření hlásky nebo skupiny hlásek a tvoří je tak jiným způsobem nebo na jiném místě.

Klasifikace dyslalie dle etiologie

Dle příčiny lze rozdělit dyslalii na organickou a funkční. Organická dyslalie je založena poruchou neurologického základu nebo na základě anatomických odchylek mluvidel. Funkční dyslalie naopak není založena na organickém postižení, ale spíše na motorické neobratnosti nebo na nedostatečné schopnosti sluchové diferenciace a hlavně na základě nesprávného artikulačního vzoru.

Klasifikace dyslalie dle místa poškození

Na základě defektu mluvidel můžeme rozdělit dyslalii:

- labiální (defekt rtů),
- dentální (defekt zubů),
- palatální (anomálie patra),
- lingvální (anomálie jazyka),
- akustická (při vadách sluchu),
- centrální (při poruchách CNS).

Klasifikace dyslalie dle kontextu

Podle kontextu lze dyslalii dělit na hláskovou, která se omezuje pouze na jednotlivé hlásky, dyslalii slabikovou při které dochází k disimilaci hlásek a dyslalii slovní, která se projevuje vynecháváním slabik ve slově (Salomonová in Jedlička, Škodová a kol., 2003).

Klasifikace dyslalie podle rozsahu

Klenková (2006) rozlišuje dle rozsahu tři typy dyslalie.

- dyslalie univerzalis – mnohočetná dyslalie – chybná výslovnost všech hlásek a řeč je téměř nesrozumitelná, obzvlášť pokud jsou souhlásky nahrazovány hláskou *t,*
- dyslalie multiplex - dyslalie gravis – chybná výslovnost více hlásek, ale s lépe zachovalou srozumitelností,
- parciální dyslalie – dyslalie levis, simplex - chybná výslovnost jedné nebo několika hlásek se zachovalou srozumitelností, dále ji lze rozlišit dle artikulační oblasti narušených hlásek na monoformní (z jednoho artikulačního okrsku) a polymorfní dyslalii (z více artikulačních okrsků).

Základ pro **diagnostiku** dyslalie představuje rozhovor s vyšetřovanou osobou a na jeho základě využití dílčích diagnostických testů. Neřízeným rozhovorem se zjišťuje současný stav řeči a její rozsah. Pro přesnější výsledky se dále využívají dílčí testy. Samotné neformální vyšetření řeči se skládá ze čtyř částí, na které je nutné zaměřit pozornost. Logoped sleduje *korektnost zvuků při navozené spontánní konverzaci*, tedy jestli jsou jednotlivé hlásky vyslovovány dle normy, zaměřuje se také na intonaci, přízvuk a sleduje skladbu slabik a slov. U dětí bývá problém, že při prvním setkaní s logopedem mohou mít strach mluvit nebo mají trému, proto je možné se postupně přesunou na

komunikaci pomocí popisu obrázků, čtení apod. Pro tuto část je také možné využít hru, při které je dítě nutno komunikovat.

Další část vyšetření je zaměřena na *zjištění výslovnosti jednotlivých hlásek*, dítěti či dospělému se předkládají slova, ve kterých se vyšetřovaná hláska nachází na začátku, uprostřed a na konci slova. Zjišťují se tak fonologické příznaky ve slabikách, slovech i větách (Lechta, 2003). Pokud jde o samohlásky, nejčastější chybou bývá výslovnosti hlásky *e*, v souhláskách se nejvíce objevují chyby ve výslovnosti sykavek *c, s, z, č, š, ž* a hlásky *r* (Nádvorníková in Lechta, 2003).

Třetí částí vyšetření je *diagnostika napodobováním, imitací*. Zopakováním chybného zvuku lze zjistit míru fixace chybného zvuku a z tohoto zjištění dále vycházet při terapii a stanovení prognózy. Poslední částí je *vyšetření kontextu,* kdy se chyby v jednotlivých slovech zkoušejí v souvislosti s dalšími slovy, jelikož produkce některého zvuku může být ovlivněna dalším proudem řeči (Lechta, 2003).

Nezbytné je vyloučení možného sluchového postižení pomocí vyšetření sluchové percepce, vyšetření fonematického sluchu (diferenciace), dále klasické vyšetření jemné i hrubé motoriky a především motoriky mluvidel a vyšetření laterality. Vyšetření sluchové percepce umožní určit typ dyslalie, pokud dítě nedokáže rozlišit správné znění hlásek (problém bývá většinou se sykavkami), jedná se o senzorický typ dyslalie. Naopak pokud je dítě schopno sluchem diferencovat jednotlivé hlásky, problém bývá většinou v motorické realizaci hlásek, jde tedy o motorický typ. Nejčastější je ovšem kombinace obou forem dyslalie.

U těžších forem dyslalie je nutné s pomocí ostatních odborníků vyloučit dyslalii jako symptom závažnějšího postižení nebo nemoci (Salomonová in Škodová, Jedlička a kol., 2003).

V současné době je podmínkou pro nástup dítěte do první třídy základní školy správná výslovnost všech hlásek, proto je nezbytné začít s terapií dyslalie již v předškolním věku dítěte. **Terapii** dyslalie však nelze šablonovitě určit, je nezbytné ji vždy sestavit na základě individuálních dispozic. Při sestavování terapeutického plánu, by měl být zohledněn věk, forma a rozsah dyslalie, osobnost dítěte a celkový stav dítěte (Vyštejn, 1991). Při terapii se lze všeobecně držet několika zásadních pravidel. Klenková (2006) a Salomonová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) odkazuje na Seemana (1955), který vypracoval následující zásady průběhu terapie dyslalie:

Zásada krátkodobého cvičení

Vzhledem k faktu, že děti nejsou schopny dlouhodobě udržet pozornost, je vhodné volit frekvenci a dobu cvičení úměrně jejich schopnostem, ale zpravidla přibližně 3-4 minuty několikrát denně.

Zásada využití sluchové kontroly

Podpora sluchového vnímání nově vytvořené hlásky napomáhá uvědomění si rozdílu a zafixování si její intaktní podoby. Sluchové vnímání lze také rozvíjet pomocí různých zvuků (zpěv ptáků, tikání hodin apod.).

Zásada používání pomocných hlásek

Používání tzv. substitučních hlásek je dle Salomonové (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) nejvhodnější metodou pro nápravu a vytvoření správného artikulačního postavení hlásky. Pomocné hlásky jsou takové hlásky, které dítě umí artikulovat a odlišují se od vyvozované hlásky pouze zvukově a mají podobnou artikulací. Neubauer (2007) oproti tomu dodává, že je tento postup vhodný pouze pro již zafixovaný nesprávný artikulační vzor hlásky.

Zásada minimální akce

Všechna cvičení by se měla provádět přirozeně, bez přehnaného úsilí a hlasitosti. Některé děti se až příliš snaží a v důsledku toho se nesoustředí na pravidla artikulace dané hlásky. Hlásky by měly být zpočátku vyvozovány tiše a až později hlasitěji.

Zásada individuálního přístupu spočívá v respektování individuálních dispozic jedince a přizpůsobení terapie těmto dispozicím.

Zásada vývojovosti

Při terapii dyslalie je nezbytné respektovat vývojovou řadu hlásek (viz kapitola č. 2) a včasně usměrnit artikulaci hlásek a zamezit tím vytvoření vadných artikulačních vzorů. Při zachování vývojové řady a podpory artikulace intaktních hlásek lze tímto způsobem podpořit spontánní vývoj následujících hlásek ve vývojové řadě.

Zásada názornosti

Úspěšná terapie je založena na zapojení všech smyslů, tedy zrakového, sluchového, hmatového vnímání a spojení artikulačního postavení se sluchovým vjemem.

Lechta (1990) ve shodě s Kovácsovou a kol. průběh terapie dyslalie dělí do následujících čtyř cvičení: přípravné cvičení, vyvození hlásky, fixace a automatizace správné výslovnosti. Průběh jednotlivých etap a jejich délka není přesně vymezená.

Přípravné cvičení nebo také přípravná etapa slouží především k rozvoji motoriky mluvidel a rozvoji fonematické diferenciace. Jsou to především dechová a fonační cvičení a cvičení pro rozvoj motoriky mluvidel (rty, jazyk, čelisti, měkké patro atd.), výběr těchto cvičení se vždy odvíjí od korigované hlásky. U dětí jsou tato cvičení většinou koncipovaná jako hra.

Po této přípravné části se již přechází k samotnému **vyvozování hlásek.** Lze pro to využít dvou metod, tzv. nepřímých a přímých. Nepřímé metody je vhodné využít u malých dětí, jelikož je lze provádět formou hry a dítě si tak neuvědomí cíl práce a samotnou hrou je zároveň motivováno. Tyto metody jsou změřeny na napodobení různých zvuků (napodobení syčení hada – *ssss,* foukání větru – *ffff,* apod.)

Přímé metody se volí převážně u starších dětí a dospělých. Spočívají v přímém navození hlásky dle příslušného artikulačního okrsku**.**

Pro přímé navození hlásky existuje několik metod, Neubauer (2007) uvádí 3 metody pro navození intaktního artikulačního vzoru – pomocí substituční hlásky, pomocí mechanických pomůcek a přímou nápodobou artikulačního postavení mluvidel. Mechanické pomůcky jako rotavibrátor, špachtle, sondy apod. lze využít jako doplněk při využití substituční hlásky nebo při přímé nápodobě. Přímou nápodobu artikulace hlásky je nutno provádět před zrcadlem z důvodu zpětné zrakové kontroly a zapamatování si postavení mluvidel pro provedení hlásky. V případě, že nelze upravit artikulační vzor a nesprávná artikulace hlásky je již zafixována, je vhodné využít substituční hlásky, tedy hlásky ze stejného artikulačního okrsku ovšem zvukově odlišné.

Po úspěšném vyvození hlásky je nutné tuto **intaktní výslovnost zafixovat**. Fixace hlásky se provádí spojením s ostatními hláskami do slabik a později slov. Vyvozená hláska musí ve slovech vyskytovat na začátku, uprostřed a na konci, jako příklad poslouží hláska *s,* pro výskyt na začátku lze použít slovo *sáně*, uprostřed *husa* a na konci *pes*. Cílem terapie dyslalie je automatické užívání intaktního vzoru dříve problematické hlásky v běžné komunikaci.

Při **automatizaci správné výslovnosti hlásky** se začíná zapojováním zrakové kontroly pomocí zrcadla a sluchové kontroly napodobením vzoru logopeda, poté se přechází k pojmenování obrázků, předmětů, básniček, říkanek a posledním krokem je zapojení intaktní výslovnosti do rozhovoru. U dospělých a dětí školního věku lze zapojit také čtení (Lechta, 1990).

Pro porovnání lze uvést postup Neubauera (2007), který rozděluje procesu úpravy artikulace do následujících etap:

a) Nejprve je důležité vytvořit intaktní vzor artikulace na základě sluchových, zrakových i hmatových podnětů a správně ho opakovat podle vzoru.
b) Dalším krokem je podporovat sluchové vnímání rozdílů mezí správným a chybným způsobem artikulace a postupně se naučit rozpoznat rozdíl ve vlastním mluvním projevu.
c) Po vytvoření intaktního vzoru artikulace je nezbytné ho nacvičovat pomocí odstupňovaných cvičení. Posupuje se od opakování jednotlivé artikulace, přes jednotlivé slabiky, slov po celé věty.
d) Následně by měla být zapojena cvičení zaměřená na soustředění se zároveň na motoriku mluvidel a sluchovou percepci.
e) Když dojde k navození stabilního výkonu v předchozím kroku a klient zvládá tvoření intaktního vzoru se zpětnou sluchovou vazbou, je nutné přidat také obsahovou stránku sdělení a naučit se rozdělit pozornost do dvou úrovní a to na obsah mluveného sdělení a na kontrolu vlastní artikulace.
f) Předposlední fází je stav, kdy se klient během spontánního projevu (obsahová stránka je již zapojena) sám opravuje po použití nesprávného artikulačního vzoru.
g) Posledním krokem je spontánní užívání nového intaktního vzoru ve všech úrovních mluvního projevu.

Pokud se s terapií dyslalie začne včas, zvolí se adekvátní postupy a metody, pokud má dítě stimulující rodinné prostředí, fonematický sluch odpovídající věku a správný řečový vzor je prognóza dyslalie velmi dobrá. U dospělých a starších dětí se prognóza odvíjí od osobní motivace (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

4.4 Balbuties (koktavost)

Koktavost, jež se řadí mezi narušení plynulosti řeči, je specifickou oblastí logopedie. Jelikož je problematika koktavosti velmi široká, vznikl specifický podobor zabývající se výhradně koktavostí – balbutologie. Mezi odborníky zabývající se tou to poruchou plynulosti řeči patří například Seeman, Sovák, Lechta či Peutelschmiedová.

V současnosti se koktavost definuje jako *„syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení“* (Lechta, 1990, s. 228).

Mezi další definice koktavosti patří například definice Kejklíčkové (2016, s. 90), která uvádí, že koktavost je *„porucha plynulosti mluvy způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva.“*

Seeman (1955) definuje koktavost, jako neurózu řeči vznikající většinou v dětském věku, oproti tomu Kondáš (1983) zařazuje koktavost do čistě funkčních poruch (Klenková, 2006). Právě tato nejednotnost definice koktavosti je dána nejen její rozmanitou etiologii a symptomatologií, ale také jejím mezioborovým umístěním a nutností spolupráce především s psychologií či psychiatrií.

Klenková (2006) upozorňuje na vzrůstající tendence výskytu koktavosti v populaci, kdy ve starší literatuře byl uváděn výskyt okolo 0,5 -1,5% dětské populace, kdežto v současnosti tento rozsah vzrostl až na 4-5%.

Jak již vyplývá z uvedených příkladů definic, **etiologie** koktavosti není zcela jednotná. Její dědičnost však již byla dle Lechty (1990) dostatečně prokázána, ale ne vždy je primární příčinou vzniku u mladších generací.

Pokud má dítě vrozené predispozice je v mnoha případech koktavost vyvolána silným emočním zážitkem (psychickým traumatem). Toto trauma lze poměrně dobře určit, pokud koktavost vznikne do několika dnů. Silný emoční zážitek nemusí mít pouze negativní charakter, naopak může být vyvolán také pozitivními emocemi, jako jsou například radost či nečekané překvapení. Průzkum Kejklíčkové z devadesátých let 20. století provedený pomocí rozeslání dotazníku do logopedických a foniatrických pracovišť se zpětnou vazbou z 88 pracovišť, jenž byl zaměřený na zjištění faktorů, které mohly zapříčinit vznik koktavosti, odhalil jako nejčastější příčiny nepříznivé poměry v rodině (88% z vrácených dotazníků), změnu komunikačního prostředí, narození mladšího sourozence, změnu bydliště

a přechodné odloučení dítěte, jako psychickém úrazu jenž zapříčinil vznik koktavosti bylo udáváno napadení zvířetem, hospitalizace dítěte, úmrtí rodiče či blízkého příbuzného, autonehoda, pád z výšky či rozbalení dárku pod stromečkem (Kejklíčková, 2016).

Vliv prostředí na vznik koktavosti uvádí také Lechta (1990), který přisuzuje příčinu přísné, utlačující výchově s přísnými tresty, perfekcionistické výchově či lhostejné a zanedbávané výchově, dále uvádí rivalitu mezi sourozenci či konflikty v rodině (alkohol,

rozvod). V minulém století bylo běžné přeučování leváků na praváky, což dle Lechty mohlo dítěti přinést silný traumatizující zážitek a zapříčinit tak vznik koktavosti.

Orgánové příčiny jsou další často zmiňovaným faktorem, hlavní roli zde hrají podkorové oblasti (tzv. striopalidární systém), které jsou u koktavosti charakteristické poruchou řízení zpětnovazebních motorických mechanismů při realizaci řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2003). Lechta (1990) v souvislosti s orgánovými příčinami odkazuje na Böhmeho, který jako příčiny vzniku koktavosti u dospělých určuje cerbrovazkulární onemocnění, otřesy mozku, otevřené úrazy mozku či cévní příhody a poruchy metabolismu.

Symptomatologie koktavosti je stejně jako její etiologie rozmanitá. Příznaky jsou většinou nejvíce patrné v mluvené řeči, při čtení pak nejsou tolik výrazné a při šeptání téměř vymizí. Příznaky závisí většinou na tom, o jak závažnou formu poruchy se jedná, ale všeobecně lze příznaky dělit do dvou skupin – vnější a vnitřní. Vnější symptomy se projevují formou poruchy fonačních, artikulačních a dýchacích pohybů, jejichž důsledky jsou tony, klony či tonoklony. Tonická forma se projevuje křečemi na první souhlásce, protahování a opakování slabik je výraznější. V některých případech není balbutik schopen slovo vyslovit, tudíž musí zvolit vhodné synonymum pro vyjádření myšlenky. Balbutici se často nadechují již uprostřed slov, což ruší plynulost sdělení, které je navíc doprovázeno zvýšeným napětím artikulačních popřípadě i krčních svalů. Klonická forma je charakteristická opakováním prvních hlásek či slabik nebo jejich protahováním. Tonoklonická forma se vyskytuje nejčastěji a je spojením obou výše zmíněných forem. Vnitřní příznaky jsou psychické stavy balbutika, které mohou vést až k logofobii, tedy strachu z mluvení (Kejklíčková, 2016).

U rozvinuté koktavosti lze vymezit tři základní symptomy – dysfluence (repetice, prolongace), nadměrná námaha při projevu (překonávání spasmů) a psychická tenze. Na základě těchto symptomů lze velmi dobře určit typ koktavosti (Bytešníková, 2012).

V odborné literatuře týkající se problematiky balbuties se nejčastěji uvádí **klasifikace** Lechty (1990). Ten dělí koktavost dle následujících hledisek:

- **Dle doby vzniku** – předčasná koktavost (u dětí mladších 3 let), obvyklou koktavost (vzniká mezi 3. - 7. rokem) a pozdější koktavost (vzniká po 7. roku života)

- **Dle verbálních symptomů** – tonická, klonická, tonokolnická (viz předchozí text)
- **Dle geneze** – fyziologická koktavost (fyziologické těžkosti v řeči), kombinovaná s breptavostí, dysartrická koktavost (spojená s mozkovým nálezem), dysfatická koktavost (při centrálním mozkovém poškození), hysterická koktavost (bez tonů a klonů, opakování slabik, slov až sérií slov) a traumatická koktavost (vzniká náhle a symptomy se okamžitě fixují)
- **Dle uvědomování si poruchy –** primární, preneurotická koktavost (neuvědomění problémů) a sekundární koktavost (pravá, uvědomění problémů, až možný vznik logofobie)
- **Dle stupně –** doplněné dělení dle Kondáše a Heeseho
  1. **stupeň – balbuties levis –** minimální příznaky, pouze při stresových situacích, klony, bez souhybů, bez logofobie
  2. **stupeň – balbuties gradus medius –** viditelné a časté příznaky při komunikaci, lehké až střední souhyby
  3. **stupeň – balbuties gravis** – výrazné projevy, spazmy řečových orgánů, těžké souhyby, zábrany v komunikaci
  4. **stupeň – balbuties gravis inaptus** – nápadné křeče znemožňující komunikaci, logofobie, upřednostňování písemné komunikace

Bytešníková (2012) odkazuje na klasifikaci koktavosti Warda, který ji dělí dle stupně plynulosti do pěti stupňů. Zjednodušeně je lze interpretovat takto: 1. stupeň – dítě nekoktá, 2. stupeň – dítě nekoktá, ale je ohrožen rizikem vzniku, 3. stupeň – dítě má prvotní známky koktavosti, 4. stupeň – u dítěte se projevují známky koktavosti, 5. stupeň – dítě má pokročilé znaky koktavosti.

Problematika **diagnostiky** koktavosti je stejně problematická jako její etiologie. Balbuties je složitý syndrom jenž vyžaduje komplexní diagnostiku, na které se podílí řada odborníků. Základem diagnostiky je odhalit příčiny a všechny existující symptomy. Nezbytnou součástí je také diferenciální diagnostika, při které je nutno odlišit koktavost od breptavosti, od neplynulé řeči na základě organického postižení CNS (koktavost jako symptom) a fyziologickou neplynulost od incipientní koktavosti (Klenková, 2006).

Při diagnostice balbuties je nezbytná spolupráce s foniatrem, neboť je narušeno také dýchání (plýtvání výdechovým proudem), dále vyšetřujeme fonaci tedy tvorbu hlasu,

jelikož bývají u balbutiků narušeny pohyby hrtanu. Důležitá je také spolupráce s neurologem, který vyšetří CNS a vyloučí možná vážná postižení organického původu. V neposlední řadě je nezbytné vyšetření psychologem, jelikož příčiny vzniku koktavosti mohou být psychického původu a přesné odhalení příčiny vzniku je nezbytné pro stanovení úspěšné terapie a sestavení terapeutického plánu včetně výběru metod (Kejklíčková, 2016).

Lechta (2003) sestavil hodnotící materiál, při němž hodnotí spontánní mluvní projev, čtení textu či popis situačních obrázků, dále doplňování vět, šeptání, zpěv, simultánní řeč a automatismy. Základním materiálem hodnocení je rozhovor. Jedná se většinou o speciální rozhovor, kdy je dílčím cílem zjistit také anamnestické údaje o balbutikovi a jeho vztahu k prostředí ve kterém žije. Většinou se využívá téma denního režimu nebo zaměstnání, rozhovor je doprovázený vybranými otázkami, cílem je mimo jiné také získat potřebných 100 slov spontánního mluvního projevu, ze kterých se vypočítává procento neplynulosti. Pro další přesnou analýzu je nezbytné pořídit audio záznam celého rozhovoru.

Další metodou je čtení standartního textu s rozsahem 100 slov, projevy neplynulosti jsou zaznamenávány přímo do textu. Pro děti předškolního věku jsou využívány situační obrázky, které mají za úkol popsat.

K vyšetření koktavosti slouží také balbutiogram, který hodnotí automatismy, reprodukování vět, zpěv, básničky, simultánní řeč, šepot, čtení, dokončování neúplných vět a spontánní řeč.

Měřítek a kritérií pro hodnocení symptomů a diferenciální diagnostiku je několik. Při hodnocení symptomů lze použít Rileyovu škálu (hodnotí jednotlivé symptomy), Kondášovu stupnici (hodnotí celkovou NKS balbutika, 0. – 4. stupně), Randolffův-Jehleho koeficient (frekvence koktání za minutu). Pro diferenciální diagnostiku lze využít kritéria dle Randollovy-Jehleho normy plynulosti řeči, Adamsova kritéria incipientní koktavosti či Van Riperova diferenciační kritéria.

Velmi často se během diagnostiky zároveň realizuje také **terapie**. Základem pro úspěšnou terapii a odstranění koktavosti je znalost příčin vzniku, to ale bývá v některých případech obtížné. V současnosti existuje kolem 250 postupů odstraňování koktavosti. Při terapii se velmi často využívá skupinové formy terapie.

Peutelschmiedová (1994) dělí terapeutické metody na medicínské, mechanické, cvičné, psychologické a komplexní specifické. Peutelschmiedová v návaznosti na Webstra

zmiňuje tzv. behaviorální terapii, jenž je založena na změnách chování, kdy se cíleně mění respirace, fonace i artikulace. Terapie se pak uskutečňuje ve zvukových kabinkách za pomoci přístroje Voice Monitor. Cílem je vytváření měkkého hlasového počátku při vyslovování samohlásek, souhlásek, slabik a krátkých slov a dosáhnutí tak 50 tisíc správných slov (Klenková, 2006).

Vhodný přehled možností terapie koktavosti předkládá Škodová a Jedlička (2003). První možností využívanou v zahraničí je psychoterapie, která se snaží dosáhnout stavu, kdy balbutikovi přestanou vadit příznaky na řeči, provádí ji klinický psycholog, v souvislosti s psychoterapií je také zmiňována možnost léčby hypnózou.
Komplexní léčbu předkládá Seeman, Pavlová-Zahálková, Bubeníčková, Kondáš, Sovák, Lechta, Laciková, Kutálková, Irwinová a další.

U dětí předškolního věku, který je klíčový pro vznik koktavosti, je nutno zahájit terapii včas a zajistit tak příznivou prognózu. Pro stanovení hodné terapie je nezbytné znát konkrétní příznaky vývojové neplynulosti a koktavosti. Existuje několik programů, které lze v terapii využít, například program PROLAM-GM, který kombinuje několik přímých i nepřímých terapeutických postupů, Lechta a Laciková jej přizpůsobili našim podmínkám a představili *Terapii hrou s využitím komponentů POLAM-GM pro děti předškolního věku.* Dalším programem je LIDCOMBE program, který je zaměřen na zpětnou vazbu řeči a zahrnuje také trénink rodičů, dle kritiky Lacikové je zaměřen pouze na plynulost řeči. Posledním programem určeným pro děti předškolního věku je tzv. Program univerziální gestikulace.
V terapii se užívají následující základní cvičení:

- dechová a fonační cvičení,
- uvolňovací artikulační cvičení,
- cvičení plynulosti mluvy,
- cvičení čtením,
- asociační cvičení,
- řečnická cvičení.

Obecnou zásadou je postup od nejjednoduššího ke složitějšímu a od emočně jednoduchých po emočně náročná cvičení. Jako doplněk terapie lze využít také medikamenty, ale nelze tento způsob léčby aplikovat jako hlavní metodu (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Terapie koktavosti v současnosti přesahuje oblast lékařské medicíny a speciální pedagogiky a zasahuje také do oblastí alternativního léčení, konkrétně do homeopatie, akupunktury či akupresury.

Součástí úspěšné terapie je také úprava výchovného prostředí v rodině. Je nezbytné sdělit rodičům, aby neupozorňovali své dítě na chybná slova, na chybné sdělení, nevyžadovali od dítěte okamžitou opravu a celkově je neupozorňovali na to, jak mluví.

Je vhodně dodržovat následující rady prezentované na oficiálních webových stránkách Asociace klinických logopedů ČR.

- Neokřikujeme dítě, když se zaráží.
- V běžném mluvním styku nikdy nenutíme dítě opakovat slova nebo věty.
- Trpělivě dítě vyslechneme, poskytneme mu dostatek času na vlastní vyjádření.
- Nenápadně mu pomáháme vhodným výrazem, doplněním věty.
- Nikdy nedopustíme posměch ostatních dětí a nežádoucí pozornost dospělých.
- Snažíme se dítě zapojit do všech činností.
- Má-li dítě samo zájem, nevylučujeme ho ani z veřejné produkce, nikdy ho k tomu ale nenutíme.
- V počátečním stádiu koktavosti není vhodné napravovat výslovnost hlásek (především R).[1]

Novým trendem v terapii koktavosti je takzvaná Nová mluva, která byla vypracována v Centru terapie koktavosti v polském Mikołově u Katovic. Je založena na metodě „Trvalé normalizace mluvy“, ruské profesorky Lilie Arutyunianové. Dle informací prezentovaných na oficiálních webových stránkách Nové mluvy se jedná o metodu založenou na reedukaci mluvy, kdy se klienti učí znovu vydechovat zvuky, tvořit slabiky, slova i celé věty a tím odstranit koktavost a navázat tak plynulou mluvu. Jak sami na stránkách uvádějí: *„V počátečních fázích je nová mluva řízena pohyby prstů a je také charakteristická volnějším tempem. Člověk vědomě používá novou techniku, která mu umožňuje dosáhnout jistotu mluvení v každé situaci. Po několika měsících používání nové techniky dochází v mozku k vytvoření automatických návyků, které potom spouštějí klidnou novou mluvu.“*[2]

[1] Asociace klinických logopedů České republiky. *Koktavost* [online] [cit. 24.5.2017]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz).

[2] Nová mluva. Nová mluva. [online] [cit. 24.5.2017]. Dostupné z: http://novamluva.cz/metoda.html.

Základní kurz trvá 8 dní, kdy klienti na začátku musí přestat mluvit a dorozumívat se pouze písemnou formou, po čtyřech dnech se uskuteční první rozhovory novou formou mluvy s cizími lidmi. Po ukončení kurzu obdrží klienti dopis s informacemi, který mají předat zaměstnavateli či učitelům ve škole, v následující době jsou většinou telefonicky v kontaktu s „trenéry“. Kurzy probíhají ve skupinách v počtu 5–8 osob. Výuka trvá 8 hodin denně. Součástí programu jsou setkání s osobami, které kurz úspěšně dokončily. Po základním kurzu následuje období rozvíjení plynulosti mluvy, které trvá od 3 do 7 měsíců. V tomto období probíhají třídenní setkání kurzistů (tzv. mikrokurzy) jednou za měsíc. Poté následuje kurz upevňování, který trvá od 5 do 12 měsíců. Samozřejmě tento kurz je hrazen z vlastních nákladů zájemce a po přibližném sečtení hodin a jejich jednotlivých cen náklady dosahují 47.700,- Kč. (Cena základního kurzu je 450,- Kč/h. Kurz obsahuje 64 vyučovacích hodin a 10 hodin trenérského dozoru. Cena kurzů rozvíjení plynulosti a kurzů upevňování je 200,- Kč/h).

Výsledky této metody terapie bohužel nelze z pozice autora práce a přístupu k informacím žádným způsobem objektivně a odborně ověřit.

4.5 Mutismus

Mutismus neboli oněmění představuje ztrátu schopnosti verbálně komunikovat (Klenková, 2006). Sovák jej vymezuje jako poruchu řeči v sociální interakci, tedy nejistotu, obavy až strach při kontaktu s jinou osobou, stres z komunikace zablokuje člověku řečové mechanismy (Kutálková, 2011). Častěji se mutismus vyskytuje jako syndrom jiných poruch a nemocí, často jako součást depresivního syndromu. Mutismus jako takový se v současnosti téměř nevyskytuje, vyskytuje se jeho forma – elektivní mutismus. Elektivní mutismus se nejčastěji vyskytuje právě u dětí předškolního a mladšího školního věku a projevuje se jen v některých situacích (Klenková, 2006).

Příčinou elektivního mutismu je již zmíněný strach z mluvení, kdy dítě nevědomě na základě biologických reakcí organismu spustí tuto reakci (Kutálková, 2011). Ke vzniku mutismu existují určité osobnostní vlastnosti, které zvyšují riziko vzniku poruchy – zvýšená zlost, přehnaná stydlivost, apod. Na vzniku elektivního mutismu se podílejí také rodiče svou starostlivostí nebo naopak přílišným trestáním. Příčiny lze dělit do dvou skupin, exogenní a endogenní příčiny. Mezi endogenní příčiny patří velká psychická senzibilita vůči svým vlastním výkonům, mezi exogenní vlivy patří přehnané požadavky na dítě a psychicky zatěžující prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Klenková, 2006). Stejně

jako u koktavosti platí i zde stejná rovnice - trauma plus vrozené dispozice rovná se mutismus. Čím vetší je dispozice (labilita) tím menší stačí trauma, které vyvolá silnou stresovou situaci a zablokuje tak řečové funkce. Dítě se tak snaží vyhnout chybě, nedorozumění či nepříjemnostem, které komunikaci doprovázejí.

Diagnostika elektivního mutismu je komplikovaná vzhledem k tomu, že dítě nemluví. Lze tedy pro začátek vycházet z výpovědi rodičů. K tomu slouží dotazník s odpověďmi ano - ne či rozhovor (Kutálková, 2011). Při diagnostice se sleduje, zda dítě chápe jazyk normálně či ne, sledují se jeho kompetence v mluvním vyjadřování, hledá se důkaz toho, že dítě v některých situacích komunikuje bez problému a zda projevy mutismu trvají déle než čtyři týdny. Součástí je také diferenciální diagnostika, která má za cíl odlišit elektivní mutismus od OVŘ, Landau-Kleffnerova syndromu, prevazivních vývojových poruch, mentální retardace a dětské vývojové afázie. K určení diagnózy se také využívá rodinná a osobní anamnéza dítěte, psychologické vyšetření a další odborná vyšetření, případně zpráva ze školního prostředí (Klenková, 2006).

Dítě s diagnostikovaným elektivním mutismem je většinou v péči klinického logopeda, který může spolupracovat s psychologem či psychiatrem. Důležité je navázat s dítětem pozitivní vztah, toho se docílí častými návštěvami logopedické ambulance. Dítě potřebuje získat pocit jistoty a překonat strach z komunikace s logopedem. Často je také využívána skupinová forma terapie. Existuje několik všeobecných pravidel, která se musejí při terapii mutismu dodržovat. Jsou to následující pravidla:

- Dítě nesmí být nuceno mluvit.
- Dítěti nesmí být nabízeny odměny za to, že bude s někým mluvit.
- Dítě může komunikovat v jednu chvíli pouze s jedním komunikačním partnerem.
- Na jakýkoliv úspěch se musí reagovat pochvalně.
- Dítě není v rozhovoru podřízeným, ale rovnocenným partnerem.
- Musíme respektovat rozhodnutí dítěte nemluvit.
- Opověď je třeba přijmout jako přirozený jev.
- Chyby lze napravovat pouze pomocí napodobovacího reflexu.
- Formulace příkazů a žádostí musí být upravena do věty podmiňovací s možností volby.

- Reakce na nežádoucí projevy má být spíše vysvětlením a citově neutrální.
- Rodiče musí vhodně reagovat n nevyhovění rozkazu.

Základem úspěšné terapie je vhodná pozitivní motivace dítěte. Dítě je nutno chválit, neúspěch výrazně emotivně nekomentovat a případně neúspěšnou situaci zamaskovat, používat drobné odměny a dát dítěti dostatek času na adaptaci.

Důležitá je také hra a vztahy se sourozenci. Sourozence lze využít také k diagnostice a navázání kontaktu s dítětem (Kutálková, 2011).

Při terapii musí být rodiče trpěliví, jednat s dítětem jako s jinými dětmi, povolit dítěti jiný způsob komunikace, klást důraz na sociální interakce atd. (Klenková, 2006).

5 Logopedická intervence

Vymezení činnosti logopeda a stanovení jednotného termínu, který by shrnoval veškerou logopedickou činnosti není jednoduché vzhledem k rozmanitosti oboru. V logopedické praxi se využívá termínu logopedická péče, náprava řeči, terapie, logopedická činnosti, laická veřejnost činnosti logopeda popisuje jako „učím se mluvit“, některé děti například používají termín „chodit na řeč“. V zahraniční, ale také domácí literatuře a praxi se nejvíce užívá termín logopedická intervence (Klenková, 2006).

Dvořák (1998, s. 79) definuje intervenci jako *„zasahovat do …, zakročit; - vměšování, zásah, zákrok v něčí prospěch; zákrok do nějakého jevu n. procesu s cílem ovlivnit jej; často jako syn. reedukace, terapie (zejm. ve vztahu k afázii)“.* Tato definice v nejširším slova smyslu zahrnuje veškerou činnost logopeda.

Logopedickou intervencí se tedy rozumí určitá aktivita, jejímž cílem je identifikovat NKS, eliminovat, zmírnit nebo překonat NKS a předejít narušení (zlepšit komunikační schopnost). Celý proces se skládá ze tří úrovní – logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Každá úroveň má svá specifika a metody, ale zároveň se tyto úrovně mohou vzájemně prolínat. V některých případech probíhá logopedická diagnostika zároveň v průběhu terapie a jsou odhalovány nové skutečnosti ovlivňující diagnostiku, tento proces se nazývá diagnostická terapie. Stejně tak se logopedická terapie prolíná s prevencí (Klenková, 2006).

Logopedie má v systému věd specifické postavení jako interdisciplinární obor, proto se do logopedické intervence zařazují poznatky z jiných oborů, ze kterých logoped často vychází, jedná se především o znalosti z oblasti medicíny, psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

V České republice spadá logopedická péče do tří rezortů – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Ministerstvo školství zajišťuje logopedickou péči ve specializovaných logopedických školách či třídách, ve speciálně pedagogických centrech (SPC), na pracovištích při speciální škole, na pracovištích při základní škole praktické a v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP). V rámci MŠMT se uplatní logopedi, speciální pedagogové pracující pod vedením klinického logopeda a učitelky mateřských škol s kvalifikací logopedického asistenta.

Zákony, které vymezují činnost logopeda ve školství jsou:

- vyhláška č. 197/2016 Sb. se kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- vyhláška č. 27/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných,
- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon),
- novela zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v aktuálním znění dle novely č. 379/2015 Sb.[3]

Do rezortu Ministerstva zdravotnictví spadá činnost klinických logopedů (absolvent vysokoškolského magisterského studia zakončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a dále absolvování tříletého postgraduálního studia zakončeného atestací z klinické logopedie), kteří pracují v nestátních logopedických ambulancích založených na smluvním vztahu s pojišťovnami, tato pracoviště se většinou nachází v městských poliklinikách, dále působí na logopedických pracovištích lůžkových zařízení (státní i nestátní pracoviště) a dalších specializovaných pracovištích klinické logopedie.
Zákon vymezující činnost logopeda ve zdravotnictví je: vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.[4]
Ministerstvo práce a sociálních věcí zajišťuje logopedickou péči v zařízeních ústavní péče, zařízených pro stárnoucí občany a církevních zařízení a systému Diakonie ČEE či České katolické charity. Posledním polem působnosti logopeda jsou střediska rané péče, která poskytují poradenství a podporu rodinám handicapovaných dětí (Neubauer, 2007).

[3] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Zákony*. [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 25.5.2017]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zákony

[4] *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online] [cit. 25.5.2017]. Dostupné z: https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73877&nr=55~2F2011&rpp=15#local-content

5.1 Logopedická diagnostika

Pojem diagnostika si laická veřejnost spojuje převážně s medicínou, lékařskými obory, jelikož se tento termín původně využíval právě v této oblasti. Diagnostika ovšem není jen medicínskou záležitostí, diagnostiku všeobecně považujeme za proces, jehož cílem je poznání předmětu nebo objektu zájmu, včetně všech jeho znaků, charakteristik, vztahů a ostatních souvislostí. Cílem diagnostiky je vytvoření diagnózy (Přinosilová, 2007). Největší rozdíl mezi diagnostikou lékařských oborů a speciální pedagogiky je ten, že speciální pedagogika se na rozdíl od medicíny zaměřuje také na nenarušené funkce a ne pouze na patologii (příznaky choroba postižení, jejich rozsah a stupeň) poruchy (Klenková, 2006).

Diagnostika ve speciální pedagogice zahrnuje komplexní diagnostiku, která vychází z několika částí – lékařské diagnostiky, psychodiagnostiky, sociální diagnostiky a speciálněpedagogické diagnostiky, tedy té, kterou prování přímo speciální pedagog. (Přinosilová, 2007). Každá diagnostika hledá odpovědi na otázky co, kdo, kde a jak (Valenta, Svoboda, 2013).

Logopedická diagnostika je složitý proces, který vyžaduje spolupráci několika odborníků, nezahrnuje pouze diagnostiku výslovnosti, ale také diagnostikování celkového psychomotorického vývoje, kognitivních funkcí, osobnosti a vlivů prostředí ve kterém vyšetřované osoba žije.

Dvořák (1998) rozděluje logopedickou diagnostiku na dvě skupiny – komplexní a parciální. Komplexní neboli globální diagnostika je zaměřena na vyšetření sociálního prostředí a všech základních systémů dle reflexního okruhu. Parciální diagnostikou se rozumí zaměření vyšetřování jen na určitou oblast, například vyšetření fonematického sluchu, paměti apod.

Cílem logopedické diagnostiky je co nejpřesněji pospat narušenou komunikační schopnost, které je základem pro stanovení terapeutického plánu a s ním souvisejícím výběrem terapeutických metod. Logopedická diagnostik má charakterizovat a vymezit poruchy komunikační schopnosti, jejich symptomy, příčiny, průběh, stupeň, další související zvláštnosti a následky narušení komunikační schopnosti.

Lechta (2003) vymezuje několik základních cílů diagnostiky narušené komunikační schopnosti.

a) Základem je zjistit, zda se jedná o NKS nebo o fyziologický jev.
b) Zjistit příčinu vzniku (orgánová nebo funkční) a etiopatogenezi NKS.
c) Stanovit prognózu (trvalé nebo přechodné narušení).
d) Zjistit původ NKS (vrozené – vada, nebo získané - porucha).
e) Zjisti, zda je NKS symptom nebo dominantní porucha.
f) Zjistit jestli si osoba NKS uvědomuje nebo ne.
g) Určit stupeň a formu NKS
h) Navrhnout nástin terapie.

Logopedická diagnostika probíhá na třech úrovních, která se vždy zvolí dle cíle logopedické intervence a specifik vyšetřované osoby nebo osob.

5.1.1 Orientační vyšetření

První úrovní je **orientační vyšetření**, které se realizuje v rámci screeningu či depistáže. Cílem je odpovědět na otázku: *„Má vyšetřovaná osoba nebo osoby NKS, nebo ne?“* Orientační vyšetření se provádí nejčastěji v mateřské škole, kolem 4. roku života, kdy je toto období nejvhodnější k vyšetření řeči. V praxi se depistáž provádí většinou u předškolních dětí, tedy ve věku 5. až 6. let před nástupem do školy. Screening lze samozřejmě realizovat i u dospělých. Orientační vyšetření se provádí metodou reprodukování, kdy vyšetřovaná osoba pouze opakuje předříkávaná slova. Tato metoda ovšem nezaručuje nezkreslené výsledky, vzhledem k tzv. imitačnímu efektu, kdy vyšetřovaná osoba imituje způsob projevu logopeda. Z těchto důvodů je lepší provádět screening formou popisu situačních obrázků či řízeným rozhovorem. Pro potřeby orientačního vyšetření je vhodné znát úrovně ontogenetického vývoje a porovnat tak dosažené výsledky s odpovídajícím vývojovým obdobím.

5.1.2 Základní vyšetření

Druhou úrovní je základní vyšetření, jehož cílem je zjistit o jaký druh NKS se jedná, stanovit diagnózu a odpovědět na otázku: *„O jaký druh NKS jde?“* Při jednotlivých krocích, ze kterých se základní vyšetření skládá, je nezbytné zohlednit individuální

dispozice a potřeby vyšetřované osoby a jednotlivé metody přizpůsobit těmto charakteristikám. Základní vyšetření je již složitější proces, který lze rozdělit do osmi kroků.

Navázání kontaktu

Dobré navázání kontaktu je pro celou intervenci nezbytné, neboť již první kontakt může ovlivnit průběh diagnostiky. Vyšetřovaná osoba by měla diagnostika vnímat jako někoho, kdo se mu snaží porozumět, chápe ho, komu se může otevřít a případně také svěřit s problémy, které doprovázejí případnou narušenou komunikační schopnost. V této oblasti se uplatňují prvky z psychologie. K vyšetřovanému se diagnostik musí chovat k sobě rovnému, respektovat ho, přivítat ho podáním ruky a nabídnout mu místo k sezení. První otázky by neměly být příliš detailní, začíná se spíše všeobecnými otázkami. Nezbytná je trpělivost a empatie diagnostika. V případě dětí se diagnostik setkává také s rodinou nebo pedagogy se kterými je vhodné navázat dobrý kontakt, jelikož jsou součástí diagnostického procesu a případné terapie. Pokud vyšetřovaný nechce při prvním setkání komunikovat, nesmíme ho do konverzace nutit, například malé děti si necháme hrát a mezitím pokračujeme v rozhovoru s rodiči, pedagogy nebo jiným doprovodem. Stejně tak prostředí (interiér místnosti) by mělo působit klidným a pohodlným dojmem, aby se hlavně děti cítily komfortně.

Sestavení anamnézy

Sestavení anamnézy je důležitou součástí diagnostiky. Jejím cílem je co nejlépe popsat a zachytit údaje a činitele (situace, prostředí, osoby), které mohou být součástí nebo příčinou vzniku a fixování NKS a přímo či nepřímo ovlivňují její patogenezi (Lechta, 2003).

Anamnéza samotná spadá pod klinické metody, které jsou založeny na kvalitativní analýze zjištěných údajů a přináší nám údaje o jedinci a průběhu jeho vývoje. K získání dat se využívá řízený a také volný rozhovor s vyšetřovaným. Pokud vyšetřovaný není schopen rozhovoru, anamnestické údaje podávají diagnostikovi nejbližší osoby, nejčastěji rodina (sourozenci, prarodiče), rodiče dítěte nebo učitelé a vychovatelé. Tato forma sběru dat o vyšetřovaném se nazývá heteronamnéza, jejím opakem je autoanamnéza, kdy údaje podává přímo sama vyšetřovaná osoba (Přinosilová, 2007).

Rozhovor by měl začít přirozeným subjektivním popisem obtíží a na ně dále navazovat konkrétní otázky pokládané diagnostikem. Již při popisu vyšetřovaným lze odhalit příznaky NKS.

Diagnostika nejčastěji zajímají dva druhy anamnéz – rodinná a osobní. Rodinná anamnéza se zaměřuje na výskyt NKS u členů rodiny, vrozená postižení, poruchy hlasu a sluchu, orgánových odchylek orofaciální oblasti, jazykových zvláštností rodiny apod. Osobní anamnéza se soustředí přímo na vyšetřovaného jedince a snaží se o něm získat co nejvíce údajů jako je popis vývoje řeči, řečový vzor, psychomotorický vývoj, návyky, zlozvyky, dovednosti, bilingvismus, výchovný styl, rodinné prostředí, pokud proběhla již nějaká terapie, tak její popis, schopnost komunikovat s ostatními lidmi, schopnost socializovat se, údaje o průběhu těhotenství, porodu a raného poporodního období, rodinném prostředí (počet sourozenců, kolikáté dítě v rodině jedinec je, prostředí ve kterém jedinec žije atd.) (Lechta, 2003)

Vyšetření sluchu

Vyšetření sluchu je nezbytnou součástí každého podrobnějšího logopedického vyšetření. Logoped nejčastěji vychází z údajů od lékaře – foniatra, audiologa či otolaryngologů, kteří mu poskytnou lékařskou zprávu a případně audiologický záznam – audiogram. Při základní diagnostice by měl logoped provést orientační vyšetření sluchu a vyšetřit úroveň fonematické diferenciace. Orientační sluchu se většinou provádí pomocí zvuků, poté zvuku s významem a obsahem. Využívají se zvukové hračky (zvoneček, bubínek, píšťalka apod.) nebo speciální slova s hlubokými, středními a nízkými hláskami. Dítě by mělo reagovat na zvuky ze zvukových hraček a otočit se za zdrojem zvuku. Při orientačním vyšetření pomocí slov stojí vyšetřovaná osoba na druhé straně místnosti než diagnostik, který šeptá a hlasitě vyslovuje slova, vyšetřovaný je s jedním uchem zakrytým musí zopakovat (Lechta, 2003). Při percepční poruše vyšetřovaný lépe slyší hluboké tóny, při poruše převodní lépe slyší šeptaná slova. Výsledky tohoto vyšetření je nutné zaznamenat a na jejich základě doporučit další lékařské vyšetření na příslušném pracovišti (Lechta, 1990).

Vyšetření fonematické diferenciace tedy schopnosti sluchem rozlišit disktiktivní (rozlišovací) rysy fonémů jazyka, je klíčové pro sestavení terapeutického plánu. Vyšetřovaná osoba musí ukázat, na chybně artikulovanou variantu fonému, nejčastěji využívané jsou k tomuto vyšetření obrázky (Lechta, 2003).

Z konkrétních materiálů využívaných k vyšetření sluchu – fonematické diferenciace lze využít Fonologický konverzační test – Maxwell, Rockman, Zkoušku sluchového rozlišování – Wepman, upravená Matějčkem pro Českou republiku, Fonologicko-kontrastní test – Antušeková nebo Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí – Škodová a kol. (Janečková, 2004).

Vyšetření porozumění řeči

Pokud chceme s jedincem úspěšně navázat kontakt, provést diagnostiku a následně terapii, je nezbytné zjistit, jestli našemu sdělení a pokynům rozumí.

K vyšetření receptivní složky řeči se u malých dětí využívají nejčastěji předmět denní potřeby nebo obrázky s pokyny. Před dítě (nebo dospělého vyšetřovaného) se položí obvykle 5-10 předmětů denní potřeby a dítě má za úkol identifikovat pojmenované předměty, popřípadě dle instrukcí manipulovat s předměty. Dál je možné využít k vyšetření obrázky, obvykle se používají tematické obrázky ovoce, zeleniny, dopravních prostředků, částí těla apod., je možné využít i složitější situační obrázky, vyšetřovaný musí stejně jako v případě předmětů denní potřeby identifikovat pojmenovaný obrázek. Při vyšetřování pomocí pokynů a instrukcí ke splnění konkrétní činnosti se musí vyšetřit nejen porozumění slovům, ale také celým větám (Lechta, 2003).

V současné době bohužel neexistuje žádný standardizovaný materiál zaměřený pouze na vyšetření porozumění řeči. Při vyšetření dospělých osob lze aplikovat také postupy, které se používají při diagnostice senzorické afázie (Lechta, 1990).

Vyšetření řečové produkce

Vyšetření řečové produkce je nejdůležitějším logopedickým vyšetřením. Na základě výsledků éto části základního vyšetření se totiž stanový tzv. diagnostická hypotéza, která se dále ověřuje při speciálním vyšetření.

Při vyšetřování řečové produkce je nezbytné zaměřit se na vyšetření úrovně jednotlivých jazykových rovin. Lechta (2003) odkazuje na Jamesovou, která popsala hodnotící kritéria při vyšetření jednotlivých rovin. Ve foneticko-fonologické rovině je nutné zaměřit se na proces nahrazování jedné hlásky jinou (substituce), na asimilaci hlásek a proces strukturování slabik (redukování souhláskových shluků, vynechávání koncových souhlásek nebo nepřízvučných slabik a reduplikace slabik). V lexikálně-sémantické rovině je nutné zaměřit se na chápání významů slov a vět, přenesených významů slov a jejich

používání v komunikaci. V morfologicko-syntaktické rovině se sleduje výskyt jednotlivých slovních druhů v komunikaci a výskyt vedlejších a složených vět. V poslední pragmatické rovině se hodnotí schopnost konverzovat a vyjádřit rozdílné komunikační záměry, lze sem zařadit také sledování neverbálních doprovodných projevů.

Diagnostik se dále snaží určit a vymezit symptomy řeči a určit jejich charakter. Tedy, zda se jedná od nemluvnost vývojovou x získanou, narušenou plynulost mluvního projevu x narušené zvukové zbarvení řeči x narušené článkování x hlasovou indispozici x zda je NKS dominantním příznakem nebo pouze symptomem.

Na konci vyšetření řečové produkce by se již měla rýsovat základní diagnóza.

Pro vyšetření řečové produkce se využívají tyto metody: řízený rozhovor, popis obrázků, reprodukce slov/vět/textu/melodie/rytmu, udržování tónu a psaní a čtení.

Vyšetření motoriky

Souvislost mezi motorikou a rozvojem řeči byla již v mnoha publikacích prokázána a proto je nezbytné začadit její vyšetření motoriky do procesu diagnostiky. Vyšetřuje se nejen celková motorika (jemná a hrubá motorika), ale také motorika mluvních orgánů, která je při určování některých druhů NKS klíčová. Je nezbytné znát jednotlivé úrovně motoriky odpovídající určitým věkovým obdobím, takové materiály jsou naštěstí v současné době přehledně zpracovány, Lechta například zmiňuje Wirthova kritéria. Nejčastěji se využívá slovních instrukcí, dle kterých má jedinec pohyb vykonat. U malých dětí lze využít zrcadla a žádaný pohyb vyvodit dle nápodoby.

Využít lze test izolovaných orálních pohybů (kousnout se do rtu, našpulit rty apod.) nebo testu orálních sekvencí (několik pohyb za sebou dle předem daného pořadí).
Lechta zmiňuje využití vyšetření aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta nebo vyšetření jemné motorik jazyka dle Seemana (Lechta, 2003).

Dalšími diagnostickými materiály pro vyšetření motoriky uplatňovanými v logopedické praxi je například Orientační test školní znalosti od Jiráska, Oertzkého test – Göllnitzova modifikace využívaný k hodnocení hrubé a jemné motoriky, dále lze využít Walterovu zkoušku. Lze také využít prosté navlékání korálků na nit, přendávání kostek z jedné ruky do druhé, stavění věže z kostek, připínání kolíčků na prádlo na okraj krabice a podobně.

Pro vyšetření oromotoriky lze využít Orientační zkoušku motoriky mluvidel neboli oromotoriky od Tomické, Test izolovaných orálních pohybů a Test orálních sekvencí – LaPointe, Wertz (Janečková, 2004).

Vyšetření laterality

Vzhledem v minulosti častému přeučování leváku na praváky a s tím související narušení komunikační schopnosti se stále provádí vyšetření laterality. Nejčastěji využívaným materiálem je zkouška laterality od Žlaba a Matějčka, kterou se vyšetří lateralita horních a dolních končetin, uší a očí, a to pomocí několika jednoduchých úkolů a pomůcek, výsledkem je stanovení kvocientu pravorukosti. Vyšetřuje se také koordinace a dominance oka a ruky (Lechta, 2003).

Vyšetření sociálního prostředí

Sociální prostředí má značný vliv na vývoj a život člověka, může být významné z hlediska odhalování příčin vzniku poruch komunikace a stejně tak domácí podmínky ovlivňují průběh terapie. Proto je v některých případech nezbytné zaměřit pozornost také na vyšetření stavu sociálního prostředí, a to v případech kdy toto prostředí může být příčinou vzniku NKS, prostředí nespolupracuje během intervence s logopedem nebo v případě, kdy bližší odhalení fungování stavu prostředí může pomoci k zlepšení stavu řeči. Celý tento proces poznávání sociálního prostředí musí mít nenásilný, pozvolný a neformální průběh (Lechta, 1990).

Poslední vyšetřovanou oblastí může být grafomotorika. Jak již bylo zmíněno výše v kapitole číslo 4 této práce, je možné stanovení diagnózy pomocí kresby (především u diagnózy vývojové dysfázie). Pro odborné zhodnocení kresby je nezbytné znát její vývoj napříč věkem dítěte, k tomu slouží například přehled stádií vývoje kresby od Opatřilové. Z kresby lze zjistit orientační informace o celkovém vývoji, zjistit úroveň senzomotorických dovedností, způsob citového prožívání nebo specifické vztahy a postoje dítěte. K vyšetření pomocí kresby se nejvíce využívá Test kresby lidské postavy, Test obkreslování, kresba rodiny a kresba začarované rodiny (Přinosilová, 2007).

Ne ve všech případech je nezbytné přesně dodržet všechny kroky základního vyšetření, stejně jako při volbě metod bychom měli vybrat i vhodné kroky odpovídající

potřebám a cílům diagnostiky u konkrétní vyšetřované osoby. Lze proto rozdělit výše zmíněné kroky na obligatorní (povinné, nezbytné) a fakultativní (nepovinný).

5.1.3 Speciální vyšetření

Speciální vyšetření přímo navazuje na základní vyšetření, jehož výsledkem je diagnóza, ta se poté během speciálního vyšetření bude ověřovat jako diagnostická hypotéza. Úkolem speciálního vyšetření je tedy blíže specifikovat NKS dle typu, stupně apod. Odpovídá na otázku: „Jaký je typ, forma, stupeň a patogeneze dané NKS, jaké jsou její další zvláštnosti a následky?“. Na speciální vyšetření ihned navazuje vytvoření terapeutického plánu (metod).

V této části diagnostiky již dochází k výraznější spolupráci několika odborníků (foniatr, neurolog, psycholog, pediatr atd.) (Lechta, 2003).

Detailnější postupy speciálního vyšetření byly již zmíněné u jednotlivých druhů NKS (viz. kapitola č. 4).

Logopedická diagnostika využívá k zjištění potřebných údajů metody speciálněpedagogické diagnostiky, jedná se nejčastěji o tyto typy:

- pozorování – krátkodobé či dlouhodobé, zaznamenává se do hodnotících stupnic a archů, tabulek apod.,
- explorační metody – dotazníky, anamnestický rozhovor, řízený rozhovor,
- diagnostické zkoušení – vyšetření výslovnosti, zvuku řeči, písemné zkoušení,
- testové metody – vyšetření laterality, testové baterie, Token test apod.,
- kazuistické metody – analýza lékařských výsledků, psychologických vyšetření apod.,
- rozbor výsledků činností – rozbor školních výsledků dítěte apod.,
- přístrojové a mechanické metody – logopedické sondy, špachtle, zvukové hračky, počítačové programy apod. (Klenková, 2006).

Diferenciální diagnostika je důležitou součástí vyšetření. Vychází z příznaků, které mají obecný charakter, pomocí speciálních vyšetření se vylučují jednotlivé poruchy, které tyto obecné příznaky nezpůsobují a potupně se tak vyřadí většina neodpovídajících poruch a vad (Přinosilová, 2007).

5.2 Logopedická terapie

Po vytvoření diagnózy se postupuje dále k návrhu vhodné terapie. Terapií se rozumí *„léčba; v širším pojetí: zaměření na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků postižení, onemocnění: reedukace, rehabilitace, kompenzace, „náprava“, speciální péče apod.“* (Dvořák, 1998, str. 164).

Ze závěrů logopedické diagnostiky se dále vybírají postupy, metody, formy a prostředky terapie (Klenková, 2006).

Stejně jako diagnostika, tak i terapie vyžaduje interdisciplinární přístup v případě složitého narušení komunikační schopnosti. Účast jednotlivých disciplín na terapii by měla ovšem být v rovnováze, bez probíhajícího konkurenčního boje.

Cílem terapie je eliminovat, zmírnit nebo minimálně překonat NKS (Lechta, 2005). Neubauer (2007) vymezuje jako cíl logopedického působení rozvoj a maximalizaci komunikačního potenciálu osoby s poruchou řečové komunikace, toto působení by mělo, stejně jako zmiňuje Lechta (2005), vést k odstranění poruchy, omezení až potlačení poruchy během dlouhodobé terapie nebo k co nejdelší stabilizaci projevů poruchy, navíc doplňuje jako další cíl obnovení porušených funkcí.

Terapie se tedy primárně zaměřuje na zkvalitnění komunikačních schopností člověka (Lechta, 2005).

Logopedická terapie se realizuje pomocí terapeutického plánu či programu sestaveného na základě diagnostiky a dle něj logoped postupuje. Tento plán zahrnuje stanovení příčin a prognózy poruchy, návrh metod a intenzity rehabilitačního postupu, způsob využití materiálů a pomůcek a spolupráci s rodinou, ošetřovateli či jiným logopedickým pracovištěm (Neubauer, 2007).

Terapie je ve své podstatě řízené učení, které by mělo respektovat dosažený vývojový stupeň osoby a probíhá jako záměrné řízení, usměrňování a kontrolování logopedem (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Logopedická terapie může probíhat nejen individuálně, ale také skupinově. Individuální terapie je základem většiny terapeutických programů. Někdy se v praxi lze setkat také s propojením individuální i skupinové formy. Skupinová terapie se realizuje v malém počtu většinou 3-6 osob a slouží k uplatnění a upevnění nově získaných dovedností a komunikačních strategií (Neubauer, 2007). Borbonus a Maihacka, (Škodová, Jedlička a kol., 2003) doplňují další dvě formy terapie – intenzivní (několikrát denně) a intervalová (aplikace intenzivní terapie v odstupu několika týdnů či měsíců).

Při terapii hraje klíčovou roli také spolupráce rodiny a nejbližšího okolí s logopedem. Pokud se v případě dítěte rodina odmítá zapojit nebo nedodržuje úkoly a pokyny dané logopedem, ve většině případů je poté terapie a neúspěšná a nedojde k dosažení vytyčených cílů.

Dle Grohnfeldtovi (Škodová, Jedlička a kol., 2003) definice pedagogické terapie řeči lze rozdělit metody terapie na:

- stimulující – stimulují se nerozvinuté a opožděné řečové funkce (např. terapie narušeného vývoje řeči),
- korigující – korigují se vadné řečové funkce (např. při terapii dyslalie),
- reedukující – reedukovány jsou ztracené a dezintegrované funkce (např. při terapii afázie) (Klenková, 2006).

V logopedické terapii se kromě metod speciální pedagogiky (reedukace, kompenzace a rehabilitace) uplatňují také metody ze všeobecné pedagogiky (metoda cvičení, příkladu apod.) (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Lechta (2005) upozorňuje na nutnost odlišit metody od technik terapie, přičemž chápe metodu jako cestu vedoucí k cíli a techniku jako jakýsi postup, „dopravní prostředek“ pomocí něhož lze dosáhnout cíle. Jako příklad uvádí metodu korekce (metoda) rotacismu a cesta, kterou lze dosáhnout cíle (korekce) může být substituční, mechanická atd. (techniky).

V současnosti lze využít při terapii i moderní zařízení jako jsou například počítačové programy nebo aplikace jako MENTINO, FONO, SpeechViewer, Povídání s Všeználkem, Mluvídek, TBT – Train to brain, atd. (Neubauer, 2007).

Terapeutické a didaktické pomůcky rozdělit do následujících kategorií: stimulační (zvukové hračky, hudební nástroje apod.), motivační (hry, hračky apod. motivující ke spolupráci), didaktické (soubory obrázků, slov, říkanek, tabulek apod.), derivační (pomůcky k odvrácení pozornosti od vlastního projevu), podpůrné (špachtle, sondy apod.), názorné (zrcadlo, přístroje pro zachycení zvuků apod.), registrační (záznamové tabulky, archy, videozáznamy apod.) (Klenková, 2006)

Terapeutické postupy je nutné volit dle individuálních dispozic jedince, dle dosažené úrovně vývoje a dle jeho celkových schopností, proto je terapie u každého jedince individuální záležitostí a může se při korekci stejné NKS u dvou různých jedinců lišit.

Stejně tak má každá porucha a vada svoje charakteristické postupy a metody (viz. kapitola č. 4 této práce).

5.3 Logopedická prevence

Součástí logopedické intervence je také prevence, jejím hlavním úkolem je předcházet problémům v komunikaci. Lze ji definovat jako osvětové působení, které má nejen předcházet poruchám komunikační schopnosti, ale také jako soubor pokynů pro optimální vývoj řeči.

O důležitosti logopedické prevence se zmiňuje již profesor Sovák, který upozorňoval na významnou roli prevence v mateřských školách a na logopedické vzdělání pedagogů v mateřských školách (Bendová, 2014).

Neubauer (2011) ve vztahu k artikulaci upozorňuje, že preventivní program nikdy stoprocentně nezaručuje bezchybný vývoj mluvy a i přes průpravná cvičení může u dítěte dojít k preferenci odchylného artikulačního vzoru hlásky.

Logopedickou prevenci lze dělit na:

- **primární** – zaměřena na celou populaci, jde o předcházení ohrožujícím situacím, metody lze uplatňovat především v medicínské oblasti, lze ji rozdělit na specifickou, ta e zaměřuje na předcházení konkrétního rizika (např. dyslalie, balbuties atd.) a nespecifickou, která podporuje žádoucí formy chování (např. zajištění správného mluvního vzoru), její součástí je také screening dětí s vadou řeči,
- **sekundární** - zaměřena na rizikovou skupinu ohroženou negativními jevy, například děti z kojeneckých ústavů, předcházení poruch hlasu u hlasových profesionálů, lidé s vývojovou neplynulostí ohrožené vznikem koktavosti ad., tento druh prevence je již realizován pouze logopedem,
- **terciální** – zaměřena na osoby, u kterých se již porucha či vada projevila a jejím cílem je předejít negativnímu vývoji, de facto již nelze hovořit o prevenci, jelikož zde dochází k prolínání prevence a terapie (Bendová, 2004, Škodová, Jedlička a kol., 2003, Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Pro kalendářní rok 2016 vyhlásilo MŠMT dne 27.8.2015 projekt Podpora logopedické prevence v předškolním vzdělávání v roce 2016, jehož obecným cílem je zvyšování kvality předškolního vzdělávání, prostřednictvím vzdělávání pedagogických pracovníků kteří se zaměřují na rozvíjení řečových dovednosti dětí předškolního věku, a zlepšováním pracovního prostředí pro zajištění logopedické prevence v předškolním vzdělávání. Mateřské školy, tak mohly zažádat o finanční prostředky na logopedické vzdělávání svých pracovníků v rozsahu minimálně 60 hodin prezenčního vzdělávání zaměřeného na logopedickou prevenci. Dále bylo možné využít finanční prostředky na nákup pomůcek pro rozvoj řeči a jazyka ve škole (např. vybavení počítačovou technikou s výukovými programy, obrázkové logopedické pomůcky a kartičky).[5]

5.3.1 Logopedická prevence v mateřské škole

Logopedickou prevenci v mateřské škole zajišťuje školský logoped, učitel mateřské školy s logopedickým kurzem nebo jiným logopedickým vzděláním. Výhodou logopedické péče přímo v MŠ je práce v prostředí, které dítě dobře a důvěrně zná. Výhodou je také kontakt s učitelem MŠ, který spolu s logopedem může prodiskutovat vybrané postupy podle osobnosti a komunikačních schopností dítěte. Mimo jiné je může logoped sdělit informace o průběhu intervence a pokynech pro práci přímo rodičům dítěte. Pro rodiče je logopedická péče v MŠ také výhodou, nemusí se uvolnit ze zaměstnání a cestovat do logopedické ambulance nebo poradny.

V MŠ je logopedická prevence součástí výchovně-vzdělávacího plánu (Lipnická, 2013).

Nespecifická primární prevence je realizována především učiteli nebo logopedickými asistenty v MŠ, kteří absolvovali kurz logopedické prevence. Orientuje se na rozvoj hrubé a jemné motoriky, koordinaci pohybů, oromotoriky, zrakového a sluchového vnímání a na rozvoj komunikačních dovedností dítěte. Součástí primární prevence v MŠ je také depistáž, na jejímž základě je doporučena další logopedická péče v příslušných pracovištích (SPC nebo logopedická ambulance).

[5] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Podpora logopedické prevence v předškolním vzdělávání v roce 2016*. [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 25.5.2017]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/podpora-logopedicke-prevence-v-predskolnim-vzdelavani-v-roce-4

Pedagog v MŠ by měl na základě svých zkušeností a kreativity zahrnou některá logopedická cvičení a postupy do práce ve třídě, aby tím mimo jiné zabránil stigmatizaci dítěte s NKS (Bendová, 2014).

Lipnická (2013) vymezila několik strategií prevence NKS, tyt strategie doprovázejí zvolené metody logopedické prevence a nemají vymezený a daný obsah, jsou to tyto strategie - komunikace tváří v tvář, poslouchání a čekání, následování komunikačního příkladu dítěte, používání komunikačních vzorců, přirozená gestikulace, přizpůsobení se jazykovým schopnostem dítěte, interpretace neverbálních signálů dítěte, dodržování osobní, až intimní zóna při komunikaci s dítětem, používání paralingvistických znaků v mluvené řeči, vedení dítěte při komunikaci, omezování křiku a preferování dialogu před monologem.

Učitelé v MŠ by se dále měli zaměřit na rozvoj slovní zásoby, rozvíjení správné výslovnosti, zřetelnosti a srozumitelnosti řeči, rozvoj porozumění i souvislého vyjadřování a dát dítěti povědomí o grafické stavbě jazyka.

V současné době existuje dostatek publikací zaměřujících se na logopedickou prevenci, ze kterých mohou učitelé v MŠ vycházet nebo čerpat inspiraci. Jsou to například publikace doc. PaedDr. Mileny Lipnické, PhD.; PhDr. Petry Bendové, PhD. nebo PaedDr. Dany Kutálkové a další.

Logoped nebo logopedický asistent by měl mít v budově školy vyhrazené samostatné pracoviště, kde probíhá logopedická intervence, aby nebyl rušen. Toto pracoviště by mělo být vybaveno potřebnými diagnostickými a terapeutickými pomůckami, hračkami a nábytkem, v této místnosti by se měly děti cítit příjemně a pohodlně.

Učitel zaměřující se na prevenci by měl rodiče podporovat a vést k pravidelným návštěvám logopeda a případně dalšími odborníky, měl by upozornit rodiče na vytvoření domácího prostředí, kde dítě nebude káráno či jinak omezováno z důvodu jeho NKS, dále by měl rodičům a odborníkům poskytovat výsledky diagnostiky, o stavu dítěte, jeho pokrocích a především by měl aktivně spolupracovat s plně kvalifikovanými logopedy či jinými odborníky (Lipnická, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Praktická část bakalářské práce tematicky navazuje na teoretický obsah a zaměřuje se na výskyt poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku v Mateřské škole ve Smiřicích a na logopedickou intervenci v této mateřské škole.

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je popis logopedické intervence u předškolních dětí s NKS v MŠ ve Smiřicích. Důraz je kladen na to, jakou formou a způsobem tato intervence probíhá.

Hlavním cílem práce je tedy popsat systém logopedické péče o děti s NKS v MŠ ve Smiřicích.

V návaznosti na hlavní cíl jsou vytyčeny následující dílčí cíle:

C1: *Popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých poruch komunikace u dětí předškolního věku ve vybrané skupině dětí z MŠ ve Smiřicích.*

C2: *Popsat postupy sloužících k eliminaci poruch komunikace u dětí předškolního věku v MŠ ve Smiřicích.*

C2: *Provést komparaci zjištěných výsledků logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích s informacemi prezentovanými v odborné lieratuře.*

6.2 Metodika výzkumného šetření

Ke sběru potřebných dat výzkumného šetření byly zvoleny metody kvalitativního i kvantitativního charakteru. Z metodologického hlediska bylo využito pozorování, rozhovor, testové metody (diagnostický test) a analýza dokumentů (logopedické sešity, RVP).

Pozorování je nejstarší metodou sběru dat. Spočívá ve sledování smyslově vnímatelných jevů, jako je chování osob, průběh dějů apod. Pozorování je založeno na důkladném sledování určitého jevu. Jelikož se pozorování odehrává v průběhu času, lze ho rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé většinou probíhá pouze jednu vyučovací jednotku, oproti tomu dlouhodobé může trvat až několik let. Dle subjektu pozorování můžeme vymezit sebepozorování (introspekci) a pozorování jiných (extrospekci). Dále rozlišujeme pozorování vlastní (přímé) a nevlastní (nepřímé), přičemž

v prvním případě se pozorovatel přímo setkává s předmětem pozorování, v druhém případě pozorovatel pracuje s výpověďmi o předmětu pozorování. Dle struktury se pozorování dělí na standardizovaná a nestandardizovaná (Chráska, 2007). Na pozorování přímo navazuje analýza získaných výsledků a jejich interpretace, která by navíc měla obsahovat i vzájemné propojení a vztahy získaných výsledků a výsledků získaných jinými metodami (Přinosilová, 2007). Pozorování by mělo být vždy objektivní, pozorovatel by se tedy měl vyhnout předsudkům vůči předmětu pozorování, působení tradic, halo efektu, stereotypizace apod. Důležité je také záznam z pozorování, který má formu audio nahrávky, videozáznamu, písemnou formou či jiný způsob zachycení (Chráska, 2007).

V tomto výzkumném šetření vylo využito metody krátkodobého přímého pozorování ke sběru dat potřebných pro popis logopedické intervence a následné provedení komparace zjištěných výsledků s informacemi prezentovanými v odborné literatuře. Pozorování probíhalo zhruba po dobu jednoho měsíce vždy během logopedické intervence se skupinou dětí. Byly sledovány využívané materiály, postupy i aktivita dětí a logopedické asistentky. Výsledky pozorování byly zaznamenávány v podobě písemných poznámek.

Rozhovor nebo také interview patří mezi explorační metody. Umožňuje bezprostřední kontakt s člověkem a subjektem zájmu (Přinosilová, 2007). Jedná se o metodu shromažďování dat o realitě, spočívající v přímém verbálním kontaktu subjektu (respondenta) s osobou, která provádí výzkum. Rozhovor vyžaduje určité schopnosti výzkumníka a to převážně schopnost navázat kontakt, vytvoření příjemné atmosféry, vhodnou formulaci myšlenek a pohotové reakce (Chráska, 2007). Rozhovor můžeme dle struktury dělit na standardizovaný, kdy má výzkumník předem vytvořené schéma, a pořadí i znění otázek musí být dodržováno, strukturou se tento typ blíží dotazníku (Přinosilová, 2007). Výhodou je, že všichni respondenti mají stejné podmínky k odpovědím a výsledky lze lépe statisticky zpracovat (Chráska, 2007). Druhým typem je volný rozhovor, kdy si výzkumník vytyčí cíl, kterého chce dosáhnout, ale způsob dosahování není specifikovaný, posledním typem je částečně standardizovaný rozhovor, který je kombinací předchozích typů, má určený cíl a záměr, ale otázky nejsou striktně formulované ani v přesném pořadí. Při rozhovoru by měl zhruba 2/3 času hovořit respondent a během toho by měl výzkumník jevit zájem, naslouchat a jevit pochopení. Důležité je také zachytit

možný podtext sdělení (Přinosilová, 2007). Chráska (2007) vymezuje několik pravidel rozhovoru (interview):

- vhodná situace – dostatek času, soukromí, přirozené prostředí
- začínat nejobecnějšími otázkami
- nenechat se ovlivnit působením psychologických faktorů
- navázat kontakt a motivovat respondenta
- provést záznam rozhovoru – během nebo po rozhovoru, nezkreslovat výsledky, nezapomenout na důležité informace

Pro záznam rozhovoru je vhodné použít audio záznam.

V tomto výzkumném šetření bylo využito metody rozhovoru k získání doplňujících údajů potřebných k provedení popisu a analýze logopedické intervence a také k získání potřebných informací o dětech tvořících výzkumný vzorek. Zvolen byl volný rozhovor s logopedickou asistentkou, otázky a odpovědi byly zapisovány v podobě poznámek.

Testové metody v pedagogice lze vymezit jako zkoušku, úkol, který je stejný pro všechny osoby a podléhá stejným hodnotícím kritériím. Testy lze dělit na test schopností, osobnosti a testy didaktické. Dle zaměření této práce byly k diagnostice poruch komunikace využity speciální testové metody, ty lze zařadit do tesů schopností, které jsou sestaveny tak, aby se zjistily schopnosti jedince (Chráska, 2007). Konkrétním využitím testových metod v této práci byl diagnostický test řečových schopností dětí.

Byly využity jak vlastní testové materiály, tak také Heidelberský test vývoje řeči (H-S-E-T) autorů Grimmové a Schölera z roku 1991, Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí od Škodové et al., z roku 1995 a Obrázkově-slovníková zkouška od Kondáše z roku 1972. Jednotlivé testy jsou popsány v podkapitole 6.3.

V rámci diagnostického testu byla vytvořena následující hypotéza kvantitativní části:
Existuje ve skupině dětí tvořících výzkumný vzorek minimálně 40 % (< 40) dětí ve věku nad 6,5 let s narušenou komunikační schopností?
Tato výzkumná otázka byla formulována na základě údajů Lechty (1990), který uvádí, že do první třídy základní školy jde 40 % dětí s NKS. Dalším podkladem hypotézy je fakt, že do první třídy základní školy mohou nastoupit děti od minimálního věku 6 let, hranice 6,5 let byla stanovena na základě zkušeností a faktu, že většina dětí v první třídě již dosáhne věku 7 let.

Cíl 1 (již specifikovaný v kapitole 6.1) kvantitativní části výzkumného šetření je následující: *Popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých poruch komunikace u dětí předškolního věku*.

6.3 Diagnostické materiály

Cílem praktické části této práce není primárně vytvoření odborného diagnostického materiálu, jehož výsledkem je určení diagnózy, ale spíše kombinace depistáže (orientační vyšetření) s nástinem druhu NKS (základní vyšetření), sloužící pouze pro potřeby této práce. V předchozích kapitolách práce byly uvedeny zásady logopedické diagnostiky, ze kterých vyplývá, že logopedické vyšetření (diagnostika) musí být komplexní a provádí jej zkušení a kvalifikovaní odborníci – logopedi. V případě tohoto diagnostického testu jde „pouze“ o vyšetření, jehož výsledky nelze oficiálně aplikovat a případně by pro další odbornou práci bylo potřebné jejich potvrzení kvalifikovaným logopedem. Na jejich základě ale lze doporučit další odbornou logopedickou péči.

Pro potřeby této bakalářské práce byl tedy sestaven vlastní diagnostický materiál, který měl za cíl odhalit výskyt NKS u dětí.

Diagnostický materiál se skládá z několika částí různých diagnostických testů využívaných v logopedické praxi, dvě dílčí části jsem sama vytvořila po konzultaci s vedoucí práce.

Jak uvádí Lechta (2003), hodnocení řečových schopností probíhá klinicky se zaměřením na kvalitativní analýzu výsledků (výkonu a schopností). Využívá se větší počet kriteriálně orientovaných zkoušek, zkoušky jsou převzaty z jiných jazykových oblastí bez příslušných kritérií, a proto se hodnotí klinicky (intuitivně či orientačně), dále se využívá při diagnostice neformalizovaných úkolů jako např. otázky či instrukce ke zjišťování porozumění řeči, rozhovor na běžné téma apod.

Diagnostický test byl zpracován na základě studia odborné literatury a jiných diagnostických testů využívaných v logopedii a následně upraven pro výzkumný vzorek a potřeby této práce. Je tedy určen pro děti předškolního věku navštěvující mateřskou školu běžného typu, bez přidružených postižení a jejichž zdravotní stav je v normě (bez rozštěpů patra, DMO, sluchového či zrakového postižení, bez poruch chování, apod.).

Test vychází z Heidelberského testu vývoje řeči (H-S-E-T) – Grimmová, Schöler (1978), Obrázkově slovníkové zkoušky – Kondáš (1972), Testu vyšetření řeči a Testu hodnocení fonematického sluchu – Škodová a kol (1994). Inspirací dále byla publikace

Diagnostika předškoláka od autorek J. Klenkové a H. Kolbábkové, v neposlední řadě bylo využito materiálů z mého portfolia vytvořené dle pokynů pedagogů během tohoto bakalářského studia.

Diagnostický test má za cíl orientačně zjistit výskyt NKS a stanovit přibližný typ NKS u dětí předškolního věku v MŠ ve Smiřicích.

Oblasti diagnostiky vycházejí z kritérií pro diagnostiku, které zmiňuje většina odborných publikací – vyšetření všech jazykových rovin, sluchového vyšetření, fonematické diferenciace a vyšetření porozumění řeči.

Test hrubé a jemné motoriky nebyl součástí, jelikož byl proveden rozhovor s učitelkou ve třídě dětí předškolního věku, která dle znalostí každého žáka neshledala výrazné opoždění nebo nedostatky v oblasti hrubé a jemné motoriky u žádného z dětí. Jemná motorika byla navíc také orientačně ověřena při aplikaci diagnostického materiálu, při níž děti manipulovaly s obrázkovými kartičkami a dřevěnými tvary při jednom z dílčích úkolů. Pragmatická rovina jazyka, při které se hodnotí schopnost konverzovat a vyjádřit rozdílné komunikační záměry byla testována na základě volného rozhovoru při navazování kontaktu s každým dítětem.

Jelikož jsou výzkumným vzorkem děti předškolního věku, bylo využito obrázkového materiálu, který děti více zaujme. Při sestavování obrázkových testů je nezbytné klást důraz na srozumitelnost všech obrázků z hlediska formálního a obsahového.

Test se skládá ze šesti částí, přičemž každá z nich vyšetřuje určitou oblast řeči a jazyka.

1. **část –** První subtest je zaměřen na vyšetření sluchu. Byl přejat z Heidelberského testu vývoje řeči, konkrétně z části označovanou IS – opakování vět, tuto část jsem využila pro vyšetření sluchu. Dítě mělo za úkol opakovat přečtené věty. Jejich správná či nesprávná reprodukce je hodnocena body škály 0 -1 bod. Hodnocení nebylo přejato z Heidelberského testu, bylo sestaveno na základě logické úvahy a zkušeností z praxe.
2. **část** – Druhý subtest je zaměřen na fonematickou diferenciaci. Byl inspirován Testem hodnocení fonematického sluchu – Škodová a kol. (1994) a publikací Diagnostika předškoláka od autorek J. Klenkové a H. Kolbábkové. Na základě studia odborné literatury bylo vybráno 21 dvojic, ty byly rozděleny do skupin se 3 různými distinktivními rysy – znělost – neznělost, kontinuálnost – nekontinuálnost a nosovost - nenosovost, a k nim přidány příslušné obrázky. Dítě

vždy mělo ukázat na příslušný obrázek, který jsem řekla. Například slova *kosa-koza,* dítěti jsem řekla: „Ukaž mi na obrázku *koza*.“ a dítě na základě sluchového vnímání ukázalo správně na obrázek s *kozou*.

3. **část** – Třetí subtest tvoří praktické úkoly zaměřené na porozumění řeči. Byly vybrány tři úkoly, které měly děti splnit na základě mých pokynů, pro splnění úkolu je předpoklad právě porozumění řeči. Pro první úkol byly připraveny barevné kartičky s obrázky ovoce a zeleniny, úkolem dětí bylo vybrat všechny obrázky, na kterých je ovoce (viz Příloha C). Druhým úkolem bylo z několika barevných (červená, modrá, žlutá, bílá a zelená) dřevěných kostiček a koleček dvou velikostí vybrat jen ty, které mají červenou barvu. Posledním úkolem porozumění řeči byl více praktický, dítěti byly ukázány příbory (lžíce, lžička, vidlička a nůž) a v návaznosti na mou otázku: *„Ukaž mi, čím jíš polévku.“* mělo dítě ukázat na polévkovou lžíci.
4. **část** – Čtvrtý subtest vyšetřuje foneticko-fonologickou rovinu jazyka – tedy výslovnost jednotlivých hlásek. Pro toto vyšetření byla použita první část Obrázkového testu pro vyšetření řeči od Truhlářové, ve kterém jsou ke každé hlásce vytvořena slova, která obsahují vyšetřovanou hlásku na začátku, uprostřed a na konci slov, ke každému slovu je přirazen příslušný obrázek. Dítě má za úkol pojmenovat obrázky a vyšetřující přitom sleduje výslovnost dané klásky v každém slově.
5. **část** – Pátý subtest vyšetřuje lexikálně-sémantickou rovinu jazyka - tedy slovní zásobu dítěte. Pro toto vyšetření byla vybrána Obrázkově-slovníková zkouška od Kondáše (1972), která zjišťuje současný stav zásoby dítěte a pohotovost ve vybavování pojmů. Skládá se z 30 obrázků, které má dítě za úkol pojmenovat.
6. **část** – Šestý subtest je zaměřen na morfologicko - syntaktickou rovinu jazyka. Byl přejat z Heidelberského testu vývoje řeči, konkrétně z části označovanou SB – tvorba vět. Cílem je vytvoření smysluplné věty ze dvou nebo tří slov. Dítěti byl nejdříve ukázán příklad tvoření vět a poté mělo za úkol na základě mých instrukcí sestavit věty. V této části bylo přejato hodnocení z originálního testu. Ten se vyznačuje tím, že pro každou odpověď je dána škála uznávaných formulací a chyb, které jsou akceptovatelné nebo naopak neakceptovatelné.

Heidelberský test vývoje řeči (H-S-E-T) autorů Grimmové a Schölera z roku 1991, byl původně vytvořen pro německy hovořící děti od 4 do 9 let. Pro potřeby českého a slovenského jazyka ho upravila M. Mikulajová v roce 1997, avšak bez příslušných norem. Test je sestaven z 13 subtestů. Výsledky dětí v jednotlivých subtestech se hodnotí podle tzv. T- skóre, které vyjadřuje normu a výsledkem je tzv. vývojový jazykový profil dítěte (Janečková, 2014).

Jednotlivá cvičení v testu jsou odstupňované podle náročnosti a k hodnocení některých testů se využívá hodnocení body 0-1-2, přičemž 1 bod odpovídá výkonu se specifickou vývojovou chybou (Matušková, 2010).

Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí od Škodové et al., z roku 1995 je nejznámějším materiálem k hodnocení fonematického sluchu. Předností je velmi snadná dostupnost a nenáročnost na specifické podmínky. Fonematický sluch je předpokladem pro intaktní vývoj artikulace, normy by měly dosáhnout děti v pěti letech. Test obsahuje 60 dvojic slov s obrázky ke každému slovu. Dvojice jsou vybrány podle intuitivně stanovených kritérií (Lechta, 2003).

Obrázkově-slovníková zkouška od Kondáše z roku 1972 slouží pro vyšetření stavu slovní zásoby u předškolních dětí (Přinosilová, 2007). Skládá se z 30 obrázků, které má dítě za úkol pojmenovat, trvá zhruba 5 minut. Hodnocení je vyjádřeno v percentilech a stupních vývoje řeči. Celkový součet bodů slouží k odhadu rozsahu i kvality slovní zásoby (Lechta, 2003). Za přijatelné výsledky odpovídající předškolnímu věku je získání minimálně 20 bodů, hodnoty pod jsou již považovány za špatné, jako oslabení jsou uvedeny výsledky mezi 21 až 23 body.

6.4 Charakteristika místa výzkumného šetření

V rámci této kapitoly je popsáno zařízení, ve kterém probíhal výzkum a dál zde bude popsán výzkumný vzorek, tedy osoby, které se účastnily výzkumu.

Výzkumné šetření probíhalo v mateřské škole ve městě Smiřice. Smiřice jsou malé město s přibližně 3000 obyvateli situované zhruba 12 kilometrů od Hradce Králové, nachází se zde jedna mateřská škola, jedna základní škola a také střední škola. V městě se nachází téměř všechny služby potřebné k běžnému životu – zdravotní středisko, umělecká škola, obchody s potravinami, drogerií, oblečením apod.

„Sluníčko nechť svítí v našem srdci i kolem nás.“

- motto školy

Základní údaje o škole:

Název škola: Mateřská škola Smiřice

Adresa: Kršovka 478, 503 03 Smiřice

Telefon: 495 422 720, 734 706 263

e-mail: matskola.smirice@seznam.cz

IČ: 750 07 851

Zřizovatel:

Město Smiřice

Palackého 106

503 03 Smiřice

tel. 495 809 010

Provoz školy: 6:30 – 16:30

Provoz školy začíná v 6:30 hod. a končí v 16:30 hod.. Děti se scházejí od 6:30 do 7:30 hod. (v 7:30 hod. odchází do svých tříd) a rozcházejí od 15:30 do 16:30 hod. ve třídě Berušek v heterogenní skupině, kde se děti ze školy navzájem seznamují, učí se komunikaci s jinak starými kamarády.

Mateřská škola Smiřice poskytuje předškolní vzdělávání již roku 1967. Sídlí ve dvou budovách, velká budova má dvě patra a nachází se v ní tři třídy, ke každé ze tříd patří malá kuchyňka, která slouží k chystání jídla, které kuchařky vaří v přistavěné malé budově školy, dále se v této budově nachází ředitelna, místnost určené na logopedii, přípravna učitelek a jiné zaměstnanecké prostory. V malé budově se nachází kuchyň a jedna ze čtyř tříd. Škola leží v klidné části města Smiřice, v blízkosti centra i sídliště, na přístupném místě. Součástí je velká zahrada s novými průlezkami, pískovišti a dalším vybavením, je na ní dostatek listnatých a jehličnatých stromů.

Mateřská škola se skládá ze čtyř tříd, ale v provozu jsou jen tří třídy – třída Berušky, Žabičky, Včeličky. Děti se vzdělávají ve třídách, do kterých jsou zařazovány podle věku. **3. třída Žabičky**: vzdělávání dětí, které v období od 1.9. do 31.8. následujícího kalendářního roku dovršily nejvýše 6 let věku nebo děti, kterým byl povolen odklad

povinné školní docházky. V této třídě předškolních dětí probíhalo výzkumné šetření, je zde pro rok 2016/2017 zapsáno 28 dětí.
2. třída: Včeličky: vzdělávání dětí, které v období od 1.9. do 31.8. následujícího kalendářního roku dovršily nejvýše 5 let věku.
1. třída: Berušky: vzdělávání dětí, které v období od 1.9. do 31.8. následujícího kalendářního roku dovršily nejvýše 4 nebo 3 roky věku.

Pro školní rok 2016/2017 bylo zapsáno 82 dětí. Škola se řídí vlastním školním řádem č.j.:13/2017 v účinnosti od 1.5.2017, který ruší řád č.j.: 56/2016. Školní řád je závazný pro děti, zákonné zástupce dětí a zaměstnance školy. Formuluje cíle předškolního vzdělávání, vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí nadaných, práva a povinnosti dětí, rodičů, obsahuje také provozní a vnitřní režim školy, předávání a vyzvedávání dětí atd.

Pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí nadaných učitelka MŠ provede v září diagnostiku na základě vyhodnocení pozorování, s ředitelkou školy prokonzultují výsledky pozorování, zahájí dialog se zákonnými zástupci a u vytipovaných dětí sestaví 3 měsíční plán pedagogické podpory 1. stupně, seznámí s ním zákonné zástupce a po 3 měsících vyhodnotí, zda je podpora dostačující nebo doporučí vyšetření ve školním poradenském zařízení.

Denní režim je přizpůsoben okamžitým situacím, možnostem, potřebám či požadavkům dětí. Může být upraven pro každou třídu dětí zvlášť, podle programu a aktuálních potřeb dětí. Didakticky cílené individuální, spontánní a řízené činnosti vedené učitelkou probíhají v průběhu celého dne, vycházejí ze zájmu a potřeb dětí.

MŠ se řídí dle školního vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání s názvem „Putování se sluníčkem“ platným od 01.09.2016 do 31.08.2020.

Třída, která byla subjektem mého výzkumného šetření je prostorná, skládá se ze dvou spojených tříd, dvě stěny tvoří jen okna, tudíž je ve třídě dostatek osvětlení. V první části třídy jsou umístěny stolečky a židličky, kde děti svačí a obědvají, mimo to zde probíhá výtvarná činnost a jiné činnosti náročné na pracovní plochu. Druhá část třídy je vybavena hračkami a kobercem, kde si děti mohou hrát, pro dívky je vytvořen koutek, který má představovat kosmetický a kadeřnický salon a kuchyňka, pro chlapce je vytvořena dílna a kout s auty a jinými technickými hračkami pro děti. Děti mají také k dispozici mnoho výchovných i zábavných her ve společné části. Mají k dispozici výtvarné a jiné potřeby pro kreativní činnost. Třída je navíc vybavena klavírem, kde společně děti s učitelkami

zpívají a rozvíjejí rytmizaci a hudební sluch. Ve třídě je dostatek podnětů pro správný vývoj dítěte. Součástí třídy je také koupelna a WC, kde jsou děti vedeny ke správným hygienickým návykům. Učitelky mají k dispozici počítač, tablet a tiskárnu pro tisk pracovních litů a jiných výchovně vzdělávacích materiálů.

Učitelky vedou děti k samostatné práci, důvěře, navazování pozitivních vztahů, udělují dětem pochvaly, podporují dítě nebát se, důvěřovat si. V dětech rozvíjí vzájemnou toleranci, ohleduplnost, zdvořilost, vzájemnou pomoc a podporu.

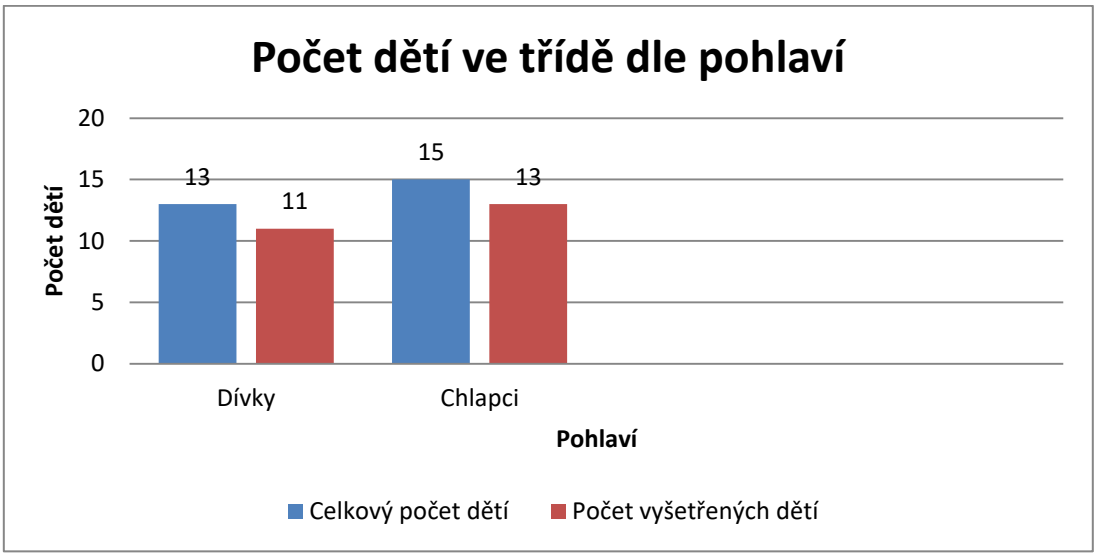
Škola také provozuje zájmové programy v rámci ŠVP PV, je to pěvecký kroužek Sluníčko, hudební kroužek Flétnička, *logopedie*, Chvilka angličtiny, kterou učitelky vykonávají v rámci své pracovní doby.

Logopedická péče je nedílnou součástí školního vzdělávacího programu a je určena pro děti ve věku 4-6 let (popřípadě děti s odkladem školní docházky). ŠVP si v MŠ sestavují samy učitelky ve spolupráci s ředitelkou. RVP sloužil ke zpracování ŠVP jako vzor, jakási předloha. Paní učitelky spolu s ředitelkou ho tak upravily dle potřeb a výchovně-vzdělávacích cílů školy. Více bude rozpracován v kapitole Logopedická intervence v MŠ ve Smiřicích

6.5 Charakteristika výzkumného vzorku

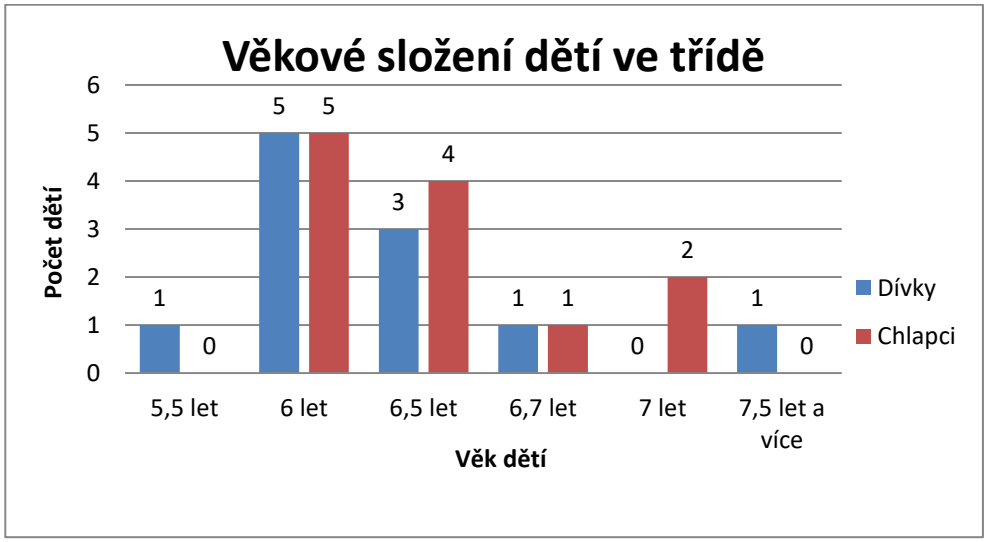
Výzkumné šetření probíhalo v Mateřské škole ve Smiřicích. Sestavení výzkumného vzorku bylo záměrné a nenáhodné. Jak již z názvu práce vyplývá, podmínkou je předškolní věk dítěte, tomuto odpovídají děti v posledním ročníku mateřské školy. Předškolnímu věku odpovídá rozmezí 5-6 let, případně věk 7 let, který připadá dětem s odloženou školní docházkou. Této podmínce odpovídala třída předškolních dětí – Žabičky, které navštěvují děti narozené od října 2009 do listopadu 2011 a 7 dětí s odloženou školní docházkou převážně kvůli řečovým problémům. Pro školní rok 2016/2017 bylo zapsáno do této třídy 28 dětí, které představovali výzkumný vzorek, přičemž 3 děti nebyly vyšetřeny z důvodu nemoci a 1 dítě se s rodiči během roku odstěhovalo. Z výše uvedených důvodů se tedy zaokrouhlil celkový počet dětí na 24.

Zajímavým faktem je, že se ve třídě nachází jedno dítě pocházející z bilingválního prostředí, jedná se o chlapce vietnamského původu. Dále by se do této kategorie daly zahrnout 3 děti romského původu, pokud by jejich rodiče hovořili s dětmi také romským jazykem, tato skutečnost však během šetření nebyla ověřena, jelikož jsem neměla možnost se s rodiči dětí setkat.



Graf 1: Počet vyšetřovaných dětí podle pohlaví

Z grafu č. 1 vyplývá, že ve třídě byla obě pohlaví zastoupena téměř rovnoměrně, přičemž počet chlapců lehce převyšoval. Z celkového počtu všech dětí bylo vyšetřeno 13 chlapců a 11 dívek.



Graf 2: Věkové složení dětí ve třídě

Z grafu č. 2 vyplývá, že věkové složení dětí ve třídě je nerovnoměrně rozložené. Nejvíce je ve třídě dětí ve věku 6 let, druhou skupinou jsou děti 6,5 leté. Zajímavé je, že se ve třídě nachází 12 dětí, jejichž věk odpovídá školnímu věku, který dle Špaňhelové (2008) začíná po 6 roku věku dítěte. V této práci se ovšem odvíjíme od skutečnosti uváděné v odborné literatuře, která tvrdí, že předškolní věk končí při nástupu dítěte do první třídy základní školy.

7 Realizace testové části výzkumného šetření

Cílem práce bylo popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých poruch a odchylek řečové komunikace u dětí předškolního věku na základě aplikace vlastního diagnostického testu na každé dítě.

Vyšetření komunikační schopnosti jednotlivých dětí probíhalo během 3 dnů. Ředitelka školy pro potřeby diagnostiky poskytla svojí pracovnu, která se nacházela ve druhém patře hned vedle třídy Žabiček a děti tudíž nemusely přecházet do logopedické učebny, která je situována v suterénu budovy. Vyšetření tedy probíhalo v klidné místnosti, stranou od kolektivu a to v časných ranních do doby oběda, kdy děti byly schopné udržet pozornost a nebyly unavené z kolektivních her a programu ve třídě.

Postupně bylo do pracovny bráno každé z dětí. Pro úspěch diagnostikování je důležité navázání příjemné a důvěrné atmosféry, proto jsem se během přesunu ze třídy snažila s dítětem navázat kontakt pomocí nevázaného rozhovoru buď na téma oslav svátku „čarodějnic“ 30.4., který se konal právě v době návštěvy školy, nebo na téma jak se těší do školy, jestli má vybranou aktovku a podobně. Dětem jsem slíbila, že se nemusí bát, protože se jedná jen jednoduché hry s obrázky a budou se moci za chvíli vrátit do školy a hrát si. Pro navození motivace spolupracovat byly dětem slíbeny bonbony. Dítě bylo usazeno na židli po mém boku, aby dobře vidělo na používaný materiál.

Každému z dětí bylo vysvětleno, co se v následující půl hodině bude odehrávat. Instrukce k dílčím částem jsem dítěti dávala vždy postupně a v předem stanoveném pořadí úkolů. Dítěti byl vždy na jednom příkladu demonstrován princip úkolu. Po vysvětlení jednotlivých úkolů bylo dítě vždy pro jistotu dotázáno, jestli instrukcím a principu úkolu rozumí.

Průběžně bylo dítě chváleno, aby tak bylo motivováno k dalšímu výkonu a spolupráci. Povzbuzeno bylo například větou, „No vidíš, jak ti to jde.“, „To nevadí, příště se ti to povede.“ apod. Pokud si dítě dlouho rozmýšlelo odpověď bylo tázáno, zda chce pokračovat k dalšímu úkolu či obrázku a později se k této úloze vrátit.

Pokud bylo zřejmé, že dítě tuší odpověď, ale je nejisté, bylo nenápadně pomocí nápovědy navedeno ke správné odpovědi. Nápověda byla potřeba obzvlášť u subtestu číslo 4 (v některých případech u subtestu č. 5), kde mělo dítě pojmenovat obrázky (vyšetření artikulace hlásek). Některé obrázky měly děti tendenci označovat zdrobněle – např. místo slova *medvěd* často říkaly *medvídek*, což bylo v tomto případě při vyšetřováni hlásky *d* na konci slova nevhodné. Proto bylo nutné dítěti vysvětlit, jaké slovo se po nich

chce. V případě že dítě nevědělo odpovědi na otázky či cvičení byl mu znovu vysvětlen a na příkladu demonstrován princip úkolu.

Během testování byly případné poznámky zapisovány do archu s jednotlivými úkoly (viz Příloha A). Během testování byly zaznamenávány případné poznámky k testování a výkonům dětí, důležité z poznámek jsou zaznamenány v Tabulce 1 ve sloupci Poznámka. U subtestu č. 5 byly zaznamenány především poznámky týkající se srozumitelnosti obrázků, kdy bylo zaznamenáno případné chybné pojmenování obrázku.

8 Analýza výsledků testové části výzkumného šetření

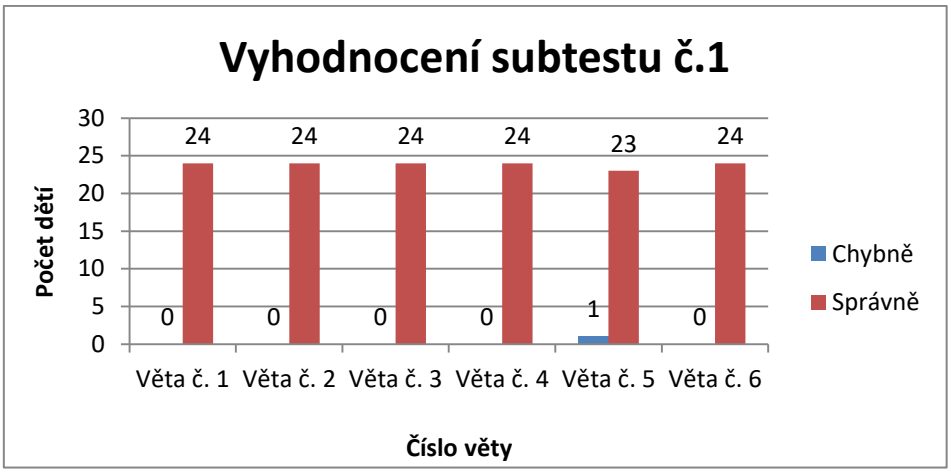
První část výzkumného šetření (výzkumný cíl číslo 1) byla zaměřena na popis a analýzu četnosti výskytu jednotlivých poruch komunikace u dětí předškolního věku v MŠ ve Smiřicích. Hlavním materiálem byl vytvořený diagnostický test skládající se ze 6 dílčích testů, který ověřoval všechny roviny jazyka, fonematickou diferenciaci, sluchové vyšetření a porozumění řeči.

Z výsledků diagnostického vyšetření byla sestavena tabulka s přehledem výsledků jednotlivých subtestů u každého z dětí.

Jméno dítěte	Subtest č.		Subtest č.	Subtest č.4	Subtest č.	Subtest č.	Poznámka
Dívka Ad	6 bodů	21 bodů	3 body	Č, Š	28 bodů	16 bodů	
Dívka An	5 bodů	21 bodů	3 body	C, Z, Č, Š, Ž, L, R, Ř, sykavky ve	21 bodů	14 bodů	
Dívka Am	6 bodů	21 bodů	3 body	bez problému	27 bodů	17 bodů	
Dívka T	6 bodů	21 bodů	3 body	bez problému	26 bodů	17 bodů	
Chlapec To	6 bodů	21 bodů	3 body	bez problémů	24 bodů	9 bodů	
Chlapec Kr	6 bodů	20 bodů	3 body	R, Ř	28 bodů	17 bodů	
Chlapec Maty	6 bodů	21 bodů	3 body	bez problémů	28 bodů	11 bodů	
Chlapec F	6 bodů	20 bodů	3 body	Ř	23 bodů	4 body	Chlapec se velmi styděl.
Chlapec Matě	6 bodů	19 bodů	3 body	S, K, G, sykavky ve skupině	25 bodů	3 body	Nechápe zadání subtestu č. 6.
Dívka Ann	6 bodů	20 bodů	3 body	Z, Č, Ž, R, Ř, sykavky ve skupině	25 bodů	16 bodů	Vynechává samohlásky nebo hlásky přehazuje.
Chlapec L	6 bodů	21 bodů	3 body	R, Ř	26 bodů	3 body	Zdálo se, že chlapec nerozuměl zadání subtestu č. 6.
Dívka Lu	6 bodů	17 bodů	2 body	C - na konci, sykavky	22 bodů	0 bodů	U subtestu č. 3 nevěděla úkol č.1., zřejmě nechápala zadání subtestu č. 6.
Dívka Mo	6 bodů	19 bodů	3 body	bez problémů	27 bodů	6 bodů	
Dívka Ma	6 bodů	21 bodů	3 body	bez problémů	27 bodů	16 bodů	
Chlapec Jo	6 bodů	21 bodů	3 body	Ř	29 bodů	12 bodů	
Chlapec T	6 bodů	18 bodů	2 body	K, G, sykavky	22 bodů	2 body	Stydí se, je nervozí, stereotypní pohyby, obrázky si prohlížel velmi zblízka, ke konci testu měl problém s pozorností.
Dívka Na P	6 bodů	20 bodů	3 body	bez problémů (Ř na konci)	25 bodů	8 bodů	Absence předních zubů, věk 7,5 let.
Chlapec On	6 bodů	21 bodů	3 body	Ř	27 bodů	11 bodů	
Chlapec Kar	6 bodů	21 bodů	3 body	R, Ř, některé sykavky	26 bodů	18 bodů	
Chlapec P	6 bodů	19 bodů	3 body	C, Z, Č, Š, Ž, Ř, sykavky ve sku	24 bodů	10 bodů	Pochází ze sociálně slabé rodiny.
Dívka Na	6 bodů	16 bodů	3 body	A, M a L na konci, N na začátku, V, D, N, C, S, Z, Š, Ž, R, Ř, Ď, Ť, Ň, CH, sykavky ve skupině	13 bodů	2 body	Pochází ze sociálně slabé rodiny, sestra chlapce P, nedostatečná úroveň komunikace, fyzicky menší.
Chlapec A	6 bodů	16 bodů	3 body	Ř, některé sykavky ve skupině	20 bodů	7 bodů	Chlapec se velmi styděl, u subtestu č. 6 potřeboval nápovědu.
Chlapec Matěj	6 bodů	20 bodů	3 body	bez problémů	29 bodů	13 bodů	
Dívka Nat	6 bodů	20 bodů	3 body	K, G, Ř	22 bodů	4 body	

Tabulka 1: Přehled výsledků jednotlivých subtestů

Vyhodnocení subtestu č. 1 - První subtest byl zaměřen na vyšetření sluchu. Dítě mělo za úkol opakovat mnou přečtené věty. Jejich správná či nesprávná reprodukce byla hodnocena body. V tomto dílčím testu bylo 100% dětí úspěšných, hodnocení se pohybovalo v rozmezí 10-12 bodů, přičemž každá správná odpověď byla hodnocena na škále 0 - 1- 2 body.

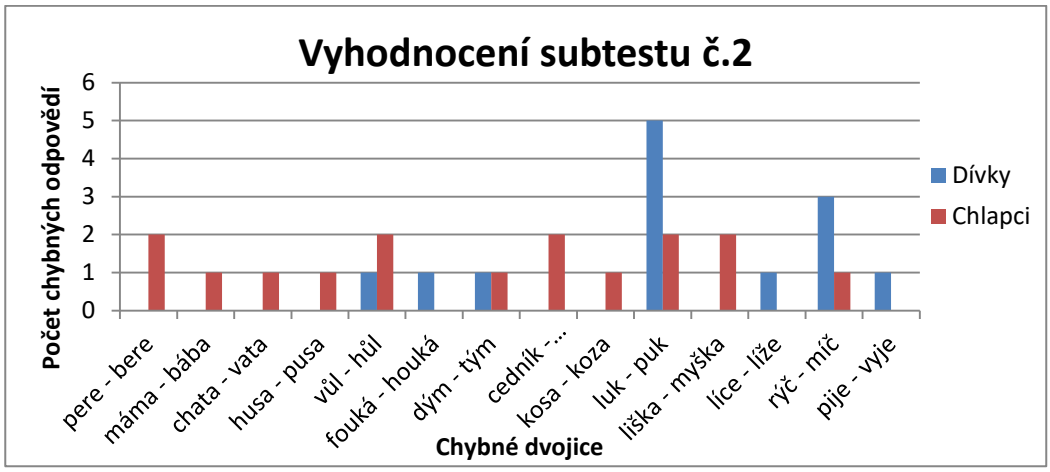


Graf 3: Test vyšetření sluchu

Závěr subtestu č. 1: Žádné z vyšetřovaných dětí nemá problémy ve sluchovém vnímání. Lze tedy vyloučit vadnou výslovnost hlásek způsobenou poruchou sluchu.

Vyhodnocení subtestu č. 2 – Druhý subtest byl zaměřen na fonematickou diferenciaci. Test obsahoval 21 dvojic s podobnou znělostí s příslušnými obrázky. Dítě vždy mělo ukázat na příslušný obrázek, který jsem řekla. Například slova *kosa- koza,* dítěti jsem řekla: „Ukaž mi na obrázku (krátká pauze) *koza*.“ a dítě na základě sluchového vnímání ukázalo správně na obrázek s *kozou*.

Každá správná odpověď byla hodnocena 1 bodem. Dle testu Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí (Škodová, 1995) byla odvozena škála pro úspěšné a neúspěšné splnění testu. Hranice úspěšnosti je nad 82% tedy nad 17 bodů.
Z důvodu rozsáhlosti testu jsou v grafu zaznamenány jen ty dvojice, které děti určily chybně.

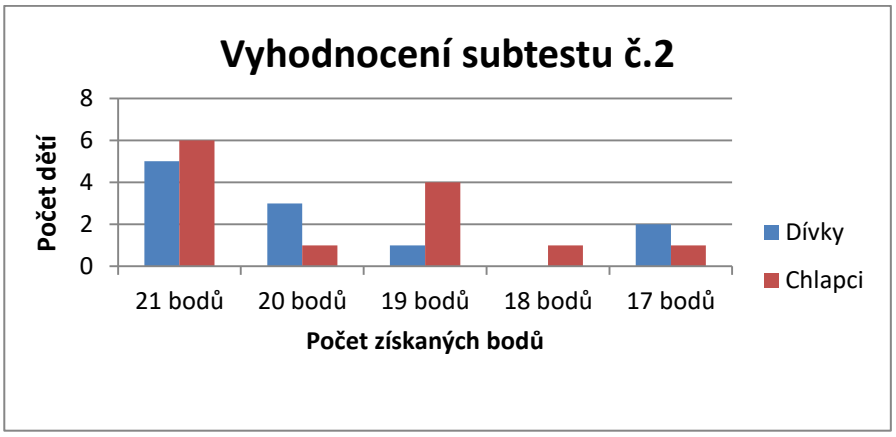


Graf 4:Test fonematické diferenciace

Závěr subtestu č. 2: Z grafu č. 4 lze určit, že největší problém ve fonematické diferenciaci představují slova s distinktivním rysem kontinuálnost - nekontinuálnost, tedy hlásky *l-p, l-m, ch-v, h-p, p-v* a to v počtu 15 chyb, druhou nejvíce chybnou dvojicí slov byla slova s distinktivním rysem znělost – neznělost, tedy hlásky *p-b, d-t, c-z, f-h, c-ž* v počtu 9 chyb a nejméně problémová byla slova s distinktivním rysem nosovost – nenosovost, tedy hlásky *r-m, v-h*, jejich chybné určení se vyskytovalo v počtu 5.

Dále lze z grafu č. 5 vyčíst, že problém ve fonematické diferenciaci se u chlapců a dívek vyskytuje v poměru 7:6, výsledky jsou tedy nezávislé na pohlaví. 11 dětí bylo v testu 100 % úspěšných bez ztráty bodů (45,83 % dětí), 16,66 % dětí ztratilo pouze 1 bod, 20,83 % dětí ztratilo 2 body, 4,16% ztratilo 3 body a 12,5 % dětí ztratilo 4 body.

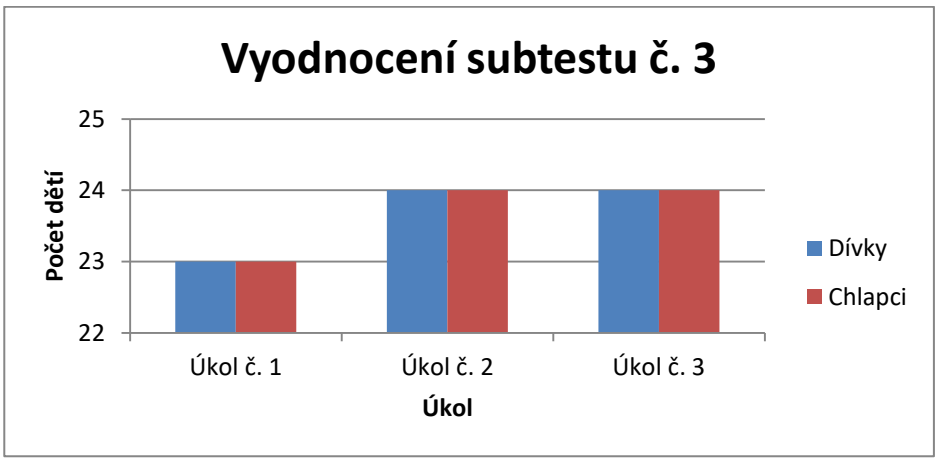
U dětí, které by ztratily více než 5 bodů, může být schopnost chybné fonematické diferenciace příčinou vadné výslovnosti některých hlásek. U dysfatiků (senzorická dysfázie) je v tomto testu nižší procento úspěšnosti, a to především ve znělosti- neznělosti a závěrovosti – nezávěrovosti.



Graf 5: Test fonematické diferenciace - získané body

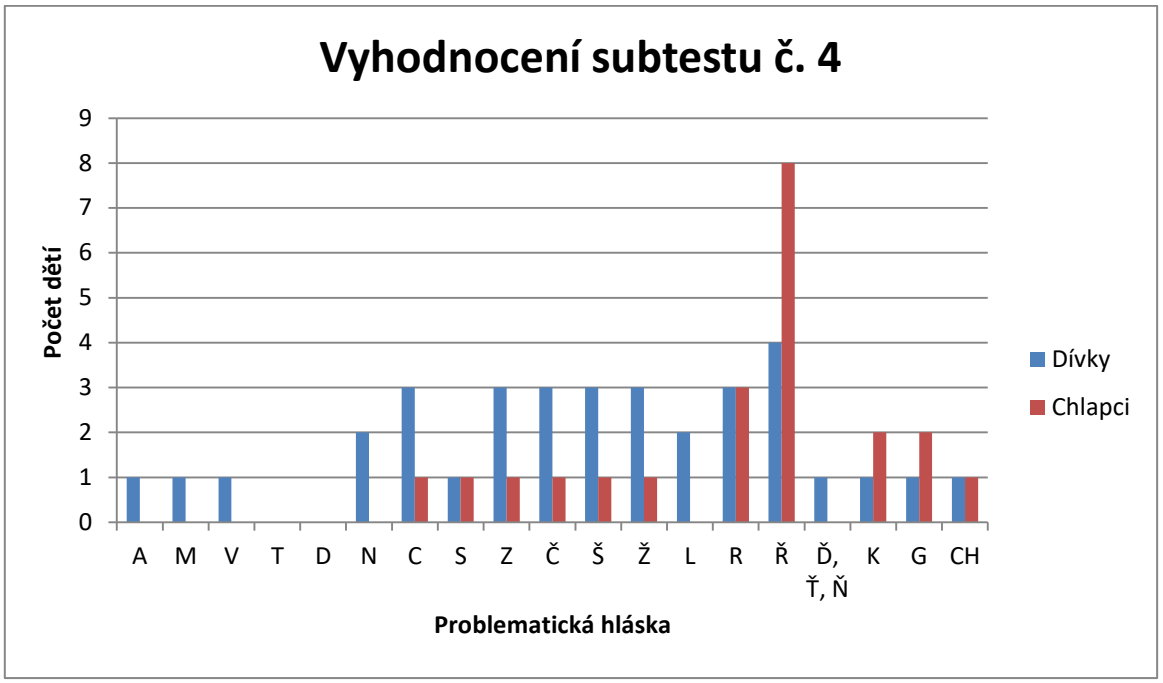
Vyhodnocení subtestu č. 3 – Třetí subtest tvoří praktické úkoly zaměřené na porozumění řeči. Byly vybrány tři úkoly, které měly děti splnit na základě mých pokynů, pro splnění úkolu je předpokladem právě porozumění řeči.

Závěr subtestu č. 3: Tento subtest byl významným kritériem při diagnostice vývojové dysfázie, jelikož jak je výše zmíněno v kapitole 4.2 dysfatici mají problém v porozumění obsahu slov a sdělení. Z grafu č. 6 vyplývá, že 22, tedy 91,66 % dětí bylo v této části 100% úspěšných a žádné z nich nemá problém s porozuměním, a proto lze vyloučit diagnostiku vývojové dysfázie.



Graf 6: Test porozumění řeči – počet splněných úkolů

Vyhodnocení subtestu č. 4 – Čtvrtý subtest vyšetřoval foneticko-fonologickou rovinu jazyka – tedy výslovnost jednotlivých hlásek. Dítě mělo za úkol pojmenovat obrázky a vyšetřující přitom sledoval výslovnost dané klásky v každém slově.

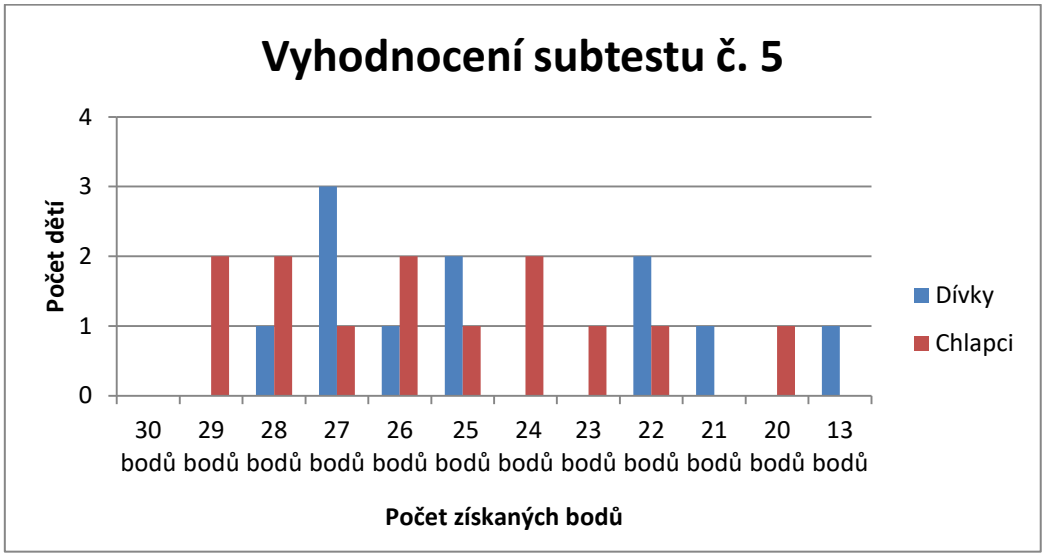


Graf 7: Test vyšetření řeči

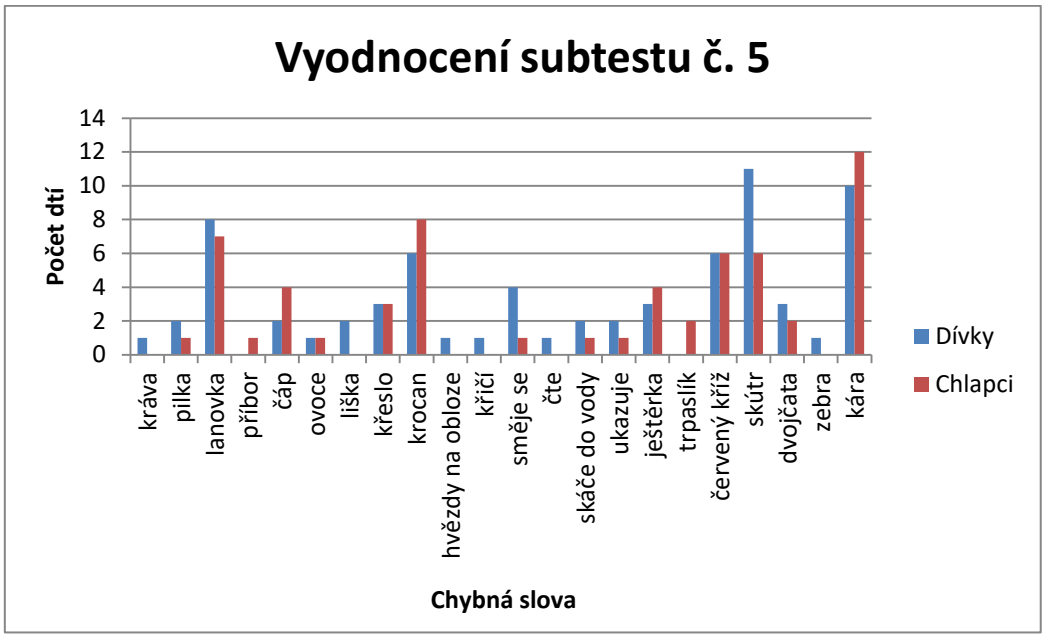
Závěr subtestu č. 4: Tento subtest byl, jak bylo dříve předpokládáno, nejobtížnější částí celého vyšetření. Většina dětí - 66,66 %, jenž představuje 16 z celkového počtu vyšetřovaných (viz tabulka č. 3) měla problém v oblasti výslovnosti některé hlásky. Z grafu č. 7 vyplývá, že největší problém představovaly hlásky *r, ř* a ostré (*c, s, z*) i tupé sykavky (*č, š, ž*). V běžné populaci nejčastěji slýcháme, že děti mají problém s hláskami *r* a *ř*, to se také v tomto výzkumném šetření potvrdilo, jelikož 25 % dětí mělo problém s výslovností hlásky *r* a 50 % s hláskou *ř.* Dále je nejvíce procentuálně zastoupena chybná hláska *c, z, č, š* a ž, z nichž každá tvoří 16,66 %. Vzhledem k věku vyšetřovaných dětí není chybné tvoření hlásek *c, s, z, r,* a *ř* tolik překvapující, jelikož jejich vývoj má být dokončen až kolem 6,5 - 7 roku věku. Třetími nejčastěji se vyskytujícími hláskami bylo *k* a *g*, které tvoří 12,5 %. Nízký výskyt chybné hlásky *l*, která ve fyziologickém vývoji hlásek představuje jakýsi předstupeň pro úspěšné tvoření hlásky *r* a následně také *ř* je pozitivním faktem (Salomovová In Škodová, Lechta a kol., 2003). Většina dětí, u kterých se vyskytovala chybná výslovnost hlásek *r* a *ř* je ve věku 6 a více let, kdy by měl být vývoj hlásky *l* úspěšně dokončen, proto u těchto dětí není hláska *l* mezi chybně tvořenými hláskami. Dle Salomonové (In Škodová, Jedlička a kol, 2003) se hláska *r* vyvíjí do věku 6,5 let a hláska *ř* až do věku 7 let. Tudíž lze předpokládat, že s vhodnou terapií bude vývoj hlásky *r* a *ř* u těchto dětí úspěšně dokončen do 7 roku věku.

Pokud má dítě problémy pouze v této oblasti – výslovnost hlásek, lze konstatovat, že se „pouze“ jedná o dyslalii, tedy poruchu artikulace hlásek (viz podkapitola č. 4.3).
Překvapující byl hlavně výskyt hlásek *k* a *g*, u kterých chybovaly 3 děti, a to převážně z toho důvodu, že většina odborné literatury tyto hlásky nezařazuje mezi často chybné, také v mé praxi jsem se s chybným tvořením těchto hlásek nikdy nesetkala. Z tabulky č. 1 vyplývá, že žádné z dětí, u kterého se vyskytovala chyba výslovnosti hlásky *r*, nemělo problémy s hláskou *d*, tudíž je vhodné ji využít jako substituční hlásku při terapii hlásky *r*. (Neubauer, 2007). Naopak některé děti, které měly problém s hláskou *ř*, měly zároveň problém i s hláskami *c*, *s*, *z*, *č, š a ž*.

Vyhodnocení subtestu č. 5 - Pátý subtest vyšetřoval lexikálně-sémantickou rovinu jazyka - tedy slovní zásobu dítěte. Skládá se z 30 obrázků, které má dítě za úkol pojmenovat.



Graf 8: Test slovní zásoby - získané body



Graf 9: Test slovní zásoby

Závěr subtestu č. 5: V tomto subtestu činilo dětem největší problém určování slova *kára*, 22 dětí neznalo tento název, místo toho se často objevovalo pojmenování *sporťák* nebo *bourák*. Druhým nejčastěji chybně pojmenovaným obrázkem byl *skútr*, ten neurčilo 17 dětí, místo něj obrázek pojmenovávaly jako *motorka*, často jim byla poskytnuta nápověda pomocí otázky *„Jaké druhy motorek ještě znáš?“*, ale ani po této nápovědě většina dětí slovo *skútr* nevěděla. Třetím nejproblematičtějším slovem bylo pojmenování *lanovka*, zde jsem se domnívala, že děti možná z života lanovku znají, ale podle obrázku ji nepoznaly, proto jim byla dána nápověda typu: „ *Když jedete s rodiči na výlet a jdete na nějakou vysokou horu, třeba na Sněžku, ale nechce se vám tu cestu jít pěšky, čím se na horu vyvezete?“*. Často ani po této nebo podobné nápovědě děti *lanovku* nepoznaly. Dalším problematickým slovem byl *krocan*, kterého děti většinou jako zvíře vůbec neznaly, domnívám se, že je to způsobeno faktem, že krocan jako zvíře není obvyklé jako například lev, kočka či pes a děti se s ním proto v praxi ještě nesetkaly. 12 krát se vyskytla chyba v pojmenování obrázku *červeného kříže*, zde vidím nedostatek také v autorově výběru slova, jelikož při výběru obrázků pro jednotlivá slova není zcela jasné, zda se jedná o prostý kříž červené barvy nebo znak Červeného kříže jako organizace. Proto byly dětem uznány jak odpovědi červený *kříž* tak i *„symbol/znak nemocnice“*. Velmi mne překvapilo, že 7 dětí mělo problém s určením slova *ještěrka* a 6 dětí se slovem *čáp*.

Vyšetření slovní zásoby je klíčové pro odhalení možného opožděného vývoje řeči, který se projevuje právě nízkou slovní zásobou. Dále je na základě dobrých výsledků v tomto subtestu spolu s výsledky jiných subtestů vyloučit vývojovou dysfázii, pro kterou je v případě motorické dysfázie charakteristický OVŘ nebo senzorickou dysfázii, kdy je aktivní slovník nesrozumitelný nebo deformovaný, protože slova jsou tvořena chybně.

Z grafu 9 lze vyčíst, že většina dětí byla v tomto subtestu úspěšná, jelikož dle hodnotící škály získala nad 20 bodů, ovšem hodnoty v rozmezí 21-23 bodů jsou označována za oslabení.

Zároveň je nutné upozornit na dívku označenou jako Dívka Na (viz tabulka č. 1), která dosáhla v tomto subtestu pouze 13 bodů, což představuje velmi nízkou slovní zásobu. Jak je z tabulky 1 zřejmé, dívka dosahovala podprůměrných výkonů téměř ve všech subtestech a dle výsledků z ostatních subtestů, lze pravděpodobně určit OVŘ, jelikož se u ní projevují symptomy popsané v kapitole 4.1 této práce, tedy malá slovní zásoba, patlavost a dysgramatismy, přičemž sluch, zrak i porozumění řeči je v pořádku, dívka je celkově fyzicky menší než odpovídá jejímu věku (6 let) a dle rozhovoru s učitelkou MŠ při nástupu do třídy Žabiček tento školní rok téměř nemluvila. Dívka pochází také ze slabého socioekonomického prostředí, které může být příčinou OVŘ, neboť může být málo podnětné. Z důvodu poruchy řeči má odklad školní docházky o jeden rok.

Ztrátu 10 a 9 bodů v testu měla Dívka An a Chlapec L, který se v průběhu testování málo soustředil, styděl se a bylo u něj pozorováno také stereotypní chování (stále pohyboval rukama v určitém schématu), které je ze zkušeností z praxe typické po poruchy autistického spektra.

Vyhodnocení subtestu č. 6 - Poslední šestý subtest je zaměřen na morfologicko - syntaktickou rovinu jazyka. Cílem je vytvoření smysluplné věty ze dvou nebo tří slov. Dítěti byl nejdříve ukázán příklad tvoření vět a poté mělo za úkol na základě mých instrukcí sestavit věty. V této části bylo přejato hodnocení z originálního testu. Ten se vyznačuje tím, že pro každou odpověď je dána škála uznávaných formulací a chyb, které jsou akceptovatelné nebo naopak neakceptovatelné. Bodování jednotlivých odpovědí je ve škále 0 – 1 – 2 body, maximální počet bodů je tedy 20. 2 body jsou hodnoceny odpovědi, které spojují daná slova do smysluplné a syntakticky správné věty, povolena je množné číslo nebo lehká záměna slova.

Příklady odpovědí hodnocené 2 body:

maminka – pracovat – zahrada = Maminka pracuje na zahradě.

cukr – sladký = Cukr je sladký.

Pokud vytvořená věta není sémanticky nebo syntakticky správná, je odpověď hodnocena pouze 1 bodem. Odpověď ale nesmí být pouze frází. Příklady odpovědí hodnocené 1 bodem:

radovat se – otec – dárek = Otec z dárečku raduje se., Raduje se otec z dárku.

plakat – smutný = Pláče a je smutný.

0 body jsou pak hodnoceny utvořené fráze, dále věty, ve kterých nejsou použita všechna slova nebo věty neúplné či nelogické. Příklady odpovědí hodnocené 0 body:

jablko – ukousnout = Ukousnout si z jablka. (fráze)

cukr – sladký = Cukr není sladký. (nelogické spojení), Sladký cukr.

slunko – studený = Slunko je studený. (nelogické spojení).

Jméno	**Počet bodů**	**Jméno**	**Počet bodů**
Dívka Ad	16 bodů	**Dívka Mo**	6 bodů
Dívka An	14 bodů	**Dívka Ma**	16 bodů
Dívka Am	17 bodů	**Chlapec Jo**	12 bodů
Dívka T	17 bodů	**Chlapec T**	2 body
Chlapec To	9 bodů	**Dívka Na P**	8 bodů
Chlapec Kr	17 bodů	**Chlapec On**	11 bodů
Chlapec Maty	11 bodů	**Chlapec Kar**	18 bodů
Chlapec F	4 body	**Chlapec P**	10 bodů
Chlapec Matě	3 body	**Dívka Na**	2 body
Dívka Ann	16 bodů	**Chlapec A**	7 bodů
Chlapec L	3 body	**Chlapec Matěj**	13 bodů
Dívka Lu	0 bodů	**Dívka Nat**	4 body

Tabulka 2: Test tvoření vět

Závěr subtestu č. 6: H-S-E-T je určen dětem od 4 let, ale z výsledků a průběhu testování i nejsem jista vhodností aplikace testu na takto mladou věkovou skupinu, je vhodné ho aplikovat spíše na děti starší. V několika případech děti téměř vůbec nerozuměly zadání ani po jeho

několikanásobném vysvětlení a demonstraci na příkladech.

Nejčastěji se tedy vyskytovaly problémy jak s pochopením zadání, tak s neschopností vytvořit syntakticky i sémanticky správnou větu. Několik dětí mělo také problém s výběrem vhodných předložek a správného tvaru slov.

Neschopnost tvořit sémanticky a syntakticky správné věty, chybně používat předložky jsou typické dysfagické rysy. V případě Chlapce T lze nesprávné používání předložkových vazeb připisovat bilingvní výchově, tuto teorii potvrdila i učitelka MŠ, která s tímto chlapce dělá logopedická cvičení zaměřující se právě na tento nedostatek. U ostatních dětí může být nesprávné používání tvarů slov a předložek dán opožděným vývojem řeči.

Z tabulky 3 vyplývá, že nejvíce problematické bylo tvoření vět číslo 7, 8, 9 a 10. Toto pořadí není náhodné, neboť věty v tomto úkolu Heidelberského testu jsou řazeny od nejlehčích po nejtěžší. Nejméně problematické byly pro děti věty číslo 1, 3 a 6. Z tabulky je zřejmé, že děti byly nejčastěji ve svých odpovědích buď 100% úspěšné (hodnocení 2 body) nebo naopak 0% úspěšné (hodnocení 0 body), jelikož 1 bodem bylo hodnoceno pouze 34 z celkových 240 odpovědí.

Nejčastějším problémem bylo u těch dětí, které získaly nejméně bodu většinou nepochopení zadání, opakování pouze zadaných slov beze změny, gramaticky nesprávný slovosled či sémanticky nesmyslné věty.

Číslo věty	**Zadání**	**Počet dětí, které získaly jednotlivé body**		
		0 bodů	1 bod	2 body
1.	maminka – pracovat – zahrada	6	3	15
2.	jablko – ukousnout	9	3	12
3.	chlapec – spěchat – škola	9	0	15
4.	dvůr – ležet – pes	9	4	11
5.	radovat se – otec – drek	6	8	10
6.	křeslo – lékař - sedět	6	2	16
7.	cukr – sladký	13	4	7
8.	plakat – smutný	13	4	7
9.	písek – potit se	15	3	6
10.	slunko - studený	18	3	3
	celkem	104	34	102

Tabulka 3: Vyhodnocení subtestu č. 6 - tvoření vět

8.1 Analýza vývoje řeči u dětí tvořících výzkumný vzorek

Na základě výsledků z jednotlivých subtestů a jejich podrobnější analýzy v předchozí podkapitole byly stanoveny následující diagnózy, které byly pro lepší přehlednost zapsány do tabulky.

Jméno	Věk	Vývoj řeči/diagnóza NKS
Dívka Ad	6,5 let	dyslalie (č,š)
Dívka An	6 let	dyslalie (c, z, č, š, ž, l, r, ř, sykavky ve skupině)
Dívka Am	5,5 let	intaktní řeč
Dívka T	6 let	intaktní řeč
Chlapec To	6,5 let	Výrazný problém v syntaktické rovině jazyka slovní zásobě z důvodu bilingvální výchovy.
Chlapec Kr	6,5 let	dyslalie (r, ř)
Chlapec Maty	7 let	intaktní řeč
Chlapec F	6,5 let	dyslalie (ř)
Chlapec Matě	6 let	dyslalie (s, k, g)
Dívka Ann	6 let	dyslalie (z, č, ž, r, ř, sykavky ve skupině)
Chlapec L	6 let	dyslalie (r, ř)
Dívka Lu	6,7 let	opožděný vývoj řeči
Dívka Mo	6 let	intaktní řeč
Dívka Ma	6,5 let	intaktní řeč
Chlapec Jo	6,5 let	dyslalie (ř)
Chlapec T	6 let	dyslalie (k, g, sykavky ve skupině) s rysy poruchy autistického spektra
Dívka Na P	7,5 let	intaktní řeč
Chlapec On	6 let	dyslalie (ř)
Chlapec Kar	7 let	dyslalie (r, ř, sykavky ve skupině)
Chlapec P	7,7 let	dyslalie (c, z, č, š, ž, ř, sykavky ve skupině)
Dívka Na	6 let	opožděný vývoj řeči
Chlapec A	6 let	dyslalie (ř, sykavky ve skupině) s rysy OVŘ
Chlapec Matěj	6,7 let	intaktní řeč
Dívka Nat	6,5 let	dyslalie (k, g, ř)

Tabulka 4: Přehled vývoje řeči a diagnóz vyšetřovaných dětí

9 Logopedická intervence v MŠ ve Smiřicích

Časové období, ve kterém probíhalo výzkumné šetření bylo zhruba jeden měsíc.

Logopedická diagnostika v MŠ ve Smiřicích

Logopedická diagnostika MŠ spadá do kompetence kvalifikovaných logopedů, proto probíhá pod záštitou Speciálně pedagogického a integračního centra Duháček v Hradci Králové (dále pouze SPC). Do mateřské školy pravidelně každý rok, zhruba na přelomu září a října dojíždí krajská koordinátorka logopedické péče z výše zmíněného SPC, která provádí u dětí depistáž. Každé předškolní dítě individuálně v pracovně ředitelky školy diagnostikuje dle vlastního materiálu. K tomuto materiálu jsem bohužel neměla přístup. Na základě výsledků diagnostického vyšetření je dětem, resp. rodičům dítěte, doporučeno navštívit klinického logopeda nebo jsou předány pokyny učitelce MŠ, která s dětmi realizuje terapii. Tato učitelka MŠ má bakalářské vzdělání na Univerzitě Hradec Králové v oboru Výchovná práce ve speciálních zařízeních, dále absolvovala kurz Logopedická prevence. Zmíněná logopedická asistentka aktivně spolupracuje s rodiči na upevňování a stimulaci správného vývoje řeči. Ředitelka a učitelka vykonávající logopedii má k dispozici seznam dětí s vyznačenými problematickými hláskami od logopedky z SPC. Pro školní rok 2016/2017 bylo na přelomu září a října 2016 vyšetřeno 18 dětí z celkového počtu 28 dětí, 2 děti nebyly vyšetřeny z důvodu nemoci, 7 dětí bylo vyšetřeno v loňském roce a mají odklad školní docházky, jedno dítě nebylo vyšetřeno, jelikož se v průběhu roku přestěhovalo.

Logopedická prevence v MŠ ve Smiřicích

Logopedická prevence je součástí vzdělávacího programu školy. V jednotlivých třídách se dle okruhů ŠVP učitelky s dětmi zaměřují na rozvoj řečových schopností a jazykových dovedností - receptivních (vnímání, naslouchání, porozumění) i expresivních (výslovnosti, vytváření pojmů, mluvního projevu, vyjadřování). Zaměřují na rozvoj komunikačních dovedností (verbálních i neverbálních) a kultivovaného projevu, dále na osvojení si některých poznatků a dovedností, které předcházejí čtení i psaní, rozvoj zájmu o psanou podobu jazyka i další formy sdělení verbální i neverbální (výtvarné, hudební, pohybové, dramatické). V prvním okruhu ŠVP s názvem Sluníčko a já, se u dětí zaměřují na komunikační kompetence - domlouvání se slovy i gesty, rozlišování některých symbolů a rozumění jejich významu i funkci, komunikace bez zábran a ostychu s dětmi i s dospělými, chápání toho, že být komunikativní, vstřícný, iniciativní a aktivní je výhodou.

Dále se zaměřují na dovednost využít informativní a komunikativní prostředky, se kterými se běžně setkává (knížky, encyklopedie, počítač, audiovizuální technika, telefon atp.). Všechny tyto materiály jsou dětem volně přístupné v prostorách třídy nebo na vyžádání učitelek.

Změření ŠVP je také na oblasti ovládání řeči, tak, že dítě hovoří ve vhodně formulovaných větách, samostatně vyjadřuje své myšlenky, sdělení, otázky i odpovědi, rozumí slyšenému, slovně reaguje a vede smysluplný dialog. Dítě průběžně rozšiřuje svou slovní zásobu a aktivně ji používá k dokonalejší komunikaci s okolím. Učitelky vždy aktivně vedou ke sdělení a formulaci myšlenky v celých větách, k poděkování i prosbě.

Druhým okruhem ŠVP je téma Sluníčko, já a příroda, po kterém dítě mimo výše zmíněné navíc ovládá dovednosti předcházející čtení a psaní. Učitelky tuto aktivitu realizují pomocí hry. Vždy po obědě se děti seřadí podél okna a všechny nahlas pod vedením učitelky opakují písmena abecedy, učitelka je navíc dětem ukazuje v jejich písemné podobě a na velké tabulce. Po zopakování písmen jedno z dětí vybere určité písmeno a děti musí na toto písmeno vymyslet vhodná slova, například písmeno E – elektrika, ementál, eben apod. Každý, kdo správně řekne slovo, může jít sledovat pohádku v rámci poledního odpočinku.

Třetím okruhem ŠVP je téma Sluníčko, já a svátky, který je navíc zaměřen na rozvoj zájmu o psanou podobu jazyka. Dítě se naučí vyjadřovat a sdělovat své prožitky, pocity a nálady různými prostředky (řečovými, výtvarnými, hudebními, dramatickými apod.) a chápe, že být komunikativní, vstřícné, iniciativní a aktivní je výhodou

Aktivity ve třídě jsou zaměřené také na rozvoj jemné motoriky (kreslení obrázků, pracovní listy, navlékání korálků, hra se stavebnicemi apod.), koordinaci ruky a oka, zacházení s běžnými předměty denní potřeby, hračkami, pomůckami, nástroji a materiály

Z hlediska řeči a jazyka jsou zaměřeny na výslovnost, gramatickou správnost řeči, porozumění, vyjadřování, dorozumívání. Pomocí her se děti učí ovládat dech, tempo i intonaci řeči, pojmenovat většinu toho, čím jsou obklopeny. Děti jsou učitelkami vedeny k samostatnému a smysluplnému vyjadřování myšlenky, nápadů, pocitům, a to ve vhodně zformulovaných větách, jelikož je toto předpokladem školní zralosti.

Jsou vedeny k dovednosti vést rozhovor, formulovat otázky, odpovídat, slovně reagovat, domluvit se slovy. Učí se sledovat a vyprávět příběh, pohádku. Tato aktivita probíhá nejčastěji v rámci poledního klidu, kdy se děti dívají na pohádku na DVD nebo jim učitelka pohádku čte, a poté si společně opakují a vyprávějí, co bylo v pohádce, jaké

postavy se v ní objevily, jak pohádka dopadla apod. Důležité pro školní zralost a správný vývoj nejen řeči je schopnost záměrně se soustředit a udržet pozornost, vyvinout úsilí, soustředit se na činnost a její dokončení. Cvičení paměti je nezbytnou součástí ŠVP, děti se musí naučit nazpaměť krátké texty, záměrně si zapamatovat a vybavit jejich obsah. Toto se učí většinou v podobě říkanek nebo připravených krátkých výstupech pro rodiče a veřejnost v rámci besídek a jiných školních akcí.

V interpersonální komunikaci se učí navazovat kontakty s dospělým, bez zábran komunikovat s druhým dítětem a spolupracovat s ostatními.

Logopedická terapie v MŠ ve Smiřicích

Terapii v MŠ realizuje učitelka MŠ, která se zaměřuje na logopedii, a to dle pokynů a doporučení logopeda SPC v Hradci Králové, který každému dítěti doporučí oblast, na kterou se má s dítětem zaměřit. Terapie probíhá každou středu a je realizována převážně skupinovou formou, zhruba v počtu čtyř dětí. Práce v kolektivu děti velmi baví, navzájem se povzbuzují a rády dohromady spolupracují. Ve škole je vyhrazena jedna místnost pro logopedickou práci, ta se nachází v suterénu budovy, v této místnosti jsou také uloženy všechny logopedické pomůcky, které se k terapii a prevenci využívají, pro děti je určen malý dětský stoleček, u kterého všichni dohromady sedí. Není zde logopedické zrcadlo pro vizuální podporu cvičení.

Terapie je zaměřena na gymnastiku mluvidel, celkovou motoriku mluvidel, rytmizaci, čtení textu s obrázky a smyslové vnímání. Terapie začíná vždy gymnastikou mluvidel, dechovým cvičením a provádí se průpravné cviky. Pro tyto účely se využívají klasické stimulační postupy napodobování zvuků a pohybů – kočička blíže mlíčko z mističky, vypláznutí jazyka jako čertík, našpulení úst jako kapřík, pohyb jazykem jako stěrače u auta, vycenit zuby jako tygr, nafouknout tváře jako balonek, koníček klape jazýčkem, malíř maluje strop apod. Poté následuje cvičení na rytmizaci pomocí vyťukávání písniček dřívky, děti mají za úkol uhádnou o jakou písničku se jedná. Využívají se klasické dětské písničky Pec nám spadla, Kočka leze dírou, Prší, prší jen se leje apod. V návaznosti na toto cvičení se přechází k rozdělování slov na slabiky a vyťukávání jednotlivých slabik dřívky. Jsou použita běžná slova – kočička, lampička, budík, strom, táta, maminka, Páťa, pes, les, méďa, ovečka, karafiát apod. K rytmizaci a dělení slov na slabiky se také využívá jako pomůcka domovní zvonek děti jednotlivé slabiky vyzvánějí. Zvonek je také využit při určování krátkých a dlouhých hlásek. Pokračuje se vymýšlení slov, která se rýmují,

kdy má každé dítě v návaznosti na slovo, které řeklo dítě před ním vymyslet rým – růžička – kytička – lampička, les – pes – ves – mez atd.

N gymnastiku mluvidel a rytmizaci většinou navazuje individuální terapie s některým z dětí, přičemž ostatním dětem je zapůjčen tablet s logopedickými cvičeními nebo jiné pomůcky. V praxi se pro zabavení dětí a samostatná cvičení ze všech pomůcek nejlépe osvědčil právě tablet. Nejvíce se využívá aplikace Pro výuka, která obsahuje různé tematické kartičky s obrázky, dítě má za úkol říct název obrázku který je na kartě, aplikace poté porovná vyslovené slovo se správnou výslovností slova, například obrázek *traktorem* – dítě vysloví *„tlaktol*“, ale aplikace ho poté opraví na *„traktor“*. Další využívanou aplikací je, Jdu do školy (audio pexeso a různé příběhy) a Abeceda pro děti.

Velmi často je využíváno tzv. malované čtení, kdy je text doplněn obrázky, toto cvičení je velmi využíváno v terapii chlapce pocházejícího z bilingválního prostředí, který má problém se skloňováním jmen a předložkami. Jako texty pro malované čtení jsou využívány dětské pohádky O neposlušných kůzlátkách, O červené Karkulce atd. S ostatními dětmi jsou individuálně procvičovány konkrétní hlásky, které diagnostikovala a jejichž terapii doporučila logopedka SPC.

Dalším využívaným materiálem je LOGICO Piccolo s tématy Pozorování – odhalování – vyprávění a Připraven ke startu.

Každému dítěti je veden logopedický sešit, do kterého je zaznamenáván průběh každého logopedického sezení, navíc je doplněn materiály, se kterými se při terapii pracovalo a materiály pro domácí cvičení (motorika jazyka, rtů, průpravná artikulační cvičení apod.). Ke každé problematické hlásce je vždy v sešitu přiložen obrázek správného postavení mluvidel při realizaci konkrétní hlásky.

Mimo výše zmíněné materiály je využito také cvičení uváděné v odborné literatuře, přičemž se nejčastěji využívá Prevence v mateřské škole – Bendová, Metodická příručka logopedické prevence pro účastníky kurzu, Šimonovy pracovní listy – Mlčochová, Rýmovačky naší Kačky – Havránec, Rozumíš mi? - Fialová, Hlasy a hlásky – Synek, Není stránky bez hádanky – Faltus, Učíme naše dítě mluvit – Bezděková, Pohádky pro předškoláky – Nikl, Logopedické listy pro nácvik výslovnosti – Štěpán, Pohádky a bajky k povídání – Jechová. Z dalších materiálů se využívají hudební nástroje, pexesa, barevné kartičky, dětské časopisy s obrázky, LOGICO atd.

10 Komparace logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích a informací prezentovaných v odborné literatuře

Logopedická diagnostika v MŠ ve Smiřicích probíhá dle souladu s informacemi prezentovanými v odborné literatuře (Lechta, 2003, Škodová, Jedlička a kol., 2003, Klenková, 2006, Neubauer, 2007, Mlčáková, Vitásková, 2013). Je zde realizována depistáž kvalifikovanou logopedkou SPC, která pro vyšetření řeči používá odborný hodnotící materiál. Na základě výsledků depistáže doporučí rodičům dítěte návštěvu SPC nebo klinického logopeda, který provede speciální vyšetření řeči a stanoví konkrétní diagnózu. Součástí depistáže je i doporučení postupů terapie a nástin terapeutického plánu u jednotlivých dětí, u kterých není vyžadována návštěva klinického či školního logopeda, ale i přes to je nutné upravit některé součásti komunikačních schopností.

Terapie v MŠ ve Smiřicích probíhá v souladu se zákonnými normami (viz kapitola č. 5), jenž definují pole působnosti jednotlivých odborníků. Jelikož učitelka vykonávající terapii a prevenci nemá dostatečnou odbornou kvalifikaci, nemůže poskytovat plnohodnotnou formu terapie a využívat postupy a návrhy spadající do kompetence klinického nebo školního logopeda. Pole jejích kompetencí je omezené pouze na průpravná cvičení, motoriku mluvidel, rytmizační cvičení, dechová cvičení, cvičení pro rozvoj jemné a hrubé motoriky. Učitelka MŠ využívá stimulující metody terapie.

Nejčastěji se vyskytujícím druhem NKS je dyslalie, při níž jsou dodržovány zásady terapie dyslalie prezentované v odborné literatuře (Klenková, 2006, Salomonová in Škodová, Jedlička a kol, 2003). Zásada využití sluchové kontroly je využívána při cvičeních s tabletem (aplikace Pro výuka) a využíváním různých zvuků (syčení hada, vrčení psa), další zásadou je zásada minimální akce, kdy se cvičení provádí přirozeně bez přehnaného úsilí, zásada individuálního přístupu, kdy učitelka respektuje schopnosti jednotlivých dětí, zásada názornosti je dodržována využíváním obrázkových materiálů (knížky, pracovní listy, pexeso atd.) a pomůcek pro sluchové vnímání (dřívka, zvonek, hudební nástroje).

Vzhledem ke kompetenci učitelky MŠ je dodržována pouze jedna etapa terapie dyslálie kterou vymezil Lechta (1990) – průpravná cvičení. Při nichž dochází k rozvoji motoriky mluvidel a rozvoji fonematické diferenciace. Jsou to především dechová a fonační cvičení a cvičení pro rozvoj motoriky mluvidel (rty, jazyk, čelisti, měkké patro atd.). V této části terapie však dochází k neshodě s informacemi v odborné literatuře neboť Lechta (1990) upozorňuje, že tato cvičení mají být vybírána dle konkrétní

korigované hlásky. Na tento problém zároveň upozorňuje i Neubauer (2011), který kritizuje nespecificky zacílené stimulační postupy, neboť nebyl prokázán zlepšující vliv těchto cvičení na zlepšení řečových schopností. Pokud mají průpravná artikulační cvičení pozitivně ovlivnit řečové schopnosti dětí, musí být vázána na artikulační hybnost a neobsahovat pohyby, které se v české výslovnosti nevyskytují (např. pohyby jazyka do koutků úst), dále by na tato průpravná cvičení měla ihned navazovat úprava konkrétní hlásky, na který byla cvičení zacílena. S touto skutečností se možná rozchází cíl logopedické terapie, kterým je eliminovat, zmírnit nebo minimálně překonat NKS. Ověření efektivity logopedické péče v MŠ ve Smiřicích nebylo cílem této práce, proto nelze konstatovat, zda dochází k pozitivnímu ovlivnění NKS nebo zvolené terapeutické postupy mají nízkou nebo zcela žádnou efektivitu. Tato oblast tedy může být námětem dalšího výzkumného šetření.

Jelikož pedagožka realizující logopedickou péči MŠ je pouze logopedická asistentka (nebo také logopedický preventista) není možné věnovat se úpravě artikulačních vzorů hlásek, a proto nelze kritizovat nevybavenost logopedické pracovny zrcadlem pro vizuální podporu realizace jednotlivých hlásek a jinými technickými pomůckami.

Logopedická prevence v MŠ ve Smiřicích je realizována pouze na primární úrovni, která se zaměřuje na předcházení ohrožujícím situacím, tedy předcházení rizika vzniku NKS. Logopedická prevence je realizována během denního plánu třídy, různá preventivní cvičení jsou zařazena do denního programu. Nejčastěji jsou preventivní cvičení zaměřena na rytmizaci, jemnou motorku, sluchové vnímání, paměť, slovní zásobu, dále je rozvíjena interpersonální komunikace a stimulace dítěte ke komunikaci s okolím. Všechny tyto zmíněné oblasti odpovídají informacím prezentovaných v odborné literatuře (Lipnická, 2013, Bendová, 2014 a další).

11 Zhodnocení naplnění cílů a výzkumné otázky praktické části bakalářské práce

Pro testovou část výzkumného šetření byla formulována následující hypotéza:

Existuje ve skupině dětí tvořících výzkumný vzorek minimálně 40 % (< 40) dětí ve věku nad 6,5 let s narušenou komunikační schopností?

Tato hypotéza byla formulována na základě údajů Lechty (1990), který uvádí, že do první třídy základní školy nastoupí 40 % dětí s NKS. Dalším podkladem hypotézy je fakt, že do první třídy základní školy mohou nastoupit děti od minimálního věku 6 let, ovšem ve skutečnosti většina dětí v první třídě již dosáhne věku 7 let, a proto byl stanoven průměr těchto dvou hodnot - 6,5 let.

Věk	**Narušená komunikační schopnost**	
	ANO	NE
5,5 let	0	1
6 let	8	3
6,5 a více let	8	4

Tabulka 5: Rozdělení NKS dle věku

Z Tabulky č. 5 lze jednoznačně určit, že ve věku nad 6,5 let bylo 12 dětí, z toho u 8 dětí byla potvrzena NKS, procentuálně odpovídá 8 dětí nad 6,5 let s NKS *66,66 %*. Na základě výsledků z Tabulky 4 můžeme tedy říci, že byla Hypotéza 1 zcela potvrzena.

Dále byl pro tuto část výzkumného šetření specifikován následující výzkumní cíl:

Cíl 1: *Popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých poruch komunikace u dětí předškolního věku.* Tento dílčí cíl považuji za splněný, neboť kapitola 8 obsahuje rozbor výsledků diagnostického testu, jeho jednotlivých subtestů a analýzu získaných výsledků testu. Z Tabulky 5 je patrné, že u 8 dětí nebyla diagnostikována NKS, u 2 dětí byla diagnostikován opožděný vývoj řeči a u 14 dětí byla diagnostikována dyslalie.

Diagnóza	Četnost výskytu
Intaktní řeč	8
Opožděný vývoj řeči	2
Vývojová dysfázie	0
Dyslalie	14
Balbuties	0
Elektivní mutismus	0

Tabulka 6: Četnost výskytu NKS

Cílem zbylé části výzkumného šetření byl popis logopedické intervence u předškolních dětí s NKS v MŠ ve Smiřicích. Důraz byl kladen na to, jakou formou a způsobem tato intervence probíhá. Hlavním cílem práce tedy bylo popsat systém logopedické péče o děti s NKS v MŠ ve Smiřicích.

Cíl1: *Popsat a analyzovat četnost výskytu jednotlivých poruch komunikace u dětí předškolního věku.*

Tento dílčí cíl lze považovat za splněný, neboť kapitola 8 obsahuje rozbor výsledků diagnostického testu, jeho jednotlivých subtestů a analýzu získaných výsledků testu. Z Tabulky 5 je patrné, že u 8 dětí nebyla diagnostikována NKS, u 2 dětí byla diagnostikován opožděný vývoj řeči a u 14 dětí byla diagnostikována dyslalie.

Cíl 2: *Popsat postupy sloužících k eliminaci poruch komunikace u dětí předškolního věku v MŠ ve Smiřicích.*

Druhým cílem práce bylo popsat postup logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích, tento dílčí byl splněn v kapitole 9 této práce a podpořen teoretickou částí práce, konkrétně kapitolami 4 a 5. Z provedeného kvalitativního výzkumného šetření je zřejmé, že logopedická intervence probíhá skupinovou formou buď v kolektivu celé třídy, nebo pouze s vybraným počtem dětí a příležitostně je doplněna individuální formou. Primární logopedická prevence je realizována během denního plánu třídy vždy skupinovou formou a je blíže definována ve ŠVP MŠ. Postupy sloužící k eliminaci poruch komunikace u dětí předškolního věku v MŠ ve Smiřicích jsou v rámci skupinové terapie (maximální počet 6 dětí), při kterých není brán zřetel na správnou výslovnost hlásek a jejich konkrétní úpravy, jelikož tato oblast nespadá do kompetencí logopedické asistentky. Při skupinovém logopedickém cvičení jsou uplatňována průpravná a dechová cvičení, gymnastika

mluvidel, cvičení na podporu fonematického sluchu, celkově sluchového vnímání a cvičení jemné motoriky. Logopedická terapie probíhá vždy každou středu v dopoledních hodinách. Cíl 2byl naplněn.

C3: *Provést komparaci zjištěných výsledků logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích s informacemi prezentovanými v odborné lieratuře.*

Posledním cílem výzkumného šetření byla komparace výsledků logopedické intervence v MŠ ve Smiřicích a informací prezentovaných v odborné lieratuře. Tento dílčí cíl byl splněn v kapitole 10. Výsledky komparace lze shrnout v celku pozitivně, jsou dodržovány zásady prezentované v literatuře, nejsou přesáhnuty kompetence logopedické asistentky, ovšem vhodnost průpravných cvičení je předmětem diskuze, na níž v současnosti nelze specifikovat konkrétní shodnou odpověď všech odborníků oboru logopedie.

Závěr

Stále častější výskyt narušené komunikační schopnosti v této moderní době je nepopiratelným faktem. Proto se tato oblast stává objektem vědeckého zájmu a také zájmu společnosti. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit se na nejvíce rizikovou skupinu populace – děti předškolního věku.

Bakalářská práce byla zaměřena na narušenou komunikační schopnost a možnosti eliminace poruchu řečové komunikace u dětí předškolního věku navštěvujících Mateřskou školu ve Smiřicích. Práce se skládala ze dvou částí, teoretické a praktické. První kapitola se zabývala vývojem dítěte předškolního věku, jeho charakteristikami, specifikacemi a zvláštnostmi. Obsahem druhé kapitoly byla problematika vývoje řeči, konkrétně ontogenetického vývoje a jeho jednotlivými fázemi, dále pak vlastního vývoje řeči a jeho šesti stádii. Třetí kapitola byla věnována jednotlivým jazykovým rovinám. Předmětem čtvrté kapitoly byla narušená komunikační schopnost u dětí předškolního věku, konkrétně opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, nejčastěji se vyskytující dyslalie a méně časté balbuties a elektivní mutismus. V této kapitole byla objasněna etiologie, klasifikace, diagnostika a nastíněna terapie jednotlivých odchylek a poruch komunikace. Tyto poruchy byly zvoleny na základě nejčastějšího výskytu u cílové skupiny, na kterou se tato práce zaměřovala, tedy na děti předškolního věku v běžné mateřské škole. Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce charakterizovala jednotlivé části logopedické intervence - diagnostiku, terapii a prevenci.

Praktická část práce byla věnována vyšetření komunikační schopnosti předškolních dětí navštěvujících výše zmíněnou mateřskou školu, popisu logopedické intervence probíhající v této škole pod vedením logopedické asistentky a komparaci zjištěných výsledků s informacemi v odborné literatuře. Z výsledků testové části výzkumného šetření provedených na základě diagnostického testu lze určit 66% výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí nad 6,5 let věku s nejvíce se vyskytující diagnózou dyslalie. Tento údaj potvrdil stanovenou hypotézu: *Existuje ve skupině dětí tvořících výzkumný vzorek minimálně 40 % (< 40) dětí ve věku nad 6,5 let s narušenou komunikační schopností?*

Druhým dílčím cílem bylo na základě metody pozorování a rozhovoru popsat systém logopedické péče (logopedickou intervenci) v této mateřské škole. Logopedická diagnostika probíhá pod vedením logopeda z SPC v Hradci Králové, který má také klíčový význam v nástinu terapeutického plánu pro děti u kterých je realizována terapie přímo v mateřské škole. Logopedické prevenci je věnována dostatečná pozornost při

každodenních činnostech ve třídě a je také zahrnuta ve ŠVP. Logopedická terapie probíhá nejčastěji skupinovou formou a není zaměřena na terapii výslovnosti jednotlivých hlásek nýbrž na podpůrná cvičení a rozvoj dílčích oblastí řeči, kterou představuje fonematická diferenciace, rytmizace a jemná motorika.

Závěrečnou komparací pozorovaných výsledků o průběhu logopedické intervence lze konstatovat, že probíhá v souladu s informacemi prezentovanými ve většině odborné literatury.

Vzhledem ke stále častému výskytu NKS u dětí v mateřských školách by bylo vhodné nejen v této MŠ, věnovat více pozornosti odbornému vzdělávání předškolních pedagogů v oboru logopedie. Tento fakt, podporují také tvrzení Neubauera (2011), který oceňuje snahy zapojit logopedickou péči i do MŠ, ale kvůli neodborné kvalifikaci učitelů toto zapojení nepřináší kýžený výsledek.

Za vhodné bych považovala také návštěvu kvalifikovaného logopeda zhruba v polovině školního roku, aby došlo ke kontrole postupů učitelky MŠ a popřípadě změně průběhu a zaměření terapie, jelikož u dětí předškolního věku je úroveň řečového projevu dítěte klíčovým faktorem při zápisu do prvního ročníku základní školy.

Úroveň logopedických cvičení zařazených do ŠVP MŠ je v této MŠ na dobré úrovni.

Dalším postřehem během mého testování byl fakt, že pokud je testování zábavné a děti jsou motivované, není problém udržet jejich pozornost po dobu celého testování, které trvalo zhruba 30 – 45 minut. Před začátkem testování jsem se domnívala, že děti nebudou ochotné a „nadšené“ z dalšího povinného testu, ale tato moje domněnka byla velmi rychle vyvrácena skutečností, že se děti sami dobrovolně hlásily a chtěly testování opakovat, což mne velmi mile překvapilo.

Z celkových výsledků se domnívám, že by logopedické intervenci mělo být v mateřských školách věnováno více pozornosti, aby došlo eliminaci poruch řečové komunikace, nebo aby bylo věnováno více pozornosti prevenci a případně včasné depistáži. Zlepšení v oblasti logopedické intervence je možné například prohlubováním kvalifikace pedagogů mateřských škol či zaměstnáním kvalifikovaných školských logopedů, což může být bohužel z finančního hlediska nereálnou možností řešení tohoto problému ve státních mateřských školách běžného typu.

Seznam literatury a dalších pramenů

1. BENDOVÁ, P. *Logopedická prevence v MŠ*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 99 s. ISBN 978-80-7435- 491-5.
2. BOČKOVÁ, B. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno : MU. 2011. 165 s. ISBN 978-80-210-5609-1.
3. BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012, 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.
4. ČAČKA, O. *Psychologie dítěte*. 3. dopl. vyd. Tišnov: Sursum, 1997, 156 s. ISBN 80-7323-016-X
5. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s.
6. GRIMM, H., SCHÖLER, M., MIKULAJOVÁ, M.: *Heidelberský test vývoje řeči (H-S-E-T,)* Psychodiagnostika, s.r.o., Brno, 1997.
7. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
8. JANEČKOVÁ, S. *Testové materiály využívané v logopedické intervenci*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2014. 87 s. Bakalářská práce.
9. KEJKLÍČKOVÁ, I. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016, 222 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
10. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada Publishing, 2006. 224 s. ISBN 80- 2471- 110- 9.
11. KLENKOVÁ, J. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností: Education of pupils with impaired communication ability*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008, 327 s. ISBN 978-80-7315-168-3.
12. KLENKOVÁ, J. a KOLBÁBKOVÁ, H.. *Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC nakladatelství, 2003, 125 s. ISBN 80-239-0082-X.
13. KONDÁŠ, O. *Obrázkovo-slovníková zkouška*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1978
14. KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-056-9.

15. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
16. LECHTA, V. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
17. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
18. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-7178-961-5.
19. LIPNICKÁ, M. *Logopedická prevence v mateřské škole*. Praha: Portál, 2013, 73 s. ISBN 978-80-262-0381-0.
20. MATUŠKOVÁ, K. *Diagnostika slovní zásoby u dětí předškolního věku*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2010. 62 s. Bakalářská práce
21. MLČÁKOVÁ, R. a VITÁSKOVÁ, K.. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči - vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 119 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3721-7.
22. MLČÁKOVÁ, R. a VITÁSKOVÁ, K. *Základy logopedie a organizace logopedické péče.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 135 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3722-4.
23. NEUBAUER, K. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011, 63 s. ISBN 978-80-7311-118-2.
24. NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 107 s. ISBN 978-80-7041-093-6.
25. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
26. SALOMONOVÁ, A. 2003. *Dyslalie*. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-546-6.
27. SOMMEROVÁ, E. *Hodnocení slovní zásoby dětí předškolního věku.* Přírodovědně-humanitní a pedagogická fakulta Technické univerzity v Liberci, 2015. 91 s. Diplomová práce.

28. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D, a VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
29. ŠKODOVÁ, E., MICHEK, F., MORAVCOVÁ, M.: *Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí.* Realia, Ostrava, 1995.
30. ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, J. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, 616 s., ISBN 80-7178-546-6.
31. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Průvodce dětským sv*ětem. Praha: Grada, 2008, 187 s. ISBN 978-80-247-1907-8.
32. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004, 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
34. VALENTA, M a SVOBODA, P. *Speciálněpedagogická diagnostika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 103 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3694-4.
35. VYŠTEJN, J. *Dítě a jeho řeč*. Beroun: Baroko & Fox, 1995, 62 s. ISBN 80-85642-25-5.
36. VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 174 s. Obory speciální pedagogiky. ISBN 80-04-24504-8.
37. ZAJÍČKOVÁ, V. *Analýza lexikální složky řeči u dětí předškolního věku*, Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2011. 66 s. Diplomová práce.

38. Asociace klinických logopedů České republiky. *Koktavost* [online] [cit. 24.4.2017]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz
39. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online] [cit. 25.5.2017]. Dostupné z: https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73877&nr=55~2F2011&rpp=15#local-content
40. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Podpora logopedické prevence v předškolním vzdělávání v roce 2016*. [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 25.5.2017].

Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/podpora-logopedicke-prevence-v-predskolnim-vzdelavani-v-roce-4

41. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Zákony*. [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 25.5.2017]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zákony
42. Školní vzdělávací program Mateřské školy Smiřice. 1. vydání [online]. Smiřice, 2017. 23 s. [cit. 25.5.2017].
    Dostupné z: http://www.matskola-smirice.web365.cz/files/cla-cz-141-104.pdf
43. Nová mluva. *Nová mluva.* [online] [cit. 24.4.2017]. Dostupné z: http://novamluva.cz/metoda.html

Seznam použitých zkratek

MŠ = mateřská škola

NKS = narušená komunikační schopnost

OVŘ = opožděný vývoj řeči

RVP = rámcový vzdělávací program

SPC = speciálně pedagogické centrum

ŠVP = školní vzdělávací program

Seznam tabulek a grafů

- Tabulka 1: Přehled výsledků jednotlivých subtestů
- Tabulka 2: Test tvoření vět
- Tabulka 3: Vyhodnocení subtestu č. 6 - tvoření vět
- Tabulka 4: Přehled vývoje řeči a diagnóz vyšetřovaných dětí
- Tabulka 5: Rozdělení NKS dle věku
- Tabulka 6: Četnost výskytu NKS

- Graf 1: Počet vyšetřovaných dětí podle pohlaví
- Graf 2: Věkové složení dětí ve třídě
- Graf 3: Test vyšetření sluchu
- Graf 4:Test fonematické diferenciace
- Graf 5: Test fonematické diferenciace - získané body
- Graf 6: Test porozumění řeči – počet splněných úkolů
- Graf 7: Test vyšetření řeči
- Graf 8: Test slovní zásoby - získané body
- Graf 9: Test slovní zásoby

Seznam příloh

- PŘÍLOHA A: Arch k diagnostickému tesu
- PŘÍLOHA B: Obrázkový materiál k testu fonematické diferenciace
- PŘÍLOHA C: Obrázkový materiál k testu porozumění řeči – otázka č. 1

Přílohy

PŘÍLOHA A: Arch k diagnostickému testu

JMÉNO:	VĚK:

1) Test vyšetření sluchu

Opakování vět (IS) – Heidelberský test

	ÚKOL	BODY
1.	Malá myška se chytila do pasti.	
2.	Naše auto jsme zaparkovali před domem.	
3.	V létě nikdy nepadá sníh.	
4.	To je ten malý chlapec z našeho domu.	
5.	Autobus vytlačil cyklistu na chodník.	
6.	Nábytek, který jsme si koupili, je moc pěkný.	
	Celkový počet bodů:	

2) Test fonematické diferenciace

		BODY			BODY
1.	pere - bere		13.	cedník - zedník	
2.	bota - nota		14.	kosa - koza	
3.	máma - bába		15.	luk - puk	
4.	chata - vata		16.	liška - myška	
5.	husa - pusa		17.	nitě - dítě	
6.	kolo - molo		18.	líce - líže	
7.	vůl - hůl		19.	kuše - kuře	
8.	fouká - houká		20.	rýč - míč	
9.	dým - tým		21.	pije - vyje	

10.	drak - mrak		Celkový počet bodů:	
11.	nos - kos		Úspěšnost v %:	
12.	pes - les			

3) Test porozumění řeči

	ÚKOL	ANO x NE
1.	„Vyber mi všechny obrázky na kterých je ovoce.“	
2.	„Vyber mi všechny kostičky a kolečka, která mají červenou barvu.“	
3.	„Ukaž mi, čím jíš polévku.“	

1) výběr z obrázků ovoce a zeleniny
2) barevné kostičky a kolečka ze dřeva
3) výběr ze lžíce, lžičky, nože a vidličky

4) **Test vyšetření řeči**

foneticko – fonologická rovina – výslovnost jednotlivých hlásek

TEST PRO VYŠETŘENÍ ŘEČI

Samohlásky

auto	elektrika	inkoust	okno	ucho

Souhlásky

P	panenka	pumpa	sloup	
B	bota	buben	erb	
M	motýl	komín	strom	
F	fotograf	knoflíky	lev	
V	veverka	pavouk	-	
T	tank	auto	hod	
D	dům	vodovod	medvěd	
N	nos	vana	stan	
C	cibule	opice	klec	
S	saně	husa	pes	
Z	zuby	koza	-	
Č	čáp	oči	klíč	
Š	šaty	košík	myš	
Ž	žába	lyže	-	
Dif. sykavek	slepice svíčka švestky	záclony čepice štětec	zástěra sešity lžíce	
L	lavice	kolo	hůl	
R	ryba	párek	traktor	
Ř	řetěz	dveře žebřík	talíř	
Ď	děti	hodiny	loď	
ĎŤŇ	dělo	koně	nitě	
J	jelen	voják	stroj	
K	kohout	oko	kominík	
G	guma	jogurt	-	
CH	chleba	mouchy	ořech	
H	houby	váhy	-	

Celkem chyb:

5) **Test slovní zásoby**

lexikálně-sémantická rovina – slovní zásoba

OBRÁZKOVĚ-SLOVNÍKOVÁ ZKOUŠKA

Úkol	Odpověď	Úkol	Odpověď
1. pes		16. sedí	
2. strom		17. křičí	
3. auta		18. směje se	
4. kráva		19. čte	
5. pilka		20. skáče do vody	
6. obuv		21. ukazuje	
7. lanovka		ještěrka	
8. příbor		23. mraky, obloha	
9. čáp		24. obrázková kniha	
10. ovoce		25. trpaslík	
11. květiny ve váze		26. červený kříž	
12. liška		27. skútr	
13. křeslo		28. dvojčata	
14. krocan, morák		29. zebra	
15. hvězdy na obloze		30. kára	

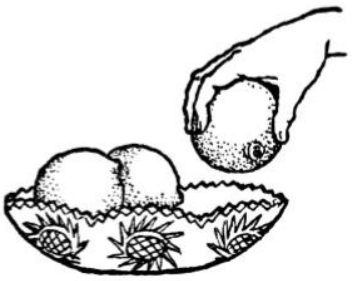
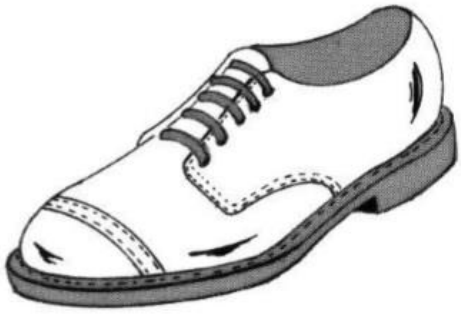
Počet chyb:

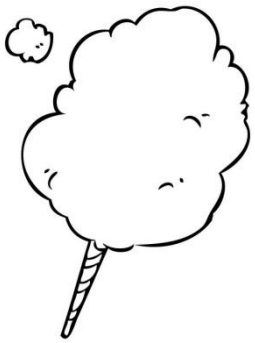
6) Test tvoření vět

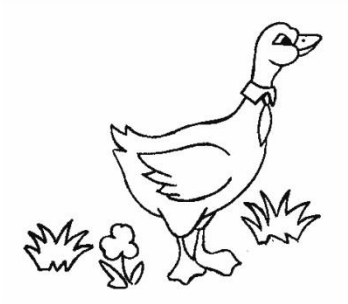
morfologicko-syntaktická rovina – Tvoření vět – Heidelberský test č. 10

	ÚKOL	BODY
1.	maminka – pracovat – zahrada	
2.	jablko – ukousnout	
3.	chlapec – spěchat – škola	
4.	dvůr – ležet – pes	
5.	radovat se – otec – dřek	
6.	křesło – lékař - sedět	
7.	cukr – sladký	
8.	plakat – smutný	
9.	písek – potit se	
10.	slunko - studený	
	Celkový počet bodů:	

PŘÍLOHA B: Obrázkový materiál k testu fonematické diferenciace

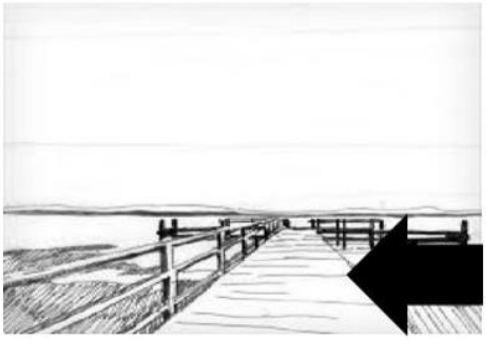
	
	

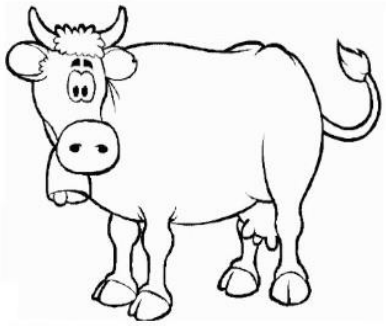
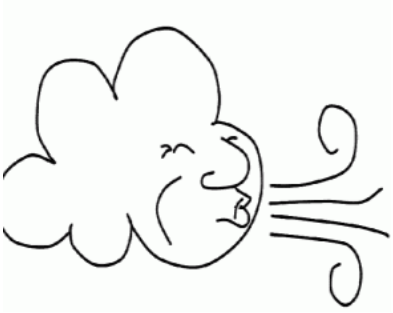
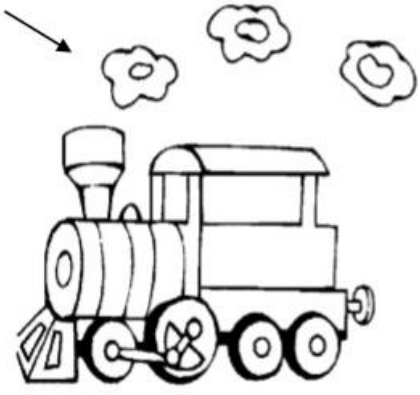
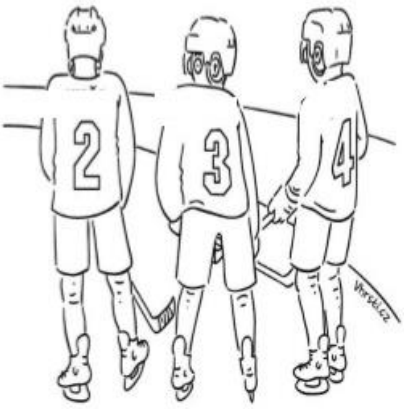


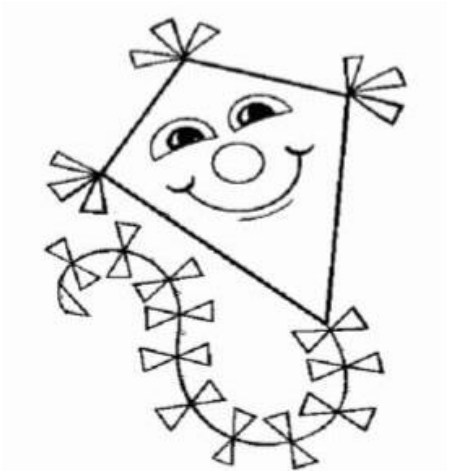
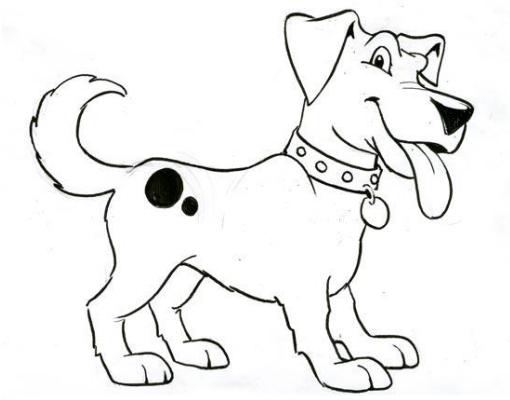
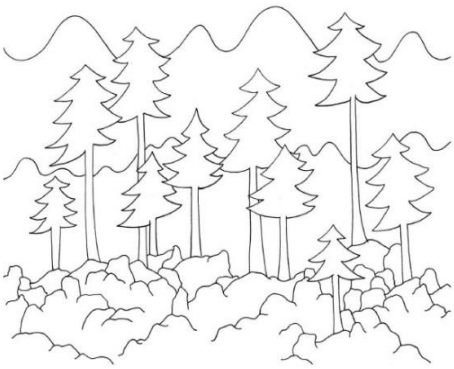


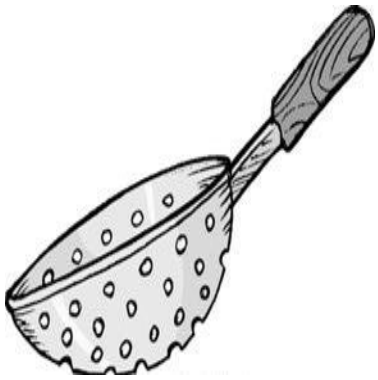
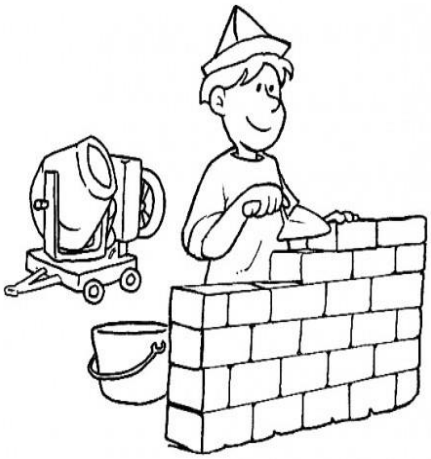
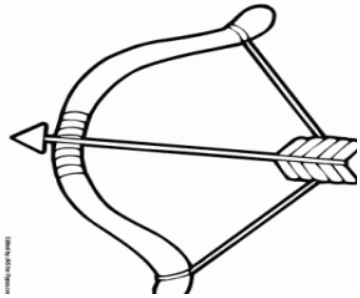
i-creative.cz

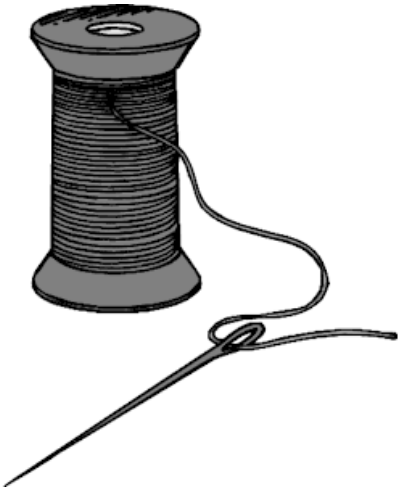
i-creative.cz

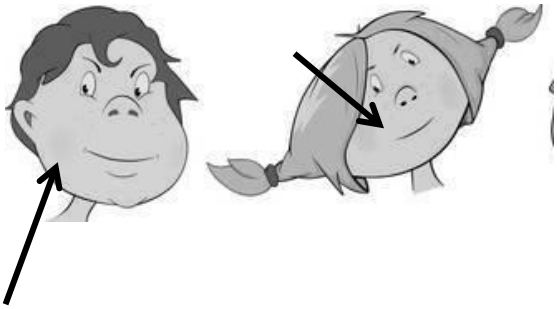


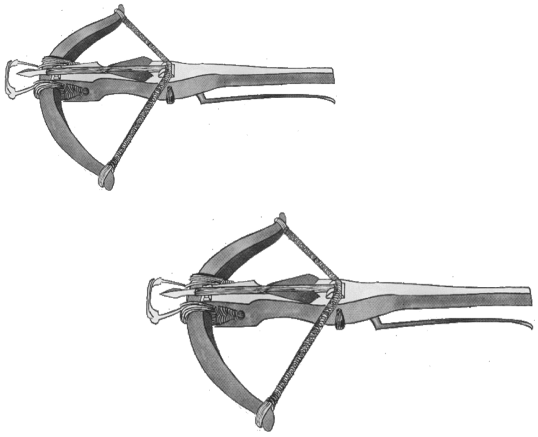
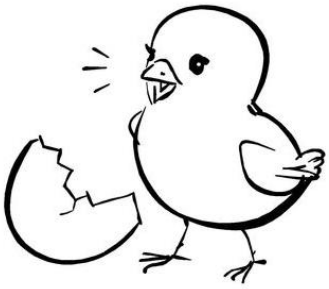
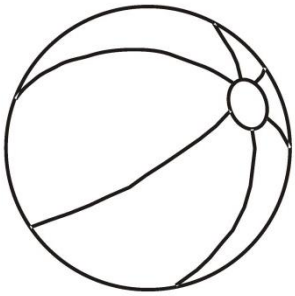
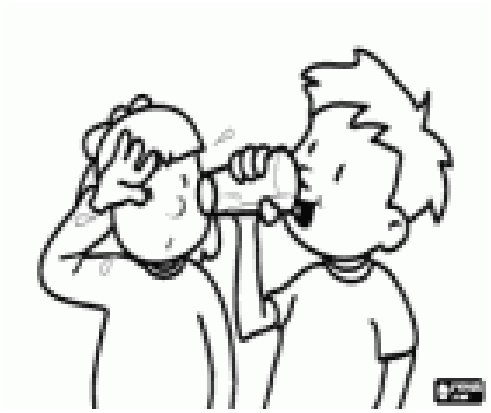
	
	
	





PŘÍLOHA C: Obrázkový materiál k testu porozumění řeči – otázka č. 1

OVOCE

JABLKO	BANÁN	JAHODA
HRUŠKA	TŘEŠEŇ	BROSKEV
ANANAS	HROZNO	ŠVESTKA
ANGREŠT	RYBÍZ	POMERANČ