

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY U OSOB S KOKTAVOSTÍ

Bakalářská práce

Autor: Vendula Hurtová

Vedoucí práce: PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Olomouc 2021

Jméno a příjmení autora: Vendula Hurtová

Název bakalářské práce: Aplikované pohybové aktivity u osob s koktavostí

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2021

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá studiem vlivu koktavosti u dětí a dospělých osob při účasti v oblasti pohybových aktivit. Vzhledem k charakteru práce vycházím z rozdělení koktavosti podle věku, na které navazují symptomy koktavosti, a vhodné a nevhodné přístupy k osobám s koktavostí. Hlavním cílem práce bylo porovnání individuálních pohybových schopností dítěte s koktavostí a dítěte bez koktavosti na prvním stupni základní školy. Pro porovnání pohybových schopností těchto dvou dětí jsem zvolila standardizovanou testovou baterii UNIFITTEST 6-60 s volbou testových úloh adekvátní věkové kategorii těchto dětí. Hlavní cíl práce se mi nepodařilo naplnit vzhledem k nečekaným zdravotním komplikacím u dítěte s koktavostí. Jako dílčí cíl jsem zvolila vytvoření dotazníku pro dospělé osoby s koktavostí a jeho následné zpracování. Otázky zjišťují zkušenosti dospělých osob, které se od dětství potýkají s koktavostí a jejich působení v oblasti pohybových aktivit a tělesné výchovy. Výsledky prezentují, že koktavost měla u dospělých osob s koktavostí vliv na zapojení se do organizované i neorganizované formy pohybové aktivity.

Klíčová slova: koktavost, pohybové aktivity, alternativní terapie koktavosti, pohybové schopnosti

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Vendula Hurtová

Title of thesis: Adapted physical activities in people with stuttering

Department: Adapted physical activities

Supervisor: PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

The year of presentation: 2021

Abstract:

The bachelor thesis deals with the influence of stuttering in children and adults on participation in physical activities. Due to the nature of the work, I proceed from the differentiate of stuttering according to age, which is followed by symptoms of stuttering and appropriate and inappropriate attitudes to people with stuttering. The main goal of the work was to compare the individual motor skills of a child with stuttering and a child without stuttering at the elementary school. To compare the motor skills, I chose a standardized test battery UNIFITTEST 6-60 with a test tasks adequate for the age category of these children. I did not realize the main goal of the work due to unexpected health complications in a child with stuttering. As a next goal, I chose to create a questionnaire for adults with stuttering and its next evaluation. The questions detect the experiences of adults who have been stutter since childhood and their participation and interest in the physical activities and physical education. The results present that stuttering in adults with stuttering had an effect on participation in organized and unorganized form of physical activity.

Keywords: stuttering, physical activities, alternative therapies in stuttering, motor skills

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Renaty Mlčákové, Ph.D. a konzultantky Mgr. Lucie Ješinové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 20.6.2021

Poděkování

Děkuji PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. a konzultantce Mgr. Lucii Ješinové za pomoc a cenné rady, které mi poskytly při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

1	ÚVOD.....	8
2	PŘEHLED POZNATKŮ.....	10
2.1	Definice a výskyt kóktavosti	10
2.2	Etiologie kóktavosti.....	11
2.3	Symptomatologie kóktavosti	12
2.3.1	Dysfluence při produkci řeči	13
2.3.2	Nadměrná námaha.....	14
2.3.3	Psychická tenze	15
2.4	Klasifikace kóktavosti	16
2.4.1	Incipientní kóktavost	16
2.4.2	Fixovaná kóktavost	17
2.4.3	Chronická kóktavost.....	18
2.5	Přístupy k osobám s kóktavostí	19
2.5.1	Vhodné přístupy k osobám s kóktavostí podle věku.....	20
2.5.2	Nevhodné přístupy k osobám s kóktavostí.....	24
2.6	Přístrojové a technické pomůcky pro jedince s kóktavostí.....	25
2.6.1	Opožděná sluchová zpětná vazba.....	25
2.6.2	Rytmická nebo metronomově časovaná řeč.....	26
2.6.3	Maskující šum	26
2.7	Význam aplikovaných pohybových aktivit	26
2.8	Využití pohybových aktivit v oblasti intervence pro osoby s kóktavostí.....	27
2.9	Vybrané pohybové aktivity pro děti mladšího školního věku s kóktavostí.....	28
3	CÍLE.....	31
3.1	Hlavní cíl	31
3.2	Dílčí cíle	31

4	METODIKA	32
4.1	Metody a techniky zpracování dat u porovnávání dítěte s kocktavostí z logopedické základní školy a dítěte bez kocktavostí z běžné základní školy	32
4.2	Testová baterie UNIFITTEST 6-60.....	33
4.3	Metodika testování u dítěte s kocktavostí logopedické školy a dítěte bez kocktavostí běžné základní školy.....	34
4.4	Metodika sběru dat z dotazníků u dospělých osob s kocktavostí.....	36
5	Výsledky a diskuse	37
5.1	Výsledky porovnání dítěte s kocktavostí z logopedické školy a dítěte bez kocktavostí běžné základní školy.....	37
5.2	Výsledky sběru dat z dotazníku dospělých osob s kocktavostí.....	37
5.2.1	Odpověď na otázku č. 1	38
5.2.2	Odpověď na otázku č. 2	39
5.2.3	Odpověď na otázku č. 3	40
5.2.4	Odpověď na otázku č. 4	41
5.2.5	Odpověď na otázku č. 5	42
5.2.6	Odpověď na otázku č. 6	43
5.2.7	Odpověď na otázku č. 7	44
5.2.8	Odpověď na otázku č. 8	45
5.2.9	Odpověď na otázku č. 9	46
5.3	Diskuse k výsledkům ze sběru dat z dotazníků dospělých osob s kocktavostí	47
6	ZÁVĚR	49
7	SOUHRN	50
8	SUMMARY	51
9	REFERENČNÍ SEZNAM	52
10	PŘÍLOHY	54

1 ÚVOD

Pohybové aktivity mají své nezastupitelné místo v kulturách po celém světě od nepaměti. Setkáváme se s nimi ve všech fázích lidského života, ve všech kulturách od starověku po současnost, ve všech věkových kategoriích nezávisle na enviromentálních a sociálních podmínkách. Abychom mohli vykonávat pohybovou aktivitu, nemusíme disponovat finančními prostředky, nadstandardním zázemím nebo sociálními jistotami. Pojetí pohybu a jeho samotná úroveň ve starověkých kulturách a v dnešní civilizaci je poměrně významně odlišné, podobně jako vnímání osob s jinakostí. V současné době, která cílí na integraci osob se specifickými potřebami do běžného života a na akceptaci těchto osob intaktní populací, jsou pohybové aktivity chápány z vícero úhlů pohledu. Dříve se zdálo nemyslitelné, aby se osoba s amputací nebo osoba s mentálním postižením zúčastnila vlastních paralympijských her, s vlastní klasifikací a specificky nastavenými pravidly za podpory asistentů a kompenzačních pomůcek, jak je tomu dnes. Z hlediska současné terminologie byl název jinakost nebo postižení nahrazen termínem specifické potřeby, hovoříme o osobách se specifickými potřebami. Pohybové aktivity jsou rozděleny vzhledem k jejich charakteru na výkonnostní a vytrvalostní sporty a rekreaci. Neopomínejme však ani význam školní tělesné výchovy a rehabilitace.

Aplikované pohybové aktivity jsou poměrně novým studijním programem v oblasti podpory osob se specifickými potřebami. Jejich cílem je zprostředkování vhodných podmínek pro prožití plnohodnotného života osob se specifickými potřebami v rámci současné legislativy. V oblasti aplikovaných pohybových aktivit se nic nejeví jako nemožné, vždy lze nalézt řešení v podobě modifikace. Osoby vzdělávající se a působící v tomto oboru poskytují osobám se specifickými potřebami velkou míru podpory a motivace a pomáhají jim k dosažení plnohodnotného a samostatného způsobu života. Nejinak je tomu u osob s narušenou komunikační schopností, která v rámci programu aplikovaných pohybových aktivit nemá tak pevné místo, jako jiné druhy postižení. Záměrem není zpochybnit důležitost jiných typů poruch před těmi komunikačními.

Uvedených cílů je bezesporu dosahováno prostřednictvím pohybu a jeho zdravotního přínosu. Organizovaná i neorganizovaná pohybová aktivita vede k budování zdravého sebevědomí, pozitivních postojů k jinakosti a k sobě samému, ke snížení míry frustrace z jinakosti a k upevňování kvalitních sociálních vztahů. Podstatné je, aby se osoba s jinakostí necítila být diskriminována v žádné životní etapě. Problematiku diskriminace je nezbytné

zvládnout v raném vývojovém stadiu dítěte vzhledem k budování jeho postojů. Zvláště důležité je to u osob s koktavostí, které jsou i nyní neustále vystavovány různým vtipům o koktavosti i přesto, že koktavost představuje vážný problém v uspokojení základní komunikační potřeby. I v případě, že osoba s koktavostí zvládne vykomunikovat situaci, neubrání se pocitu méněcennosti, studu a frustrace z neschopnosti zvládnout, pro ostatní tak banální skutečnost, vlastní řeč. Z pocitu strachu a negativních zkušeností z komunikace dochází k odpojení se od sociálního života a k potlačení vlastní přirozenosti a potřeby komunikovat. Následky mohou být nedozírné a není tak výjimkou vznik duševních poruch, které mohou vyústit v myšlenky na sebevraždu. Pravidelná pohybová aktivita může eliminovat následky a symptomy koktavosti a umožnit plnou sociální integraci osoby s koktavostí s cílem dosažení kvalitního a plnohodnotného života.

Ačkoliv současná odborná literatura nedisponuje množstvím prací na téma pohybových aktivit a koktavosti, rozhodla jsem se toto téma, vzhledem k vlastní dlouholeté zkušenosti s koktavostí, otevřít. V práci soustřeďuji pozornost na rané stadium koktavosti, kdy máme největší šanci symptomy koktavosti eliminovat nebo dítěti pomoci nalézt cestu ke zdravé akceptaci koktání. Může se stát, že dítě koktat nepřestane, ale již nebude ohroženo negativním postojem ke své vlastní řeči a k sobě samému. V případně dospělých osob s chronickou koktavostí mohou pohybové aktivity pomoci k redukci negativních postojů vůči sobě samému a pocitu strachu, obavy nebo úzkosti. Do určité míry mohou usnadnit začlenění mezi intaktní skupinu osob, podpořit dobrou náladu a motivaci a zesílit pocit úspěchu z překonání komunikační bariéry.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

V následujících kapitolách se budu věnovat základním poznatkům o koktavosti, rozdělení koktavosti podle věku, symptomatologii a vhodných a nevhodných přístupech k osobám s koktavostí podle věku. Zmíním přístrojové a technické pomůcky, které mohou být využívány v logopedické intervenci. Dále vysvětlím význam pohybových aktivit a jejich nezastupitelné místo u osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Pokusím se popsat možné vlivy koktavosti při působení v pohybových aktivitách u dětí a dospělých osob s koktavostí a možnost využití potenciálu pohybových aktivit ke zmírnění symptomů koktavosti.

2.1 Definice a výskyt koktavosti

Aristoteles ve 4. století před n.l. popisuje koktavost jako: „*Neschopnost rychle spojovat jednu slabiku s druhou.*“ (Braun & Macha-kau in Lechta, 2004).

Podle Seemana byla koktavost považována za neurózu řeči se vznikem většinou v dětském věku (in Mlčáková & Vitásková, 2013). Podobně jako Seeman charakterizoval koktavost Sovák. Tedy jako neurózu řeči, která však může mít funkční nebo orgánovou příčinu, případně obě příčiny mohou působit současně (Sovák, 1984). Další Sovákova definice hovoří o koktavosti jako duševním úrazu, který přímo či nepřímo postihuje komunikaci. Nazývá ji též koktavostí neurotickou (Sovák, 1984).

Velký lékařský slovník (2004) definuje koktavost slovy: „*Funkční porucha řeči, na niž se podílejí dědičné a psychické vlivy. Někdy je spojena i s jinými neurotickými příznaky a může se zhoršovat v napjatých situacích. Při léčbě je proto důležitá kromě odborné péče (logopedie, foniatrie a rovněž psychoterapie) i spolupráce rodiny (u dětí).*“

Lechtou je koktavost (2004) označována jako „*jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti*“. Syndrom koktavosti označuje za „*multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti*“. Jeho definice odráží přesný popis a komplikovanou problematiku tzv. „*pravé koktavosti*“, kterou je nutné oddělit od ostatních druhů dysfluencí. Onou komplikovaností rozumíme několik faktorů, které se vzájemně

ovlivňují, prolínají a spoluvytvářejí individualitu koktavosti, která se u každé osoby projevuje specifickými způsoby v závislosti na vývojovém stadiu (incipientní, fixovaná a chronická) koktavosti. Rozhodujícími faktory jsou míra a závažnost dysfluencí, nadměrného fyzického úsilí a psychického vypětí. Proměnlivost a složitost těchto činitelů je však podmíněna náročností komunikační situace, aktuálním psychickým a fyzickým stavem jedince, osobností a temperamentem a dalšími environmentálními a sociálními vlivy. Pomyslně tyto faktory nestojí nezávisle na sobě v určitém pořadí vedle sebe, ale působí současně a podporují tak dynamický vývoj.

Koktavost se vyskytuje u 1-2 % dětí ve věku nižším než 10 let. Zasahuje všechny věkové skupiny bez ohledu na etnický původ a ekonomické podmínky. Podle výzkumů se potýká s koktavostí méně než 1 % celosvětové populace. V dospělosti bývají koktavostí častěji zasaženi muži, kteří tvoří až 80 %. V dětském věku je zastoupení děvčat a chlapců s koktavostí vyvážené (Lechta, 2004). Známy osobnostmi, které koktali jsou například Isaac Newton, Winston Churchill, Marilyn Monroe nebo Charles Darwin.

2.2 Etiologie koktavosti

Základní rozdělení koktavosti je soustředěno na dobu vzniku. Podle doby vzniku dělíme koktavost na vrozenou nebo získanou. U získané koktavosti je příčinou poranění centrální nervové soustavy, mrtvice nebo poškození mozku v důsledku úrazu. Sekundární projevy nejsou fixovány, a tudíž nejsou tak snadno rozpoznatelné. Získané koktání má nástup v dětském věku (Prasse & Kikano, 2008).

Studie uvádí, že až u 80 % dětí předškolního věku v rozmezí tří až šesti let se projeví známky koktavosti v důsledku vývoje řeči, odborně nazývané jako vývojová dysfluence (Shenker & Santayana, 2018). Ta bývá způsobena rychlým nárůstem slovní zásoby a začátkem používání složitější větné skladby ve věku tří až čtyř let. Dochází tedy ke zkratkám a zkrácení mluvních projevů (Mlčáková & Vitásková, 2013). Počátečními verbálními signály u dětí s vývojovými dysfluencemi jsou opakování slov a počátečních slabik, prodlužování slabik slova a časté pauzy. U necelých 2 % dětí se koktavost stane chronickým problémem a přetrvává do dospělosti (Prasse & Kikano, 2008). Ve většině případů však spontánně odezní během několika dalších měsíců. Rozhodujícími činiteli jsou v tomto případě genetické faktory a motorické, jazykové a emocionální aspekty dítěte (Smith & Weber, 2017). Pokud se koktavost rozvine v chronickou poruchu hovoří studie o několika možných okolnostech vzniku koktavosti. Jsou jimi genetické predispozice, pohlaví, nepříjemné sociální

situace nebo negativní zkušenosti spojované s komunikací. Spolu s genetickou predispozicí hovoříme o enviromentálních a sociálních faktorech (Felsenfeld *et al.*, 2000).

O vlivu genetické podmíněnosti je dodnes diskutováno. Výsledky australské studie prezentují až 70% pravděpodobnost genetického základu u problematiky koktavosti. Ovšem autoři studie dodávají, že klíčovou roli zde zastávají sociální a enviromentální podmínky (Felsenfeld *et al.*, 2000). Podobný závěr prezentuje studie ze 70 let, která vykazuje, že o genetické predispozici můžeme hovořit pouze ve spojitosti s dalšími tzv. enviromentálními variacemi (Kidd, 1977). Důvodem pro geneticky podmíněné řečové dysfluency by mohla být nerovnováha mezi aktivitou mozkových oblastí souvisejících s motorickým centrem pro řeč a jejich vzájemnou nedokonalou spoluprací. Tato teorie zatím nebyla dostatečně prostudována a objasněna (Busan, 2020).

Obecně bychom mohli příčiny koktavosti rozčlenit do kategorií podle orgánového, psychického nebo sociálního základu. V minulosti nejčastěji diskutovatelné byly orgánové příčiny jako jsou dědičnost, nedostatečná koordinace mozkových hemisfér, poškození centrální nervové soustavy nebo jemné odchylky v biochemii lidského těla. Významným činitelem pro vznik koktavosti se mohou jevit psychické procesy. U citlivějších osob může být spouštěčem zážitkové trauma, avšak tato informace byla shledána jako méně pravděpodobná. Vliv psychogenních faktorů na koktavost zesiluje až ve fázi její fixace. Podobně jako psychické předpoklady, tak i sociální působení se uplatňuje především při fixaci. Mohou to být například negativní reakce okolí, posmívání ze strany starších dětí a vrstevníků, upozorňování rodiči nebo pedagogy na neplynulost, označení dítěte jako koktavé, opravování slov, perfekcionismus ve výchově a tak podobně (Mlčáková & Vitásková, 2013).

2.3 Symptomatologie koktavosti

Koktavost se u každého jedince projevuje individuálně a její symptomy zasahují osobnost jedince, jeho působení v sociální oblasti a myšlenkové procesy při realizaci komunikačního záměru. Neexistují dvě osoby, které by koktaly stejně. Osoba s chronickou koktavostí ovládá vlastní kompenzační mechanismy, které mají zlepšit nebo případně skrýt neplynulost produkované řeči, zmírnit psychickou tenzi a nadměrnou námahu. Tyto mechanismy narušují spontánní promluvu a pro řečníka jsou velmi vyčerpávající. Jedná se o úsilí k vytvoření co nejkratších vět, nahrazování problémových slov synonymem, změně pořadí slov ve větách a obtížemi s navázáním komunikace a jejím udržením. V těžších situacích se objevuje záměrné

vyhýbání se komunikačním situacím. (Lechta, 2004). Pozornost tedy nelze upírat jen na neplynulost řečového projevu, která je na první pohled rozpoznatelná. U osob s koktavostí (dospělých i dětí) se vyskytuje vysoký stupeň neurotizace v závislosti na variabilitě a dynamice všech symptomů. U osob s koktavostí se střídají období mírnějších a těžších příznaků. Nikdy však není možné odhadnout začátek a ukončení daného období (Peutelschmiedová, 1996). Vzorek dospělých lidí s koktavostí z americké studie popisuje okamžik koktání jako pocit očekávání neplynulosti, uvíznutí a ztráty kontroly nad svým projevem. Reakcí mohou být často právě kompenzační mechanismy se změnou v behaviorálním a kognitivním chování (Tichenor & Yaruss, 2019). Lechta (2011) uvádí mezi nejcharakterističtější příznaky koktavosti nedobrovolné a nekontrolovatelné narušení plynulosti řečového projevu. V důsledku neustálé sebekontroly a soustředěnosti na plynulý projev se ztrácí samotný obsah sdělení. Jinými slovy pro osobu s koktavostí je důležitější minimalizace řečových bloků, než smysl a význam informace (Lechta, 2004). V závislosti na zjednodušení řečového projevu jsou osoby s koktavostí vnímány jako méně chytré a inteligentní oproti ostatní populaci (Prasse & Kikano, 2008).

Dysfluence však nejsou hlavním indikátorem koktavosti. Peutelschmiedová (1996) rozděluje příznaky obecněji, a to na somatické a psychické. Avšak v této práci rozdělím symptomy do tří základních kategorií, kterými jsou dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze.

2.3.1 Dysfluence při produkci řeči

Dysfluence samy o sobě nemusejí být prvním příznakem koktavosti. V odborné literatuře se rozdělují na dvě kategorie: fyziologické a nefyziologické. Za fyziologickou dysfluenci považujeme například vývojovou dysfluenci neboli incipientní koktavost, která se vyskytuje u dětí mezi třetím a čtvrtým rokem věku v důsledku vývoje řeči. Ve většině případů vývojová dysfluence samovolně vymizí. Výzkumy uvádí, že působením endogenních a exogenních faktorů může dojít v tomto věku ke vzniku koktavosti (Mlčáková & Vitásková, 2013). Důvodem vzniku vývojové dysfluence jsou rychlé změny v neurobehaviorálním vývoji, které jsou také zodpovědné za spontánní zotavení. Podle Bloodsteina (2001) je jedním z faktorů podmiňujících fixaci koktavosti u starších dětí „*naučená reakce na frustraci z počátků koktání*“. Lechta (2004) popisuje příčiny fyziologické dysfluence jako pauzy mezi slovy, kdy komunikátor hledá nejuvýstižnější výraz. Přestávky mezi dvěma větami anebo pauzy, které

značí zapomenutí slova. Nebo například dysfluence jako důsledek trémy, extrémní únavy nebo rušivých vlivů z okolí.

Nefyziologické dysfluence se kategorizují na psychogenní, neurogenní a breptavost. Psychogenní dysfluence se objevuje zejména jako následek závažnějších psychických onemocnění. Neurogenní dysfluence vzniká na orgánovém podkladě při narušení nebo poškození neurologické léze. Breptavost je způsobena příliš rychlým tempem řeči (Mlčáková & Vitásková, 2013).

Při verbální komunikaci jsou nejčastějšími projevy koktavosti u všech jedinců s koktavostí repetice, prolongace, interjekce (opakování slabik, prodlužování slov, přidávání slov), dlouhé tiché pauzy, pomlky uprostřed vět. Nepllynulost se nejčastěji objevuje na začátku věty, zejména pak na prvních třech slovech (Mlčáková & Vitásková, 2013). Projevy jsou doprovázeny nadměrným soustředěním na výběr lépe reprodukovatelných slov, vkládáním pomocných slabik, spojek nebo celých slovních spojení, a to s cílem vyhnout se jak zátěžové situaci, tak problémovým slovům (Peutelschmiedová, 1996). Nepllynulost mohou ovlivnit i situační podmínky, kterými jsou počet účastníků při komunikaci, neznámá osoba, nepříjemné a hlučné prostředí nebo vnímání vlastní nepllynulosti (Mlčáková & Vitásková, 2013).

2.3.2 Nadměrná námaha

S nadměrnou námahou je spojeno tzv. únikové chování, kdy se osoba s koktavostí snaží, co možná nejrychleji, uniknout z náročné komunikační situace. V závislosti na četnosti výskytu dysfluencí je nucena vyvinout nadměrné úsilí k překonání artikulačního bloku při běžné promluvě. U těžké fáze koktavosti nedochází k produkci řeči, ale ke specifické tiché pauze a koverbálnímu chování (Mlčáková & Vitásková, 2013). Viditelné projevy nadměrné námahy jsou popisovány jako tiky v obličeji, očích a rtech, svalové napětí v oblasti tváře, krku a končetin, houpání celého těla, poklepávání nohou, vyhýbání se zrakovému kontaktu nebo změna v hlasitosti a tempu řeči (Prasse & Kikano, 2008). Mezi vegetativní příznaky patří pocení, zčervenání nebo roztřesení těla. Se změnou hlasitosti, melodie nebo tempa řeči si osoba vytváří u komunikačních partnerů osobnost, kterou ve skutečnosti nemusí být. Ke snížení nepllynulosti a psychické tenze může pomoci velmi hlasitá mluva, důraz na začátek slov ve větách, umělé návaly emocí nebo převzetí jiné role. Není jistě novinkou, že koktavost se při divadelních představeních snížila na minimum v důsledku vymanění se z role koktajícího (Peutelschmiedová, 1996).

2.3.3 Psychická tenze

Psychická tenze je reakcí na dysfluence, které doprovází strach a frustrace z komunikace, nepříjemné pocity nebo negativní zkušenosti z předchozích komunikačních situací. U dospělých s chronickou koktavostí se symptomy psychické tenze projevují tendencemi ke snižování srdeční frekvence při působení stresových situací (negativní zkušenosti s mluvením, artikulační blok). Se sníženou srdeční frekvencí se setkáváme například u savců, kteří se cítí v ohrožení. Dochází k efektu zmrazení, podobně jako u osob s koktavostí, v důsledku vystavení stresoru (Alm, 2004). Stres, úzkost a deprese nejsou jedinými negativními důsledky koktavosti. Ze studie z Jordánska vyplývá, že nejčastější negativní pocity při koktání u dospělých jsou naštvanost, hanba, stud, zklamání, pesimismus, smutek nebo osamělost (Alqhazo *et al.*, 2017). Stres je intenzivnější zpravidla v náročných komunikačních situacích, ve kterých musí osoba s koktavostí rychle reagovat, má nedostatek času na sdělení, nachází se v rušném prostředí, komunikuje s neznámou osobou nebo autoritou. Řečník má jasnou představu o úspěšné a plynulé komunikaci, o správném tempu řeči, rychlosti sdělení informace. Těmito představami sám na sebe vyvíjí neustálý tlak a vytváří si pocit vlastní neschopnosti dosáhnout „dokonalého“ mluveného projevu (Lechta, 2004). Stresorem může být i nepříjemná životní situace nebo fyzická a psychická únava. Ve většině případů těžké koktavosti dochází k upřednostňování výhradně písemné komunikace (Mlčáková & Vitásková, 2013). Současná moderní doba upřednostňující digitalizaci a elektronickou komunikaci není optimální pro osoby s koktavostí. Preference výše zmíněného písemného projevu může mít za následek logofobii a vyhýbání se sociálním kontaktům (Lechta, 2004). U osob s koktavostí byla odhalena zvýšená pravděpodobnost vzniku úzkostných poruch, sociální fobie nebo panické poruchy (Iverach *et al.*, 2009).

U dětí s koktavostí předškolního věku byly zaznamenány projevy agresivního chování, které bylo eliminováno prostřednictvím vhodně zvolených pohybových aktivit (Wakaba, 1983). Musíme si uvědomit, že tyto symptomy významně ovlivňují život dospělé osoby a neumožňují jí tak prožít plnohodnotný život. Koktavost vyvolává u dospělých osob úzkostné poruchy spojené se ztrátou sebevědomí (Ginsberg, 2000). Dále vyvolává deprese, přispívá k vyhýbání se komunikaci, ovlivňuje mezilidské a partnerské vztahy a významně zasahuje do pracovního prostředí jedince (Connery *et al.*, 2020). Snížení psychické tenze přispívá k plynulosti řeči.

2.4 Klasifikace koktavosti

Koktavost bývá v odborné literatuře členěna podle několika hledisek. Lze ji klasifikovat podle doby vzniku, stupně závažnosti nebo řečových symptomů (Mlčáková & Vitásková, 2013). V této práci se budeme zabývat členěním koktavosti podle doby vzniku vzhledem k cílové skupině dětí předškolního a mladšího školního věku. Předtím, než se budeme věnovat konkrétním kategoriím koktavosti a jejich popisu, je potřeba zmínit současné rozdělení dysfluencí. Umožní nám to lépe pochopit komplexnost a složitost tématu a uvědomit si, že neplynulost řeči je zastoupena u každé osoby. Světová zdravotnická organizace klasifikuje koktavost podle MKN-10 revize pod kódem F98 jako Poruchy chování a emocí a dále je specifikuje jako Jiné poruchy chování a emocí se začátkem v dětství nebo dospělosti pod kódem F98.5.

Z hlediska doby vzniku a míry závažnosti rozlišujeme koktavost incipientní, fixovanou a chronickou. Každá skupina vyžaduje specificky a individuálně nastavenou intervenci. Hlavními charakteristickými znaky pro všechny tři stupně koktavosti jsou dysfluence, opakování slov, řečové artikulační bloky, dlouhé pauzy mezi slovy a doprovodné sekundární jevy. Za dysfluence v tomto kontextu nepovažujeme běžné tzv. fyziologické dysfluence (Lechta, 2004). Sekundární projevy osoba s koktavostí není schopna do určité míry ovládnout. Mají za cíl usnadnit mluvený projev a minimalizovat řečové bloky. V krajní situaci mohou pomoci co nejrychleji uniknout z nepříjemné situace, která vyvolává nadměrnou psychickou zátěž. Mezi nejčastější viditelné sekundární projevy patří tiky očí, tenze čelisti, rtů nebo krku, kývání do strany, podupávání nohou. Mezi skryté kognitivní projevy například záměna obtížného slova jeho synonymem, vkládání doplňkových slov nebo samohlásek a změna pořadí slov ve větě (Mlčáková & Vitásková, 2013). Sekundární chování se nejčastěji fixuje u starších dětí a dospělých s chronickou koktavostí a může být příčinou odmítání komunikace (Prasse & Kikano, 2008). Bloodstein (in Lechta, 2004) poukazuje i na změnu melodie řeči, výšku hlasu nebo změnu artikulace. Svá specifika představují i jednotlivé stupně závažnosti koktavosti v závislosti na vývoji dítěte.

2.4.1 Incipientní koktavost

Incipientní koktavost vzniká mezi pátým a sedmým rokem věku dítěte. Nejčastěji se tedy vyskytuje v předškolním věku, kdy dítě velmi citlivě reaguje na situace a změny přicházející s

interakcemi s okolím (Lechta, 2004). Dalším významným milníkem pro vznik koktavosti je nástup do první třídy základní školy, tedy zhruba kolem šestého roku věku. Toto stádium je klíčové pro podchycení koktavosti v jejím začátku a poskytuje největší šanci eliminovat řečové obtíže, ačkoliv prognózu není nikdy možné s jistotou odhadnout. Při správně nastavené logopedické intervenci a ve spolupráci s rodiči je dítě schopno naučit se mluvit plynule. V takovém případě bychom se nikdy neměli spokojit s radou odborníka, že z toho dítě jednou vyrostne. U dítěte v této fázi se setkáváme s častými dysfluencemi doprovázenými nadměrnou námahou. Psychická tenze nemusí být ještě dostatečně přítomna (Mlčáková & Vitásková, 2013). Jedním z hlavních cílů terapie u incipientní koktavosti je prevence vzniku psychické tenze (Lechta, 2004). Jestliže se u dítěte projevují stále častější dysfluence během prvního roku školní docházky, je v zájmu pedagoga i dítěte informovat o situaci rodiče nebo školním logopeda. Stejně tak je vhodné připravit přátelskou atmosféru ve třídě a dítě neupozorňovat a nenapomínat před spolužáky za neplýnulost (Peutelschmiedová, 1996). Dítě nikdy nenazýváme jako koktavé, neboť se s takovou informací může ztotožnit a řeč by se mohla začít zhoršovat (Sovák, 1984). U incipientní koktavosti spatřujeme hlavní rozdíl v neuvědomování si řečového handicapu. Dítě si uvědomuje svůj neplýnulý komunikační projev doprovázený řečovými obtížemi a může jím být v tomto okamžiku i frustrováno, ale nepřikládá mu širší osobnostní význam (Lechta, 2004).

2.4.2 Fixovaná koktavost

Pokud koktavost přetrvává z předškolního věku do dalšího období vývoje dítěte, hovoříme o fixované koktavosti. Je typická pro sedmý až třináctý rok dítěte se sklonem zhoršovat se s rychlými hormonálními změnami (Mlčáková & Vitásková, 2013). Symptomatika je velice proměnlivá a dítě začíná pociťovat psychickou tenzi jako následek neplýnulosti řeči. Postupně se prolínají a utužují všechny tři skupiny symptomů, kterými jsou dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze. S nástupem do základní školy je žák vyzýván k rychlým reakcím na otázky učitele, ke čtení, výuce cizího jazyka apod. I přesto, že má dítě potřebu interakce s okolím, často ji nedokáže uspokojit. Pro tuto fázi je typické ztotožnění se s faktem, že nejsem dostatečně silným komunikačním partnerem. U dítěte se začíná objevovat sociální frustrace, introverze, obavy z komunikace se spolužáky a učiteli a upozadění vlastních kvalit. Již předem dokáže odhadnout, kdy nastane dysfluence. Hlavní role se ujímá strach z koktání vyvolaný opakovaným selháním v komunikaci. Dítě si hledá vlastní kompenzační

mechanismy a začíná si je fixovat. Atmosféra třídního kolektivu je klíčová pro další vývoj koktavosti a osobnosti žáka s koktavostí. Pokud je prostřední nevlídné a odmítající, může dojít k neúnosnému napětí v podobě boje s koktavostí se sebou samým (Panico *et al.*, 2015). Studie z roku 2015 poukazuje na negativní vnímání koktavosti z řad žáků základní školy v závislosti na rostoucí intenzitě koktání. Také uvedli, že koktavost v jejich případě není důvodem k odmítání přátelství s osobou s koktavostí (Panico *et al.*, 2015). Výsledky jiné studie z roku 2020 dokazují, že děti s koktavostí se u svých vrstevníků setkávají s menší oblibou a častějším odmítáním.

Ve vztahu učitel-žák prezentují výsledky potíže učitele navázat bližší vztah s neuznávaným žákem (Berchiatti *et al.*, 2020). Výzkumy nám odhalují vysokou citlivost tohoto problému. Pokud osoba začne svou koktavost odmítat a stavět se proti ní, tlak narůstá a koktavost má tendence se zhoršovat. Pedagogové by měli být informováni o této problematice, odhadnout situaci ve třídě a podpořit vlídnější a pohodové prostředí. Bohužel i v dnešní době se setkáváme s nedostatečnými znalostmi této oblasti a s neschopností přiměřeně a dostatečně motivovat žáka s koktavostí. Fixovaná koktavost má tendence ovlivnit volbu dalšího vzdělávání, povolání nebo výběr partnera (Lechta, 2004).

2.4.3 Chronická koktavost

Stadium chronické koktavosti nastává zhruba od čtrnáctého roku s několikaletými přetrvávajícími potížemi a významně snižuje kvalitu života. Většinou se v tomto případě hovoří o koktavosti u dospělých osob. Osoba s chronickou koktavostí je ztotožněna s narušenou komunikační schopností a má již fixované stereotypní vzorce chování, které mu pomáhají překonávat obtížné komunikační situace vyvolané řečovými bloky. Mezi specifické „únikové chování“ patří v tomto případě nahrazování slov synonymy, změna pořadí slov ve větách nebo rytmižace (Mlčáková & Vításková, 2013). Záměrné vyhýbání se komunikaci je jednou z nejčastějších strategií únikového chování (Connery *et al.*, 2020). V jiné studii je únikové chování doplněno o upřednostnění sdělení komunikačních partnerů (Briley *et al.*, 2020). Osoba s koktavostí neklade důraz na obsah sdělení, ale na kvalitu sdělení. Výraznější je i nadměrné fyzické úsilí a frekventovanější působení stresorů na psychiku jedince. Intenzita a závažnost řečových bloků se může měnit v závislosti na změně počasí, ročních obdobích, životní situaci nebo únavě. Dospělé osobě s koktavostí činí obtíže například neočekávaný rozhovor, objednání jídla v restauraci, telefonování nebo oslovení druhé osoby. Časté jsou

potíže v nedostatečně rozvinuté slovní zásobě, ve vyjádření a formulaci myšlenky. Je tak zasažena nejen produkce řeči, ale celá oblast komunikace. Chronická forma koktavosti může přispět k rozvoji natolik silného strachu z mluvení, v jehož nehorším důsledku můžeme hovořit až o logofobii (Lechta, 2004). U osob s rozvinutou koktavostí byly zjištěny známky diskriminace v oblasti uplatnění na trhu práce. Především u žen byly prokázány průměrně nižší výdělky v porovnání s ženami bez koktavosti (Gerlach *et al.*, 2018). Z další studie vyplývá, že 70 % ze 200 celkových respondentů s koktavostí vnímá snížené možnosti na získání zaměstnání a na povýšení ve stávajícím zaměstnání. Dalších 33 % předpokládá, že koktavost narušuje jejich pracovní výkon a 20 % odmítlo zaměstnání nebo povýšení právě kvůli řečovým potížím (Prasse & Kikano, 2008). Z toho vyplývá i častější sebekritičnost, nedostatek sebevědomí a sebedůvěry ve vlastní schopnosti (Lechta, 2004). Nelze upoutat pozornost pouze na to, jak populace vnímá osoby s koktavostí, ale na to, jak taková osoba vnímá sebe sama.

2.5 Přístupy k osobám s koktavostí

Účelem vhodně nastaveného přístupu by nemělo být potlačení koktavosti a doprovodných symptomů, ale naučit klienta se svou koktavostí žít a akceptovat ji. Z důvodu obtížné problematiky a nedostatečné znalosti původu koktavosti, nejsou dodnes známé konkrétní postupy, které by vedly jednoznačně k eliminaci koktavosti u dítěte, případně dospělého. Rodiče by měli být informováni o dlouhodobosti a časové náročnosti terapie koktavosti u svého dítěte (Peutelschmiedová, 1996). U koktavosti ve stadiu fixace a chronicity se může stát, že již nedosáhneme vytyčeného cíle spontaneity v komunikaci. V těchto případech bychom měli usilovat o snížení míry dysfluencí, nadměrné námahy, a naopak zvýšení psychické odolnosti koktajícího vzhledem k sociálnímu prostředí. K nastavení efektivní logopedické péče je nezbytné provést kvalitní komplexní diagnostiku. Poté může logopedický pracovník nastavit optimální logopedickou intervenci vzhledem k věku, osobnosti a potřebám jednotlivce. Cílem je vést logopedickou terapii se záměrem dosažení spontánní promluvy bez příznaků nadměrné námahy a psychické tenze. Ne vždy lze zmírnit všechny tři symptomy koktavosti současně bez zhoršení alespoň jednoho ze symptomů (Mlčáková & Vitásková, 2013). Pokud osoba s koktavostí zvládne monitorovat svou řeč a mít pod kontrolou neplynulost, odrazem bude zvýšená nadměrná námaha a rychlejší mentální unavitelnost. Nadměrnou námahu a psychickou tenzi naopak zredukujeme na úkor plynulého mluvního projevu. U osoby s koktavostí se sice budou častěji vyskytovat dysfluence, avšak z velké části

vymizí nepříjemné pocity z mluvení, únikové chování a dostaví se pocit úlevy a příležitost ke svobodnému projevu (Guitar 1998, in Lechta, 2004).

2.5.1 Vhodné přístupy k osobám s kocktavostí podle věku

Terapie se soustředí na redukci závažnosti symptomů u syndromu kocktavosti. Jak již víme z předchozího textu, pro každou fázi kocktavosti jsou typické příznaky, které se liší svou frekvencí a závažností. V této podkapitole budu věnovat pozornost přístupům u incipientní a fixované kocktavosti, tedy aktivitám u dětí předškolního a mladšího školního věku s kocktavostí.

Pro každou věkovou kategorii platí obecné zásady pro komunikaci s osobami s kocktavostí. Vždy se snažíme udržovat oční kontakt a nenaléhat na komunikačního partnera s odpovědí. Pokud dopředu víme, že budeme mluvit s osobou s kocktavostí, vytyčíme si dostatek času, abychom ani my nebyli v časové tísní. Snažíme si udržet si pomalé tempo řeči, avšak ne za cenu nám nepřirozeného projevu. Měli bychom projevit zájem a snahu o pochopení obsahu samotného sdělení, nikoliv o jeho doprovázející symptomatiku. Nikdy nedoplňujeme slova a nedokončujeme věty, narušujeme smysl i obsah sdělení a přispíváme k větší neplynulosti. Neopomínejme ani rovnost v komunikaci, nepovyšujme se a přijmeme kocktajícího jako svého rovnocenného komunikačního partnera (Mlčáková & Vitásková, 2013).

Při pohledu na logopedickou péči v současnosti, rozdělujeme ji na dva hlavní směry. Těmi jsou tvarování plynulosti řeči a modifikace kocktání. V kombinaci těchto dvou přístupů hovoříme o komplexní logopedické intervenci. Výběr terapeutického přístupu je závislý na několika faktorech, mezi které řadíme například vývojovou fázi kocktavosti s jejich charakteristikami (Lechta & Kolektiv, 2011). Terapeutických technik existuje více než 200. Uvádí se až okolo 300 metod. Správný logoped by se neměl upnout pouze na aplikaci několika málo technik, ale měl by s nimi efektivně pracovat, obměňovat je a přizpůsobovat aktuálnímu stavu osoby s kocktavostí (Peutelschmiedová, 1996).

2.5.1.1 Vhodné přístupy k osobám s incipientní koktavostí

V terapii incipientní koktavosti je rozhodujícím faktorem včasná depistáž, kvalitní diferenciální diagnostika a optimálně nastavená intervence (Mlčáková & Vitásková, 2013). Jedná se o stadium nerozvinuté koktavosti, ve kterém včasným zahájením logopedické péče můžeme docílit spontánní plynulé řeči u dítěte (Lechta, 2004). Dítě je v raném velmi citlivé a nevnímá svou koktavost jako komunikační problém, proto není vhodné jej na koktání upozornit (Peutelschmiedová, 1996). Uplatňujeme nedirektivní a nepřímou formu terapie. Pro ranou koktavost je cílem eliminace dysfluencí, nadměrné námahy a únikového chování a prevence psychické tenze (Lechta, 2004). Prokázala se účinnost behaviorální terapie u dětí předškolního věku. U dětí, které absolvovaly léčebný program Lidcombe založený na behaviorální terapii, byla koktavost zredukována o 77 % a více než polovina dosáhla minimální úrovně koktání. Program je specifický pro incipientní fázi koktavosti, s narůstajícím věkem pravděpodobně ztrácí na své účinnosti (Health & Medicine Week, 2005).

Dítě v tomto věku se učí nápodobou, je tedy vhodné nenásilně aplikovat tvarování plynulosti řeči v příjemném prostředí za účasti rodičů, kamarádů nebo pedagogů v mateřské škole. Při komunikaci volíme pomalé a klidné tempo řeči s důrazem na měkký hlasový začátek s pauzami mezi větami nebo slovy. Na dítě nenaléháme s odpovědí a poskytneme mu dostatek času a prostoru pro vyjádření svého sdělení (Lechta & Kolektiv, 2011). Prokázalo se, že děti s koktavostí mají tendence zrychlovat řeč nad rámec svých schopností (Kloth *et al.*, 1999). Nadměrnou námahu lze redukovat prostřednictvím doplňkových technik jakými jsou relaxace, pohybová cvičení, zpěv, vyprávění pohádek, divadlo nebo pantomima. Divadelní aktivity je doporučeno realizovat v rámci systematické desenzibilizace dítěte na nepříjemné pocity z nevydařeného ústního projevu a k eliminaci prvků sekundárního chování při koktavosti. Logoped společně s rodiči sepíše seznam komunikačních situací, které dítě vnímá jako obtížné. Dítě je do situací uměle exponováno prostřednictvím hraní rolí, aby si uvědomilo projevy sekundárního chování a postupně je odstranilo. Stejný význam při redukci sekundárního chování má pantomima. Spasmy těla vyvolané nadměrným úsilím uvolníme například dětskou relaxační jógou, hrou na tělo, tancem nebo hudební dramatizací (Lechta, 2004). Jak uvádí Peutelschmiedová (2005), psychickou tenzi lze předcházet snížením citlivosti dítěte na jeho koktavost, například jemným vystavením dítěte své neplynulosti. Terapie incipientní koktavosti by měla být pro dítě především hrou a zábavou.

2.5.1.2 Vhodné přístupy k osobám s fixovanou koktavostí

Přístupy u fixované koktavosti jsou přímé a soustředěné na práci se všemi třemi symptomy koktavosti. Prvním krokem v terapii je vytvořit pozitivní postoj dítěte k jeho koktavosti a eliminovat prvky únikového chování. Mělo by chtít otevřeně mluvit o svých pocitech pocházejících z neplynulosti řeči s rodiči, logopedem a okolím. Logoped dítěte taktně seznamuje s potřebnými informacemi o problematice koktavosti (Lechta, 2004). Na druhé straně seznámíme rodiče a pokud to bude možné, tak i třídního učitele s obecnými zásadami při komunikaci s osobou s koktavostí a zamezíme tak tabuizování tohoto tématu. Záměrné skrývání koktavosti, která není na první pohled viditelná enormně zvyšuje psychickou tenzi. V našem zájmu je odbourání nepříjemných pocitů z komunikace jako je strach, obavy ze selhání a ztráty kontroly nad svou řečí a působit tak preventivně proti logofobii. Dalšími cíli je eliminace přidruženého koverbálního chování, zamezení nárůstu artikulačních bloků a odstranění dysfluence. Jestliže se nám nepodaří zcela odstranit dysfluence a zajistit spontánní řečový projev, usilujeme o akceptování neplynulosti ze strany koktajícího, jinými slovy jde o akceptovatelnou koktavost. Hovoříme o tzv. desenzibilizaci jako důsledku snižování a odbourávání psychické tenze. U osoby s koktavostí můžeme redukovat negativní emoce způsobené odezvou na neplynulost a nežádoucí sekundární chování. Pokud se dítě setká s posměchem ze strany vrstevníků, nemělo by být touto skutečností deprimováno (Mlčáková & Vitásková, 2013). Poměrně novou technikou cílenou na desenzibilizaci je záměrné koktání. Dítě učíme koktat jiným způsobem, čímž odbouráme psychickou tenzi, touhu po dokonalé řeči a tabu předmětu koktavosti (Lechta, 2004). Pozitivně působí skupinová terapie, ve které se navzájem setkávají osoby s koktavostí a za doprovodu odborného pracovníka. Výhodami jsou vzájemné porozumění a motivace, osvojení si nových komunikačních strategií, budování sociálních vztahů. Skupinovou terapii je vždy vhodné zvolit v kombinaci s terapií individuální, ve které můžeme snáze nastavit individuální intervenci dle potřeb dítěte. Snáze můžeme pozorovat změny a hodnotit funkčnost terapeutických technik. Nově nabyté komunikační strategie je třeba přenést do běžných komunikačních situací a postupně je upevňovat. Konkrétními příklady v terapii je hraní rolí a trénování náročných komunikačních situací, zejména pak telefonování, nákup potravin nebo objednání jídla v restauraci (Lechta & Kolektiv, 2011). Největší efektivity v porovnání mezi čtyřmi terapeutickými technikami se jevilo postupné zvyšování délky a obtížnosti obsahu verbálního sdělení (Ryan & Van Kirk Ryan, 1983).

Základní potřebou dětí školního věku je vytváření skupin a vyhledávání kamarádů z řad vrstevníků s podobnými zájmy. V rámci doplňkové terapie můžeme vybrat pohybové aktivity skupinového charakteru, které podpoří motivaci dítěte s kóktavostí, zvláště pak v interakci s vrstevníky. Podporujeme hraní rolí, které může posloužit k nácviku vhodné verbální i neverbální reakce na posměch, k ventilaci hněvu a agrese nebo jen jako nácvik ke zvládnutí náročných komunikačních situací (Lechta, 2004). V tomto ohledu bychom mohli zvolit techniku na základě dramaterapie. Pohybové aktivity v rámci skupinové terapie mohou pomoci snížit agresivitu u dětí vyvolanou přítomností kóktavosti (Wakaba, 1983). Minimalizaci nadměrné námahy uskutečňujeme s pomocí relaxačních cvičení s cílem uvolnění artikulačních orgánů a svalů v oblasti krku a obličeje. Pozitivně hodnocenou terapeutickou technikou je využití muzikoterapie, která přímo ovlivňuje duševní zdraví jedinců s kóktavostí (O'Donoghue *et al.*, 2020).

2.5.1.3 Vhodné přístupy k osobám s chronickou kóktavostí

Logopedická intervence u osob s kóktavostí ve stadiu chronicity již nemusí být zcela dostačující. Zasažena může být osobnost a duševní oblast kóktajícího, jeho postoje k sobě samému i k okolí, tato část terapie je čistě v kompetenci psychologa nebo psychoterapeuta. Průnik oboru logopedie, psychologie a medicíny se považuje téměř za nezbytný. U dospělého člověka se zdá být nemožné dosáhnout spontánního mluveného projevu. V tomto stadiu se aplikují terapeutické techniky pro modifikaci kóktání. Van Riper (in Lechta, 2004) za první krok v terapii považuje odstranění strachu, snížení úzkosti a stresu z komunikačních situací s respektováním osobnostních charakteristik klienta a jeho schopnosti záměrně a opakovaně vystupovat z komfortní zóny. Dalšími reálnými cíli jsou transformace negativních pocitů a postojů z komunikace v pozitivní, redukce únikového chování a nadměrné námahy a snížení četnosti výskytu dysfluencí. Podporujeme akceptovatelnou kóktavost a tím také větší míru integrace kóktajícího do sociálního prostředí. Vhodnými prostředky k dosažení dílčích cílů jsou sebekontrola vlastní produkce řeči, záměrné kóktání, monitorování příznaků kóktavosti a její dynamiku a variabilitu a překonání strachu z komunikace. Podstatná je míra zapojení a motivace osoby s kóktavostí. Pomoci může i ventilace pocitů v rámci terapeutického sezení při skupinové terapii (Lechta, 2004). Fraser (2011) ve své knize *Svépomocný program při kóktavosti* popisuje několik zásad pro efektivní léčbu kóktavosti, poměrně často nazývané tvrdou terapií. Zásadami jsou pomalá a uvolněná řeč, dovolit si kóktat plynule, odstranění

sekundárních symptomů a vyhýbavého chování, udržování očního kontaktu a analýza mluveného projevu s jeho korekcemi.

Obecně uznávanou metodou k eliminaci psychické tenze je aplikování tzv. rituální inovativní terapie. Jedná se o metodu ve formě nonverbální dramaterapie a své využití má zejména při skupinové terapii (Lechta, 2004). Pro snížení úzkosti a uvolnění svalstva artikulačních orgánů je pozitivně hodnocena technika Qigong (Pótrola & Góral-Pótrola, 2013). Stres mohou významně snížit i jógová cvičení, meditační techniky a dechová cvičení, avšak k jejich účinnosti je potřeba dlouhodobé a systematické působení na člověka (*Chong et al.*, 2011). Přínos dechových cvičení nalézáme například v uvědomování si vlastního dechu (Gatzonis & Fabus, 2015). Trénink mindfulness se jeví jako efektivní při terapii kognitivních aspektů u koktavosti. Pravidelnou praxí všímavosti lze docílit regulace aktuálních emočních stavů, redukci zautomatizovaného únikového chování a sekundárních symptomů a regulace pozornosti (Pótrola & Góral-Pótrola, 2013).

2.5.2 Nevhodné přístupy k osobám s koktavostí

Musíme si uvědomit, že koktavost je i v současnosti velmi citlivé téma. Nejen pro samotné osoby s touto poruchou, ale i pro veřejnost. Je proto nutné eliminovat nevhodné přístupy a zvolit empatické chování a snahu porozumět, ne však problematice samotné, ale osobě s koktavostí.

Odborná literatura skýtá na 250 až 300 technik v terapii koktavosti. V logopedické intervenci by bylo chybou, kdyby se logoped soustředil jen na jednu sympatický okruh těchto postupů. Je třeba s nimi pracovat jako s celkem, obměňovat je, inspirovat se jimi a hledat vhodný postup při práci s individualitou klienta (Peutelschmiedová, 2005). Aplikace metod bez ohledu na specifické potřeby jednotlivce může mít za následek zhoršení koktavosti u klienta a jeho demotivaci. Nikdy bychom neměli vystavit osobu s koktavostí náročnou situaci, která bude za hranicí přijatelnosti (Lechta, 2004). Komplexní logopedická intervence v sobě zahrnuje i medikamentózní léčbu, tzv. farmakoterapii. Osobám s koktavostí je doporučováno užívání léků ke snížení stresu a úzkosti, které jsou součástí jejich každodenního života. Zlepšení plynulosti řeči po pravidelném užívání farmak se neprokázalo. Naopak se objevily nežádoucí účinky, jakými jsou ospalost a apatie. Medikamentózní léčba je pouze doplňkovou terapií koktavosti, pro její eliminaci je nezbytné přistupovat komplexně (Lechta, 2004).

Stejného názoru jsou účastníci zahraniční studie o užití farmak v logopedické terapii. Výsledky poukazují na pozitivní postoj k užívání farmak, avšak ve spolupráci s logopedickou intervencí (McGroarty & McCartan, 2018).

Dalšími zatím neprobádanými doplňkovými technikami jsou například hypnóza, holotropní dýchání nebo oxygenoterapie. Jedna ze studií prezentuje příznivé účinky hypnózy při léčbě koktavosti (Peutelschmiedová, 2005). Hypnózu se nedoporučuje praktikovat u malých dětí vzhledem k jejich nezralosti v behaviorální a kognitivní oblasti, stejně jako ostatní doplňkové techniky bez konzultace s logopedem nebo pediatrem. Zmíněné alternativní techniky s sebou nesou velké riziko a mohou být spouštěčem rozličných zdravotních komplikací, například epileptického záchvatu, pokud nejsou prováděny pod dohledem odborníků v této oblasti (Peutelschmiedová, 2005). Zatím není proveden dostatek vědeckých studií, které by jasně prokázaly úspěšnost alternativních metod v terapii koktavosti.

2.6 Přístrojové a technické pomůcky pro jedince s koktavostí

Zařízení se uplatňují zejména při terapii modifikace koktavosti při aplikaci behaviorální terapie. Jejich cílem je zredukovat rychlé tempo řeči, nastavit správný dechový vzorec a odpoutat pozornost od vlastního neplynulého mluvního projevu osoby s koktavostí. Mezi techniky, které využívají technologická a technická zařízení patří opožděná sluchová zpětná vazba, metronomově časovaná řeč a maskující šum (Lechta, 2004). Zařízení jsou určena dospělým osobám s koktavostí a proto jejich využití není doporučováno u dětí (Peutelschmiedová, 1996). Zejména pokud nahradíme metronomově časovanou řeč gestikulací a pohyby těla, můžeme s touto technikou pracovat i v rámci aplikovaných pohybových aktivit.

2.6.1 Opožděná sluchová zpětná vazba

Bývá nazývána také jako Lee-efekt. Jde o behaviorální techniku, která se uplatňuje u terapie modifikace koktavosti. K aplikaci opožděné sluchové zpětné vazby se používá speciální technologické zařízení s mikrofonom a sluchátky. Zařízení existuje v kapesní i stolní variantě. Osoba s koktavostí mluví do mikrofону a sluchátky slyší svůj vlastní projev, avšak s určitým časovým zpožděním. I přesto, že většina osob s koktavostí mluví při této technice

plynuleji, důležitý je transfer do reálné spontánní promluvy. Snížená frekvence dysfluencí bývá přičítána menší soustředěnosti na svůj vlastní projev a nastolení pomalého tempa řeči (Mlčáková & Vitásková, 2013). Lidé bez koktavosti nedokáží hovořit zcela plynule pod vlivem opožděné sluchové zpětné vazby (Lechta, 2004).

2.6.2 Rytmická nebo metronomově časovaná řeč

I zde existuje varianta malého přístroje se sluchadlem, které si osoba zavede do ucha. Zprvu je nastavena pomalá frekvence metronomu pro dostatek prostoru ke zpomalení tempa řeči a navození měkkého hlasového začátku. Pravidlem je nastavení takové frekvence, ve které dokáže osoba s koktavostí mluvit plynule (tempo může být velice pomalé). Postupně se frekvence zrychluje (Mlčáková & Vitásková, 2013). Bloodstein (in Lechta, 2010) dodává, že metronomově časovanou řeč lze nahradit rytmičnou gestikulací. V první fázi se frekvence využívají k vyslovování slabik, celých slov a v závěru k vyslovení jednoduchých a složitějších vět. Podobně je tomu například i u fonograforhythmiky.

2.6.3 Maskující šum

Technika je založená na sluchové zpětné vazbě. Podobně jako u opožděné sluchové zpětné vazby, i zde má osoba s koktavostí k dispozici sluchátko, ve kterém však namísto svého hlasu slyší jemné šumění. Přístroj je v kapesní variantě, tudíž osoba má možnost jej mít neustále u sebe. Pouštění šumu v pozadí promluvy navozuje plynulejší řeč a snižuje její neplynulost. Příčinami navození plynulosti řeči je odpoutání pozornosti od vlastního mluvního projevu a navození uvolněného a pomalého tempa řeči (Mlčáková & Vitásková, 2013).

2.7 Význam aplikovaných pohybových aktivit

Obor aplikovaných pohybových aktivit se začal formovat teprve na konci 20. století. Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením či zdravotním a sociálním znevýhodněním. Jedná se například o osoby s postižením pohybového aparátu, percepčních orgánů, onkologické pacienty, osoby se srdečními vadami, populaci seniorů nebo o osoby menšinové společnosti. Aplikované pohybové aktivity mají podstatné místo i v otázce prevence civilizačních onemocnění (rakovina, infarkt myokardu, ateroskleróza, diabetes

apod.). Jedním z hlavních cílů v oboru aplikovaných pohybových aktivit je jejich modifikace vzhledem k individualitě jedince a jeho specifických potřeb v oblasti každodenního života, rekreace, výkonnostního i vrcholového sportu. Mezi hlavními cíli je snaha o změnu negativních postojů společnosti k osobám s jinakostí a v podpoře osob s jinakostí prožít plnohodnotný život. V neposlední řadě zajišťují a poskytují systém podpůrných služeb (Válková, 2012).

Pravidelné pohybové aktivity jsou prospěšné pro správný vývoj dítěte, jako prevence zdravotního oslabení dospělé populace a ke snížení znaků stárnutí u populace seniorů. Ovlivňují dobrou náladu, podporují koncentraci, odstraňují napětí, zvyšují odolnost proti stresu, pozitivně působí na krevní oběh a kardiovaskulární systém. Dále přispívají k nabývání kvalitních sociálních vztahů a k budování zdravých postojů k sobě i k okolí (Kalman *et al.*, 2009). U adolescentů se prokázal vliv pravidelné aerobní pohybové aktivity o vysoké a střední intenzitě na snížení negativních stavů spojených s depresí a úzkostmi (Norris *et al.*, 1992). Dětem s onkologickým onemocněním se doporučuje vykonávat pravidelně pohybovou aktivitu za účelem snížení míry únavy a k budování sebeúcty (Ortega *et al.*, 2008). Modifikace pohybových aktivit zahrnují změnu způsobu komunikace, metod, obsahové stránky, využití podpůrných pomůcek a mnohdy i samotného prostředí. Prokázalo se, že i nízká frekvence pohybové aktivity může mít prospěšné zdravotní přínosy, zvláště u adolescentů a lidí nižšího věku (Janssen & LeBlanc, 2010).

2.8 Využití pohybových aktivit v oblasti intervence pro osoby s koktavostí

Pohybové aktivity lze efektivně uplatnit ve všech stádiích koktavosti, avšak v každém stadiu za jiným účelem. U dětí s incipientní koktavostí aplikujeme tvarování plynulosti řeči, redukujeme nadměrnou námahu a eliminujeme sekundární chování spojené s nadměrnou námahou. Vzhledem k rané vývojové fázi budeme pohybové aktivity aplikovat prostřednictvím pohádek a pohádkových příběhů, hraní divadelních rolí, relaxačních technik, tancem a pantomimou. Relaxačními technikami máme na mysli především jógu pro děti s přizpůsobenou dobou trvání jedné lekce. V dospělosti můžeme relaxační techniky rozšířit o meditaci, mindfulness trénink, tai-chi, jógová cvičení, tanec a další (Lechta, 2004). U studentů vysokých škol bylo pozorováno snížené vnímání stresu při pravidelných pohybových aktivitách, kterými byly tanec a hatha jóga (West *et al.*, 2004). Pokud prognóza pro dítě není

příznivá, pohybové aktivity nám mohou pomoci ke snížení citlivosti dítěte na jeho kochtavost a k seznámení dítěte s kochtavostí (Peutelschmiedová, 2005). Sekundární chování lze monitorovat a uvědomovat pomocí pantomimy nebo hraním rolí, které mají nezastupitelný význam i ve stadiu fixované a chronické kochtavosti. V posledních dvou stádiích kochtavosti (fixovaná a chronická) je záměrem i redukce psychického napětí spojovaného s opakovanými neúspěchy v komunikačních situacích a ztrátou kontroly nad vlastní řečí (Lechta, 2004). Máme na výběr poněkud široké spektrum pohybových aktivit, které mohou přispět v terapii kochtavosti a jsou zajímavé, různorodé a pro děti pestré a zábavné. Nebyly prokázány žádné kontraindikace spolu s působením pohybových aktivit. Avšak je třeba zvážit jejich náročnost, neboť únava působí negativně na mluvní projev a může ovlivnit plynulost řeči. Osobám s kochtavostí se daří mluvit lépe při aktivitách, kterými jsou například skupinové čtení, přednes básničky, sborový zpěv, rytmizovaná řeč a hraní divadla s loutkami nebo maňásky. Všechny činnosti můžeme uplatnit v případech, kdy je našim cílem poskytnout kochtajícímu možnost prožít plynulejší mluvní projev. Hraním rolí lze nacvičovat často používané společenské formulky, například pro přivítání, navázání kontaktu v parku atd. (Peutelschmiedová, 1996). Ve stadiu chronicity pohybové aktivity, zejména skupinového charakteru, pozitivně ovlivňují sebedůvěru, přispívají ke zdravému sebevědomí jedince a posilují sociální a komunikační dovednosti. Touha patřit k určité skupině se stejnými zájmy se začíná vytvářet již u dětí mladšího školního věku (Lechta & Kolektiv, 2011). Jelikož logopedická intervence nabývá dlouhodobého charakteru a cesta ke zmírnění příznaků kochtavosti trvá i několik let, mohou mít pohybové aktivity významný motivační potenciál.

2.9 Vybrané pohybové aktivity pro děti mladšího školního věku s kochtavostí

Tato část bakalářské práce bude směřována na konkrétní pohybové aktivity, které je vhodné aplikovat u žáků mladšího školního věku s kochtavostí a na zkušenosti s pohybovými aktivitami dospělých osob s kochtavostí. Vzhledem k současné epidemiologické situaci je praktická část práce upravena na pohybové aktivity, které je možné i za současných podmínek realizovat. Jelikož je mezi respondenty dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, musíme si uvědomit některá specifika při práci s ním. Na dítě nevyvíjíme tlak a nenaléháme s odpovědí, nezrychlujeme tempo řeči v důsledku dynamiky aktivity a vždy počkáme, až nám dítě odpoví. Pokud vyhodnotíme, že aktivita je pro dítě příliš náročná na komunikaci, můžeme zvolit alternativní způsob komunikace, případně jinou pohybovou aktivitu podobného charakteru.

Efektivní je aplikace technik, při kterých je dítě schopno navodit plynulejší řeč. Těmi jsou například šepot, rytmická řeč nebo velmi pomalé tempo řeči. Nikdy po dítěti nevyžadujeme aktivitu, kterou bychom předtím sami nepředvedli.

První pohybovou aktivitou, která bývá často zdůrazňována u osob s koktavostí je jóga. Jóga pro děti je však odlišná od jógy pro dospělé. Názvy ásan jsou modifikované pro dětský věk a každá sestava je podpořena vyprávěním příběhu. S dětmi neprovádíme výdrže v jednotlivých pozicích, meditační cvičení a vizualizaci. Nevhodné jsou pozice s obrácenou polohou hlavy dolů (například pozice pes s hlavou dolů). Sestava by měla být dostatečně dynamická a měla by trvat přibližně patnáct minut. Důležitými prvky jsou záklony, předklony a úklony do stran se záměrem rozpohybovat páteř po celé její délce. Jógová cvičení provádíme až po ukončení ostatních pohybových aktivit, například po běhu, jízdě na kole apod. (Nešpor, 1998).

Logopedickou hrou, kterou můžeme využít při skupinové terapii je tázání se otázkou: „Proč?“. Hru zpravidla začíná vedoucí osoba, která oznámí určitý výrok nebo popíše aktuální situaci a za ní se zeptá, proč tomu tak je. Dítě, které je na řadě odpovídá na otázku a za vlastní odpovědi se také zeptá, proč tomu tak je. Další dítě odpovídá stejným způsobem, dokud se nevystřídají všichni. Hra má za cíl přechod ke spontánnímu řečovému projevu. Pokud hru provádíme ve větším prostoru, můžeme si lépe všimnout sekundárního chování, navodit měkký hlasový začátek a uvolněnou řeč. Při těžké koktavosti lze mluvní projev doprovázet rytmizací nebo velmi pomalým tempem řeči. Hru můžeme modifikovat do podoby úvodní seznamovací hry (Peutelschmiedová, 2005).

Jednou z důležitých částí jsou tzv. ice breaker hry, v překladu hry na prolomení ledu. Tato kategorie aktivit je charakteristická pro úvodní seznámení se s účastníky u aktivit, které jsou dlouhodobějšího charakteru, například pro vícedenní kurz nebo tábor pro děti i dospělé. Na základě rozmanitosti skupiny a volby prostředí je třeba zvolit vhodnou seznamovací hru. Na výběr máme několik možností úvodních pohybových aktivit. Příkladem může být rozdělení účastníků do dvojic, ve kterých si sdělí svůj oblíbený nebo nejděsivější zážitek, destinaci atd. Účastníky můžeme také požádat, aby se seřadili do řady podle barvy očí nebo vlasů, data narození apod. Pokud máme větší skupinu lidí, zejména dětí, může být zábavné vyzkoušení gordického uzlu.

Zařadit je možné i pohybové aktivity skupinového charakteru v podobě zábavných her. Například hraní rolí či divadla podle předem připraveného scénáře, míčové hry, honičky či hry ve dvojicích nebo menších skupinkách.

3 CÍLE

Praktickou část této bakalářské práce jsem rozdělila na dvě části. V první části popisuji hlavní cíl práce. Ve druhé části popisuji dílčí cíle práce, které navazují na hlavní cíl.

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je porovnat rozdíly, které se projevily při aplikaci vybraných organizovaných pohybových aktivit u dítěte s kocktavostí na základní škole logopedické a dítěte bez kocktavosti na běžné základní škole.

3.2 Dílčí cíle

Dílčími cíli jsou:

- příprava zásobníku her pro dítě s kocktavostí na logopedické základní škole a pro dítě bez kocktavosti základní škole běžného typu
- aplikace pohybových aktivit u dítěte s kocktavostí na logopedické základní škole a u dítěte bez kocktavosti na základní škole běžného typu
- zjistit preference pohybových aktivit u vybraných dvou dětí
- vyhodnocení výsledků u aplikovaných organizovaných pohybových aktivit u vybraných dvou dětí
- příprava dotazníku s otevřenými otázkami pro tři dospělé osoby s kocktavostí na téma pohybových aktivit a školní tělesné výchovy a jejich zpracování

4 METODIKA

V kapitole o metodice popisují zvláště metodiku hlavního cíle a dílčího cíle práce. V případě hlavního cíle blíže popisují standardizovanou testovou baterii UNIFITTEST 6-60 a provedení jednotlivých pohybových úkolů, které později budu aplikovat na obě testované děti. U dílčího cíle je popsána metodika sběru dat z dotazníků od dospělých osob s koktavostí a zmíním i informace týkající se výzkumného vzorku dospělých osob.

4.1 Metody a techniky zpracování dat u porovnávání dítěte s koktavostí z logopedické základní školy a dítěte bez koktavosti z běžné základní školy

Při výzkumu mé bakalářské práce jsme použila kvalitativní metodu sběru dat. V hlavní části práce, tedy u porovnání dítěte bez koktavosti z logopedické základní školy a dítěte bez koktavosti z běžné základní školy jsem měřila individuální pohybové schopnosti těchto dvou dětí. Vycházela jsem z odborné literatury. K měření jsem použila standardizovanou testovou baterii UNIFITTEST 6-60, která se nejčastěji používá na základních a středních školách k měření individuálních pohybových schopností žáků a studentů. Pohybové úkoly obsažené v testové baterii UNIFITTEST 6-60 jsou odpovídající pohybové úrovni dětí prvního až pátého ročníku běžné základní školy. Tato testová baterie se skládá ze čtyř pohybových úkolů. Jednotlivé části hodnotí dynamickou silovou schopnost dolních končetin, dynamickou a silově vytrvalostní schopnost břišních svalů a kyčlo-stehenního svalstva, rychlostní vytrvalost a frekvenční rychlost a obratnost. Testy jsou dále rozděleny na povinné a volitelné. Povinné testy obsahují vytrvalostní test, sílu břišních svalů a skok daleký. Volitelnými testy jsou předklon v sedu, člunkový běh, v případě chlapců shyby a v případě dívek výdrž ve shybu. Vzhledem k přísným hygienickým podmínkám jsem výzkum mohla zrealizovat pouze ve venkovním areálu základní školy. Z výše uvedených volitelných testů jsem proto vybrala předklon v sedu a člunkový běh.

Před zahájením testu jsem zaznamenala výšku a hmotnost testovaných jedinců a změřila podkožní tuk pomocí kaliperu. K testování pohybových schopností dětí jsem potřebovala měřicí pásmo nebo metr, karimatku, stopky, dva kužely a rovné pravítko. Výsledky jsem u obou dětí zaznamenávala do předem připraveného formuláře. Výsledek měření vytrvalostních schopností jsem zapisovala minuty/sekundy uběhnuté vzdálenosti nebo

vzdálenost v metrech za určitou časovou jednotku. Výsledek měření síly břišních svalů jsem zapisovala v podobě počtu opakování. U skoku dalekého z místa jsem zapsala délku doskoku v centimetrech, podobně jako u předklonu v sedu, při kterém jsem zapsala dosah v centimetrech. U člunkového běhu jsem zapsala čas, za kterou testovaný, tedy v minutách a sekundách.

Dílčím cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda koktavost u respondentů ovlivňuje účast na pohybových aktivitách a zda měla vliv na působení respondentů v tělesné výchově. Pro sběr dat u dílčího cíle jsem použila metodu písemného strukturovaného dotazníku, který jsem odeslala přes e-mail k vyplnění dvěma dospělými osobám s koktavostí, včetně mé osoby. Pro dotazník jsem si předem připravila otevřené otázky, které souvisejí s tématem koktavosti a pohybových aktivit. Poslední otázku jsem směřovala k dalšímu vyjádření v souvislosti koktavosti a pohybových aktivit. Při tvorbě otázek jsem se inspirovala dotazníkem psychické tenze aplikovaným v logopedické intervenci.

4.2 Testová baterie UNIFITTEST 6-60

V této části jsem vycházela z Manuálu pro hodnocení základní motorické výkonnosti a vybraných charakteristik tělesné stavby mládeže a dospělých v České republice (Měkota & Kovář, 1996). Testová baterie UNIFIT TEST 6-60 je určena pro věkovou kategorii dětí i dospělých ve věkovém rozmezí od šesti do šedesáti let. Jednotlivé testy slouží k terénnímu posouzení pohybových schopností a k jejich hodnocení vzhledem k určitým populačním skupinám (Měkota & Kovář, 1996).

UNIFITTEST 6-60 obsahuje tyto pohybové úkoly:

- Skok daleký z místa
- Leh sed opakovaně
- Člunkový běh 4x10 m
- Běh po dobu 12 minut
- Hluboký předklon v sedu
- Shyby

4.3 Metodika testování u dítěte s kóktavostí logopedické školy a dítěte bez kóktavosti běžné základní školy

Metodika testování u dítěte s kóktavostí ze základní školy logopedické je totožná jako u dítěte bez kóktavosti z běžné základní školy. Při sepisování metodiky jsem vycházela z Manuálu pro hodnocení základní motorické výkonnosti a vybraných charakteristik tělesné stavby mládeže a dospělých v České republice od Karla Měkoty a Rudolfa Kováře (Měkota & Kovář, 1996). Cvičební úbor u těchto dětí by měl být totožný. Oblečení by nemělo omezovat jakýkoliv pohyb dítěte. Pro realizaci testování je k dispozici hřiště základní školy. Každé dítě by mělo podstoupit testování samostatně z důvodu nižší míry ovlivnitelnosti výsledků za přítomnosti jiné osoby. Hřiště disponuje standardně udržovaným travnatým hřištěm, 200 m dlouhým běžeckým oválem a doskočištěm pro skok daleký. Před samotným zahájením testování je nutné zaznamenat hmotnost a výšku dítěte a změřit podkožní tuk pomocí kaliperu. Podkožní tuk se měří na třech místech na těle, měří se tedy šířka tří kožních řas. Kožní řasy měříme v oblasti pod tricepsem, v oblasti nad hřebenem kosti kyčelní a v oblasti pod lopatkou. Testované osoby je nutné předem seznámit s průběhem testování a s pohybovými úlohy standardizované testové baterie UNIFITTEST 6-60 a s bezpečnostními opatřeními. Velmi důležité je zjistit kontraindikace jednotlivých pohybových úloh u každého testovaného dítěte.

Před testováním bychom neměli opomenout rozcvičení pohybového aparátu k přípravě na následující pohybové aktivity. Pro první část rozcvičení jsem si připravila běh mírné intenzity a cviky k rozpohybování kloubních struktur, postupují od cviků vyžadující malý kloubní rozsah ke cvikům vyžadujícím velký kloubní rozsahem. Poté jsem si připravila rozcvičení s kombinací statického a dynamického strečinku. Hřiště před testováním můžeme připravit společně s jednotlivými dětmi jako úvodní vzájemné seznámení se s prostředím. Tři testové úlohy mohou být opakovány. U skoku dalekého jsou možné tři pokusy, u člunkového běhu a hlubokého předklonu v sedu dva pokusy. Použit je nejlepší výsledek z každé úlohy.

Prvním pohybovým úkolem je skok daleký z místa. K testování potřebujeme měřicí pásmo, případně blok pro vyznačení odrazové čáry. Odrazová čára musí být jasně vyznačena. Testovanému dítěti se skok daleký názorně předvede a vysvětlí. Testované dítě se postaví na odrazovou čáru a co největší silou dolních končetin provede ze stoje mírně rozkročné odrazem skok vpřed. Povoleny jsou doprovodné pohyby paží. Měřena je vzdálenost od

odrazové čáry po zadnímu okraji poslední stopy v místě doskoku nebo dopadu. Testované dítě má tři pokusy a hodnocen je jeho nejlepší výkon s přesností jednoho centimetru.

Druhou testovou úlohou jsou opakované leh-sedy. K testování potřebujeme měřicí pásmo. Na podlahu je položena karimatka, na které dítě lehy-sedy provádí. V této pohybové úloze je nutné provádět aktivitu ve dvojicích, kvůli fixování chodidel testovaného dítěte. Testované dítě provede leh pokrčmo, kdy kolena a stehna svírají úhel 90° , ruce s propletenými prsty položí v týl. Chodidla je nutné držet ve vzdálenosti cca 20-30 cm od sebe. Dítěti jsou fixována chodidla za nártý na podložce, což provádí asistent nebo testující osoba. Testovaný provádí po dobu 60 s opakovaně z lehu sed a pak se vrací zpět do lehu na podložku. V sedu se oběma lokty dotkne kolen a v lehu se zády a hřbety rukou dotknou podložky. Čas je měřen stopkami po zaznění startovního signálu zahajující cvičení. Počítají se zopakované cykly se-lehů. Po uplynutí časového limitu testované dítě, opět po zaznění signálu, ukončí cvičení. Vzhledem k únavě je dovoleno zařadit krátké pauzy. Pohybová úloha se provádí na jeden pokus.

Třetí pohybovou úlohou je člunkový běh 4 x 10 m. K této pohybové úloze je zapotřebí mít stopky, kužely pro vymezení dráhy a měřicí pásmo. Vzdálenost mezi kužely je 10 m. Testované dítě je s pohybovým úkolem předem seznámeno a je mu předvedena názorná ukázka. Po zaznění startovního signálu vyběhne testované dítě rovně k protějšímu kuželu, oběhne ho z pravé strany a běží zpět k prvnímu kuželu, který oběhne z levé strany. Opět běží k protějšímu kuželu, který oběhne z pravé strany a běží zpět k prvnímu kuželu do cíle. Zapisuje se naměřený čas ve vteřinách.

Čtvrtou testovou úlohou je hluboký předklon v sedu. K testování potřebujeme pravítko, lavičku a proužek z tvrdého papíru. Testu předchází standardní rozcvičení v podobě strečinkových předklonů v sedu. Testované dítě zaujme polohu sedu snožmo tak, aby se chodidla dotýkala přední stěny lavičky. Nohy musí být v kolenou napnuté. Napnutá kolena jsou fixována druhou osobou, asistentem nebo testující osobou. Dítě předpaží ruce a postupně se předklání tak, aby napnuté prsty rukou posouvaly posuvné měřidlo (v našem případě pruh papíru) co nejdále od sebe. Testované dítě by mělo vydržet v krajní poloze dvě sekundy. Hodnotí se délka dosahu prostředních prstů na centimetrovém měřidle. Měří se s přesností na jeden centimetr. V případě, že prsty na rukou nejsou ve stejné vzdálenosti při dosahu, hodnotí se průměr dosahu obou prstů. Test se provádí naboso.

4.4 Metodika sběru dat z dotazníků u dospělých osob s koktavostí

Ke sběru dat dílčího úkolu, který je zaměřen na zkušenosti osob s koktavostí a pohybových aktivit, jsem použila písemný strukturovaný dotazník s otázkami, které směřují do oblasti pohybových aktivit. Při tvorbě otázek jsem se inspirovala dotazníkem psychické tenze, který se využívá také při logopedické diagnostice. Dotazník jsem odeslala elektronicky třem dospělým osobám s koktavostí ve věku 26 a 38 let. Z toho dva účastníci byli muži s vysokoškolským vzděláním ve věku 26 (Filip) a 38 let (Karel), kteří v minulosti pravidelně docházeli na logopedickou terapii. Jelikož i mne od čtyř let doprovází koktavost, rozhodla jsem se přispět i mými zkušenostmi z oblasti pohybových aktivit a tělesné výchovy. Jsem ve věku 26 let a aktuálně dokončuji studium na Fakultě tělesné kultury v programu Aplikované pohybové aktivity. Na logopedickou terapii docházím třetím rokem. Na otázky jsem odpovídala nezávisle na dalších dvou dotaznících.

5 Výsledky a diskuse

V této části bakalářské práce jsou uvedeny výsledky hlavního cíle práce a výsledku dílčího cíle práce. Popisuje výsledky porovnání individuálních pohybových schopností dítěte s kocktavostí a dítěte bez kocktavostí s cílem zjistit, zda kocktavostí může ovlivnit výkonnosti dítěte. Dále jsou zpracovány výsledky z dotazníkového sběru dat tří dospělých osob potýkajících se s kocktavostí od dětství. Odpovědi si kladou za cíl reflektovat a popsat individuální zkušenosti v oblasti kocktavosti a pohybových aktivit u osob, u kterých byla kocktavost diagnostikována již v předškolním věku.

5.1 Výsledky porovnání dítěte s kocktavostí z logopedické školy a dítěte bez kocktavosti základní školy běžného typu

Testování a následné porovnání výkonnosti těchto dvou dětí se mi nepodařilo uskutečnit vzhledem k náhlé změně zdravotního stavu u dítěte s kocktavostí z logopedické základní školy. Kontaktovala jsem další logopedické školy s místem působnosti nejen v Olomouckém kraji, ale vždy jsem obdržela odpověď poukazující na nepřítomnost dítěte s kocktavostí na základní škole. Podobné odpovědi jsem obdržela u při kontaktu základních škol běžného typu v Olomouci. Některé z těchto škol neměly zájem o spolupráci. Nakonec mi bylo nabídnuto zrealizovat testování s jiným dítětem s kocktavostí, které dochází na základní školu běžného typu. Dítě je však od raného věku v péči logopeda a úspěšně se se svou kocktavostí vyrovnalo. Tato skutečnost by však mohla významně ovlivnit výsledky testování, proto jsem se rozhodla jej do svého výzkumu nezařadit.

5.2 Výsledky sběru dat z dotazníku dospělých osob s kocktavostí

Odpovědi na otázky jsem ponechala v původní podobě, pouze s mírnou úpravou diakritickým znamének. Pro lepší orientaci v textu jsou ke každé jednotlivé otázce zaznamenány odpovědi od každé dotazované osoby, které jsou od sebe navíc barevně odlišeny. Otázky a odpovědi jsou rozděleny do podkapitol, přičemž každá podkapitola je vždy na samostatné stránce. Výsledky z dotazníku jemně odkrývají jedinečnost a odlišnost ve vnímání vlastní kocktavosti u každé z dotazovaných osob.

5.2.1 Odpověď na otázku č. 1

Otázka č. 1: Seznamování se s okolím nás doprovází v průběhu celého života. Pokuste se vzpomenout si na úvodní seznamovací aktivity a hry, kterých jste se zúčastnili (ve škole, v kroužku, na táboře). Jaké pocity vás doprovázely během seznamování?

Odpověď Filip

Jako dítě jsem byl u seznamování opatrný. Byl jsem introvert. Trvalo mi déle, než jsem se s někým seznámil a skamarádil. Většinou to bylo ve školce/škole nebo venku na hřišti, které bylo hned u paneláku na sídlišti, kde jsem vyrůstal. Zpravidla na sídlišti a v jeho okolí nebyla nouze o děti mého věku a vzpomínám si, že kamarádů jsem měl dost a bavilo mě s nimi trávit čas venku. Když mi bylo 10, přestěhovali jsme se na vesnici, a i přes menší počty dětí v okolí jsem měl kamarádů postupně relativně dost. Podobně jsem to měl i na kroužcích či táborech. Bez mých raných kamarádských vztahů a zážitků si své dětství nedokážu představit. Koktavost začala u mě být problémem až okolo 7. ročníku ZŠ. Od té doby jsem zaznamenal komplikace u seznamování se s novými lidmi.

Odpověď Karel

Vždy mi vadilo ukázat poprvé, že problém s koktavostí mám. Bojoval jsem s tím různými způsoby. Cílem bylo oddálit první zadrhnutí se jakýmkoliv normálním způsobem.

Odpověď Vendula

Seznamovacích her, které byly součástí každého kurzu nebo nástupu nového učitele do třídy pro mě byly vždy hodně stresující. Měla jsem strach představit se jako první a dát najevo skutečnost, že mluvím jinak, a ještě k tomu s doprovázejícím napětím v obličejí. Při čekání, až na mě přijde řada mi bušilo srdce, cítila jsem horkost ve tváři a někdy se mi trochu točila hlava. Nikdy jsem se nesečkala s posměchem v tomto směru. Jakmile jsem si všimla, že vedoucí pracovník (učitel, vedoucí kurzu atd.) není mou koktavostí zaskočen, ulevilo se mi a pak se mi mluvilo lépe.

5.2.2 Odpověď na otázku č. 2

Otázka č. 2: Vyhýbali jste se/vyhýbáte se někdy záměrně skupinovým pohybovým aktivitám kvůli komunikačním obtížím? Jak často? A jak byste zhodnotili toto vyhýbavé chování nyní?

Odpověď Filip

V podstatě ano, když beru v potaz skupinové sporty (fotbal, hokej atd.) – ty mě nikdy nijak neoslovily a nebavily. Neviděl jsem v tom ten požitek jako mí ostatní vrstevníci. Když beru skupinové pohybové aktivity obecně jako i tábory, turistika, výlety, trávení času s vrstevníky venku, to mě bavilo. S příchodem koktavosti opět nastalo zmírnění na účasti těchto skupinových pohybových aktivit. Řekl bych, že se to promítalo úměrně zhoršení mé řeči. Nyní je vyhýbaní méně výrazné, ale opět záleží na situaci, a zdali znám osoby, se kterými se bavím.

Odpověď Karel

Pokud byly spojené s nadměrnou komunikací, tak ano vyhýbal. Jinak pohyb jako takový jsem měl vždy rád.

**Odpověď
Vendula**

Asi do deseti let jsem se zapojovala do všech pohybových aktivit, i těch mimoškolních. Bydlela jsem na vesnici a s dětmi (i těmi staršími) z okolí jsme pořád běhali venku a hráli různé hry. Zlom nastal od jedenácti let, kdy jsem začala mít strach jít ven mezi skupinu dětí, protože jsem si uvědomila, že nemluvíím plynule. V té době se moje řeč začala hodně zhoršovat. I když jsme chodili hrát s kamarády na hřiště míčové hry, pomalu můj zájem vymizel. Pamatuju si, že v pubertě jsem měla jakousi potřebu fungovat mezi skupinou vrstevníků. Byl to pro mě krásný pocit někam patřit a sblížit se s žáky z jiných tříd.

5.2.3 Odpověď na otázku č. 3

Otázka č. 3: Jaké pohybové aktivity jsou pro vás zajímavé, ale v minulosti jste se jim vyhýbali/stále se vyhýbáte z důvodu komunikačních obtíží (tábor, sportovní kroužek, divadlo, mimoškolní aktivity)?

Odpověď Filip

V podstatě mě napadá jen divadlo. To mě vždy tajně lákalo. Na ZŠ i SŠ jsem divadlo navštěvoval pravidelně. Vždy jsem herce a jejich um obdivoval. Nejednou jsem se při sledování hry nachytil, jak místo sledování hry přemýšlím nad tím, jak herci hrají a jaké by bylo být v jejich kůži. Byl jsem si vědom, že je to pro mě nedosažitelné. S mou koktavostí bych v herectví neměl šanci. Do divadla jsem ale chodil moc rád a alespoň jsem si představoval, jaké by bylo stát na pódiu. Tento malý sen se mi splnil v podstatě až v posledním ročníku VŠ, tedy po 3 letech logopedické terapie. Naskytla se mi příležitost zahrát si v divadelní hře a i přes strach a obavy jsem do toho šel naplno. Nelitoval jsem. Při zpětném ohlednutí mi to v řeči hodně pomohlo.

Odpověď Karel

Nevyhýbal jsem se žádným pohybovým aktivitám jako takovým. Ale když vypíchnu třeba tábor, tak jsem se dopředu obával momentů, kdy budu muset sám mluvit (představení se, večerní hry s potřebou komunikace apod.).

Odpověď Vendula

Spousta mých kamarádek strávila léto na táboře. Ve škole se pak předháněly, která má lepší a nejohromnější zážitky. Mně bylo při představě jet na tábor doslova špatně. Uvědomila jsem si, že budu mezi lidmi, kteří mě neznají. Také jsme měla představu, že všechny táborové aktivity jsou komunikačně náročné a že mě děti nepřijmou mezi sebe a budu naopak celý pobyt odstrčená. Teď bych velice ráda jela na pobyt, kde by mi někdo vymyslel pestrý program na celý týden a staral se o mě!

5.2.4 Odpověď na otázku č. 4

Otázka č. 4: V jakém ohledu u sebe naopak vidíte pokrok v oblasti pohybových aktivit a komunikace?	
Odpověď Filip	Pokrok u sebe vidím zejména ve zmírnění strachu ve společnosti ostatní lidí, nejvíce ve strachu promluvit. Stále se cítím jako introvert, občas s extrovertními výkyvy. Krom zmíněného divadla jsem využil též příležitosti být na týden průvodcem pro skupinu zahraničních turistů, a to jsem také pyšný.
Odpověď Karel	V současnosti se nevyhýbám žádným pohybovým aktivitám. Naopak je vyhledávám. Byl jsem vždy nadprůměrně pohybově nadaný. Byl to obor, ve kterém jsem se vždy radil k těm lepším.
Odpověď Vendula	Moc velký progres to není, ale začala jsem chodit na skupinové lekce. V minulosti jsem se pracovně zúčastnila několika letních pobytů a sportovních soutěží pro děti nebo osoby s jinakostí.

5.2.5 Odpověď na otázku č. 5

Otázka č. 5: Vnímáte odlišnosti v přístupech k žákům bez koktavosti a s koktavostí při působení v prostředí tělesné výchovy nebo jinak organizované pohybové aktivity?

Odpověď Filip

Z toho, co jsem vnímal během mých let ve škole, jsem přílišné rozdíly nezaznamenal, co se týká tělesné výchovy apod., za což jsem rád. Všímal jsem si rozdílného přístupu kantorů např. u vyvolávání ke čtení, kde jsem byl spíše vynecháván. Chápal jsem motivaci učitele. Chtěl ušetřit čas nebo mé „trápení“ s obtížnou četbou. Byl jsem ale raději, když se mnou bylo zacházeno „normálně“ jako s ostatními studenty. V tělesné výchově jsem byl žákem průměrným až podprůměrným, jelikož mě sporty tolik nebavily. Když se skupina rozdělovala na dvě družstva, byl jsem vybírán většinou mezi posledními.

Odpověď Karel

Nepamatuji si, že bych rozdíly zaznamenal.

Odpověď Vendula

S jiným přístupem u žáka s koktavostí jsem se ze strany vyučujícího tělesné výchovy nesečkala. Podle mého názoru je tělesná výchova prostředí, které je schopno osobu s koktavostí přijmout bez ohledu na potíže v komunikaci. V ostatních předmětech mě však vyučující příliš nevyvolávali a nezkoušeli mě u tabule (zkoušení probíhalo písemně nebo vůbec vzhledem k výbornému prospěchu). Při vědomostních kvízech jsem neměla šanci, protože vyhrávala rychlá reakce s odpovědí na otázku.

5.2.6 Odpověď na otázku č. 6

Otázka č. 6: Měli jste obavy z nějaké situace nebo pohybové činnosti v tělesné výchově na základní, střední nebo vysoké škole vzhledem ke svým komunikačním obtížím?

Odpověď Filip

Vnímám jsem, že mnohdy nemám takové pohybové a sportovní dovednosti jako mí spolužáci, takže jsem měl spíše strach, že budu kazit hry a nebudou mě brát sobě rovného. Po komunikační stránce jsem míval strach ze situací, kdy je potřeba okamžitá promluva, jako třeba u fotbalu: „Přihrej!“, apod.

Odpověď Karel

Zcela jistě provádění nástupu.

**Odpověď
Vendula**

Přímo z aktivity ne. Byla jsem vždy takový průměr. Měla jsem ráda spíše skupinové aktivity, než rychlostní běhy a skoky do dálky. Největší obavy jsem měla z nástupu a podání hlášení. Byla jsem domluvená s vyučujícím, že z nástupu mě omluví. Na jednu stranu se mi ulevilo, ale na druhou stranu jsem ucítila pocit selhání. Myslím, že na střední škole nebo na konci základní školy jsem jeden nebo dva nástupy v druhém pololetí uskutečnila. Byla jsem nadšená a hrdá, že jsem to zvládla. Mám ráda tyhle komunikační výzvy, jen potřebuji čas k jejich uskutečnění.

5.2.7 Odpověď na otázku č. 7

Otázka č. 7: Vzpomenete si na konkrétní situace v tělesné výchově, které pro vás byly komunikačně náročné?

Odpověď Filip

Napadá mě jedna situace, která se odehrála během hodiny tělesné výchovy na začátku druhého ročníku SŠ, avšak nesouvisí přímo s pohybovou aktivitou. Měl jsem tehdy zdravotní komplikace a lékařské potvrzení o uvolnění z hodiny tělesné výchovy. Seděli jsme v kruhu na zemi a učitel nám říkal, co je v plánu hodiny a zároveň se řešili omluvenky atd. Stále jsem čekal na vhodnou příležitost se přihlásit a říct, že cvičit dnes nemůžu, ale dlouho se mi to nedařilo. Měl jsem strach a cítil jsem, že se zadržnu a nepůjde mi to říct. Jakmile ta chvíle nastala, odehrálo se přesně to, co jsem očekával – větu jsem ze sebe nemohl dostat, ať jsem se snažil, jak jsem chtěl. Trvalo to bezmála půl minuty a ke konci jsem zaznamenal těžce zadržované úsměvy nejenom od spolužáků ale také od učitele, což mě mrzelo. Věta se mi nepodařila říct nakonec vůbec a učitel mi řekl, že to nevádí a sdělím mu to za chvíli osobně. Tehdy jsem se hodně styděl a považoval jsem to za své selhání ještě dlouho poté.

Odpověď Karel

Zcela jistě provádění nástupu.

Odpověď Vendula

Měla jsem obavy ohledně rychlých slovních reakcí při hrách. Například při volejbale nebo přehazované při rychlém výkřiku: „Mám!“. Nakonec se mi tahle obava nepotvrdila, protože v zápalu hry jsem ani na vteřinu nepomyslela, že by mě něco nemělo jít říct. Vlastně jsem tak trochu na svou kótvost zapomněla.

5.2.8 Odpověď na otázku č. 8

Otázka č. 8: Měli byste nějaká doporučení pro pedagogy tělesné výchovy, pokud by se setkali s žákem s koktavostí ve své hodině?	
Odpověď Filip	Radou je snad jen, aby k takovému žákovi přistupovali stejně, jako k běžnému žákovi a zdrželi se posměšků a „vtipných“ připomínek.
Odpověď Karel	Možná zbytečně nestresovat s tím, aby osoba s koktavostí musela např. pronášet nástup třídy a podávat hlášení o chybějících spolužácích ve dvojřadu.
Odpověď Vendula	Mým doporučením by bylo asi jen to, aby takového žáka brali jako rovnocenného vzhledem k ostatním žákům. Jako důležité vnímám první reakci na projevy koktavosti. Žák se pravděpodobně bude snažit jakkoliv skrýt jeho koktavost a první reakci (negativní i pozitivní) na jeho neplýnulost si může pamatovat po zbytek života.

5.2.9 Odpověď na otázku č. 9

Otázka č. 9: V případě dalších zkušeností, názorů a připomínek v oblasti pohybových aktivit a koktavosti prosím o zaznamenání pod bod č. 9.	
Odpověď Filip	Myslím si, že v hodinách tělesné výchovy či během jiných pohybových aktivit mají lepší pozici přirozeně ti, kterým pohyb a sporty jdou lépe než ostatním, ať bereme v potaz koktavost nebo nikoli. Pokud jedinec není v pohybových aktivitách silným článkem a připočteme k tomu i komunikační obtíže, jedná se o poměrně nelehkou pozici ve skupině s ostatními. Pak už záleží, jak se s tímto dokáže jedinec sám popasovat po psychické stránce.
Odpověď Karel	Mám pocit, že otázky 7 a 8 jsou téměř stejné. Asi bych tam nechal jen jednu z nich.
Odpověď Vendula	Nemám žádné další připomínky.

5.3 Diskuse k výsledkům ze sběru dat z dotazníků dospělých osob s koktavostí

Vzhledem k epidemiologické situaci jsem se rozhodla pro písemný dotazník, který jsem osobám poslala na e-mail. Zpětně hodnotím jako lepší variantu rozhovor, ve kterém by byly sníženy tendence odvádět pozornost od tématu.

Výsledky z těchto tří písemných dotazníků odkrývají již výše zmíněnou variabilitu a dynamiku koktavosti. Pokud čteme pozorně, můžeme si povšimnout i rysů, které jsou typické pro jednotlivá vývojová období. Z mého pohledu je tedy primární pracovat na základě rozdělení koktavosti podle věku. Každý z účastníků uvádí strach z koktavosti, který je vedl k vyhýbání se určitému druhu pohybové aktivity. V raném dětství se vyhýbavé chování spojené se zapojením do neorganizované nebo organizované aktivity objevovalo jen minimálně. Vysvětlení můžeme najít u Lechty (2010), který píše o neuvědomování si řečových obtíží v takto raném věku. Není zde přítomná ani psychická tenze, která řečové obtíže zhoršuje. Dva z respondentů uvedli, že si své řečové obtíže začali uvědomovat až ve stadiu fixace koktavosti. Významným faktorem zde může hrát i míra zájmu o pohybové aktivity, která může ovlivnit aktivní účast a zapojení se do řad vrstevníků. S nižší oblíbeností pohybových aktivit, se může zvýšit míra vyhýbavého chování. Tuto skutečnost reflektují i výsledky, kdy dva ze třech zúčastněných nacházejí zálibu v různorodých pohybových aktivitách, kdežto třetí osoba uvádí menší zálibu ve skupinových aktivitách, zejména v hokeji a fotbale. Filip ve třetí otázce uvedl, že ho vždy lákalo divadlo a představoval si sám sebe jako herce, ale kvůli koktavosti pro něj byla tato činnost na základní a střední škole nedosažitelná. Po třech letech logopedické terapie, ve třetím ročníku vysoké školy, si i přes prvotní strach a obavy zahrál v divadelním představení.

Z dotazníků vyplývá, že pohybové aktivity jako takové nejsou primárním problémem v otázce koktavosti. Potíže spatřuji převážně v rychlé komunikační reakci, kterými jsou například rychlé reakce při skupinových sportech vyžadujících okamžitou a rychlou komunikaci (volejbal, fotbal), při provádění nástupu v hodinách tělesné výchovy nebo v případě úvodních seznamovacích aktivit. Vendula popisuje klasickou stresovou reakci v případě představení se před skupinou neznámých lidí. Karel se na táborových pobytech předem obával momentů, kdy bude muset sám mluvit. Z doporučení od dospělých osob s koktavostí pro pedagogy vyplývá prvotní pozitivní reakce na koktavost, rovnocenný přístup a eliminace nepřiměřených nároků na žáka v oblasti komunikace. Z pohledu logopedické intervence nelze jednoznačně napsat, zda je lepší vydat se cestou modifikace koktavosti nebo

tvárováním plynulosti řeči. Logopedická terapie vždy směřuje k potlačení symptomů koktavosti. Každý se musí sám za sebe rozhodnout, zda je jeho východiskem naučit se mluvit plynuleji a snížit tak míru dysfluencí nebo redukovat citlivost na vlastní koktavost.

Výsledky mohou být zkresleny samotnou osobností jednotlivce, zážitků a traumat z dětství, přístupem okolí ke koktavosti a dalšími faktory. Pro snadnější interpretaci výsledků a vzhledem k interdisciplinárnímu charakteru problematiky koktavosti se nelze odkazovat pouze na jednu oblast působení. Každý ze zúčastněných pojal odpovědi na otázky podle svého vlastního uvážení. I přesto, že odpovědi mnohdy nesouvisely přímo s otázkou pohybových aktivit, musíme brát na zřetel multifaktoriální charakter koktavosti, který prostupuje celou osobnost jednotlivce. V každé otázce lze najít informace, které můžeme přenést do sféry pohybových aktivit.

Základním konceptem aplikovaných pohybových aktivit není pouze pozitivní působení na jedince se zdravotním postižením nebo znevýhodněním. Jedná se o oboustranné působení, kdy intaktní populace přijímá mezi sebe osobu s jinakostí. V případě koktavosti se nejedná o funkční nedostatek jedince, ale omezení v oblasti komunikace. Osoba s koktavostí má často nízké sebevědomí a sebedůvěru, strach z přiznání koktavosti svému okolí nebo strach z odmítnutí (Fraser, 2011). Právě skupinové pohybové aktivity mohou u těchto osob vzbudit prvotní pocit přijetí, úspěchu, sebevědomí, pocit výhry nad svým strachem apod. (Válková, 2012).

6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci nebyl realizován hlavní cíl z důvodu výskytu nečekaných zdravotních komplikací u dítěte s koktavostí. V praktické části jsem ponechala metodiku testování prostřednictvím standardizované testové baterie UNIFITTEST 6-60 a v příloze taktéž ponechávám záznamový arch pro zapisování výsledků jednotlivých testových úloh. Dílčí cíl jsem zrealizovala a výsledky jsou uvedeny v samostatné kapitole.

Výzkumu pro dílčí cíl praktické části se zúčastnili tři dospělé osoby, u kterých se koktavost projevila v předškolním věku. Z toho dva byli muži ve věku 26 a 38 let s vysokoškolským vzděláním a žena ve věku 26 let, která v současnosti studuje bakalářský studijní program. Všichni tři zúčastnění docházeli při studiu na vysoké škole na logopedické terapie. Probandům byl předložen písemný dotazník s otázkami směřované k vlastní zkušenosti s koktavostí a pohybovými aktivitami. Z výsledků vyplývá, že v předškolním věku (v počátcích koktavosti) neměla koktavost velký vliv na zapojení se do pohybových aktivit s vrstevníky. Vyhybavé chování, které ovlivnilo míru zapojení se do pohybových aktivit se objevuje u dvou účastníků (Vendula a Filip) až na druhém stupni základní školy. Koktavost působila potíže během seznamovacích her, konkrétně při představení se neznámým lidem. Jako další obtížné situace se jevily aktivity vyžadující rychlou komunikační reakci nebo vyšší náročnost v komunikaci, například podávání hlášení při nástupu ve školní tělesné výchově. Vysoká preference pohybové aktivity (divadla) u Filipa přispěla k překonání strachu z komunikace a pozitivně jej nadále ovlivnila.

Vyhybavé chování v oblasti působení pohybových aktivit může být ovlivněno intenzitou a dynamikou koktavosti, osobnostní charakteristikou jedince a oblíbeností a preferencemi pohybových aktivit. Na otázku ohledně doporučení pro pedagogy v případě setkání se s žákem nebo studentem s koktavostí v hodině tělesné výchovy zazněla slova jako rovnocennost, pozitivní přístup a kladení reálných požadavků na osobu s koktavostí. Tato doporučení odpovídají na mnohé otázky v přístupu k osobám s koktavostí, na které je třeba myslet nejen v hodinách tělesné výchovy.

7 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá problematikou koktavosti, jejím vlivem na dospělé osoby s koktavostí v oblasti působení pohybových aktivit. Cílem bylo zjistit, do jaké míry může koktavost ovlivnit participaci na pohybových aktivitách a zda může ovlivnit i výkonnost jedince.

V teoretické části vycházím z klasifikace koktavosti podle věku. Popisuji symptomatologii koktavosti, vhodné a nevhodné přístupy k osobám s koktavostí a možnosti používaných přístrojových a technických pomůcek pro jedince s koktavostí. Na přehled poznatků o koktavosti navazuje část aplikovaných pohybových aktivit. V této části uvádím význam aplikovaných pohybových aktivit, možnosti jejich využití v oblasti logopedické intervence. V závěru předkládám vybrané pohybové aktivity pro děti mladšího školního věku s koktavostí vzhledem k hlavnímu cíli práce.

Hlavním cílem bylo porovnání individuálních pohybových schopností dítěte s koktavostí z prvního stupně logopedické základní školy a dítěte bez koktavosti z prvního stupně běžné základní školy. Metodickým nástrojem pro porovnání je testová baterie UNIFITTEST 6-60 vhodná pro děti dané věkové kategorie. Důvod, proč jsem nezrealizovala tento cíl je uveden v kapitole o výsledcích.

Dílčím cílem práce bylo zjistit, do jaké míry měla koktavost vliv na participaci v pohybových aktivitách u třech dospělých osob s koktavostí. Pro sběr dat jsem vytvořila polostrukturovaný dotazník s devíti otázkami, na který mi probandi odpovídali písemně prostřednictvím elektronické komunikace. Ke každé jednotlivé otázce jsou uvedeny všechny tři odpovědi od respondentů. Otázky jsou rozděleny do podkapitol a barevně rozlišeny.

Bakalářská práce je založena na mé vlastní zkušenosti s koktavostí, která mne provází od předškolního věku. Na základě odborné literatury jsem se snažila popsat koktavost takovou, jaká doopravdy je a do jaké míry může ovlivnit osobnost i život člověka žijícího s koktavostí. Osoby, které se zapojily do dotazníkového šetření jsem poznala osobně před vypuknutím epidemiologické situace a měla jsem možnost se s nimi podílet na několika projektech v rámci logopedické terapie. Vypracování práce na toto téma bylo v některých pasážích náročné, ale i pro mě velmi přínosné a zajímavé.

8 SUMMARY

The bachelor's thesis deals with the issue of stuttering, its impact on adults with stuttering in the part of physical activities. The purpose was to find out to what extent stuttering can affect participation in physical activities and affect the performance of an individual.

The theoretical part is based on the classification of stuttering by age. I describe the symptomatology of stuttering, appropriate and inappropriate approaches to people with stuttering and the eventuality of used apparatus and technical aids for people with stuttering. The overview about stuttering is followed by a part of applied physical activities. In this part I present the importance of adapted physical activities, the possibility of their use in the part of speech therapy intervention. In conclusion, I present selected physical activities for children of younger school age with stuttering with respect to the main goal of the work.

The main goal was to compare the individual motor skills of a child with stuttering from the speech therapy primary school and a child without stuttering from the regular primary school. The methodological tool for comparison is the UNIFITTEST 6-60 test battery suitable for children of a given age category. The reason why I did not achieve this goal is given in the chapter on results.

The next goal of the work was to find out to what extent stuttering had an effect on participation in physical activities in three adults with stuttering. For data collection, I created a semi-structured questionnaire with nine questions, to which probands answered me in writing via electronic communication. All three answers from the respondents are given for each individual question. The questions are divided into subchapters and color-coded.

The bachelor thesis is based on my own experiences with stuttering, which accompanies me from preschool age. Based on the literature and scientific studies, I tried to describe stuttering as it really is and to what extent it can affect the personality and life of a person living with stuttering. I personally met the people who participated in the questionnaire survey before the epidemiological situation and I had the opportunity to participate with them in several projects as a part speech therapy. The elaboration of the work on this topic was challenging in some passages, but also very beneficial and interesting for me.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Chong, C. S., Tsunaka, M., Tsang, H. W., Chan, E. P., & M., C. W. (2011). Effects of yoga on stress management in healthy adults: A systematic review. *Alternative therapies in health and medicine*.
- Fraser, M. (2011). *Svépomocný program při koktavosti*. Praha: Portál.
- Gatzonis, S., & Fabus, R. (2015). A preliminary study investigating the effects of a modified yoga breathing program with four individuals who stutter. *Es in communication science and disorders*, 42, 246–259.
- Health & Medicine Week. (2005). Stuttering; Treat stuttering before children start school. *Health & medicine week*.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 928–934.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 40.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. ORE-institut.
- Kloth, S. A. ., Kraaimaat, F. ., Janssen, P., & Bruten, G. . (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of fluency disorders*, 24(4), 253–265.
- Lechta, V. (2004). *Koktavost: Komplexní přístup*. Praha: Portál.
- Lechta, V., & Kolektiv, A. (2011). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
- McGroarty, A., & McCartan, R. (2018). Beliefs and behavioural intentions towards pharmacotherapy for stuttering: A survey of adults who stutter. *Journal of communication disorders*, 73, 15–24.
- Měkota, K., & Kovář, R. (1996). *Unifittest (6-60). Manuál pro hodnocení základní motorické výkonnosti a vybraných charakteristik tělesní stavby mládeže a dospělých v České republice*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.

- Mlčáková, R., & Vitásková, K. (2013). *Narušení plynulosti řeči - vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Nešpor, K. (1998). *Joga pro děti: relaxace, cvičení příběhy*. Praha: Velryba.
- Norris, R., Carroll, D., & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of psychosomatic research*, 36(1), 55–65.
- O'Donoghue, J., Moss, H., Clements-Cortes, A., & Freeley, C. (2020). Therapist and individual experiences and perceptions of music therapy for adolescents who stutter: A qualitative exploration. *Nordic journal of music therapy*, 29(4), 353–370.
- Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Castillo, M. J., & Sjöröm, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International journal of obesity*, 32(1), 1–11.
- Peutelschmiedová, A. (1996). *Koktavý žák ve škole*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Peutelschmiedová, A. (2005). *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Półrola, P., & Góral-Półrola, J. (2013). *In search of new methods. Qigong in stuttering therapy*.
- Ryan, B. P., & Van Kirk Ryan, B. (1983). Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs. *Journal of fluency disorders*, 8(4), 291–321.
- Válková, H. (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Wakaba, Y. Y. (1983). Group play therapy for Japanese children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 8(2), 93–118.
- West, J., Otte, C., Geher, K., Johnson, J., & Mohr, D. C. (2004). Effects of hatha yoga and african dance on perceived stress, affect, and salivary cortisol. *Annals of behavioral medicine*, 28(2), 114–118.

10 PŘÍLOHY

Informovaný souhlas pro dospělé účastníky výzkumu

Název studie: Aplikované pohybové aktivity u osob s koktavostí

Jméno:

Datum narození:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Podpis účastníka

Informovaný souhlas pro zákonného zástupce

Název studie: Aplikované pohybové aktivity u osob s koktavostí

Jméno:

Datum narození:

1. Já, níže podepsaný(á) zákonný zástupce souhlasím s účastí mého syna/dcery ve studii.
2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cíli studie a o jejích postupech. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl (a) jsem tomu, že účast dítěte ve studii mohu kdykoliv přerušit či ukončit.
4. Při zařazení do studie budou osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že jméno dítěte se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Podpis zákonného zástupce

Informovaný souhlas pro žáka

Název studie: Aplikované pohybové aktivity u osob s koktavostí

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi méně než 18 let.
2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Podpis účastníka

Záznamový arch pro zapisování výsledků UNIFITTESTU 6-60

UNIFITTEST															
Město:		Škola:					Ročník: 1 2 3 4 5								
		Povinné testy					Volitelné testy								
Poř. č.	Jméno žáka	Vytrvalost		Síla břišních svalů (počet opakování)		Skok daleký z místa (cm)		Předklon v sedu (dosah v cm)		Člunkový běh 4 x 10m (min:sec)		Shyby-chlapci (počet)		Výdrž ve shyb-dívky (min:sec)	
		Název zvoleného testu (min:sec nebo vzdálenost v metrech)	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř
Měření ve školním roce:		1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř	1. měř	2. měř
1.															
2.															
3.															
4.															

Dotazník pro dospělé osoby s koktavostí

1. Seznamování se s okolím nás doprovází v průběhu celého života. Pokuste se vzpomenout si na úvodní seznamovací aktivity a hry, kterých jste se zúčastnili (ve škole, v kroužku, na táboře). Jaké pocity vás doprovázely během seznamování?
2. Vyhýbali jste se/vyhýbáte se někdy záměrně skupinovým pohybovým aktivitám kvůli komunikačním obtížím? Jak často? A jak byste zhodnotili toto vyhýbavé chování nyní?
3. Jaké pohybové aktivity jsou pro vás zajímavé, ale v minulosti jste se jim vyhýbali/stále se vyhýbáte z důvodu komunikačních obtíží (tábor, sportovní kroužek, divadlo, mimoškolní aktivity)?
4. V jakém ohledu u sebe naopak vidíte pokrok v oblasti pohybových aktivit a komunikace?
5. Vnímáte odlišnosti v přístupech k žákům bez koktavosti a s koktavostí při působení v prostředí tělesné výchovy nebo jinak organizované pohybové aktivity?
6. Měli jste obavy z nějaké situace nebo pohybové činnosti v tělesné výchově na základní, střední nebo vysoké škole vzhledem ke svým komunikačním obtížím?
7. Vzpomenete si na konkrétní situace v tělesné výchově, které pro vás byly komunikačně náročné?
8. Měli byste nějaká doporučení pro pedagogy tělesné výchovy, pokud by se setkali s žákem s koktavostí ve své hodině?
9. V případě dalších zkušeností, názorů a připomínek v oblasti pohybových aktivit a koktavosti prosím o zaznamenání pod bod č. 9.