

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Pedagogická fakulta**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**

**BALBUTIK NA CESTĚ K ÚSPĚŠNÉ LOGOPEDICKÉ  
INTERVENCI**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Autor práce:** Zuzana Táborská

Studijní obor: Logopedie

**Vedoucí práce:** Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

**OLOMOUC 2010**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a pouze s využitím informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne 30.6.2010

.....

podpis

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za obětavý přístup, podnětné připomínky, odborné rady a čas věnovaný vedení mé diplomové práce. Mé velké díky patří doc. PaedDr. Alžbětě Peutelschmiedové, Ph.D., která se se mnou podělila o své cenné zkušenosti při koncipování dotazníku. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Říhové, která mi byla oporou a velkou inspirací a která mi při psaní práce poskytla nespočet cenných rad. Mé poděkování patří také Prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi CSc. za rady k metodologické části mé práce a v neposlední řadě PhDr. Petru Staníčkoví za pomoc a ochotu při realizaci výzkumného šetření.

Můj upřímný dík patří všem balbutikům, kteří byli tak laskaví a nechali mě nahlédnout do svých životních osudů.

# OBSAH

## TEORETICKÁ ČÁST

Úvod.....	8
<b>1 Teoretická východiska.....</b>	<b>10</b>
1.1 Komunikace.....	10
1.2 Narušená komunikační schopnost.....	12
1.3 Narušení plynulosti řeči.....	14
<b>2 Balbuties.....</b>	<b>15</b>
2.1 Terminologie balbuties.....	15
2.1.1 Termín „kuktavost“ v cizích jazycích.....	15
2.1.2 Balbutik.....	17
2.1.3 Definice kuktavosti.....	18
2.2 Etiopatogeneze balbuties.....	18
2.2.3 Etiologie balbuties.....	19
2.2.4 Patogeneze balbuties.....	20
2.2.4.1 Geneze balbuties.....	22
2.2.4.1.1 Vývojová dysfluence.....	22
2.2.4.1.2 Hraniční kuktavost.....	23
2.2.4.1.3 Incipientní kuktavost.....	23
2.2.4.1.4 Fixovaná kuktavost.....	23
2.2.4.1.5 Chronická kuktavost.....	24
2.3 Syndromologie balbuties.....	24
2.3.1 Psychická tenze.....	25
2.3.2 Nadměrná námaha.....	25
2.3.2.1 Narušené koverbální chování.....	26
2.3.3 Dysfluence.....	27
2.3.3.1 Základní typy dysfluencí.....	27
2.4 Klasifikace balbuties.....	29

<b>3</b>	<b>Logopedická intervence u osob s balbuties.....</b>	<b>31</b>
3.1	Logopedická diagnostika balbuties.....	31
3.1.1	Pravidla komplexní diagnostiky.....	32
3.1.2	Možnosti diagnostikování psychické tenze.....	33
3.1.3	Možnosti diagnostikování nadměrné námahy.....	34
3.1.4	Možnosti diagnostikování dysflulence.....	34
3.1.4.1	Kvantitativní hodnocení dysflulence.....	34
3.1.4.1.1	Van Riperova kritéria.....	35
3.1.4.2	Kvalitativní hodnocení dysflulence.....	35
3.1.4.3	Komplexní hodnocení-Balbutiogram.....	36
3.1.5	Diferenciální diagnostika balbuties.....	37
3.2	Logopedická terapie balbuties.....	37
3.2.1	Limity terapeutických cílů.....	38
3.2.2	Členění terapie podle příznaků koktavosti.....	39
3.2.3	Metody terapie koktavosti.....	39
3.2.4	Formy terapie koktavosti.....	40
3.2.5	Organizace a sdružení balbutiků.....	40
3.2.6	Terapeutické přístupy.....	41
3.2.6.1	Terapie tvarování plynulosti řeči.....	42
3.2.6.2	Terapie modifikace koktavosti.....	42
3.2.7	Terapeutické techniky.....	42
3.2.8	Terapeutické programy.....	42
3.2.8.1	LIDCOMBE program.....	43
3.2.8.2	MIDVAS.....	44
3.3	Logopedická prognóza balbuties.....	45
3.4	Možnosti logopedické prevence balbuties.....	45
3.4.1	Rady pro rodiče a učitele.....	46
3.4.2	Pokud si myslíte, že Vaše dítě koktá.....	46
3.5	Svět, který rozumí koktavosti.....	47
3.5.1	Preambule .....	48
3.5.2	Práva balbutiků.....	48
3.5.3	Povinnosti balbutiků.....	48
3.5.4	Několik úvah pro naše přátele, kteří koktají.....	48

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

<b>4</b>	<b>Vlastní šetření.....</b>	<b>53</b>
4.1	Cíle výzkumného šetření.....	53
4.1.1	Hypotézy.....	53
4.2	Vzorek výzkumného šetření.....	53
4.3	Metody výzkumného šetření.....	55
4.3.1	Charakteristika použitého dotazníku.....	55
<b>5</b>	<b>Zpracování získaných dat a jejich interpretace .....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>Diskuze a doporučení vyplývající z výzkumného šetření.....</b>	<b>111</b>
6.1	Ověřování platnosti hypotéz.....	111
6.2	Doporučení vyplývající z výzkumného šetření.....	113
	<b>Závěr.....</b>	<b>117</b>
	<b>Resumé.....</b>	<b>119</b>
	<b>Summary.....</b>	<b>120</b>
	<b>Seznam literatury a zdrojů.....</b>	<b>121</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>126</b>
	<b>Anotace</b>	

## **Motto:**

*Balbutici, kteří překonají strach, obavy a ostýchavost a zkusí s lidmi kolem sebe promluvit na téma koktavosti, bývají často překvapeni jejich upřímným zájmem.*

*Lidé s koktavostí si obvykle neuvědomují, že překvapení a ostych je na obou stranách, na druhé straně mnohdy ještě větší. Ti bez problémů v řeči zjišťují, co všechno vada řeči způsobuje a ovlivňuje a kolik věcí je jinak, než si původně mysleli.*

A. Peutelschmiedová (Techniky práce s balbutiky, 2005).

# Úvod

Schopnost komunikovat není výlučně lidská, u člověka však dosáhla vrcholu. Tento zdánlivě jednoduchý proces je velmi důležitý, neboť je hlavním prostředkem, pomocí něhož lidé sdílejí své myšlenky, touhy a pocity, vyjadřují svou identitu, vytváří a udržují vztahy a přátelství. Prostřednictvím komunikace předáváme tradice a zvyky, učíme se a poznáváme svět. Jen málokdo z nás si dokáže představit skutečný dopad komunikačních obtíží na kvalitu každodenního života balbutiků. Vzhledem k této skutečnosti a našim praktickým zkušenostem při práci balbutiky jsme se rozhodli věnovat naši diplomovou práci právě problematice balbuties. Stěžejní náplní diplomové práce bude balbuties, komunikace, narušená komunikační schopnost a logopedická intervence u osob s balbuties.

Při psaní práce budeme čerpat z praktických zkušeností, které autorka práce získala na Soukromé klinice Logo v Brně. Jednalo se o aktivní účast na skupinových terapiích a letních pobytech pro děti a dospělé s diagnózou narušení plynulosti řeči. Další cenné zkušenosti a informace získala autorka práce na setkáních občanského sdružení Balbus v Olomouci. Při psaní práce budeme vycházet z teoretických znalostí získaných z četby odborné literatury, pasivní účasti na tuzemských konferencích<sup>1</sup> a ze studijního pobytu ve Spojených Státech Amerických.

Práci budeme dělit na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se budeme věnovat obecné problematice balbuties jako je terminologie, klasifikace, etiopatogeneze a syndromologie. Vzhledem k povaze práce se podrobněji zmíníme o logopedické intervenci u osob s balbuties. V praktické části se zaměříme na výzkumné šetření u adolescentů a dospělých osob s balbuties.

Výzkumné šetření je založené na kvalitativní metodě, dotazníkovém šetření, a následné analýze získaných údajů. Výsledkem výzkumného šetření bude shrnutí získaných informací, jejich analýza a grafický záznam. Dále budeme vycházet ze studia odborné literatury a praktických znalostí nabytých z odborných praxí.

---

<sup>1</sup> Mezinárodní konference při příležitosti Mezinárodního dne porozumění kxtavosti (2007, 2008)



Hlavním cílem práce je zjištění efektivity logopedické intervence u osob s balbuties, jejichž narušená komunikační schopnost ovlivňuje kvalitu jejich života ve všech dimenzích. Zaměříme se také na to, zda a jakým způsobem ovlivňuje zjištěné narušení plynulosti řeči profesní orientaci balbutiků.

Diplomovou prací chceme poukázat na složitost problematiky balbuties a na nutnost včasné a komplexní diagnostiky. Dále chceme upozornit na to, že by terapeutická intervence neměla být nepříznivě ovlivněna rivalizačními tendencemi nebo skepsí mezi jednotlivými profesemi, ale snahou o reciproční komunikaci dílčích lékařských i nelékařských oborů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Teoretická východiska

V úvodu této kapitoly se pokusíme o terminologické vymezení komunikace. Dále vymežíme termíny, jako jsou komunikační schopnost, narušená komunikační schopnost a narušení plynulosti řeči.

### 1.1 Komunikace

*„Schopnost mluvit, je hlavním rozlišujícím znakem (vlastností) lidského rodu a nejběžnějším projevem našeho každodenního života. Kromě dýchání, není nic, co bychom my, lidé, dělali častěji a rutinněji, než vzájemně komunikovali.“*

*J. J. Lynch (The Language of the Heart, 1985, s. 118.)*

V této podkapitole vymežíme termín komunikace, dále se zaměříme na základní pojmy, které s komunikací úzce souvisí – jazyk, řeč, mluva a mluvení.

V *Latinsko-českém, česko-latinském slovníku* (Šenková, 2002) nacházíme termín *communicare*, což znamená „někomu něco dát, sdílet něco s někým“. *Logopedický slovník* definuje komunikaci, *communicatio* jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka, který se realizuje ve třech hlavních formách: mluvené, psané, ukazované“ (Dvořák, 2007, s. 102). Hartl, Hartlová (2004) v *Psychologickém slovníku* uvádí výklad daného pojmu jako dorozumívání, sdělování a zdůrazňují, že komunikace obecně není specificky lidským jevem. Základem komunikace je *komunikátor*, tedy osoba sdělující, a *komunikant*, tedy příjemce informace. Dále hovoříme o *komuniké*, což je vlastní informace, sdělení. Poslední ale neméně podstatnou složkou komunikace je komunikační kanál, tedy podmínka úspěšné výměny informací. Jakýkoliv deficit ve výše uvedených oblastech vede ke změně, narušení či znemožnění efektivní komunikace. „Komunikujeme, abychom navázali kontakt, oslovili a sblížili se s ostatními, komunikujeme, abychom uspokojili naše potřeby, přání, odhalili své pocity, sdíleli informace, abychom dosáhli svých cílů. Mezilidským vztahům se nelze vyhnout, stejně tak není možné nekomunikovat (Vybíral, 2009). Komunikace se uskutečňuje pomocí řeči verbální a neverbální

(nonverbální, mimoslovní, neslovní). *Logopedický slovník* definuje slovní (verbální) komunikaci jako „dorozumívání pomocí slov“ (Dvořák, 2007, s. 103). *Psychologický slovník* definuje neverbální komunikaci jako „komunikaci, která je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí, kvalitou hlasu, pauzami v řeči, zvuky jako je smích...“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 265).

Nyní přejdeme k vymezení pojmů *jazyk* a *řeč*. Dle *Logopedického slovníku* se termíny řeč a jazyk se často užívají zaměnitelně, i když jde o dvě odlišné kategorie vývojově i neurologicky; řeč se vztahuje k mechanismu mluvení a zahrnuje pohyby jazyka, rtů, čelistí, tváří, hrdla k produkci hlásek potřebných a také zahrnuje elementy dýchání a mechanismy tvoření hlasu; řeč je realizace, použití jazyka (Dvořák, 2007, s. 175).

Birjukov (in Sovák, 1978) uvádí, že „řeč je výkonem individuálním a jazyk je jevem a procesem společenským“. Tanner (2003) uvádí, že *řeč* vnímáme prostřednictvím zvuku, který je nositelem mnoha dimenzí nejrůznějších informací. Řeč je tím nejbohatším zvukem, se kterým se kdy člověk setkal. Jsme vystaveni neustálému toku informací, které k nám přicházejí z okolí. Na základě zpracování těchto informací, jejich kategorizace, si utváříme vlastní úsudek, prostřednictvím něhož pak formulujeme vlastní odpovědi.

Klenková (2006) dále dělí řeč na *zevní* a *vnitřní*, přičemž *zevní řeč*, mluvená řeč či *mluva* vyjadřuje schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly. Realizuje se *mluvením*. *Vnitřní řečí* se rozumí chápání, uchování a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky (četba, písmo). (Klenková, 2006, s. 27).

*Jazyk* je základním prostředkem lidské komunikace, v literatuře se však s jeho jednotnou definicí nesetkáme. Jazyk je jevem společenským a jako takový se neustále vyvíjí. Birjukov (in Sovák, 1978) definuje jazyk jako: „souhrn výrazových prostředků a vyjadřovacích způsobů, které v podmínkách společenského bytí vytvářela a zdokonalovala skupina lidí zvaná národ“. Neubauer (2007, s. 14) vymezuje jazyk jako: „komunikační kód, který se skládá z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů reprezentujících každý aspekt tohoto kódu.

Jejich adekvátní užití je podmíněno kognitivními procesy, především v oblasti paměti a pozornosti, a také intelektovými schopnostmi. Proces tvorby a užití jazykového kódu je závislý také na schopnosti učení se novým informacím a na intaktních cerebrálních funkcích“. Neubauer dále upozorňuje na čtyři základní složky jazykového kódu, jedná se o složku sémantickou, syntaktickou, fonologickou a pragmatickou (in *ibid*).

## 1.2 Narušená komunikační schopnost

Chceme-li se zabývat narušenou komunikační schopností, musí být naším logickým východiskem komunikace jako taková. V úvodu podkapitoly 1.1 jsme již komunikaci vymezili. Na začátku této kapitoly budeme primárně definovat pojem komunikační schopnost, na základě kterého následně terminologicky vymezíme narušenou komunikační schopnost.

*Komunikační schopnost* je „schopnosť človeka vedome a podľa patričných noriem používať jazyk ako systém znakov a symbolov v celej jeho komplexnosti a vo všetkých jeho formách, a to s cieľom realizovania určitého komunikačného zámeru. Komplexnosť znamená, že komunikačná schopnosť zahŕňa všetky jazykové roviny (foneticko-fonologickú, lexikálno-sémantickú, morfológicko-syntaktickú, pragmatickú...); pokiaľ ide o formy, táto schopnosť zahŕňa všetky spôsoby komunikovania (napr. hovorený, grafický, neverbálny spôsob komunikácie)“ (Lechta in Kerekrétiová, 2009, s. 21).

*Narušená komunikační schopnost* je jedním ze základních termínů moderní logopedie, jenž zastřešuje termíny vada řeči (nezvratná) a porucha řeči (má perspektivu odstranění). Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) se může projevit jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči (Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová; 2005).

V anglické literatuře je NKS označována termínem „communication disability“, v německé literatuře se setkáváme s termínem „gestörte Kommunikationsfähigkeit“, ve francouzské literatuře se jedná o termín „trouble de

la capacité communicative“; v ruské literatuře nacházíme termín „narušennaja komunikacionnaja sposobnost“; v polské literatuře se jedná o termín „naruszona zdolnos’c’ komunikacyjna“ (Lechta, 2003).

„Fundamentem termínu narušení komunikační schopnosti není řeč, mluva, jazyk, ale komunikace, a to v nejširším slova smyslu. Uvažujeme o schopnosti, kterou je možné pěstovat, rozvíjet, kultivovat. Logopedie tak získává podstatně širší a komplexnější rozměr. Slovem narušení implikujeme víru, důvěru a naději v možnost modifikace, úpravy případného postižení“ (Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková; 2005, s. 129).

V tuzemské odborné literatuře i v logopedické praxi je od 90. let 20. století užívána symptomatická klasifikace narušené komunikační schopnosti, kterou uvádí Lechta (1990, 2007). V této klasifikaci dělí narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie),
- získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus),
- narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie),
- narušení plynulosti řeči (tumultus sermonis, *balbuties*),
- narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie),
- narušení grafické stránky řeči (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie),
- symptomatické poruchy řeči (provázející jiné dominující postižení, narušení nebo onemocnění),
- poruchy hlasu,
- kombinované vady a poruchy řeči.

### 1.3 Narušení plynulosti řeči

*„Plynulost řeči je přítelem – opřencem, který od koktavého odlétá, právě když jej nejvíce potřebuje.“*

*Joseph G. Sheehan (Easy Stuttering, 2005, s. 76)*

„Termín „narušení plynulosti řeči“ (řečová dysfluence) je dosti diskutován, neboť může označovat nejen vyloženě patologický stav náležící mezi onemocnění v oblasti řeči, ale rovněž i řeč neplynulou, při menší kompetenci k bohatšímu vázanému mluvnímu projevu, nevázaní slov při silné emoční rozladě apod. Pro naše účely považujeme poruchu plynulosti řeči za stav, kdy dochází buďto ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (koktavost – balbuties)“ (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 261).

„Perfektní plynulost řeči je nedosažitelná a je cílem, který vede k porážce toho, kdo si jej vytyčí“ (Sheehan in Fraser, 2006). Plynulá (fluentní) řeč je schopnost ovládat řečový aparát plynule, bez námahy a přiměřeně rychle tak, že dochází k produkci souvislého, nepřetržitého a nepřerušovaného toku řeči. Existuje řada situací, okolností, které nepříznivě ovlivňují řečovou produkci a mohou mít rušivý vliv na plynulost řeči (např. řečová vyspělost, slovní zásoba, mluvní pohotovost, daná situace a momentální citové rozpoložení mluvčího, vliv autority partnera atd.) (Sovák, 1988).

## 2 Balbuties

**Koktavost** (balbuties) je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušení komunikační schopnosti. Jde o všeobecný jev bez vztahu k národnosti a jazyku. Tato porucha má často mimořádně nepříznivý zpětný dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Snaha o léčbu koktavosti je již více než 100 let předmětem zájmu mnoha lékařských i nelékařských oborů (Lechta, 2007).

### 2.1. Terminologie balbuties

V *Defektologickém slovníku* (1978, s. 172) se setkáváme s různými „terminologickými ekvivalenty koktavosti, jako jsou např. dysfémie (z řec. fémi = mluvím), balbuties (z lat. balbutire = koktat), laloneuroza (z řec. lalein = žvatlat, neuron = nerv), spasmofemie (z řec. spasmos = křeč)“. Sovák (1978, s. 316) upozorňuje na Schulthesem uváděné termíny „ischonofonie, hesitatio linguae, battarismus“. V překladové publikaci Huberta Synka (1928) se setkáváme s termíny primární ataxie (1. stupeň počátečního koktání), sekundární ataxie (2. stupeň počátečního koktání) a asociativní ataxie (těžké koktání).

#### 2.1.1 Termín „koktavost“ v cizích jazycích

Samotný termín „koktavost“ (lat. balbuties) je přímo stvořený pro zakoktání se, neboť opakovaná exploziva „k“ na začátku slova - rozhodně nenabádá k měkkému hlasovému začátku. Pokusme se tedy opustit místní břehy a vydat se do jiných končin, neboť koktavost nezná hranice.

**Tabulka č. 1**

Koktavost v Evropě	
albánsky: <i>belbëzot</i>	maďarsky: <i>dodogás</i>
anglicky (brit. angl.): <i>stammering</i>	německy: <i>stottern</i>
bělorusky: <i>zaikaŋni</i>	norsky: <i>stotre</i>
bulharsky: <i>zaekvane</i>	polsky: <i>jakanie</i>
dánsky: <i>fremstamme</i>	portugalsky: <i>gaguejar</i>
estonsky: <i>kokutama</i>	rumunsky: <i>bâlbâi</i>
finsky: <i>änkyttää</i>	rusky: <i>,zaikanie</i>
francouzsky: <i>bégaiement</i>	řecky: <i>travlízq</i>
holandsky: <i>stmelen</i>	srbsky: <i>mucati</i>
chorvatsky: <i>mucanje</i>	slovinsky: <i>mucanje</i>
italsky: <i>balbuzie</i>	španělsky: <i>tartamudez</i>
litevsky: <i>stostisanas</i>	švédsky: <i>stamma</i>
lotyšsky: <i>stostīties</i>	ukrajinsky: <i>zaikannya</i>

**Tabulka č. 2**

Koktavost v Americe	
USA (am. angl.): <i>stuttering</i>	brazilsky: <i>gagueira</i>

**Tabulka č. 3**

Koktavost v Africe	
ghansky: <i>howdodo</i>	somálsky: <i>wuu haghaglayya</i>
nigerijsky: <i>nsu</i>	

**Tabulka č. 4**

Koktavost v Asii	
čínsky: <i>kōuchī</i>	thajsky: <i>phūd takuktakək</i>
izraelsky: <i>gimgum</i>	turecky: <i>kekemelik</i>
japonsky: <i>kuchigomoru</i>	vietnamsky: <i>sự nói lắp bắp</i>
korejsky: <i>deodeumda</i>	



### 2.1.2 Balbutik

Z praxe jsme vypořezovali, že balbutici bývají označováni jako osoby, které koktají nebo zadržávají. Hanlivěji působí označení koktavý. V anglické literatuře se setkáváme nejčastěji se zkratkou *PWS* (*People Who Stutter*, tedy lidé, kteří koktají, popř. *Person Who Stutter*, tedy osoba, která koktá), dalším možným synonymem je *stutterer* (koktavý). V britské angličtině se setkáme s termínem *stammerer* (koktavý). Při pročítání německé literatury nacházíme termín *stotterer* nebo *stammer*. Ve slovenské literatuře nacházíme termín *zajakavý*.

Balbutik je označení pro osobu, která trpí poruchou plynulosti řeči, koktavostí - balbuties. Zjednodušeně řečeno, balbutik je člověk, který má problémy s plynulostí ve svém řečovém projevu. Narušení plynulosti řeči je příznakem nejviditelnějším, avšak zdaleka ne jediným. Lidé, kteří zadržávají (balbutici) představují různorodou skupinu osob různých profesí, kulturních příslušností, osobních zkušeností a úspěchů. Přestože více než 60 milionů lidí na světě koktá, je povědomí o koktavosti velmi nízké. Díky této nízké informovanosti, musí lidé, kteří koktají čelit diskriminaci, předsudkům a někdy i sociální izolaci. (Tanner, 2003).

„I když bývá koktavost pro rozmanitost symptomů nazývána jedním z nejtrýznivějších narušení komunikační schopnosti, záleží na schopnosti samotného balbutika, jak narušení plynulosti řeči přijme. Vlivem pozitivního přijetí v interindividuálním styku, tedy vlivem příznivých zkušeností získaných v rámci konkrétních životních situací, mohou být nežádoucí symptomy balbuties (např. logofóbie) eliminovány. Sebevědomí (představy o sobě, o své lidské hodnotě) lze také pozitivně ovlivnit ztotožněním se s autoritou, kdy balbutik přejímá určité názory osob, jež mu imponují. Ne vždy dochází k identifikaci balbutika se vzorem, který mu pomůže v boji s narušením plynulosti řeči“ (Kršňáková, 2004, s. 14).

### 2.1.3 Definice koktavosti

Jak již bylo řečeno výše, koktavost (balbuties) se pokládá za jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Doposud není uspokojivě vyřešen problém její příčiny ani problém její terapie i přesto, že první zmínky o ní sahají až do starověku. Je velmi obtížné stanovit obecně přijatelnou a všeobecně platnou definici koktavosti (Lechta in Kerekrétiová, 2009).

Za nejužitečnější a nejužívanější definici koktavosti bývá považována definice Lechtova (in Kerekrétiová, 2009, s. 190): „Zajakavosť je syndróm komplexného narušenia koordinácie orgánov participujúcich na hovorení, ktorý sa najnápadnejšie prejavuje charakteristickými nedobrovoľnými špecifickými *pauzami*, narušujúcimi plynulosť procesu hovorenia a tým pôsobiacimi rušivo na komunikačný zámer. Pokladáme ju za multifaktoriálny, dynamický a variabilný syndróm NKS, se zložitou symptomatickou, ktorá je často dôsledkom viacerých parciálnych, vzájomne sa prelínajúcich, nadväzujúcich a/alebo recipročne i súhrnn reagujúcich príčin“. Komplexnost narušení verbálního projevu při balbuties nacházíme ve stejnojmenné publikaci (Lechta, 1990, s. 228): „...primárne ide o narušenie nesymbolických procesov (tj. narušenie plynulosti hovorenia), vzápätí sa prejaví aj na symbolických procesoch (napr. rušivý vplyv samotného zajakavania na koncipovanie výpovede; časté parafrázie; při ťažšom stupni zajakavosti sotva chápeme samotný obsah výpovedi balbutika atď.)“.

## 2.2 Etiopatogeneze balbuties

„Odhalení příčiny koktavosti patří k „tradičním“, leč navzdory tomu nevyřešeným problémům balbutologie, a to bez ohledu na to, chtějí-li se ho zmocnit logopedi, psychologové, lékaři či jiní odborníci. Dodnes se totiž nepodařilo uspokojivě a komplexně vyřešit záhadu příčiny vzniku koktavosti. Při zkoumání tohoto problému se lze zaměřit na jednotlivé možné (pravděpodobné) etiologické činitele (kritérium kauzality), nebo lze sledovat způsob jejich vzniku a průběhu (kritérium geneze)“ (Lechta, 2004, s. 39).

Na etiopatogenezi koktavosti participují v podstatě tři vzájemně se prolínající skupiny faktorů: dispoziční činitele, orgánové odchylky a patosociální vlivy. Obvykle je přítomna také složka psychogenní. Tyto etiopatogenetické faktory jsou na vzniku koktavosti zastoupeny v rozličné míře, v různé kauzální a chronologické návaznosti, a to vždy v závislosti na daném individu. Uvnitř jednotlivých skupin navíc působí rovněž řada dalších konkrétních proměnných, takže je velmi těžké určit, do jaké míry je ten který etiopatogenetický faktor původní, resp. hlavní příčinou koktavosti a v jakém rozsahu ji ovlivnil (Lechta, 2003).

### 2.2.3 Etiologie balbuties

„V názorech na etiologii balbuties nacházíme model lingvistický, antropologický, sociologický, sémantický, psychoanalytický, kybernetický, pragmatický, neurologický, neurolingvistický. V České republice je stále nejznámější Sovákova rovnice, že *koktavost = dispozice + trauma*, což je přejetá hypotéza J. S. Grena z 50. let minulého století o spolupůsobení vrozené dispozice ke koktavosti a aktivního podnětu“ (Peutelschmiedová, 2004, s. 44).

Lechta (2004) uvádí, že názory na psychogenní podklad příčiny balbuties vystihuje definice koktavosti jako *neurózy řeči*. Z řad odborníků se k tomuto názoru přikláněli: Kussmaul, Gutzmann, Nadoleczny, Sikorskij, Seeman, Gaňo, Sovák, Kratochvíl, Kondáš a další. Později ale bylo u mnoha balbutiků výzkumně prokázáno *orgánové pozadí*. Jejich narušení a vznikl jistý rozpor. Hartl, Hartlová (2000, s. 354) uvádí, že v případě u neuróz jedná o „funkční nervové onemocnění bez orgánového nálezu, při němž nejde o orgánové poškození CNS...“. Tento spor se pokusil vyřešit Seeman (1955) svým tvrzením o „dynamických odchylkách (tedy o narušení funkce) v striopalidárním systému“. Lechta (in Kerekrétiová, 2009) dále uvádí, že mezi jednu z hlavních příčin vzniku koktavosti patří beze sporu *dědičnost*. Gillam (in ibid.) uvádí 15% vliv dědičnosti. Kehoe (in ibid.) hovoří o 3krát větší pravděpodobnosti, že se mezi blízkými příbuznými balbutika vyskytne osoba s koktavostí. Lechta (in Kerekrétiová, 2009) dále upozorňuje, že v počátcích existovaly úvahy o *lokalizaci příčiny balbuties* v efektoru – jazyku. Postupem času přibývalo čím dál více koncepcí usilujících o lokalizaci příčiny v různých korových, případně podkorových oblastech mozku (bazální ganglia – striatum, palidum,

thalamus, corpus callosum, limbický systém atd.). Za jednu z příčin koktavosti se tradičně pokládala *levorukost*, přesněji násilné přecvičování leváků k užívání pravé ruky (in *ibid.*). Dle Peutelschmiedové (2004) vedle somatogenních hledisek etiologie balbuties aktuálně opět vzrůstá význam biochemických faktorů, na které upozorňoval již foniatr Miloš Seeman (1955). V současné době se jedná především o výzkum úlohy neurotransmiterů (zejména serotoninu) v genezi balbuties.

„Z psychogenního hlediska se hovoří o nepoměru řeči a myšlení, o psychicky podmíněné spastické afekci hlasivek, o duševní nákaze, o psychotraumaticky podmíněné koktavosti, ambivalentním postoji k realitě, rozporu mezi proslovením a utajením myšlenek, konfliktu řečových vzorců, poruše vztahu matka – dítě“ (Peutelschmiedová, 2004, s. 44). Mezi další názory na vznik koktavosti řadíme např. nesprávné výchovné působení (diagnózogenní teorie Wendella Johnsona), nesprávný řečový vzor (napodobení) nebo bilingvismus. V neposlední řadě se setkáváme s názorem na příčinnou souvislost hemisferální dominance při vzniku balbuties (in *ibid.*).

Aktuální modely koktavosti popisují poruchu jako vyústění složitých dynamických vztahů mezi vnitřními (neurologickými a kognitivními) faktory a vnějšími podmínkami. Mezi vnitřní faktory patří: dědičné vlastnosti, temperament, kognitivní schopnosti, jazykové znalosti, mechanismus zpracování informací (pozornost, vnímání, paměť a usuzování) a kontrola řečové produkce. K vnějším podmínkám patří kultura, očekávání rodičů, výchova, vzdělávání a vztahy mezi sourozenci a vrstevníky. Je velmi důležité pochopit, že soubory faktorů, které mohou stimulovat rozvoj koktavosti v jedné osobě, nemusí být shodné s faktory, které vyvolají koktavost u někoho jiného (Gillam, 2000).

#### **2.2.4 Patogeneze balbuties**

Prostřednictvím zkoumání patogeneze koktavosti se nám nabízí možnost ozřejmit vznik koktavosti alespoň z vývojového aspektu. Zkoumání geneze koktavosti může vycházet také ze symptomatiky. Většina autorů se shoduje, že první projevy koktavosti pozorujeme nejčastěji v období předškolního věku, který má tímto z hlediska patogeneze zjevně klíčový význam. Relativně vzácněji vzniká

koktavost v období prvních školních let (zejména ve věku 6-8 let), sporadicky vzniká v pubertě (kolem 12-14 let) a zcela ojediněle v dospělosti (Lechta, 2004). Z hlediska geneze koktavosti musíme vzít v úvahu tzv. rizikové faktory, které mohou signalizovat nebezpečí možného vzniku koktavosti. Mezi rizikové faktory vzniku koktavosti řadí Wirth (in Lechta, 2004) například: nápadnosti v řeči (opožděný vývoj řeči); koktavost v rodině (rodinná dispozice); výrazný nedostatek sebedůvěry. K těmto rizikovým faktorům však musíme ještě přidat zejména: příliš vysoké aspirace; orgánové odchylky CNS; rozličné odchylky v psychomotorickém vývoji; náhlé změny kvality života; neurotizaci; nevhodný způsob interakce (Lechta, 2004).

Ve většině případů má koktavost kořeny v předškolním věku, a to zejména v období *vývojových dysfluencí*. Podle Guitara (in Lechta, 2004) se jedná o období mezi 2. – 5. rokem života. „Vývojové dysfluence definujeme jako druh fyziologických dysfluencí; jako přechodnou fázi neplynulého mluvení, vznikající pravděpodobně na bázi dočasného pnutí až nesouladu, disharmonii, mezi tzv. symbolickými a nesymbolickými procesy“ (Lechta, 2004, s. 57). Dle Gillama (in Lechta, 2004) jsou nejčastějšími příznaky vývojové dysfluence opakování slov a slovních spojení; interjekce a přestávky. Guitar (in *ibid.*) upozorňuje, že si děti v tomto věku obvykle dysfluence v řeči neuvědomují. Projevy dysfluencí mnohdy závisí na náročnosti konkrétní komunikační situace a na konkrétním psychickém stavu dítěte, kdy některý den může dítě být více fluentně, jindy více dysfluentní. Cooper a Cooperová (in *ibid.*) dodávají, že tyto děti nemají obvykle zkušenost s pocitem ztráty kontroly nad řečí při dysfluenci nebo alespoň nedovedou takový pocit verbalizovat.

Přechod od vývojových dysfluencí k incipientní koktavosti naznačuje Conture (in Lechta 2004), který na základě řady výzkumů tvrdí, že u koktavosti již jde – na rozdíl od vývojové dysfluence – o komplexní interakci pomalejších reakčních časů, neefektivnosti a zaostávání ve vývoji jak motorických, tak i lingvistických procesů a zvýšenou senzibilitu či reaktivitu jako charakteristický znak osobnosti.

V Illinoiské longitudinální studii devětaosmdesáti dětí s koktavostí se většina dětí (80 %) zcela zbavila projevů koktavosti bez ošetření nebo léčby, a to do tří let

od nástupu koktavosti (tedy kolem šestého roku života). Nejvíce dětí se „zotavilo“ v období od 31. do 36. měsíce od doby vzniku koktavosti (tedy obvykle ve věku pěti až šesti let). Čtyři roky (48 měsíců) po nástupu koktavosti se „zotavilo“ přibližně 75 % dětí. Pět let (60 měsíců) od začátku koktavosti se „zotavilo“ 80 % dětí. Žádné z 19 dětí (20%), které trpělo balbuties déle než pět let (koktavost se objevovala i po osmém roce života) se zcela „nezotavilo“, i když 17 dětí docházelo na logopedickou terapii (Guitar & Bass, 1978).

Vzhledem k omezenému rozsahu práce není možné se zabývat danou problematikou do potřebné hloubky. Podrobné informace jsou uvedeny v citované publikaci Viktora Lechty (2004), více informací týkajících se vývojových dysfluencí je možné nalézt v následujících publikacích Guitar (1998), Tanner (2003).

#### **2.2.4.1 Geneze balbuties**

Jako výchozí model pro pochopení geneze koktavosti nám bude sloužit Lechtův holisticky pojímaný klinický obraz koktavosti jako zvláštní nosologické jednotky – jako syndromu, ve kterém dochází k vzájemnému průniku a ovlivňování tří skupin symptomů: nadměrné námahy, psychické tenze a dysfluence (Lechta, 2004). Tyto tři skupiny symptomů charakterizují kompletní klinický obraz rozvinutého syndromu koktavosti. Během etiopatogeneze koktavosti se u každého balbutika projeví jednotlivé symptomy v individuální míře, v rozmanité časové návaznosti, v rozličném stupni závažnosti a v různé vzájemné souvztažnosti, a to včetně zpětnovazebních mechanismů (Lechta, 2004). Z výše uvedených skupin symptomů lze bezprostředně odvodit typ koktavosti s navazujícím specifickým terapeutickým programem.

##### **2.2.4.1.1 Vývojová dysfluence**

Vývojová dysfluence je fyziologická neplynulost (zpravidla se jedná o repetice, vsuvky, opravy nekompletních vět bez nadměrné námahy a psychické tenze) jako doprovodný příznak ontogeneze řeči, která ve většině případů spontánně zanikne. Objevuje se kolem třetího až čtvrtého roku života (Lechta, 2004).

#### **2.2.4.1.2 Hraniční koktavost**

V případě nepříznivých okolností (genetická zátěž, chybná reakce prostředí na neplynulosti dítěte, orgánové odchylky, atypické mozkové procesy) dojde postupně k incipientní koktavosti, přičemž se mohou střídát fáze koktání a plynulé řeči. Tento přechod označuje Lechta (2004) jako hraniční koktavost (borderline stuttering).

#### **2.2.4.1.3 Incipientní koktavost**

U incipientní koktavosti se již jedná o přechod do patologie, zpočátku s omezením na proces mluvení, postupně se obraz prohlubuje začínajícím průnikem dysfluencí a nadměrné námahy. Jedná se zejména o prolongace, opakování částí slov. V této fázi se již mohou vyskytnout první známky uvědomování si problému s řečí, a to zejména během mluvního aktu, kdy dítě prožívá první zážitky ztráty kontroly nad řečí. V rámci nadměrné námahy můžeme pozorovat: nepřirozenou artikulaci, vegetativní příznaky, znaky svalového napětí, někdy může být narušeno koverbální chování, dále můžeme pozorovat zvýšení tónu nebo akcelerace při dysfluenci. Z příznaků psychické tenze můžeme pozorovat: projevy netrpělivosti, hektiku, občasné uvědomování si obtíží, nejasné pocity frustrace a ustupující zrakový kontakt. Incipientní fáze se projevuje přibližně v pátém až sedmém roce života (Lechta, 2004).

#### **2.2.4.1.4 Fixovaná koktavost**

U fixované koktavosti převládají z dysfluencí zejména prolongace a repetice hlásek. Z příznaků nadměrné námahy můžeme pozorovat například: bloky, napětí, tlačení, zápolení se slovy a narušené koverbální chování. Mezi příznaky psychické tenze, které můžeme pozorovat u jedince s fixovanou koktavostí, řadíme: rozpaky, vyhybové chování, situační strach, anticipaci bloků a obtížných komunikačních situací. Fixovaná koktavost se objevuje v období mezi sedmým a třináctým rokem života (Lechta, 2004).

#### **2.2.4.1.5 Chronická koktavost**

U chronické koktavosti se objevuje kompletní klinický obraz s postupnou habitací vzájemného průniku příznaků dysfluence, nadměrné námahy (prodlužování bloků spolu s tremorem rtů, sanice) a psychické tenze (logofobie, únikové, vyhýbavé chování, silné pocity frustrace a obav z komunikace, změny ve složitosti mluvy), a to vždy v různé míře, časovém průběhu a vzájemné souvztažnosti – v závislosti na individu. Chronická koktavost se objevuje u osob starších čtrnácti let (Lechta, 2004).

### **2.3 Syndromologie balbuties**

Koktavost je složitý, dynamický a velmi variabilní syndrom, který není možné redukovat pouze na dysfluenci řeči. Koktavost je průsečíkem velmi různorodých a vzájemně různým způsobem prolínajících se příznaků. V případech, ve kterých evidujeme dysfluenci jen jako symptom, se zpravidla jedná o jeden z projevů některé ze symptomatologických poruch řeči (např. dysfluence při dysartrii v rámci klinického obrazu DMO), ale ne o skutečnou koktavost. Koktavost je fenoménem, který se u jednotlivých balbutiků může projevat rozdílně z hlediska příčin, průběhu, fixace, projevů, indikace terapie, vhodné terapie nebo prognózy (Lechta, 2004). Jedná se o tak komplexní syndrom, že jeho symptomy zasahují do všech čtyř jazykových rovin. Ve foneticko-fonologické rovině pozorujeme například obtíže v artikulaci, a to velmi často u okluziv. Lexikálně-sémantické rovině se shledáváme s interferenčním vlivem parafrází při koncipování mluvního projevu. V rámci morfologicko-syntaktické roviny se setkáváme s úsilím o tvoření co nejkratších vět. V pragmatické rovině nacházíme projevy narušeného koverbálního chování, v těžších případech se setkáváme se snahou vyhnout se verbální komunikaci, s potížemi týkajícími se iniciace a udržení rozhovoru, a dokonce i s obtížemi spojenými s realizací samotného komunikačního záměru. Koktavost má často velmi nepříznivý dopad na osobnost člověka, na jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Všechny výše uvedené informace zdůrazňují celkovou složitost problému (Lechta, 2004).



### 2.3.1. Psychická tenze

Pod psychickou tenzí se skrývají pocity, které balbutik cítí a prožívá před začátkem samotného mluvního aktu a i během mluvení. Tento charakteristický nepříjemný pocit vnitřního neklidu – jakéhosi psychického dyskomfortu lze nejlépe analyzovat prostřednictvím faktorové analýzy osobnosti. Na psychickou tenzi se může nabalovat strach spojený s prožitými zkušenostmi, dále se může čím dál častěji projevovat anticipační úzkost a v případě nepříznivé prognózy může daná situace vyústit až do logofobie, tedy chorobného strachu z vlastního mluvního projevu (Lechta, 2004). *Logofobie*, tedy jak již bylo řečeno výše (chorobný strach z vlastního mluvního projevu), je již začleněna do 10. Revize MKN, a to pod označením „fobie specifická“ (Hartl a Hartlová, 2004).

Lechta (2004) dále uvádí, že psychickou tenzi balbutiků také ovlivňuje (obvykle mylný) pocit, že se komunikační partner nemůže dočkat konce jimi sdělované informace, a to i v případech, kdy danou informaci podávají plynule a přiměřeným tempem. Pod tímto tlakem dochází ke zhoršení plynulosti řeči. Psychická tenze se projevuje tedy především „dovnitř“. Navzdory tomu ovšem existují i „vnější“ příznaky, prostřednictvím kterých můžeme psychickou tenzi u jedinců s narušenou plynulostí řeči pozorovat. Mezi vnější příznaky řadíme například vyhýbavé chování, tedy snahu vyhnout se komunikaci v situacích, kdy balbutik anticipuje neplynulost. Dále se jedná o část projevů narušeného koverbálního chování např. vyhýbání se zrakovému kontaktu, tiky, odkašlávání, manipulace s oblečením jako projev rozpaků a některé vegetativní projevy (zčervenání, povrchní dýchání, pocení, vlhké ruce a další) (Wirth in Lechta 2004).

### 2.3.2 Nadměrná námaha

Nadměrná námaha je u balbutiků zpravidla postřehnutelná i (např. zčervenání, překonávání bloků svalstva artikulačního aparátu, prvky narušeného koverbálního chování atd.). Každý náš mluvní projev realizujeme s určitou námahou, vynaloženou na jeho „fyzickou“ realizaci. Míra této námahy může kolísat v závislosti na řadě činitelů, a to například na tématu rozhovoru, na počtu posluchačů, na proxemice (resp. prostorových poměrech), na reakcích auditora a

také na únavě. V běžné komunikaci ale nadměrnou námahu při mluvení nevidujeme. Klinický obraz koktavosti ovšem nadměrnou námahu zahrnuje, v tomto případě se ale jedná o nadměrnou námahu, kterou musí eminent informace vynaložit i na „běžnou“ řeč (Lechta, 2004).

Caruso (1994) upozorňuje, že 53 % rodičů uvádí, že se u jejich dětí projeví po prvním roce od vzniku koktavosti fyzické symptomy. Jednalo se zejména o napětí v obličeji, rtech, čelisti a krku, výskyt respiračních obtíží a napětí (křečí) v oblasti hlavy a končetin.

### **2.3.2.1 Narušené koverbální chování**

Lechta (2004) uvádí, že nadměrnou námahu u balbutiků je možné pozorovat navenek například prostřednictvím různých vegetativních příznaků, jakými jsou např. zčervenání, nebo pocení, dále pak zjevným fyzickým úsilím při překonávání bloků artikulačního aparátu, které se projevují grimasami, různou gestikulací apod. Obvykle se jedná o projevy spadající pod termín *narušené koverbální chování*, kdy koverbální chování chápeme jako chování komunikátora během komunikačního aktu. V běžné komunikaci má toto chování určitý druh komunikačního posílání, které je relativně nenápadné, protože je v souladu s normou a lze jej v podstatě chápat jako nonverbální komunikaci. Narušené koverbální chování ale působí interferenčně vzhledem k obsahu komunikace, ke komunikačnímu záměru i k samotnému komunikačnímu aktu. Projevy narušeného koverbálního chování mohou být velmi pestré – od nepatrné odchylky až po velmi výrazné narušené koverbální chování, které někdy působí na komunikačního partnera rušivěji než sama koktavost. Narušené koverbální chování může přetrvávat jako „zlozvyk“ i po odstranění koktavosti. Fiedler a Standop (in *ibid.*) upozorňují, že doprovodná symptomatika koktavosti kromě jiného představuje „signály nebezpečí“, které mohou indikovat např. ohrožení koktavostí, a to například v případech přerůstání dysfluencí do incipientní koktavosti.

Narušené koverbální chování může být u balbutiků manifestováno částečně jako projev jejich psychické tenze, ale také jako projev jejich nadměrné námahy při mluvení. Jako jednoduché vodítko nám může posloužit fakt, že narušené koverbální

chování má v prvním případě zřejmé psychické pozadí (jedná se například o tiky, manipulaci s oblečením související s rozpakami při mluvení atd.), zatímco v druhém případě má evidentní fyziologické pozadí (například mrkání anebo grimasy, které souvisejí s námahou při překonávání bloků artikulačního aparátu) (Lechta, 2004). Nadměrná námaha se jako prvek narušeného koverbálního chování zpravidla zhoršuje paralelně s fixací koktavosti. Často se váže na tzv. únikové chování, při kterém se balbutik snaží „uniknout“ z aktuálně nepříjemné dysfluence například fyzickým úsilím, akcelerací tempa řeči nebo zvýšením hlasitosti (Lechta, 2004).

### 2.3.3 Dysfluence

Dysfluence znamená neplynulost mluveného projevu, tedy to, co můžeme slyšet (repetice, prolongace apod.). V literatuře (Lechta 1990, Sovák 1978) se setkáváme s tradičním členěním na klony (opakování hlásek, slabik a slov) a tony („tlačení“ hlásek) a z toho vyplývajícího členění koktavosti na klonickou a tonickou, a to bez přihlídnutí k ostatním složkám tohoto syndromu. Výše zmíněné členění je již překonáno.

#### 2.3.3.1 Základní typy dysfluencí

Moderní literatura nabízí sedm základních typů dysfluencí. Uvedeme členění podle Shipleye a McAfee (in Lechta, 2004): *repetice* (částí slov/slabik, celých slov, slovních zvrátů), *prolongace* (hlásek/slabik, tiché prolongace – namáhavý pokus říci slovo, přičemž není slyšet zvuk), *interjekce* (hlásek/slabik, celých, slovních zvrátů), *tiché pauzy*, *přerušovaná slova*, *nekompletní slovní zvraty a opravy*.

Interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se vyskytují i u intaktní populace, ostatní typy dysfluence jsou typické pro koktavost (Kehoe in Lechta, 2004). Bloodstein (1995) upozorňuje na výzkum týkající se prvních projevů koktavosti u dětí, ve kterém 85% rodičů uvedlo, že při vzniku koktavosti, jejich dítě opakovalo slabiky a slova třikrát až pětkrát v průběhu jedné dysfluence. U 36 % dětí rodiče evidovali prodloužení zvuku (prolongace) a u 23 % dětí se v řečovém projevu objevily nápadné tiché intervaly (pauzy). V průběhu mluvního projevu byly u 14 % dětí zaznamenány bloky a u 18 % spasmů, křeče v oblasti obličeje. U 18 % dětí se

objevily související respiračních obtíže. U 36 % dětí bylo zaznamenáno středně těžké až těžké napětí nebo „násilí“ při mluvení, naproti tomu pouze 32 % rodičů uvedlo, že jejich dítě začalo koktat volně, bez viditelné námahy.

Conture a kol. (in Lechta, 2004) se pokusili lokalizovat dysfluence a hovoří o tzv. „epicentru dysfluencí“, které se dle jejich názoru nachází v motorickém náběhu k první hlásce daného slova nebo v přechodu z mlčení k mluvení, případně v přechodu od jedné mluvní jednotky ke druhé. Tvrdí, že se tyto symptomy stále častěji vysvětlují nedostatečným rozvinutím přechodů „konsonant – vokál“, vokál – konsonant, a to jejich odchylkou od normy, nebo delším trváním u balbutiků než u intaktní populace.

Jak již bylo řečeno výše, k relativně častým příznakům koktavosti patří problémy s respirací, dále se vyskytují také problémy s fonací, které jsou způsobené tzv. prefonačními křečemi, dále může být ovlivněna i rychlost řeči. Setkáváme se i s obtížemi při artikulaci (Lechta, 2004). Funkce artikulačních orgánů v průběhu dysfluencí byla zkoumána za použití technik elektromyografie, rentgenových filmů a měřením intraorálního tlaku vzduchu a rychlosti proudění vzduchu. Byly zjištěny následující abnormality následující (Silverman, 1992):

- vadná synchronizace akčních potenciálů párových svalů (např. musculus masseter),
- nahromadění svalové napětí, které dosáhlo vrcholu v blízkosti ukončení bloku,
- rozsáhlá svalová aktivita,
- prodloužení artikulačního postavení při okluzivách,
- nedostatečná koordinace mezi artikulačními pohyby a nástupem fonace,
- abnormálně rychlé artikulační pohyby v okamžiku překonání bloku.

## 2.4 Klasifikace balbuties

Klasifikace je ve své podstatě otázkou volby kritéria, hlediska třídění. Nejfrekventovanějšími kritérii klasifikace koktavosti jsou dle Peutelschmiedové (2005) verbální symptomy, doba vzniku a stupeň narušení.

Podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2006) je koktavost řazena do kapitoly páté, tedy Poruchy duševní a poruchy chování. Pod označením F. 98, neboli Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání nacházíme: „*Koktavost (zadržávání v řeči) – řeč, která je charakterizována častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči*“

V klasifikačním systému *Americké Psychiatrické Asociace (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV.)* nacházíme koktavost jako onemocnění neurologického původu pod kódem 307.0 (DSM IV, 2000).

V logopedické literatuře se setkáváme s různými kritérii klasifikace balbuties. Lechta (1990, 2007) uvádí nejznámější kritéria klasifikace koktavosti, a to: *dle doby vzniku (Dosužkov)*: předčasná koktavost (vzniká u dětí mladších tří let), běžná koktavost (vzniká mezi 3. a 7. rokem života) a pozdní koktavost (vzniká po sedmém roce života); *podle verbálních symptomů*: tonická, klonická, tonoklonická a klonotonická koktavost; *podle geneze (Méreiiová a Vinczeová)*: fyziologická koktavost, koktavost kombinovaná s breptavostí, dysartrická koktavost (v pozadí s nálezem na mozku, jehož příčinou může být např. poporodní poškození, encefalitida aj.), dysfatická koktavost při poškození CNS, hysterická koktavost (opakování slabik, slov bez tonů a klonů), traumatická koktavost (náhlý vznik s okamžitou fixací symptomů); *z hlediska uvědomování si poruchy*: primární preneurotická koktavost (dítě si neuvědomuje své řečové obtíže), a sekundární (pravá, skutečná) koktavost, kdy se na základě uvědomování si této poruchy postupně rozvíjí logofobie a další přídatné symptomy; *Podle stupně – Kondášova čtyřstupňová klasifikace*: balbuties levis (minimální příznaky, zejména ve

stresových situacích), balbuties gradus medius (zjevné a časté příznaky v obligátních komunikačních situacích), balbuties gravis (výrazné projevy doprovázené spasmy řečových orgánů) balbuties gravis raptus (nápadné spasmy znemožňující komunikaci).

### **3 Logopedická intervence u osob s balbuties**

*Logopedický slovník* (2007, s. 94) vymezuje intervenci jako „vměšování, zásah, zákrok v něčí prospěch; zákrok do nějakého jevu nebo procesu s cílem ovlivnit jej; často jako synonymum reedukace, terapie“. Adjektivum logopedická znamená, že je indikována u osob s narušenou komunikační schopností.

Logopedická intervence je specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s cílem identifikovat NKS; eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS; předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost). Logopedickou intervencí chápeme v tomto pojetí jako složitý multifaktoriální proces, který se realizuje – v zájmu dosažení svých tří základních cílů – na třech, s těmito cíli analogických, vzájemně se prolínajících úrovních: logopedická diagnostika; logopedická terapie; logopedická prevence. V rámci logopedické intervence je třeba uplatnit poznatky z tzv. hraničních vědních oblastí: medicíny, lingvistiky, pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie atd. (Lechta, 2007).

V balbutologii jednoznačně dominuje spojení logopedická intervence nad terapií nebo léčbou (medicínský termín). Užívání termínů terapie nebo léčba vede k pojetí osob vyžadujících logopedickou péči jako pacientů, přičemž označení pacient navozuje představu člověka očekávajícího, co s ním a jeho nemocí ti poučenější, odpovědnější udělají. Každý logoped ale ví, že bez aktivního partnerství řečově handicapovaného žádný problém nevyřeší (Peutelschmiedová, 2005).

Logopedická intervence u osob s balbuties má svá specifika. Základ správného přístupu vychází z dobré odborné teoretické znalosti dané problematiky, z praktických zkušeností a z upřednostňování individuálnosti každého jedince.

#### **3.1 Logopedická diagnostika balbuties**

Diagnostika je proces, cesta směřující k diagnóze. Stanovení diagnózy je nezaměnitelně ovlivněno již způsobem realizace diagnostiky a znamená rozpoznání

druhu event. příčiny, patogeneze a průběhu vady či poruchy sdělování (Lechta, 2004).

„V posledním desetiletí se názory odborníků odklánějí od trendu „vyčkejme a uvidíme“, kteří dříve prosazovali dětští lékaři. Čím dál víc se doporučuje co nejvčasnější zásah. Odborný spor však nelze považovat za definitivně vyřešený. Jádro problému spočívá v dovednosti diagnostikovat skutečné varovné příznaky koktavosti. Základním předpokladem jsou logopedi specializovaní na práci s balbutiky, popřípadě na určitou věkovou kategorii. Nedostatek takových odborníků je třeba chápat jako výzvu. Vždyť podle statistických údajů žije v desetimiliónové České republice 250 – 300 tisíc balbutiků“ (Peutelschmiedová, 1998, s. 187).

Těžiště logopedické diagnostiky je, vzhledem ke komplikacím (současné působení více navzájem se prolínajících faktorů) při stanovení příčiny, zaměřeno na symptomatiku. Specifika jednotlivých symptomů, případně doprovodných znaků, jsou pak základem nejen pro stanovené diagnózy a prognózy, ale na jejich základě se usuzuje o pravděpodobných příčinách (Lechta, 2007; Sovák, 1978). Jedním z hledisek, které musíme při práci s balbutiky nutně respektovat je hledisko věkové diference.

### 3.1.1 Pravidla komplexní diagnostiky

**Komplexnost** – je hlavním principem, který se prolíná i ostatními pravidly diagnostiky. V každé komponentě klinického obrazu je třeba nejen zkoumat, ale i hledat příčiny (nadměrné námahy, psychické tenze a dysfluence): jejich specifika vzhledem k etiopatogenezi daného případu. Mezi další pravidla řadíme **materiál k hodnocení**, což je obvykle videozáznam nebo alespoň magnetofonový záznam pořízený se souhlasem balbutika resp. jeho rodičů, příbuzných. Takto získaný materiál bude sloužit k objektivní diagnostice, evaluaci výsledků terapie atd. (Lechta, 2004). Dále se jedná o **konsekventnost**, kdy diagnostika musí být zaměřena i na zdánlivé detaily, kterých si běžný pozorovatel ani nemusí všimnout (narušené koverbální chování, parafázie atd.). **Analýza spontánní komunikace v přirozeném prostředí** – příznaky koktavosti obvykle varují v závislosti na prostředí, ve kterém



komunikace probíhá. V souvislosti s tím Lechta upozorňuje na časté zapojení tzv. hawthornského efektu, kdy se testovaný člověk má tendenci chovat se během testové situace „žádoucím“ způsobem – často je proto řeč balbutika v ambulanci plynulejší než v běžné komunikaci. **Hodnocení plynulosti řeči v rámci různých komunikačních záměrů** – v rámci různých verbálních úloh např. spontánní řečový projev při dialogu, monolog, čtení (od 7-8 let), popis situačních obrázků (u dětí, které neumí číst), doplňování vět atd. **Spolupráce s nejbližším okolím** – navázání spolupráce s kontaktní osobou a její motivování k intenzivní spolupráci, dále pak sledování interakce matka-dítě. **Netraumatizující styl vedení rozhovoru s balbutikem** – balbutik nesmí pociťovat časový tlak nebo jen náznak netrpělivosti ze strany vyšetřující osoby při projevu dysfluencí v řeči. **Specifické anamnestické údaje** – zaměření hlavně na údaje, které jsou specifické pro koktavost (in ibid.).

### 3.1.2 Možnosti diagnostikování psychické tenze

Faktory, které mohou ovlivňovat psychickou tenzi balbutika, v souvislosti s komunikací, jsou interní a externí. Mezi externí faktory řadíme například percepční komunikační úzus (PKÚ) v dané komunitě, celkovou komunikační situaci a kvalitu informace, kterou je třeba sdělit. Mezi interní faktory patří především vztah k recipientovi, komunikační záměr, subjektivní role expedienta – balbutika v konkrétní komunikační situaci, předešlé komunikační selhání ve stejné nebo podobné situaci, momentální disponovanost (psychický a fyzický stav) a další (Lechta, 2004). Z orientačních postupů se při diagnostikování psychické tenze osvědčují některé cílené dotazníky. Jedná se např. o Dotazník doplňování vět podle Chmelové a Redona (dotazník obsahuje všeobecná tvrzení, jenž má balbutik školního věku vyplnit podle osobního názoru); Modifikovaná Ericksonova škála postojů ke komunikaci (S-24), kde balbutik odpovídá na sérii tvrzení „ano, je to pravda“ – „ne, je to lež“ a další (Lechta, 2004). Pravděpodobnou existenci určitých příznaků psychické tenze souvisejících s koktavostí lze také zjistit z cíleného rozhovoru/dotazníku s učitelem balbutika a jeho rodičem/partnerem (in ibid.).

### **3.1.3 Možnosti diagnostikování nadměrné námahy**

Projevy narušeného koverbálního chování můžeme zaznamenávat do pozorovacího archu. V archu jsou předtištěny jednotlivé segmenty lidského těla, na kterých můžeme projevy narušeného verbálního chování pozorovat (např. hlava, ústa, ruce, trup atd.). K jednotlivým segmentům jsou předčištěny i očekávané projevy narušeného koverbálního chování (např. tvář – grimasy, spasmy evidentní na hrdle, svrašťování čela), u každého segmentu se vyskytuje volná položka „jiné“. Pro hodnocení symptomů balbuties lze aplikovat hodnotící škály (Rileyova škála, Kondášova stupnice) (Lechta, 2004).

### **3.1.4 Možnosti diagnostikování dysfluence**

Jak již bylo uvedeno výše, tradiční členění dysfluencí při koktavosti na tonické a klonické je již překonáno. Diagnostika dysfluencí vyžaduje v současné době mnohem detailnější přístup, a to jak z hlediska kvantitativního, tak z hlediska kvalitativního hodnocení neplynulostí v mluvním projevu (Lechta, 2004).

#### **3.1.4.1 Kvantitativní hodnocení dysfluence**

Kvantitativní hodnocení dysfluencí se může jevit na první pohled jako bezproblémové, vždyť můžeme např. přímo konkrétně a rychle spočítat frekvenci výskytu dysfluencí za určitý čas nebo můžeme vypočítat procento neplynulých slabik/slov ze všech vyslovených nebo přečtených slabik či slov. S první překážkou se ale setkáváme již při odlišení „normálního“ počtu dysfluencí od „nenormálního“. Problémem totiž je, že nemáme k dispozici jazykovou normu, která by kodifikovala „normální“ počet dysfluencí v běžné mluvě. V běžné konverzaci se totiž může vyskytnout poměrně velký počet dysfluencí a navzdory tomu se může pokládat za „normální“ (Lechta, 2004).

V praxi je možné využít analýzy magnetofonové nahrávky minimálně 100 slov. Můžeme využít rozličných kritérií od různých autorů. Ve většině prací se využívají a přebírají Van Riperova kritéria (Lechta, 2004).

### 3.1.4.1.1 Van Riperova kritéria

Van Riper (in Lechta, 2004) vypracoval pro odlišení koktavosti od normálních dysfluencí kvalitativní a kvantitativní kritéria. Kvalitativní kritérium, týkající se dysfluencí, vychází z frekvence opakování (repetic) slabik a trvání a frekvence prolongací. Koktavost indikuje častější frekvence **opakování (repetice) slabik** než ve dvou slovech v rámci 100 slov (2 %), vzácnější frekvence než 2 % se pokládá za normální dysfluenci. Více než dvě repetice v rámci jednoho slova charakterizují koktavost a vzácnější frekvence se považuje za normální dysfluenci. Koktavost indikují **prolongace**, při kterých je prodleva delší než jedna sekunda. Kratší prodleva se pokládá za normální dysfluenci. Častější frekvence výskytu prolongace než 1 % charakterizuje koktavost a vzácnější frekvence výskytu prolongace se považuje za normální dysfluenci.

V našich podmínkách aplikovala Van Riperova kritéria Peutelschmiedová (1994), která navrhla postup umožňující na základě analýzy 100 slov (případně lze využít i magnetofonovou nahrávku) připravit grafický záznam (na způsob audiogramu), který porovnává mluvní projev vyšetřované osoby s „normou“. Výhodou této metody je možnost rychlé orientace, jistou nevýhodou je omezení jejího využití, jelikož je při využití této metody vyžadovaná běžná znalost čtení (vyšetřovaná osoba má číst text o 100 slovech). Tuto metodu tedy nelze aplikovat k vyšetření dětí předškolního a raného školního věku.

Mezi další možnosti kvantifikace při diagnostice dysfluencí řadíme např. frekvence dysfluencí/minutu, procento dysfluencí, index zlepšení/zhoršení, index adaptace, index konsistence a další (Lechta, 2004).

### 3.1.4.2 Kvalitativní hodnocení dysfluence

Kvalitativní hodnocení dysfluencí obvykle provádíme na základě transkripce vzorku řeči. V zájmu komplexnosti transkribujeme nejen dysfluence, ale také příznaky nadměrné námahy a psychické tenze. Kvalitativní posouzení vychází z doslovné transkripce komunikace balbutika v rámci dialogu. Transkripce je základem nejen pro kvalitativní diagnostiku, ale je i podkladem pro kvantitativní hodnocení. Transkripce dále umožňuje diagnostikovi v rámci diferenciativní

diagnostiky cíleně uvažovat, jde-li z hlediska kvalitativní analýzy symptomů o vývojovou dysfluenci, nebo o koktavost (Lechta, 2004).

V rámci kvantifikace lze vypočítat frekvenci koktání za minutu, a to z magnetofonové nahrávky, monologického projevu, případně čtení. Můžeme také vypočítat procento neplynulých slov (počet zakoktání na 100 slov standardního textu nebo na 100 vyslovených slov z magnetofonové nahrávky) (Lechta, 1990).

### **3.1.4.3 Komplexní hodnocení – Balbutiogram**

Jedná se o vyšetření, které se zabývá srovnáním úrovně plynulosti řeči v různých komunikačních situacích. Balbutiogram má predikční hodnotu vzhledem k volbě následných terapeutických postupů.

Balbutiogram (Lechta, 2001) je relevantní kombinací kvantitativních a kvalitativních postupů. Komplexnost balbutiogramu se projevuje také v tom, že zahrnuje projevy dysfluence, nadměrné námahy i psychické tenze. Jestliže jedinec s koktavostí vykazuje symptomy koktavosti v běžných úlohách, ale i v tzv. lehkých úlohách (např. šeptání, unisono mluvení), lze z této informace vyvodit pravděpodobný stupeň koktavosti. Grafický záznam, který umožňuje získat okamžitou komplexní informaci o komunikaci balbutika v jednotlivých komunikačních situacích, se nazývá balbutiograf.

V 70. letech a ještě začátkem osmdesátých let 20. století se balbutiogram poměrně často aplikoval zejména při kvalitativním hodnocení koktavosti. Doplníme-li tuto techniku kritérii umožňujícími současně i kvantitativní hodnocení (kvantifikace hodnotící stupnicí, procenty, výpočty koeficientů a indexů), získáme komplexní měřítko. Úlohy v balbutiogramu jsou sestaveny podle náročnosti na fluenci řeči od relativně nejlehčích po relativně nejtěžší: *šepot* (mluvení v jiné hlasové poloze obvykle pomáhá balbutikovi hovořit plynuleji); *simultánní řeč* (hovořit současně s jiným člověkem tzv. unisono mluvení, ulehčuje balbutikovi fluenci řeči); *zpěv* (jednoduchá píseň); *automatismy, verbální stereotypy* (např. počítání do deseti, jméno a příjmení); *reprodukce vět* (od nejjednodušších po složité); *dokončování neúplných vět* (u dětí předškolního věku volíme jednoduché varianty); *čtení* (čtení standardního textu s rozsahem 100 slov, používá se upravený text

Ezopovy bajky); *spontánní řeč* (využívá se už dříve získaná nahrávka spontánního mluvního projevu) (Lechta, 2004).

### **3.1.5 Diferenciální diagnostika balbuties**

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit koktavost od breptavosti; organicky podmíněnou koktavost od jiných typů; počínající koktavost od vývojových, fyziologických těžkostí v řeči (Lechta, 2007).

Velice důležitým diferenciálně diagnostickým kritériem mohou být některé specifické příznaky plynulosti řeči. K jejich zhodnocení můžeme využít kritérium konstantnosti příznaků a kritérium typu dysfluencí (Lechta, 2004). Diferenciální diagnostika balbuties je podrobně rozpracována v citovaných publikacích.

## **3.2 Logopedická terapie balbuties**

Do každého momentu terapie se promítá logopedovo vzdělání, jeho odborná příprava a profesionální zkušenosti. Je nezbytně nutné, aby byl logoped schopen neustále přizpůsobovat své profesní myšlení a postoje novým poznatkům a zkušenostem. Každý logoped by měl ke svým klientům přistupovat jako k jedinečným bytostem, kterým chce porozumět, které chce pochopit, a to vše s nezbytnou dávkou empatie, podpory, rad a povzbuzení a také individualizovanými požadavky na terapeutický proces. Čím realističtější bude logoped schopen vnímat sám sebe, tím lépe bude schopen pozitivně a konstruktivně reagovat na problémy svých klientů. Profesionální výzvou pro všechny logopedy se stává potřeba neustále se učit novým postupům vyhodnocování výsledků získávaných modifikací terapie, včetně poradenství. Na druhé straně tak lze vyvozovat nové pohledy na hodnotící měřítko logopedické intervence. V poradenství pro dospělé by se měl logoped snažit porozumět tomu, jak klient sám chápe a prožívá svůj řečový problém, v čem spatruje jeho příčinu, co již v té záležitosti podnikl apod. Vstoupí-li do poradenského procesu rodiče, dotazuje se jich například, co je přivedlo ke zvýšenému zájmu o řeč dítěte, co pozorovali a jak na to reagovali. Jedním z nejnáročnějších a nejpodnětnějších aspektů zahájení profesionální pomoci je

nezbytnost vytvoření pozitivního terapeutického prostředí s přihlédnutím ke kulturním, výchovným i individuálním specifikám každého klienta (Fraser, 2010).

V logopedii existuje celá řada terapeutických metod, technik a programů. Je známo něco kolem 250 postupů terapie koktavosti (Wirth in Lechta, 2004). Vzhledem k možnostem rozsahu této práce není možné se podrobně věnovat všem terapeutickým, metodám, technikám a programům. Terapie balbuties je detailně rozpracována Viktorem Lechtou v publikaci Terapie narušené komunikační schopnosti (2005).

V literatuře se setkáváme s několika typy terapií koktavosti. Některé jsou speciálně navrženy pro děti, zatímco jiné jsou pro dospělé. Některé terapie jsou specifickými programy, které obsahují podrobné návody s nejrůznějšími cvičeními; zatímco jiné jsou více flexibilní a soustředí se zejména na terapeutický vztah mezi logopedem a balbutikem. Všechny aktuální terapie mají ale něco společného společné. V první řadě se jedná o jejich časovou náročnost. Většina terapií obvykle trvá nejméně 4-6 měsíců intenzivní péče, po období intenzivní péče následují pravidelné návštěvy nebo kontrolní sezení, a to již v delším časovém intervalu. Neexistuje žádná rychlá a úspěšná terapie, která by poskytovala dlouhodobý efekt. Terapie koktavosti neeliminují dysfluenci u všech balbutiků. Někteří jedinci se „zotaví“ úplně, jiní se mohou pouze naučit ovládat, kontrolovat své řečové obtíže, nebo jejich projevy redukovat. Někteří balbutici se bohužel musí naučit přijmout své narušení plynulosti řeči jako součást svého života (Tanner, 2003).

### **3.2.1 Limity terapeutických cílů**

Guitar (1998) rozlišuje: *spontánní fluenci*, což je přirozená, běžná, „normální“ plynulost mluvního projevu, a to bez psychické tenze a nadměrné námahy; *kontrolovanou fluenci* - relativně plynulá řeč na úkor nadměrné námahy a mentální lehkosti; *akceptovatelnou koktavost* neboli občasné evidentní koktání bez nadměrného úsilí, negativních emocí a vyhýbavého chování.

### 3.2.2 Členění terapie podle příznaků koktavosti

Lechta (2004) rozlišuje: terapie orientované na korigování *příznaků v procesu mluvení* (tj. na fluenci, narušené dýchání, fonaci, artikulaci, dysprozódii, embolofrázii, parafráze atd.); terapie orientované na postoje k verbální komunikaci, resp. na *zvládnutí komunikačních situací* (systematická desenzibilizace, nácvik modelových situací, rolových her); terapie orientované na *narušené koverbální chování*; terapie orientované na *ovlivnění osobnostních znaků* (psychoterapeutické přístupy); terapie orientované na *jiné příznaky*; „*těžiskově*“ *orientované terapie* (aplikace vícedimenzionálního přístupu s akcentací na konkrétní problém) (Lechta, 2004).

### 3.2.3 Metody terapie koktavosti

Při terapii koktavosti se orientujeme na metody korigující (korekce dysfluence směrem k normě, korekce narušeného koverbálního chování atd.). U balbutiků v raném věku můžeme také uplatnit metody stimulující (stimulace vývoje řeči), přičemž se může vycházet z toho, že při vzniku koktavosti v období vývojové dysfluence mohlo způsobit – kromě jiného – právě pnutí mezi jazykovými rovinami, nerovnoměrnost osvojování jednotlivých rovin (Lechta, 2004). Dále je nutné rozlišit terapeutické metody od terapeutických technik. Zatímco metoda označuje určitou cestu vedoucí k cíli, technika představuje činnost, pracovní postup, kterým se lze dostat k cíli (Hartl a Hartlová in Lechta, 2004). Metoda korekce se tedy může realizovat různými technikami (rytmizací, technikami založenými na čtení atd.) (Lechta, 2004).

Hledání optimálních metod terapie koktavosti má široké rozpětí – od chirurgických, přes medikamentózní, logopedické až po psychologické přístupy, a to ve všech věkových skupinách. Přehledné členění metod terapie koktavosti nacházíme v *Logopedickém repetetóriu* (Lechta, 1990), kde se setkáváme s metodami *jednodimenzionálními* (jedná se o postupy, které využívají pouze určité, specifické přístupy, orientují se na jeden znak – např. rychlost řeči) a *vícedimenzionálními* (jedná se o kombinování jednotlivých metod a spolupráce jednotlivých odborníků). Kromě toho můžeme také rozlišovat metody *přímé*

(direktivní), které jsou zaměřené bezprostředně na kóktavost, a metody *nepřímé* (nedirektivní), které se využívají zejména v předškolním věku a snaží se ovlivnit plynulost řeči indirektně, bez toho, aby se přímo pracovalo s fluencí řeči. V praxi se využívá kombinace obou zmíněných metod (Lechta, 2004).

### 3.2.4 Formy terapie kóktavosti

Rozlišujeme několik forem terapií, a to terapie individuální, skupinové, intenzivní (několikrát denně) a intervalové, kdy v odstupeu několika týdnů aplikujeme intenzivní terapii. Jednotlivé formy terapie je možné volně kombinovat dle aktuálních potřeb balbutika (Lechta, 2004).

### 3.2.5 Organizace a sdružení balbutiků

*" Svět, který chápe kóktavost "*

*„Existuje mnoho interpretací a názorů na to, jak by měl vypadat svět, který chápe kóktavost". Je ale jasné, že "svět, který chápe kóktavost" znamená lepší svět pro lidi, kteří kóktají, jejich rodiny a všechny, kteří jsou s nimi v kontaktu. " Svět, který chápe kóktavost" roste a rozvíjí se ve svépomocných skupinách balbutiků. “*

Výňatek ze slavnostního zahájení kongresu ISA (2008)

V dnešní době existuje v České republice řada občanských sdružení, (svépomocných skupin) a organizací, které sdružují balbutiky a nabízejí jim „pomocnou ruku“, zjištění, že nejsou sami, kteří se musí s kóktavostí dnes a denně potýkat. Svépomocné skupiny, zvyšují kvalitu života balbutiků, a tím i kvalitu života jejich rodinných příslušníků a všech, kteří je obklopují.

V Olomouci funguje od roku 1998 *Občanské sdružení Balbus*<sup>2</sup>, v roce 2004 vznikl v Brně *Klub balbutiků České republiky*<sup>3</sup>. V Praze vzniklo v roce 2009

---

<sup>2</sup> Jedná se o dobrovolné nezávislé sdružení osob zájímavých se o řečovou poruchu balbuties - kóktavost. Členové a příznivci jsou z různých částí republiky a scházejí se nepravidelně převážně v Brně a Olomouci. Na setkáních probíhají besedy a diskuze na téma narušení plynulosti řeči a její příčiny. Kontakt na sdružení je uveden v seznamu literatury.



sdužení *Balbutik*<sup>4</sup>. Mezi nejznámější diskuzní forum věnující se kóktavosti patří *Balbutická komunita*<sup>5</sup>.

„V září roku 1990 vznikla *The European League of Stuttering Associations*<sup>6</sup> (*ELSA*) jako zastřešující organizace pro 13 spolků balbutiků z 12 zemí Evropy. *ELSA* představuje fórum výměny informací svépomocných terapeutických skupin. Chce zastupovat zájmy balbutiků v evropských společenských a politických institucích. Podílí se na činnosti *International Fluency Association* (*IFA*) a stala se členem *Dialogue Group* v rámci Evropského společenství. *Dialogue Group* reprezentuje všechny organizace a uskupení lidí s nějakým specifickým problémem (Peutelschmiedová, 1998, s. 188).

*The Stuttering Foundation of America*<sup>7</sup> byla založena v roce 1947 Malcolmem Fraserem, autorem *Svépomocného programu kóktavosti* (Portál, 2006.). Cílem organizace je poskytovat co nejaktuálnější informace a rady v oblasti prevence u dětí a zpřístupnit nejnovější poznatky o dostupné „léčbě“ pro mládež a dospělé.

### 3.2.6 Terapeutické přístupy

V současné době se všeobecně preferují vícedimenzionální přístupy, přičemž se terapeutické těžiště volí podle specifik konkrétního případu (Lechta, 2004).

Terapeutické přístupy a jejich těžiště lze rozdělit na dvě velké skupiny: terapii tvarování plynulosti (*fluency shaping therapy*) a terapii modifikace kóktání (*stuttering modification therapy*). V současnosti se stále více uplatňuje jejich kombinace, a to často pod názvem „integrovaná terapie“ (Guitar, Gillam in Lechta, 2004).

---

<sup>3</sup> Jedná se o sdužení, které vzniklo při občanském sdužení LOGO v Brně. Kontakt na Klub balbutiků České republiky je uveden v seznamu literatury.

<sup>4</sup> Cílem sdužení je sdružovat dospělé a dospívající balbutiky z Prahy a okolí a společnými silami bojovat s kóktavostí. Kontakt na sdužení je uveden v seznamu literatury.

<sup>5</sup> Kontakt na Balbutickou komunitu je uveden v seznamu literatury.

<sup>6</sup> Odkaz na organizaci je uveden v seznamu literatury.

<sup>7</sup> Odkaz na organizaci je uveden v seznamu literatury.

### **3.2.6.1 Terapie tvarování plynulosti řeči**

Terapie zaměřená na tvarování plynulosti řeči klade důraz na osvojení plynulosti řeči a nevěnuje zvláštní pozornost pocitům, postojům ani vyhýbavému chování. Terapie usiluje o navození jistého způsobu plynulé řeči a jeho postupnou fixaci a rozšiřování, a to prostřednictvím operačního podmiňování. K navození plynulé řeči se využívá pomalé tempo mluvení, rytmizace, měkký hlasový začátek, opožděná zpětná vazba - DAF atd. (Lechta, 2005). Mezi představitele tohoto proudu v balbutologii patří např. Perkins a Curlee (jeho zakladatelé), Webster, Onslow, Ingam a další (Kehoe in Lechta, 2004).

### **3.2.6.2 Terapie modifikace koktavosti**

V rámci terapie zaměřené na modifikaci koktavosti (stuttering modification therapy - SMT) se věnuje pozornost modifikaci momentu dysfluence na mírnější formu a zároveň se terapeut zaměřuje i na odbourávání negativních pocitů a postojů balbutika. Terapie je svým předpokladem, že si balbutik uvědomuje své řečové obtíže, směřována spíše k věkovým kategoriím od dětí středního věku výše. Mezi představitele tohoto proudu v balbutologii patří např. Van Riper, Sheehan, Bloodstein nebo Conture (Lechta, 2004, 2005; Peutelschmiedová, 2005).

### **3.2.7 Terapeutické techniky**

Existuje nepřehledné množství nejrůznějších terapeutických technik. Cílem této práce není výčet jednotlivých technik. Terapeutické techniky využívané při práci s osobami s balbutií jsou detailně zpracovány Viktorem Lechtou v publikaci *Terapie narušené komunikační schopnosti* (2005) a Alžbětou Peutelschmiedovou v publikaci s názvem *Techniky práce s balbutikou* (2005).

### **3.2.8 Terapeutické programy**

V terapeutických programech jsou jednotlivé techniky a jejich kombinace seřazeny do určitého strukturovaného systému (Lechta, 2004). Z velkého množství programů, které balbutologie nabízí, jsme si vybrali dva, se kterými máme vlastní

praktické zkušenosti. Terapeutické programy jsou podrobně zpracovány v publikacích Viktora Lechty s názvem Terapie narušené komunikační schopnosti (2005) a v publikaci Koktavost: Komplexní přístup (2004).

### **3.2.8.1 LIDCOMBE program**

LIDCOMBE program (LP) je program rané intervence pro předškolní děti řízený rodiči a je založený na principu operačního podmiňování a tvarování plynulosti. Tento program, který je založený na reakci podmíněné stimulem, je pojmenován podle předměstí v Sydney, kde se prováděly zkoušky na začátku používání této terapie. Jako takový vznikl v 90. letech minulého století. Zakladatelem byl profesor Mark Onslow (Australian Stuttering Research Centre, University of Sydney). Cílem LIDCOMBE programu je řeč, ve které je méně než jedno procento „zakoktaných“ slabik (% Syllables Stuttered). Při tomto přístupu je dítě oceňováno (positive reinforcement) za části plynulé řeči, a pokud se dítě „zakoktá“, je „trestáno“ (punishment, negative reinforcement) tím, že musí plynule zopakovat „zakoktaná“ slova. Ve své podstatě toto vlastně není ani tak program na tvarování plynulosti, jako spíše nahrazování neplynulostí. Dle našeho názoru určitě stojí za to tento program prozkoumat hned z několika důvodů. Ukázalo se, že je velmi úspěšný i přes svou kontroverznost v několika oblastech, například v používání rodičů jako primárního zdroje terapie. V tomto ohledu je tu podobnost s přístupem interakce rodiče a dítěte, protože oba mají rodiče jako primární zprostředkovatele terapie, přičemž logoped tomuto pouze napomáhá. Rozdílem ale je, že rodič zahrnuje do terapie změnu svého rodičovského stylu a jiných proměnných prostředí, kdežto u LIDCOMBE programu rodiče aplikují terapeutické techniky, které byly předtím považovány za doménu pouze kvalifikovaného logopeda. Kromě toho úspěšnost tohoto programu vyvolává řadu zajímavých ohlasů, které zpochybňují zavedené přístupy k léčbě rané koktavosti. Pro úspěch léčby je zásadní, aby rodiče byli pozitivní a aby dítě podporovali. Stejně jako v jiných oblastech narušené komunikační schopnosti, tak i u koktavého dítěte nebude terapie fungovat, pokud se dítěti nebude líbit a pokud z ní nebude mít pozitivní zkušenost. Musíme si ale také uvědomit, že rodičovská zpětná vazba není konstantní, ani intenzivní. Je důležité, aby rodiče kladli důraz na to, aby terapie nebyla v rozporu s běžnou komunikací dítěte. Terapie se má dostat do pozadí každodenního života

dítěte, se kterým musí být v souladu a zároveň nesmí být prováděna na úkor běžných denních aktivit dítěte. LIDCOMBE program je podrobně zpracován v následujících publikacích Jones a kol. (2000); Latterman (2005) a Guitar (2009).

### 3.2.8.2 MIDVAS

MIDVAS je program intervence pro adolescenty a dospělé. Cílem programu je změnit postoje balbutika k jeho vlastní řeči a projevy s ní spojenými tak, aby byl jeho verbální projev pro posluchače přijatelnější. Zakladatelem programu MIDVAS byl Charles Van Riper označovaný jako „papež balbutiků“, který jím výrazně ovlivnil terapii koktavosti v USA nejméně na dvacet let. Program má šest částí a jeho název je složen z počátečních písmen jednotlivých etap terapie (*Motivace, Identifikace, Desenzitizace, Variace, Aproximace a Stabilizace*). Cílem prvních tří etap je modifikace postojů. Následující tři části jsou zaměřeny na modifikaci projevů koktavosti. Jednotlivé etapy spolu vzájemně souvisejí a zahájení následující etapy předpokládá splnění etapy předchozí. Motivací rozumíme emocionální a mentální přípravu balbutika na jednotlivé kroky terapie. Ve fázi identifikace balbutik zkoumá, analyzuje a klasifikuje své vnější chování a vnitřní prožívání svého problému. Při desenzibilizaci se zaměřuje na snižování úzkosti související s řečí a na jiné negativní emoce. Ve fázi modifikace dochází k vlastní variaci způsobu mluvení: nacvičuje se zrušení (cancellation), vytažení (pull out) a přípravné postavení (preparatory set). Stabilizace má balbutikovi pomoci upevnit získané dovednosti a rozvinout proprioceptivní monitorování jeho plynulé řeči (Van Riper in Lechta, 2004).

### 3.3 Logopedická prognóza balbuties

*„Ústředním problémem léčby koktavosti nejsou potíže vyplývající z neplynulosti řeči, ale vysoká pravděpodobnost recidivy. Rychlá léčba bude pravděpodobně málokdy trvalá. Obecně nejspolehlivějším způsobem dosažení redukce koktavosti je pracovat pomalu a postupně tak, aby koktavý pochopil, co vlastně dělá, když koktá, proč to dělá a jak a proč je schopen své řečové chování změnit.“*

Oliver Bloodstein (in Fraser, 2006)

Prognóza vývoje potíží s plynulostí řeči je velmi závažným problémem, o kterém se odborníci vyjadřují obvykle s největší opatrností. Z hlediska prognózy koktavosti totiž existuje poměrně vysoké procento recidiv, případů ohrožených recidivou a případů rezistentních na jakoukoli dosud známou formu terapie (Lechta, 2004).

### 3.4 Možnosti logopedické prevence balbuties

Peutelschmiedová (1997) upozorňuje na smutnou skutečnost, že logopedická osvěta zůstává stále na okraji zájmu logopedů. Dodává, že je třeba zvyšovat obecnou informovanost rodičů, učitelů, veřejnosti vůbec. Zejména u dětí předškolního věku nestačí jen diagnostika s výslednou diagnózou, rozhodující je pomoc dítěti ohroženému koktavostí.

Logopedi, rodiče, přátelé a učitelé mohou udělat mnoho věcí pro snížení pravděpodobnosti, že se u dítěte ohroženého koktavostí rozvine narušená komunikační schopnost. Dítě ohrožené koktavostí prochází obdobím, ve kterém se v jeho řeči objevuje má více dysfluencí než obvyklé. V takových situacích začíná dítě věnovat své řeči více pozornosti. U některých dětí můžeme pozorovat i změny v chování. Porozumění koktavosti je důležitou součástí programu prevence. Prostřednictvím zvýšení informovanosti o koktavosti můžeme změnit své postoje, a tím pomoci dítěti, které se potýká s narušením plynulosti řeči. Rodiče, přátelé a

učitelé by měli úzce spolupracovat s logopedem v programu prevence, měli by pokud možno následovat jeho rady a doporučení. Logoped často pracuje přímo s dětmi ohroženými vznikem koktavosti. Poradenství rodičům, přátelům a učitelům je také velmi důležitou součástí programu prevence. Pokud jde o koktavost, prevence je mnohem úspěšnější, než samotná intervence u již diagnostikovaného dítěte. Některé děti budou koktat i přes preventivní opatření, nicméně ve většině případů lze případnému rozvoji koktání zabránit. Dospělí mohou využít několika preventivních kroků, mezi které patří např. změny v postojích a činnostech, které mohou pomoci dítěti pochopit jeho dysfluenci a vyrovnat se s nimi. Cílem prevence koktavosti je, aby se dítě cítilo, že okolí jeho neplynulosti v řeči respektuje. Protože nejdůležitějšími dospělými, se kterými se dítě setkává, jsou jeho rodiče a učitelé, směřujeme tyto návrhy na domácí a školní aktivity (Tanner, 2003).

### **3.4.1 Rady pro rodiče a učitele**

Vyhnete se použití slov jako je koktání, koktavý nebo koktal - používáním těchto slov dítě upozorňujeme, že je něco v nepořádku; neříkejte dítěti "mysli předtím, než něco řekneš", to může způsobit snížení sebevědomí dítěte; neočekávejte, že řeč dítěte bude stoprocentně plynulá - nikdo nemá dokonale plynulý verbální projev; nedovolte, aby dítě poznalo, že se na něj zlobíte nebo jste frustrovaný/á z jeho řečového projevu; dávejte si pozor na svoji nonverbální komunikaci; neupozorňujte dítě na jeho dysfluenci v řeči, nechtějte po něm, aby se při dysfluenci zastavilo a začalo znovu – přerušíte tím normální průběh komunikace a uvedete dítě do rozpaků; nedávejte dítěti najevo časový tlak - rozhovor by měl být co nejvolněnější a dítě by mělo vědět, že posluchač bude mít dostatek času ho vyslechnout; neříkejte dítěti, aby zpomalilo rychlost řeči - dítě mluví tak rychle nebo pomalu, jak je pro ně přirozené (Tanner, 2003).

### **3.4.2 Pokud si myslíte, že Vaše dítě koktá...**

*The Stuttering Foundation of America* vydala „manuál“ pro rodiče, kteří mají podezření, že by jejich dítě mohlo být ohroženo rizikem vzniku a rozvoje koktavosti. V tomto manuálu rodiče nacházejí deset otázek, na základě kterých mohou

orientačně posoudit řečový projev svého dítěte a zjistit, zda je nutné navštívit odborníka.

1. Opakuje dítě části slov častěji než celá slova nebo celé věty? (např. „ja-ja-ja-jablko“)
2. Zadržává dítě častěji než jednou za 8-10 vět?
3. Objevují se v řečovém projevu dítěte více než dvě opakování v jednom slově? („ja-ja-ja-ja-jablko“ místo „ja-ja-jablko“)
4. Domníváte se, že je dítě při koktání frustrováno nebo v rozpacích?
5. Objevují se neplnlosti v řeči dítěte více než šest měsíců?
6. Zvyšuje dítě výšku hlasu, mrká, neudrhuje zrakový kontakt nebo má známky svalového napětí v obličeji, když koktá?
7. Používá dítě před vyslovením slova, zvuky jako „uhm“ nebo „dobře“?
8. Stává se občas, že má dítě v řeči tak silný blok, který mu nedovolí po několik sekund pokračovat v řeči?
9. Pomáhá si někdy dítě při mluvení dalšími pohyby těla, jako je například poklepávání prstů, aby mohlo mluvit?
10. Vyhýbá se dítě komunikaci, nahrazuje slova nebo se zastaví uprostřed slova, protože cítí, že by mohlo koktat?

Otázky jsou uvedeny v pořadí v závislosti na závažnosti problému. Odpoví-li rodič kladně na jakoukoli jinou než první otázku, znamená to, že je jeho dítě pravděpodobně ohroženo rizikem vzniku koktavosti a že se v jeho řečovém projevu jedná spíše o projev dysfluency, než o fyziologickou neplnlost. V takovém případě by měl rodič vyhledat odbornou pomoc logopeda.

### **3.5 Svět, který rozumí koktavosti**

V následující kapitole se seznámíme s *Listinou práv a povinností balbutiků*, kterou vypracovala v roce 2000 ISA (International Stuttering Association) v rámci projektu spolupráce balbutiků, klinických odborníků a výzkumníků. Listina poskytuje rámec pro budování lidštějšího, spravedlivějšího a soucitnějšího světa pro miliony balbutiků.

### 3.5.1 Preambule

V naší společnosti je řeč jedním z nejdůležitějších prostředků mezilidské komunikace. Psaný jazyk, jakožto další prostředek komunikace, může být výhodnější, co se průběhu přenosu obsahu zprávy týče. Mluvený jazyk je nositelem obsahu, informací o záměru mluvčího, jeho emocích, osobnosti a způsobu jeho vnímání. To je také jedním z důvodů, proč lidé, kteří čtou knihy, stále s oblibou vyhledávají „autorská čtení“ a proč se za vývoj technologií pro automatické rozpoznávání hlasu, za začlenění hlasu a obrazu do elektronické komunikace utrácí milióny dolarů. Vada řeči nemusí být tak závažná, jako skutečnost, jak jsou osoby s vadami řeči vnímány.

Zatímco mluvené slovo je samozřejmostí pro většinu z nás, tak většině balbutiků po celém světě činí verbální komunikace velké obtíže. Odhaduje se, že přibližně 1%, (60 milionů), z 6 miliard lidí, se kterými sdílíme tento svět, koktá. Běžná denní komunikace je pro mnohé z nich neustálým bojem. Při vytváření mezilidských vztahů, studiu, profesním rozvoji a seberealizaci je pro většinu balbutiků právě řeč největší překážkou. I přes veškerý pokrok v porozumění koktavosti a její léčbě se nemá velké množství balbutiků po celém světě přístup ke službám a podpoře, na které mají nárok.

### 3.5.2 Práva balbutiků

*Jako balbutici máme právo:*

- koktat, nebo mluvit plynule, na takové úrovni, jaké jsme schopní anebo ochotní dosáhnout.
- komunikovat, vyjadřovat se a být vyslechnuti bez ohledu na stupeň závažnosti naší koktavosti.
- aby s námi jednotlivci, skupiny, instituce a masmédiá jednali s úctou a respektem bez ohledu na těžkosti v naší komunikaci.



- na udělení a uplatnění všech práv obsažených v zákonech a legislativách, které se vztahují na všechny občany, bez toho, abychom byli diskriminováni kvůli našim těžkostem při řečovém projevu.
- na odškodnění v případě dokázání nespravedlivého zacházení nebo neúcty, a to na základě platné legislativy.
- být podrobně informováni o terapiích a pravděpodobnosti jejich reálného úspěchu, selhání a recidivy.
- absolvovat terapii nebo léčbu, která je co nejvhodnější pro naše potřeby, zájmy a osobní vlastnosti a je vedená kvalifikovaným profesionálem.
- na volbu účasti na terapii nebo její odmítnutí a na změnu terapie nebo terapeuta, pokud to uznáme za vhodné, a to bez škod a postihů.

### **3.5.3 Povinnosti balbutiků**

*Jako balbutici máme povinnost:*

- být si vědomí toho, že naši posluchači nebo členové diskuse nemusí být informováni o koktavosti, jejích projevech a následcích nebo mohou mít jiný pohled na věc jako většina balbutiků.
- upozornit posluchače nebo členy diskuse, pokud potřebujeme více času na náš řečový projev.
- aktivně se zúčastňovat nebo spolupracovat na terapeutických programech a/nebo asociacích či sdruženích vybraných podle svobodné volby.
- vynaložit potřebnou snahu na překonání znevýhodnění způsobených koktavostí, realisticky odhadovat vlastní možnosti, schopnosti a slabosti a vyvinout si zdravý smysl pro humor s ohledem na sebe samého.
- jednat spravedlivě, s úctou a respektem s jinými, kteří trpí odlišnostmi, problémy, postižením či znevýhodněním jakéhokoli charakteru.
- být si vědomí potřeby rozšiřování povědomí a znalostí o koktavosti a jejích důsledcích.

### **3.5.4 Několik úvah pro naše přátele, kteří koktají**

Při studiu odborné literatury jsme narazili na velmi cenný překlad brožury, kterou vydala Association des Bègues du Canada (ABC), svépomocná organizace kanadských balbutiků. Domníváme se, že níže uvedené informace, rady a návody mohou být inspirující jak pro dospívající a dospělé osoby s balbuties, tak pro odborníky. Překlad této brožury byl uveřejněn ve vědecko-odborném časopise o komplexní rehabilitaci lidí s postižením, s názvem EFETA. Brožuru přeložila Alžběta Peutelschmiedová (2002)

#### **Co je třeba vědět?**

1. Koktavost existuje od doby, kdy se člověk začal domlouvat artikulovanou řečí, zhruba tedy asi 10 000 let. Tato porucha plynulosti řeči postihuje okolo 1 % dospělých a 4 % dětí, a to bez ohledu na rozdíly jazykové, kulturní, územní atd.

2. Jsou uváděny výzkumy podporující hypotézu, podle níž je koktavost podmíněna genetickým faktorem, dědičností. Asi polovina postižených by mohla uvést někoho z rodiny, kdo koktá nebo v dětství koktal.

3. Ti, kdo koktají, nemají žádný společný charakteristický rys. Nejsou původně ani bázlivější, ani nervóznější než ostatní.

4. Každý, kdo koktá, ví, že má dny a období s těžší, důraznější koktavostí. Je právě tolik stupňů a způsobů koktavosti, kolik je těch, co koktají.

5. Většina balbutiků nekoktá při zpěvu, při šepotu, při sborové recitaci a často také o samotě a ve vypjatých situacích.

6. Neexistuje žádná terapie, která by postiženým navodila plynulost řeči, aniž by na tom sami urputně nespolupracovali.

#### **Jak dosáhnout uspokojivých výsledků?**

1. Vyhněte se tomu, abyste se sami považovali za "koktavého". Koktavost je něco, co děláte, ne co jste. Jste "někdo, kdo koktá". Koktavost představuje pouze část vaší osobnosti. Každý z vás má nespočet dalších rysů, které s koktavostí nemají nic společného. Je to mnoho kladných stránek vaší osobnosti, které vás charakterizují, ale kterým vy sami nevěnujete dostatečnou pozornost.

2. Dopřejte si času. Pravděpodobně koktáte již delší dobu. Nepředstavujte si, že v krátkém čase zdoláte všechny své strachy a změníte své řečové návyky.

3. Přijměte svou koktavost. Očekávejte jistou míru řečových problémů, zejména v situacích, kdy jste je mívali v minulosti.

4. Máte-li jeden ze svých "horších" dnů, nepropadejte beznaději. To je normální, nedejte se tím deprimovat. Zítra bude jinak.

5. Koktavost jste si sami nevybrali. Ne znamená žádnou slabost vaší osobnosti. Nikdy se za svou koktavost nestyd'te.

6. Nedomnívejte se, že právě koktavost vám zabraňuje být tím, čím být chcete. Máte právo být přijímán jako každý, ne podle úrovně svého řečového projevu.

7. Buďte otevřený a neváhejte o své koktavosti mluvit s lidmi ve svém okolí. Obvykle vás jejich reakce příjemně překvapí.

### **Pozitivní doporučení**

1. Buďte smělí a oceňujte, když mluvíte plynule.

2. Mluvte co možná nejživěji a pevným hlasem. Tak, aby se lidé zajímali, co říkáte, ne jak to říkáte.

3. Máte-li těžkou blokádu řeči, vzápětí na to zapomeňte. Když už se blokáda objeví, nic s tím nenaděláte. Nepokoušejte se ji zahladit snahou o plynulejší řeč.

4. Buďte sami k sobě přívětivější a méně kritičtí.

5. Vzдорujte řečovým situacím, jimž se jinak máte ve zvyku vyhýbat. Řekněte slovo, kterého se bojíte. Ale nenuťte se do toho příliš často. Postupujte po etapách, metodicky.

6. Naučte se koktat lehčeji, jakoby plynuleji. Vyhýbejte se zápasení s řečí. Mluvte méně horlivě, s menším úsilím, buďte otevřenější. Vhodnou cestou, jak toho dosáhnout, je občasné chtěné, záměrné zakoktání.

7. Dopřejte si k řeči dostatek času, čímž nechceme říci, abyste mluvili loudavě.

8. Neskryvejte skutečnost, že koktáte. Tím, že posluchačům řeknete o charakteristickém rysu své řeči, si usnadníte situaci a také spoluhlavčí budou ve větší pohodě. Mluvte o své účasti na činnosti svépomocné skupiny a o tom, jak pomáháte druhým.

9. Nepokoušejte se kamuflovat svou koktavost. Jednak to není možné (jeden expert řekl, že zastírat koktavost je totéž jako skrývat meloun pod košili). Dr. Charles Van Riper prohlásil: "Koktavost je to, co děláme, abychom se jí vyhnuli." Vyhybejte se nahrazování slov jinými, pro vás snazšími. To je technika sebeobrany, která nás všechny zklamala. Můžete koktat nejrůznějšími způsoby, ale dělejte to co nejotevřeněji. Nahrazování obávaných slov jinými a utajování koktavosti nepovede než k narůstání vašeho strachu z řeči.

10. Nezapomeňte se dívat do očí tomu, s kým mluvíte, a to zejména, když právě koktáte.

11. Koktavost je pravděpodobně nejdůvěrnější aspekt vašeho života. Snažte se o ní dozvědět co nejvíce a poučujte o ní ostatní. Je to pro vás důležité. A protože koktavost je zajímavé téma, lidé vám budou naslouchat. Budou si vás považovat pro vaše znalosti a pro vaši odvahu.

12. Jděte za těmi, kdo koktají. Pokoušejte se jím pomáhat překonávat jejich obavy a úzkosti.

13. Soustřeďte svou pozornost na to, co děláte, když koktáte. Předvídejte situace zvyšující napětí vyústující v těžkou blokádu.

14. Když to okolnosti umožní, prokažte svůj smysl pro humor na účet vlastní koktavosti. Budete překvapen, nakolik výbuch smíchu uvolní vás, stejně jako vaše posluchače.

15. Mluvte co nejvíce, obzvláště když máte své "dobré" dny. Celkově nehodnoťte své pokroky podle počtu proběhlých blokády. Skutečný pokrok je měřitelný tím, jak nedovolíte koktavosti, aby vám bránila být někým milejším, důvěřivějším a co možná nejšťastnějším. Jak napsal Erich Fromm: "Nic nás neskličuje více, než nebýt sami sebou. A nic nám nedává větší uspokojení a větší štěstí, než myslet, mluvit a cítit se, jací skutečně jsme."

## 4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

### 4.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit, zda jsou osoby s balbuties spokojeny s poskytovanou logopedickou péčí. Zaměříme se také na zhodnocení vlivu poruchy plynulosti řeči na kvalitu života balbutiků, na jejich vnímání každodenních situací v komunikaci s okolím. Dále se pokusíme zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje zjištěné narušení plynulosti řeči profesní orientaci balbutika. Dalším cílem je poskytnout doporučení vycházející ze strany balbutiků, která by mohla na základě jejich vlastních zkušeností přispět ke zkvalitnění logopedické péče.

#### 4.1.1 Hypotézy

Na základě výše uvedených cílů jsme zformulovali následující hypotézy:

- *Osoby s balbuties nejsou spokojeny s poskytovanou logopedickou péčí.*
- *Výběr povolání osob s balbuties je ovlivňován jejich komunikačními obtížemi.*

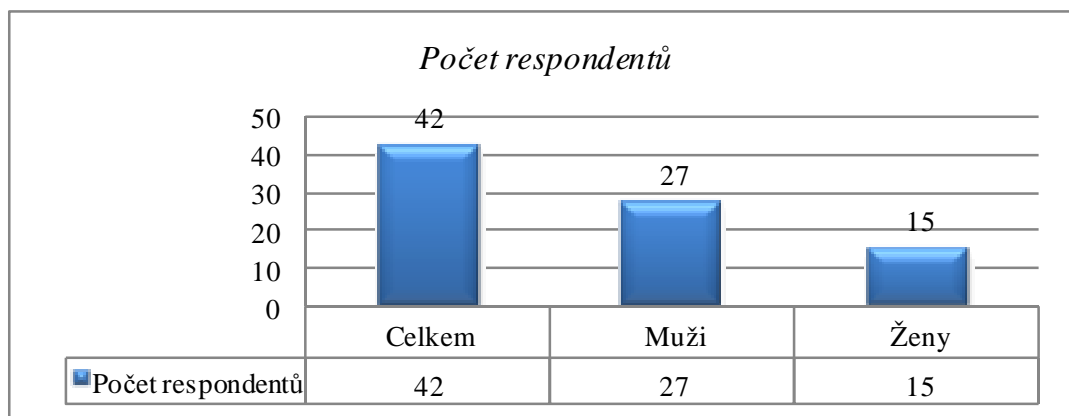
Platnost výše uvedených hypotéz bude ověřena dotazníkovým šetřením a analýzou získaných údajů (kapitola č. 5), které budou následně vyhodnoceny v diskuzi (kapitola č. 6).

### 4.2 Vzorek výzkumného šetření

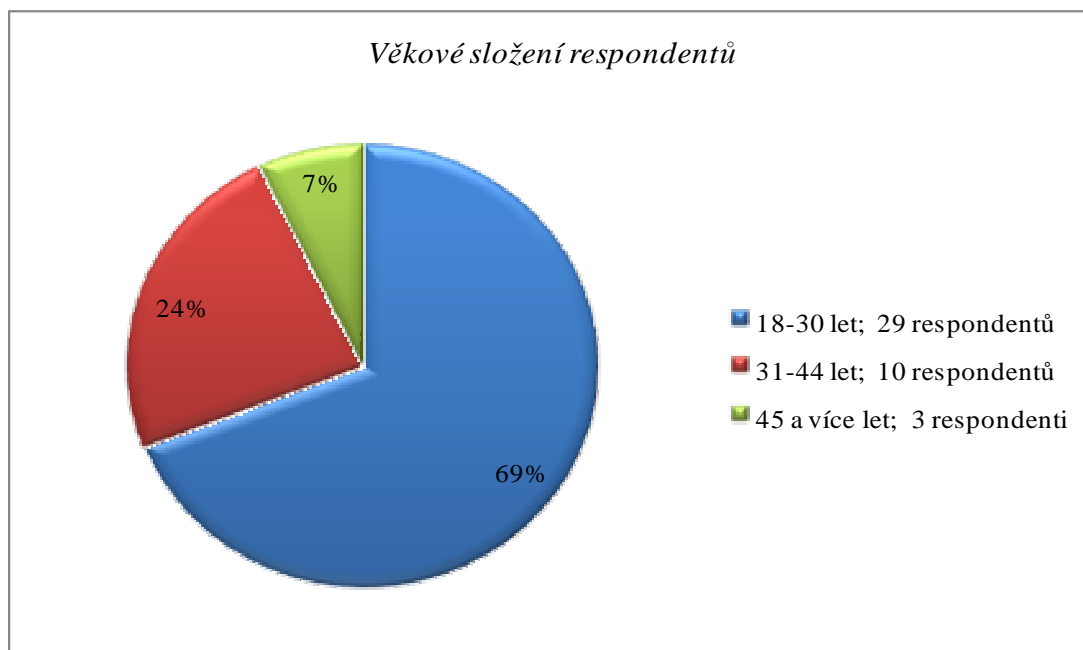
Výzkumný vzorek tvoří muži a ženy s narušením plynulosti řeči ve smyslu balbuties z České (38 respondentů) a Slovenské republiky (4 respondenti). Všichni

respondenti spadají do věkové kategorie od 18 do 58 let. Jedná se o období<sup>8</sup>, které sahá od adolescence až k pozdní dospělosti. Vzhledem nízkému výskytu balbuties v populaci by bylo problematické získat výzkumná data jen od určité věkové kategorie, proto jsme se rozhodli realizovat sběr dat v takto širokém věkovém rozmezí. Výzkumný vzorek sestával z celkového počtu 42 respondentů, z toho 15 žen a 27 mužů. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafech č. 1 a 2.

**Graf č. 1**



**Graf č. 2**



<sup>8</sup> Jedná se o věková období, která Langmeier a Krejčířová (2000) terminologicky vymezují jako adolescenci a pozdní dospělost.

### 4.3 Metody výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření byla využita kvantitativní metoda výzkumu – *dotazník*. Samotný dotazník je dle Chrásky (2007, s. 163) „soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazované osoby (respondent) odpovídá písemně“. Gavora (in Chráska, 2007) vymezuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.

Dotazník byl sestaven na principu kombinací *uzavřených* (strukturovaných) a *otevřených* (nestrukturovaných) položek. V dotazníku se vyskytovaly oba typy uzavřených položek, tj. typ dichotomický a typ polytomický (výběrové a výčtové položky). Dále bylo využito položek *kontaktních*, *kontrolních* a *filtračních*. Podle obsahu byly v dotazníku zastoupeny *položky zjišťující fakta* a *položky zjišťující mínění, postoje a motivy*.

Při sestavování dotazníku byly respektovány důležité požadavky, mezi které patří jasnost, srozumitelnost, vyhnutí se sugestivním položkám, jednoznačnost a primární zjišťování jen nezbytných údajů a další (Chráska, 2007).

Studium, analýza a komparace odborné literatury, zpracování, vyhodnocení a srovnání dat získaných dotazníkovým šetřením jsou další metody, které byly využity v rámci zpracování praktické části diplomové práce.

#### 4.3.1 Charakteristika použitého dotazníku

Dotazník sestavila autorka diplomové práce ve spolupráci s vedoucí diplomové práce Mgr. Renatou Mlčákovou, Ph.D., jednotlivé položky dotazníku byly konzultovány s doc. PaedDr. Alžbětou Peutelschmiedovou, Ph.D. z Ústavu speciálně-pedagogických studií a s Prof. PhDr. Miroslavem Chráskou CSc. z Ústavu pedagogiky a sociálních studií. Distribuci dotazníku předcházela předvýzkum, kterého se zúčastnilo 10 balbutiků. Respondenti obdrželi dotazník, který již byl konzultován s výše uvedenými odborníky. Na základě odpovědí respondentů byly některé položky dotazníku dodatečně upraveny. Dotazník je určen pro dospělé osoby s narušením plynulosti řeči. Spolu s dotazníkem byl respondentům rozeslán průvodní dopis, který respondenty stručně seznámil s autorkou dotazníku, předmětem

výzkumu, a také se skutečností, že získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Dotazník je uveden instrukcemi pro vyplnění, následují položky kontaktní (věk a pohlaví respondentů) a vlastní otázky. Vlastní dotazník obsahoval osmnáct otázek (100 %), z toho dvanáct otázek otevřených (66,6 %) a tři položky uzavřené polytomické (16,7 %). Z těchto tří otázek se jednalo o jednu položku výběrovou (33,3 %) a dvě položky výčtové (66,7 %). Zbývající tři otázky dotazníku (16,7 %) byly rozděleny do dvou částí. První část otázek byla tvořena položkou dichotomickou. Pokud respondenti odpověděli na první část otázky kladně, tak na základě uvedeného pokynu vyplňovali druhou část otázky, která byla ve dvou případech položkou otevřenou a v jednom případě položkou uzavřenou polytomickou výčtovou.

Distribuce dotazníků byla zajištěna elektronickým rozesláním dotazníku. Část kontaktů byla získána díky průběžné logopedické praxi autorky práce na Soukromé klinice LOGO v Brně, kde se účastnila skupinové terapie dospělých klientů s narušením plynulosti řeči. Další kontakty získala autorka práce na setkáních Občanského Sdružení Balbus v Olomouci, kde se seznámila se členem nově vzniklého Občanského Sdružení Balbutik v Praze, které také kontaktovala. Autorka oslovila i internetové diskuzní fórum s názvem Balbutická komunita.



## 5 Zpracování získaných dat a jejich interpretace

Dotazníkovým šetřením bylo přímo osloveno celkem 60 respondentů. Dotazník vyplnilo a vrátilo 42 respondentů. Návratnost dotazníku byla tedy 70 %. Údaje o průměrné návratnosti dotazníků se v literatuře rozcházejí. Chráska hovoří o návratnosti dotazníků v intervalu od 30% do 60% (Chráska, 2007). Vzhledem k počtu navrácených dotazníků můžeme považovat návratnost dotazníků v našem dotazníkovém šetření za úspěšnou.

**Otázka č. 1:** „*V kolika letech se u Vás poprvé projevila koktavost?*“

Otázka č. 1 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 1 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, v kolika letech se u jednotlivých respondentů poprvé projevila koktavost. Na otázku č. 1 odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%.

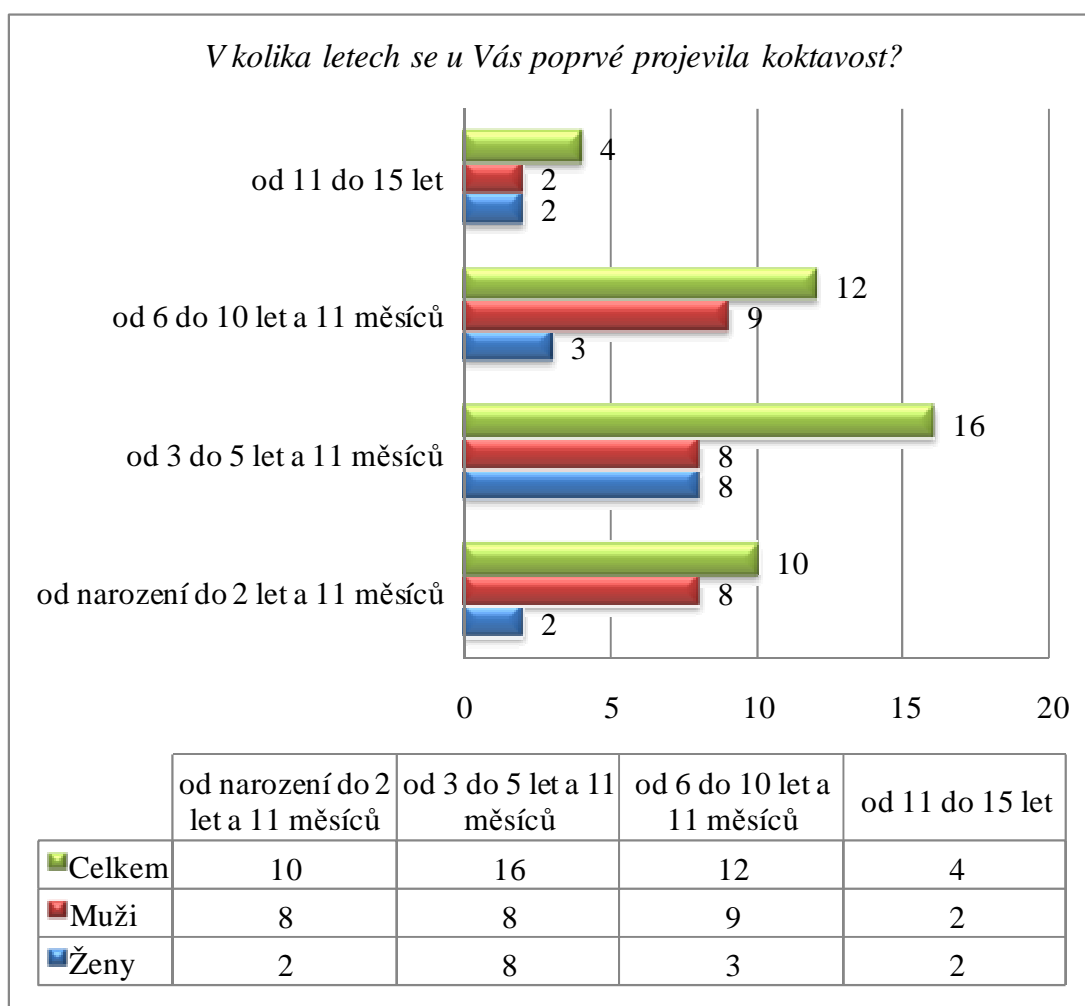
Při vyhodnocování otázky č. 1 jsme dospěli k následujícím závěrům: v případě deseti respondentů (23,8 %) se koktavost poprvé projevila v období *od narození do dvou let a jedenácti měsíců* života. U šestnácti respondentů (38,1 %) se první příznaky koktavosti projevily poprvé *mezi 3. a 5. rokem a jedenáctým měsícem* života. Dvanáct respondentů (28,6 %) odpovědělo, že se u nich vyskytly první projevy koktavosti poprvé v období *mezi 6. rokem a 10. rokem a jedenáctým měsícem* života. U čtyř respondentů (9,5 %) se objevila koktavost poprvé v období *mezi jedenácti až patnácti lety*. Jednotlivé věkové kategorie byly stanoveny na základě odpovědí respondentů. U žádného z respondentů se neprojevila koktavost později než v patnácti letech. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že se první příznaky koktavosti u respondentů projevily nejčastěji v období mezi třetím a pátým rokem a jedenáctým měsícem života. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 5 a grafech č. 3 a 4.

**Tabulka č. 5**

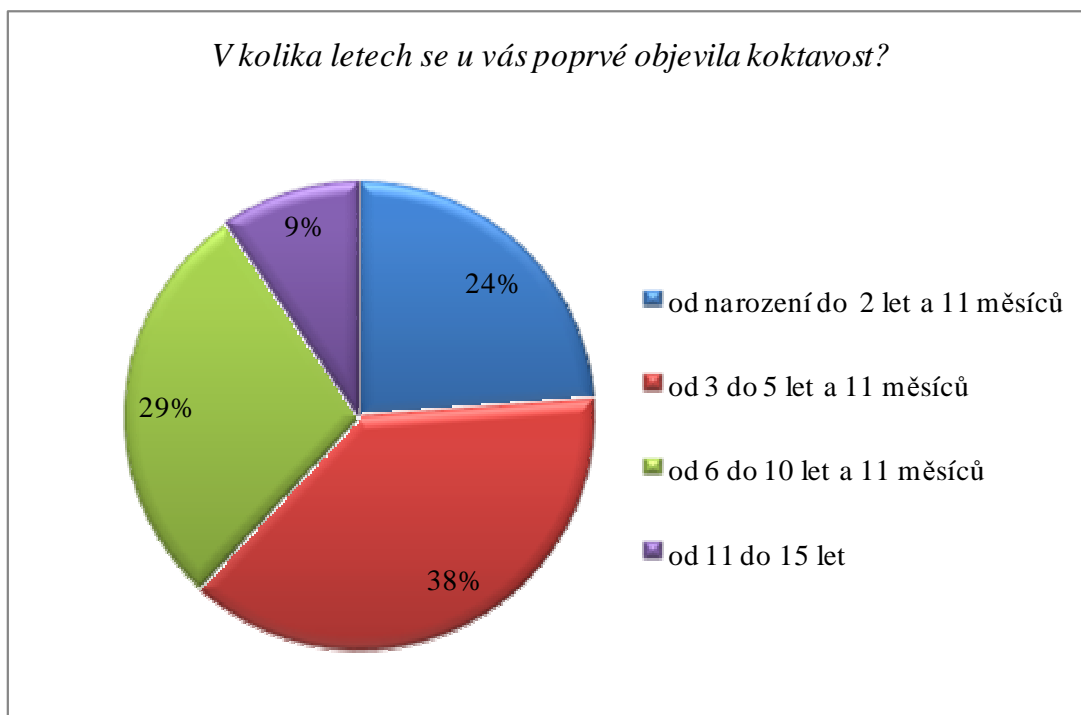
„V kolika letech se u Vás poprvé projevila kóktavost?“						
Otázka č. 1	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	N	%	n	%
Od narození do dvou let a 11 měsíců	8	29,6	2	13,3	10	23,8
Od tří do pěti let a 11 měsíců	8	29,6	8	53,3	16	38,1
Od šesti do deseti let a 11 měsíců	9	33,3	3	20,0	12	28,6
Od jedenácti do patnácti let	2	7,4	2	13,3	4	9,5
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

n = počet respondentů

**Graf č. 3**



**Graf č. 4**



**Otázka č. 2:** „Kdo Vám dal první impuls k návštěvě logopeda?“

Otázka č. 2 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 2 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťovala, kdo podnítil první návštěvu jednotlivých respondentů u logopeda. Na 2. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%.

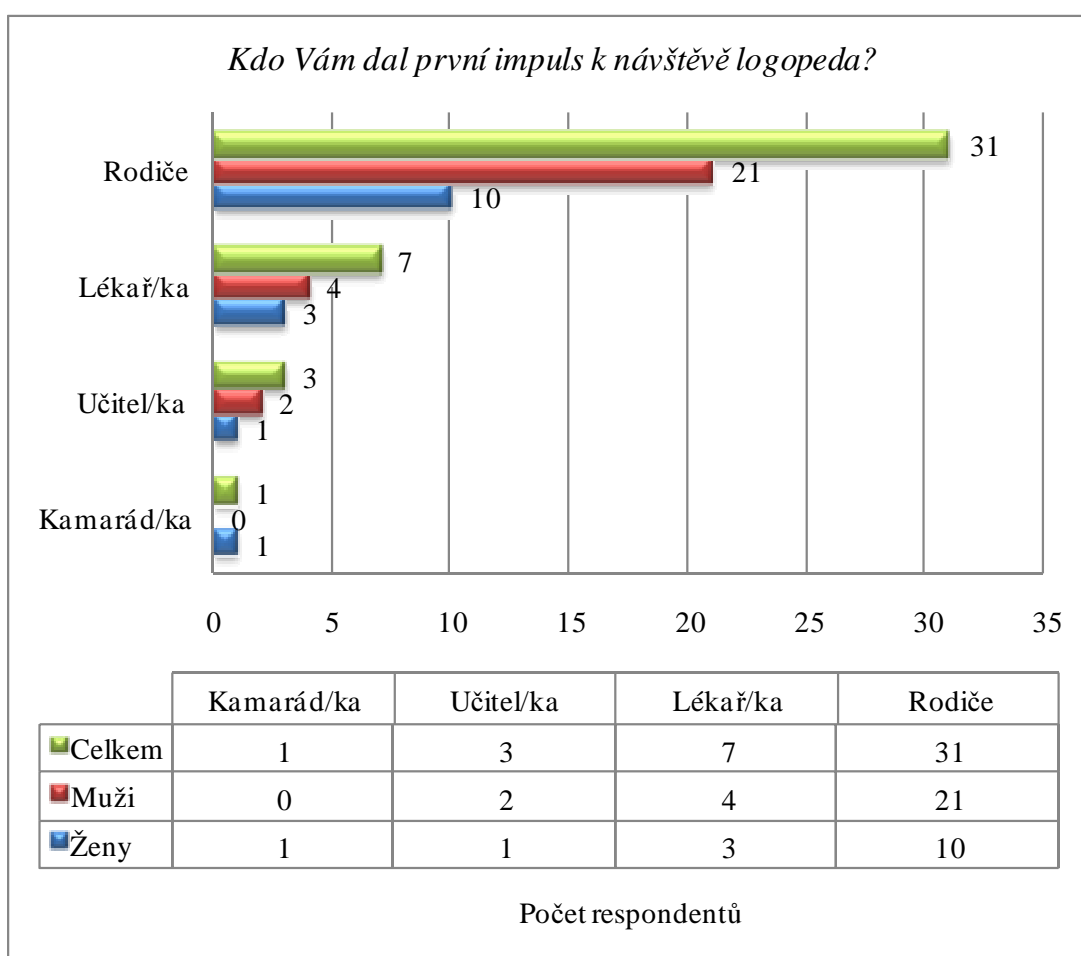
Při vyhodnocování otázky č. 2 jsme dospěli k následujícím závěrům: v případě 31 respondentů (73,8 %) vydal první impuls k návštěvě logopeda *rodič*. V případě tří respondentů (7,1 %) inicioval/a první návštěvu logopeda *učitel/učitelka*. U 7 respondentů (16,7 %) indikoval/a první návštěvu u logopeda *lékař/ka*. Jedna respondentka (2,4 %) uvedla, že její první návštěvu u logopeda podnítila *kamarádka*. Z výše uvedených výsledků jednoznačně vyplývá důležitost rodičů v iniciaci logopedické péče u jejich dětí s narušenou plynulostí řeči. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 6 a grafech č. 5 a 6.

**Tabulka č. 6**

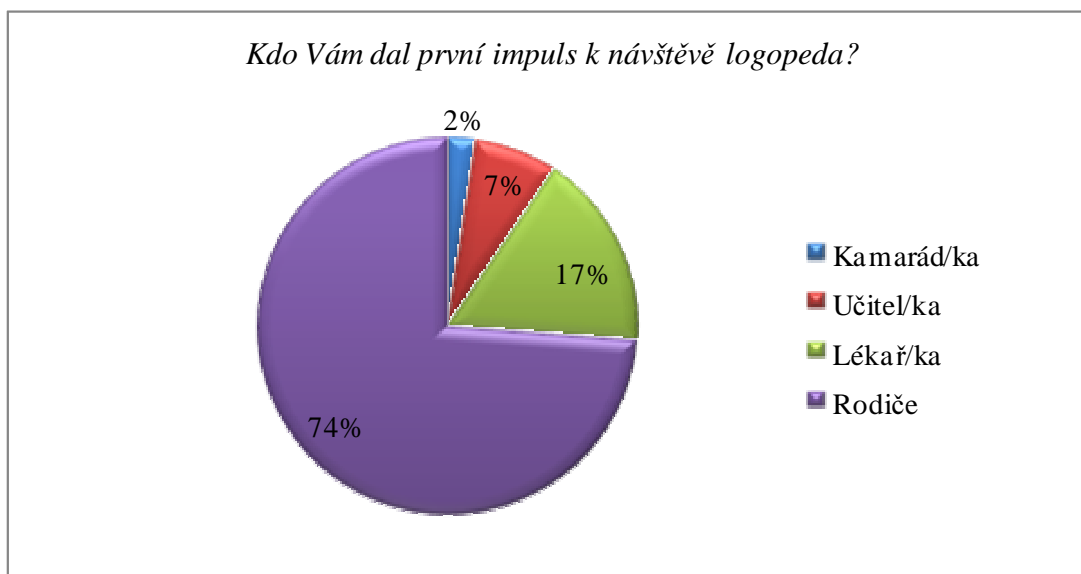
„Kdo Vám dal první impuls k návštěvě logopeda?“						
Otázka č. 2	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	N	%	n	%
Rodiče	21	77,8	10	66,7	31	73,8
Učitel/ka	2	7,4	1	6,7	3	7,1
Lékař/ka	4	14,8	3	20,0	7	16,7
Kamarád/ka	0	0	1	6,7	1	2,4
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

n = počet respondentů

**Graf č. 5**



**Graf č. 6**



**Otázka č. 3:** „Kdy došlo k prvnímu kontaktu s logopedem?“

Otázka číslo 3 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové položce č. 3 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, v kolika letech respondenti poprvé vyhledali odbornou logopedickou péči. Na 3. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%.

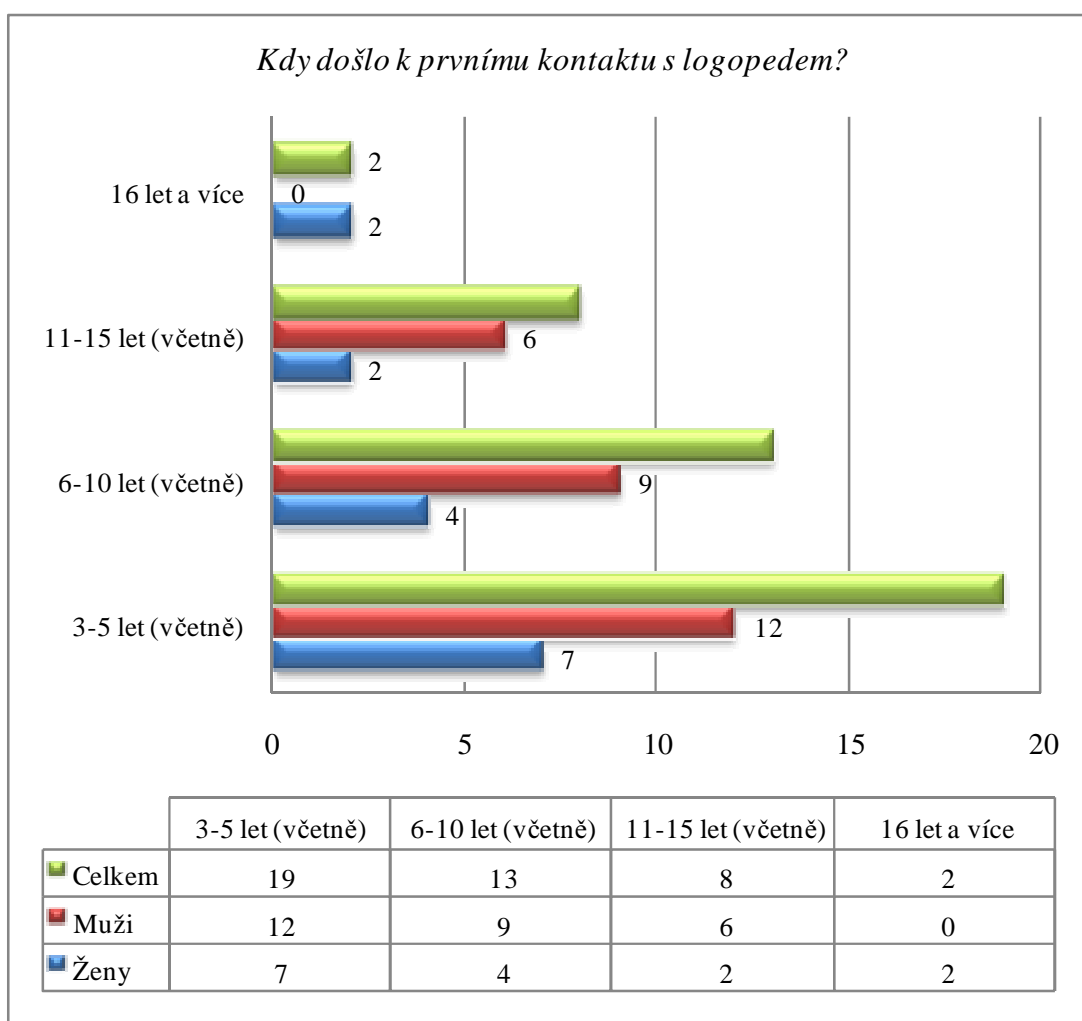
Při vyhodnocování 3. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: devatenáct respondentů (45,2 %) se poprvé dostalo do péče logopeda mezi *třetím až pátým rokem života*. Třináct respondentů (31,0 %) vyhledalo poprvé logopedickou péči *mezi šestým až desátým rokem života*. Osm respondentů (19,0 %) navštívilo logopeda poprvé v období *jedenácti až patnácti let*. Dvě respondentky (4,8 %), z celkového počtu 42 dotázaných, vyhledaly poprvé odbornou pomoc logopeda *ve věku starším, než šestnáct let*. Jednalo se o dvě ženy, první žena vyhledala logopeda poprvé v osmnácti letech, druhá žena v sedmadvaceti letech. Obě respondentky byly zařazeny do věkové kategorie „16 let a více“. Faktem ale zůstává, že většina respondentů vyhledala odbornou logopedickou péči v období mezi *třetím až desátým rokem života*. Zjištěné skutečnosti jsou uvedeny v tabulce č. 7 a grafech č. 7 a 8.

**Tabulka č. 7**

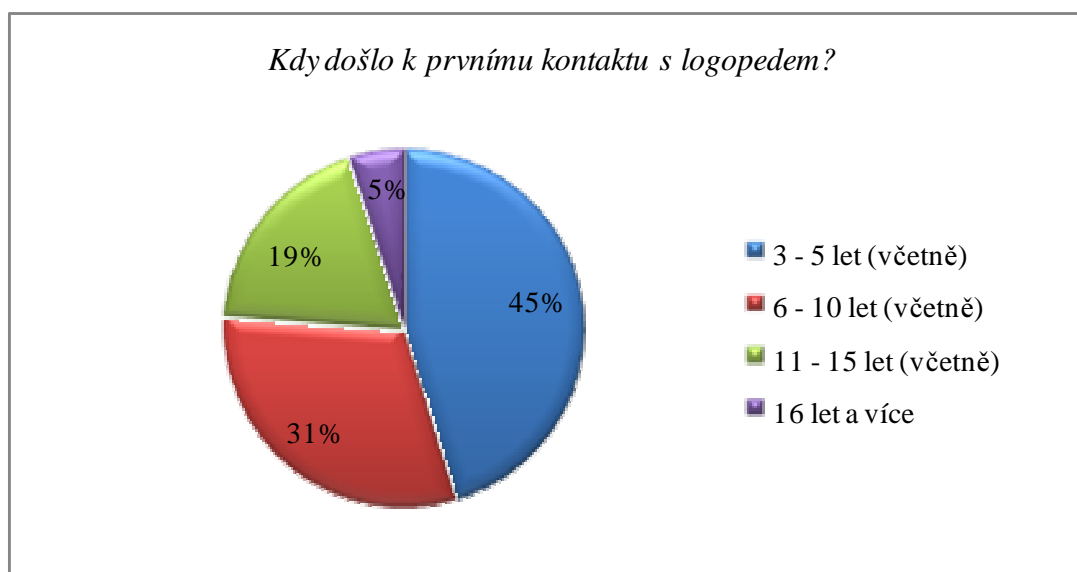
<i>„Kdy došlo k prvnímu kontaktu s logopedem?“</i>						
Otázka č. 3	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
3 – 5 let (včetně)	12	44,4	7	46,7	19	45,2
6-10 let (včetně)	9	33,3	4	26,7	13	31,0
11-15 let (včetně)	6	22,2	2	13,3	8	19,0
16 let a více	0	0	2	13,3	2	4,8
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

n = počet respondentů

**Graf č. 7**



**Graf č. 8**



**Otázka č. 4:** „Kolik logopedů jste v průběhu své cesty životem vyhledal/a?“

Otázka číslo 4 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 4 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, kolik logopedů jednotliví respondenti vyhledali. Na 4. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%.

Při vyhodnocování 4. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: *jediného logopeda* vyhledalo celkem 5 respondentů (11,9 %). Osm respondentů (19,0 %) vyhledalo logopedickou péči *dvou logopedů*. Dalších osm respondentů (19,0 %) vyhledalo *tři logopedy*. Pět respondentů (11,9 %) vyhledalo *čtyři různé logopedy*. Osm respondentů (19,0 %) vyhledalo logopedickou péči celkem *pěti logopedů*. Čtyři respondenti (9,5 %) vyhledali logopedickou péči celkem *šesti logopedů*. Tři respondenti (7,1 %) vyhledali logopedickou péči sedmi různými logopedů. Jeden respondent (2,4 %) vyhledal celkem *patnáct logopedů*!

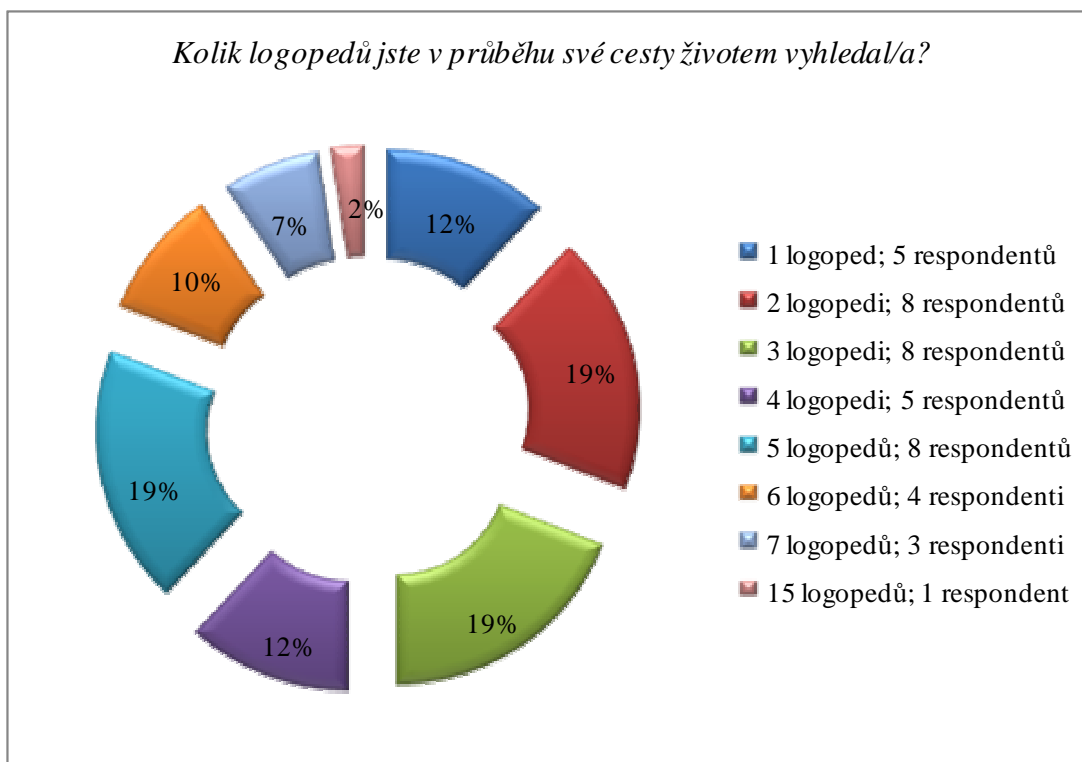
Všichni respondenti (42) vyhledali celkem *163 logopedů*, což odpovídá průměru *3,9 logopeda* na jednoho respondenta. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 8 a grafu č. 9.

**Tabulka č. 8**

„Kolik logopedů jste v průběhu své cesty životem vyhledal/a?“						
Otázka č. 4	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1 logoped	3	11,1	2	13,3	5	11,9
2 logopedi	4	14,8	4	26,7	8	19,0
3 logopedi	8	29,6	0	0	8	19,0
4 logopedi	1	3,7	4	26,7	5	11,9
5 logopedů	5	18,5	3	20,0	8	19,0
6 logopedů	2	7,4	2	13,3	4	9,5
7 logopedů	3	11,1	0	0	3	7,1
15 logopedů	1	3,7	0	0	1	2,4
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 9**





**Otázka č 5:** „*Na kterém pracovišti Vám byla logopedická péče poskytována?*“

Otázka číslo 5 je položkou uzavřenou polytomickou výčtovou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 5 neodpovídá počtu respondentů, protože respondenti mohli vybírat více možností najednou. Položka zjišťuje, na kterých pracovištích byla logopedická péče jednotlivým respondentům poskytována. Na pátou otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100 %. Respondenti mohli vybírat z následujících možností:

- a) logoped na foniatrickém oddělení v nemocnici,
- b) v ambulanci/ordinaci klinického logopeda,
- c) ve speciálně pedagogickém centru logopedickém,
- d) jinde.

Při vyhodnocování položky č. 5 jsme dospěli k následujícím závěrům: *logopeda na foniatrickém oddělení v nemocnici* vyhledalo celkem 21 respondentů (50 %). *V ambulanci/ordinaci klinického logopeda* vyhledalo odbornou péči čtyřicet respondentů (95,2 %). *Ve speciálně pedagogickém centru logopedickém* vyhledalo odbornou péči třináct respondentů (31 %). Tři respondenti (7,1 %) zvolili možnost „jinde“. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 9 a grafech číslo 10 a 11.

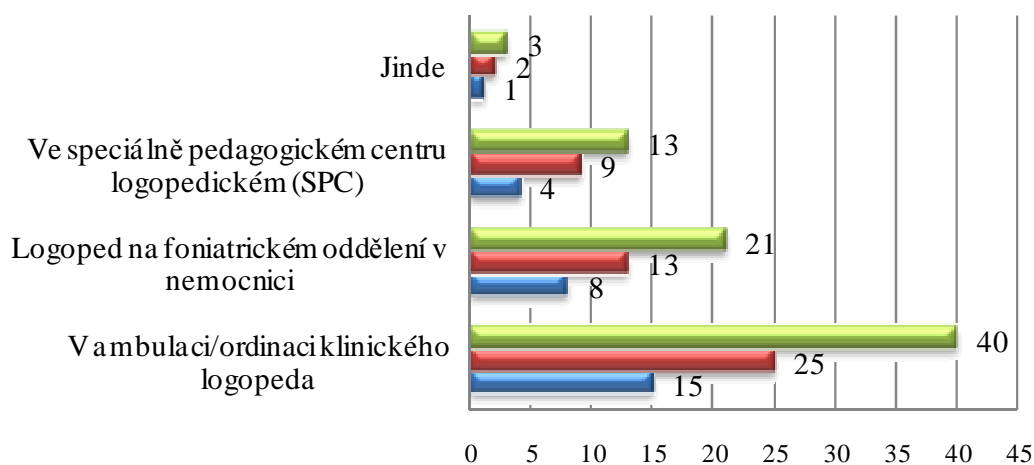
**Tabulka č. 9**

„ <i>Na kterém pracovišti Vám byla logopedická péče poskytována?</i> “						
Otázka č. 5	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Logoped na foniatrickém oddělení v nemocnici	13	48,1	8	53,3	21	50,0
V ambulanci/ordinaci klinického logopeda	25	92,6	15	100,0	40	95,2
Ve speciálně pedagogickém centru logopedickém	9	33,3	4	26,7	13	31,0
Jinde	2	7,4	1	6,7	3	7,1

n = počet odpovědí

**Graf č. 10**

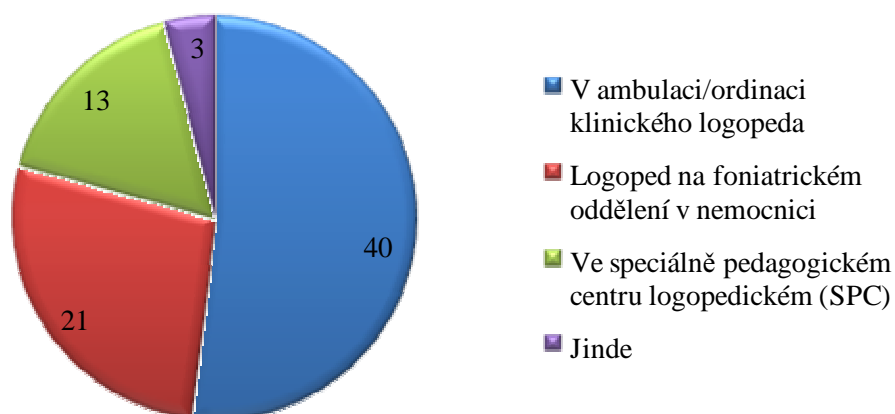
Na kterém pracovišti Vám byla logopedická péče poskytována?



	V ambulaci/ordinaci klinického logopeda	Logoped na foniatrickém oddělení v nemocnici	Ve speciálně pedagogickém centru logopedickém (SPC)	Jinde
<b>Celkem</b>	40	21	13	3
<b>Muži</b>	25	13	9	2
<b>Ženy</b>	15	8	4	1

Graf č. 11<sup>9</sup>

Na kterém pracovišti Vám byla logopedická péče poskytována?



<sup>9</sup> Čísla v grafu znázorňují počet odpovědí náležících jednotlivým kategoriím

**Otázka č. 6:** „*Jak často Vám byla logopedická péče poskytována?*“

Otázka číslo 6 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 6 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, v jakých intervalech byla logopedická péče jednotlivým respondentům poskytována. Na 6. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100 %.

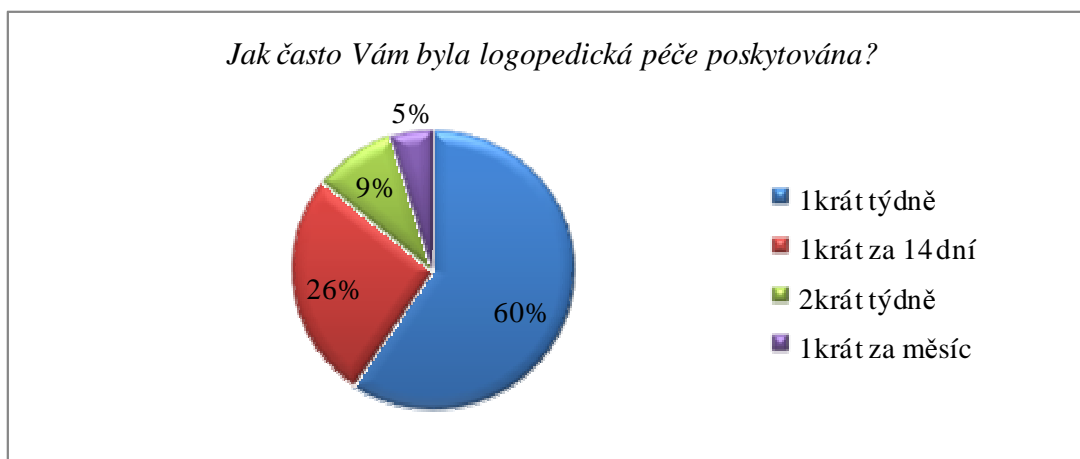
Při vyhodnocování položky č. 6 jsme dospěli k následujícím závěrům: pětadvaceti respondentům (59,5 %) byla logopedická péče poskytována *jedenkrát týdně*. Čtyřem respondentům (9,5 %) byla logopedická péče poskytována *dvakrát týdně*. Jedenáct respondentů (26,2 %) docházelo k logopedovi *jedenkrát za čtrnáct dní*. Dvěma respondentům (4,8 %) byla logopedická péče poskytována *jedenkrát za měsíc*. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 10 a grafech č. 12 a 13.

**Tabulka č. 10**

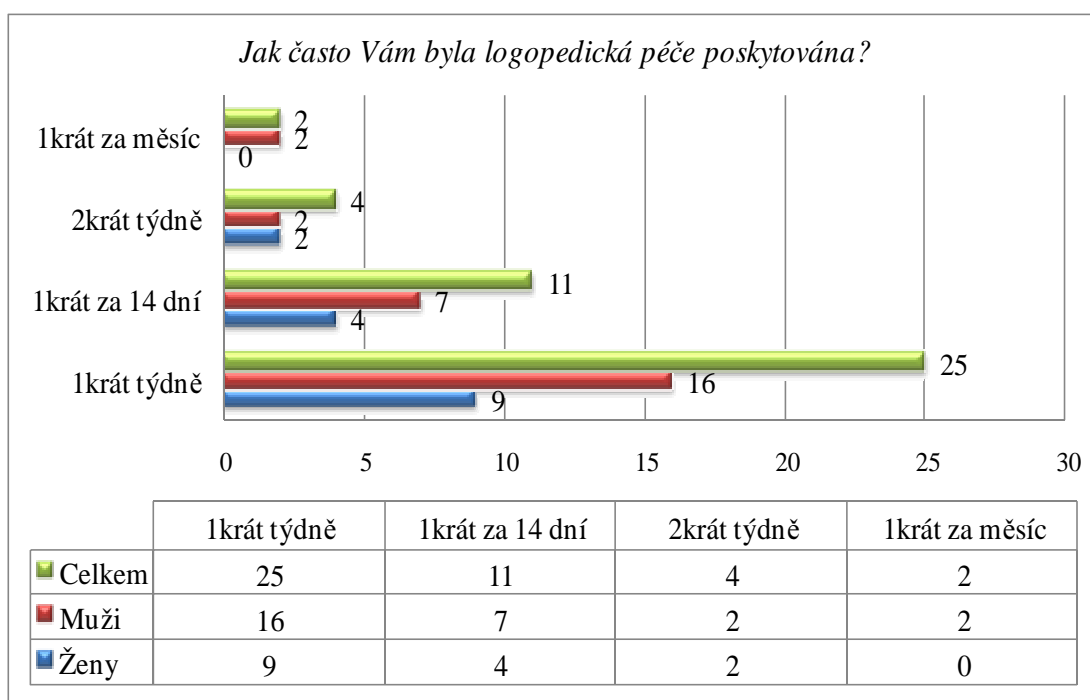
„ <i>Jak často Vám byla logopedická péče poskytována?</i> “						
Otázka č. 6	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
1krát týdně	16	59,3	9	60,0	25	59,5
2krát týdně	2	7,4	2	13,3	4	9,5
1krát za 14 dní	7	25,9	4	27,7	11	26,2
1krát za měsíc	2	7,4	0	0	2	4,8
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 12**



**Graf č. 13**



**Otázka č. 7:** „*Stručně charakterizujte náplň setkání s jednotlivými logopedy.*“

Otázka číslo 7 je položkou uzavřenou polytomickou výčtovou. Počet odpovědí v dotazníkové položce č. 7 neodpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje průběh setkání respondentů s logopedy. Jednotlivé možnosti byly seřazeny do tabulky. Samotnému výběru možností předcházela pokyn k vyplnění: „Do volných polí doplňte A (ano), nebo N (ne).“ Nabízené možnosti byly upraveny na základě předvýzkumu. U některých možností byly uvedeny v závorkách pro větší srozumitelnost příklady. Respondenti mohli volit z následujících odpovědí:

- Dechová cvičení (techniky správného dýchání, nádech, prodloužený výdech, foukání, hra na flétnu...),
- Fonační cvičení (měkký hlasový začátek, uvolnění mluvidel např. aaaa, aeioi),
- Čtení (hlasité, spolučení),
- Muzikoterapie – (zpěv, rytmická cvičení, hraní na hudební nástroje),
- Popis obrázku,
- Relaxační techniky (uvolnění se, meditace),

- Fonograforytmika („obloučkové písmo“),
- Nácvik zátěžových situací (telefonování, nakupování, představování se),
- Arteterapie (kresba...),
- Dramaterapie (hraní rolí, divadlo),
- Asociační cvičení (příslloví, synonyma, různé hry, přirovnání, zelená je...),
- Automatické řady (dny v týdnu, měsíce v roce, číslovky),
- Konverzační cvičení (nácvik rozhovoru...),
- Záznam spontánního projevu a rozhovoru (magnetofon, video záznam),
- PC programy,
- Recitace (převyprávění textu nazpaměť),
- Jiné.

Při vyhodnocování otázky č. 7 jsme dospěli k následujícím závěrům: v případě čtyřiceti respondentů (95,2 %) tvořilo část náplně jednotlivých setkání s logopedy *čtení* (hlasité čtení, unisono čtení). Osmatřicet respondentů (90,5 %) se v průběhu terapie seznámilo s *dechovými cvičeními*. Šestatřicet respondentů (85,7 %) provádělo v průběhu logopedických sezení *fonační cvičení*. Sedmadvacet respondentů (64,3 %) uvedlo, že část náplně jednotlivých setkání s logopedy tvořil *popis obrázku*. Šestadvacet respondentů (61,9 %) uvedlo, že v rámci logopedické péče praktikovalo *relaxační techniky*. Třiadvacet respondentů (54,8 %) se v průběhu terapie seznámilo s různými druhy *konverzačních cvičení*. Další třiadvacet respondentů (54,8 %) se v průběhu terapie seznámilo s *fonograforytmickou technikou*. V případě dvaadvaceti respondentů (52,4 %) tvořilo část náplně jednotlivých setkání s logopedy *nacvičování zátěžových situací*. S *asociačními cvičeními* se v průběhu logopedické péče seznámilo dvaadvacet respondentů (52,4 %). Jedenadvacet respondentů (50 %) uvedlo, že částí náplně logopedické péče byla interpretace *automatických řad*. Devatenáct respondentů (45,2 %) uvedlo, že část náplně jednotlivých setkání s logopedy tvořila *recitace* částí textů, básní. Osmnáct respondentů (42,9 %) se v průběhu logopedické péče seznámilo s některou z technik *muzikoterapie*, dvanáct respondentů (28,6 %) se seznámilo s různými technikami *arteterapie* a dalších dvanáct respondentů (28,6 %) bylo seznámeno s nějakou technikou *dramaterapie*. Čtrnácti respondentům (33,3 %) byl v průběhu terapie pořízen audio záznam, nebo video *záznam* jejich *spontánního mluvního projevu*. Jedenáct respondentů (26,2 %) v průběhu logopedické péče vyzkoušelo

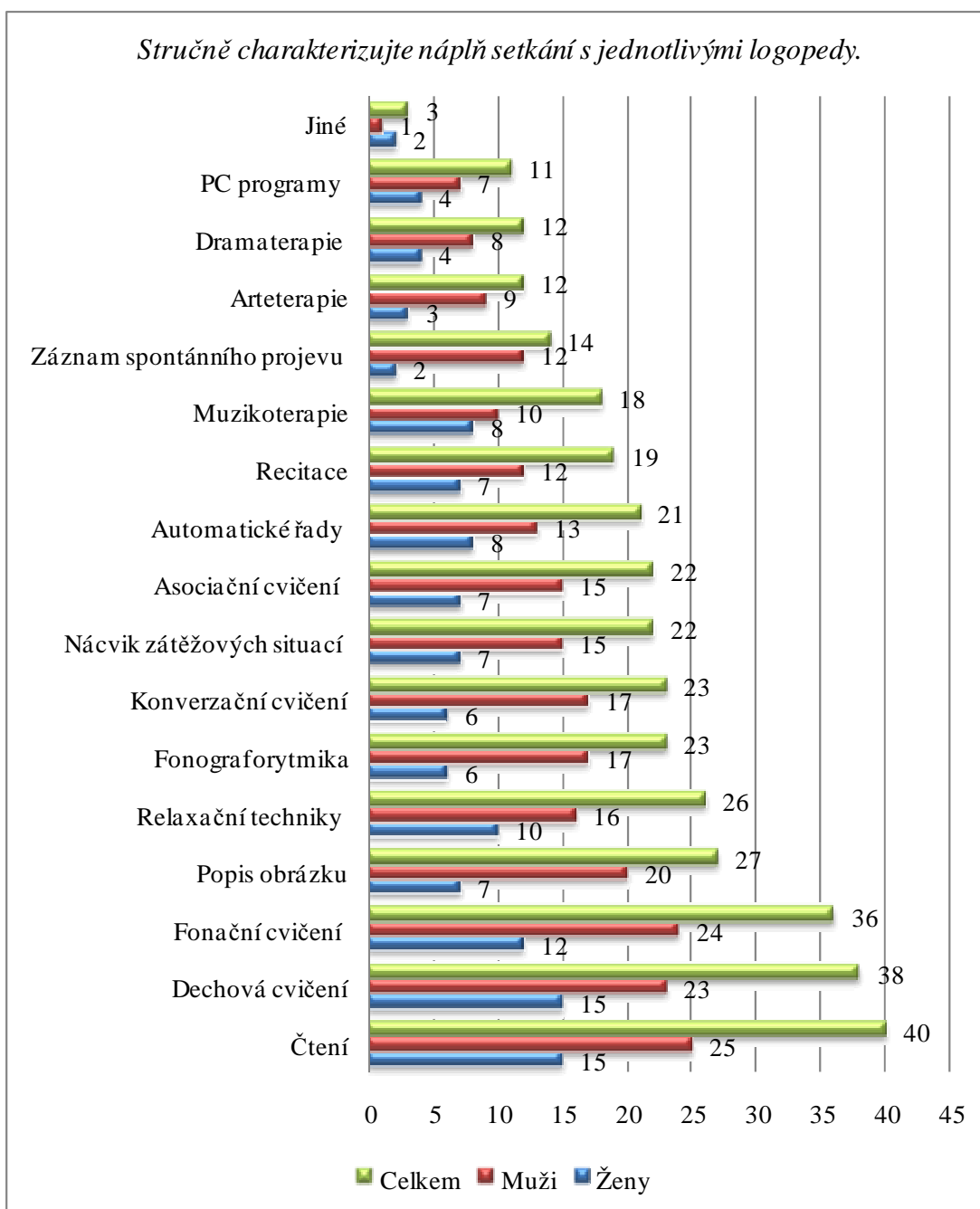
nějaký počítačový program. Dva respondenti (4,8 %) zvolili položku jiné. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 11 a grafu č. 14.

**Tabulka č. 11**

„Stručně charakterizujte náplň setkání s jednotlivými logopedy.“						
Otázka č. 7	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Jiné	1	3,7	1	6,7	2	4,8
PC programy	7	25,9	4	26,7	11	26,2
Dramaterapie	8	29,6	4	26,7	12	28,6
Arteterapie	9	33,3	3	20,0	12	28,6
Záznam spontánního projevu	12	44,4	2	13,3	14	33,3
Muzikoterapie	10	37,0	8	53,3	18	42,9
Recitace	12	44,4	7	46,7	19	45,2
Automatické řady	13	48,1	8	53,3	21	50,0
Asociační cvičení	15	55,6	7	46,7	22	52,4
Nácvik zátěžových situací	15	55,6	7	46,7	22	52,4
Fonograforytika	17	63,0	6	40,0	23	54,8
Konverzační cvičení	17	63,0	6	40,0	23	54,8
Relaxační techniky	16	59,3	10	66,7	26	61,9
Popis obrázku	20	74,1	7	46,7	27	64,3
Fonační cvičení	24	88,9	12	80,0	36	85,7
Dechová cvičení	23	85,2	15	100,0	38	90,5
Čtení	25	92,6	15	100,0	40	95,2

n = počet odpovědí

**Graf č. 14**



**Otázka č. 8:** „Jakou formou Vám byla nebo je logopedická péče poskytována?“

Otázka číslo 8 je otázkou uzavřenou polytomickou výběrovou. Počet odpovědí odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, v jaké formě byla nebo je respondentům logopedická péče poskytována. Na 8. otázku odpovědělo všech 42

respondentů, tj. 100 %. Respondenti vybírali z následujících možností:  
a) individuální terapie, b) skupinová terapie, c) individuální i skupinová terapie.

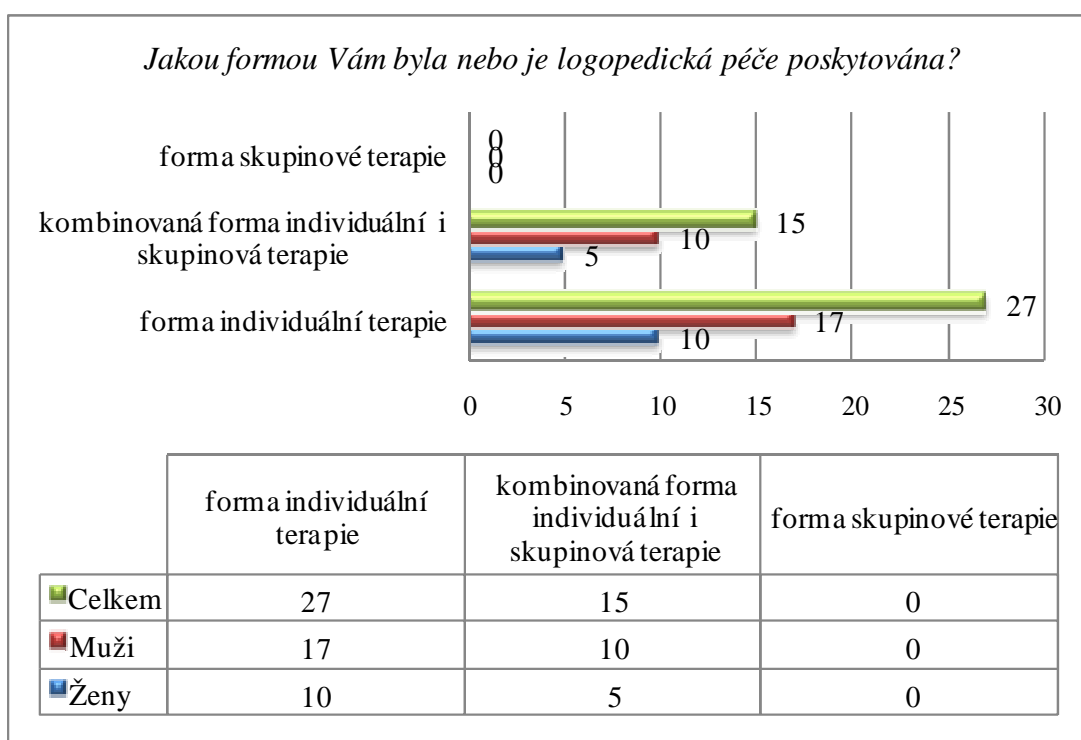
Při vyhodnocování 8. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: sedmadvaceti respondentům (64,3 %) je anebo byla poskytována logopedická péče *ve formě individuální terapie*. Žádnému respondentovi nebyla nebo není poskytována logopedická péče pouze *formou skupinové terapie*. Patnáct respondentů (35,7 %) uvedlo, že jim byla nebo je logopedická péče poskytována *formou individuální i skupinové terapie*. Zjištěné skutečnosti jsou zaznamenány v tabulce č. 12 a grafech č. 15 a 16.

**Tabulka č. 12**

„Jakou formou Vám byla nebo je logopedická péče poskytována?“						
Otázka č. 8	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Individuální terapie	17	63,0	10	66,7	27	64,3
Skupinová terapie	0	0	0	0	0	0
Individuální i skupinová terapie	10	37,0	5	33,3	15	35,7
Celkem	27	100	15	100	42	100

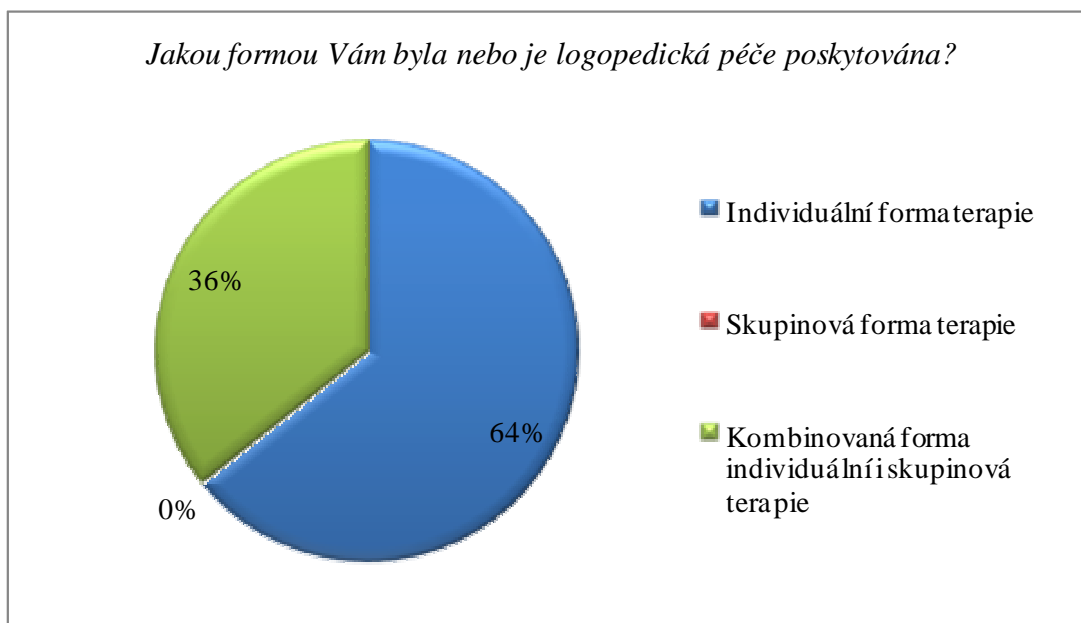
n = počet respondentů

**Graf č. 15**





**Graf č. 16**



**Otázka č. 9** „V čem vidíte význam absolvované logopedické péče?“

Otázka číslo 9 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 9 neodpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje náhled respondentů na význam absolvované logopedické péče. Na 9. otázku odpovědělo 40 respondentů (95 %) z celkového počtu 42 respondentů (100 %).

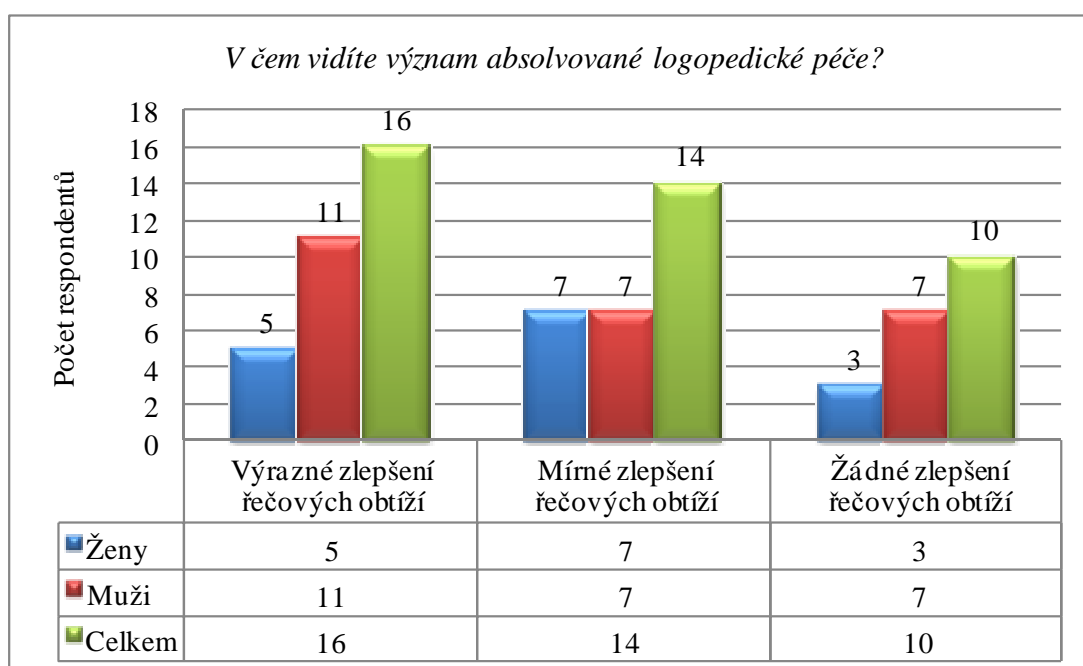
Při vyhodnocování 9. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: v případě šestnácti respondentů (40,0 %) se díky absolvované logopedické péči výrazně zlepšila plynulost jejich řeči. Čtrnáct respondentů (35,0 %) zpozorovalo mírné zlepšení svých řečových obtíží (tj. krátkodobé zlepšení, nebo zlepšení vázané pouze na některé situace). Deset respondentů (25,0 %) uvedlo, že se jejich řeč po absolvování logopedické péče nijak nezlepšila. Zkoumané vztahy jsou zaznamenány v tabulce č. 13 a grafech číslo 17 a 18.

**Tabulka č. 13**

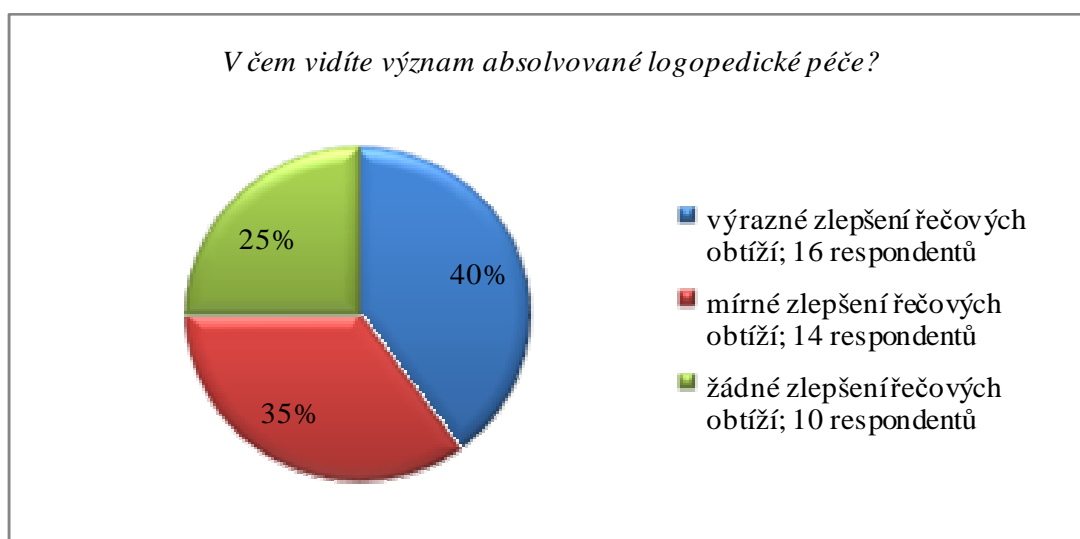
„V čem vidíte význam absolvované logopedické péče?“						
Otázka č. 9	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Výrazné zlepšení řečových obtíží	11	44,0	5	33,3	16	40,0
Mírné zlepšení řečových obtíží	7	28,0	7	46,7	14	35,0
Žádné zlepšení řečových obtíží	7	28,0	3	20,0	10	25,0
Celkem	25	100	15	100	40	100

n = počet respondentů

**Graf č.17**



**Graf č. 18**



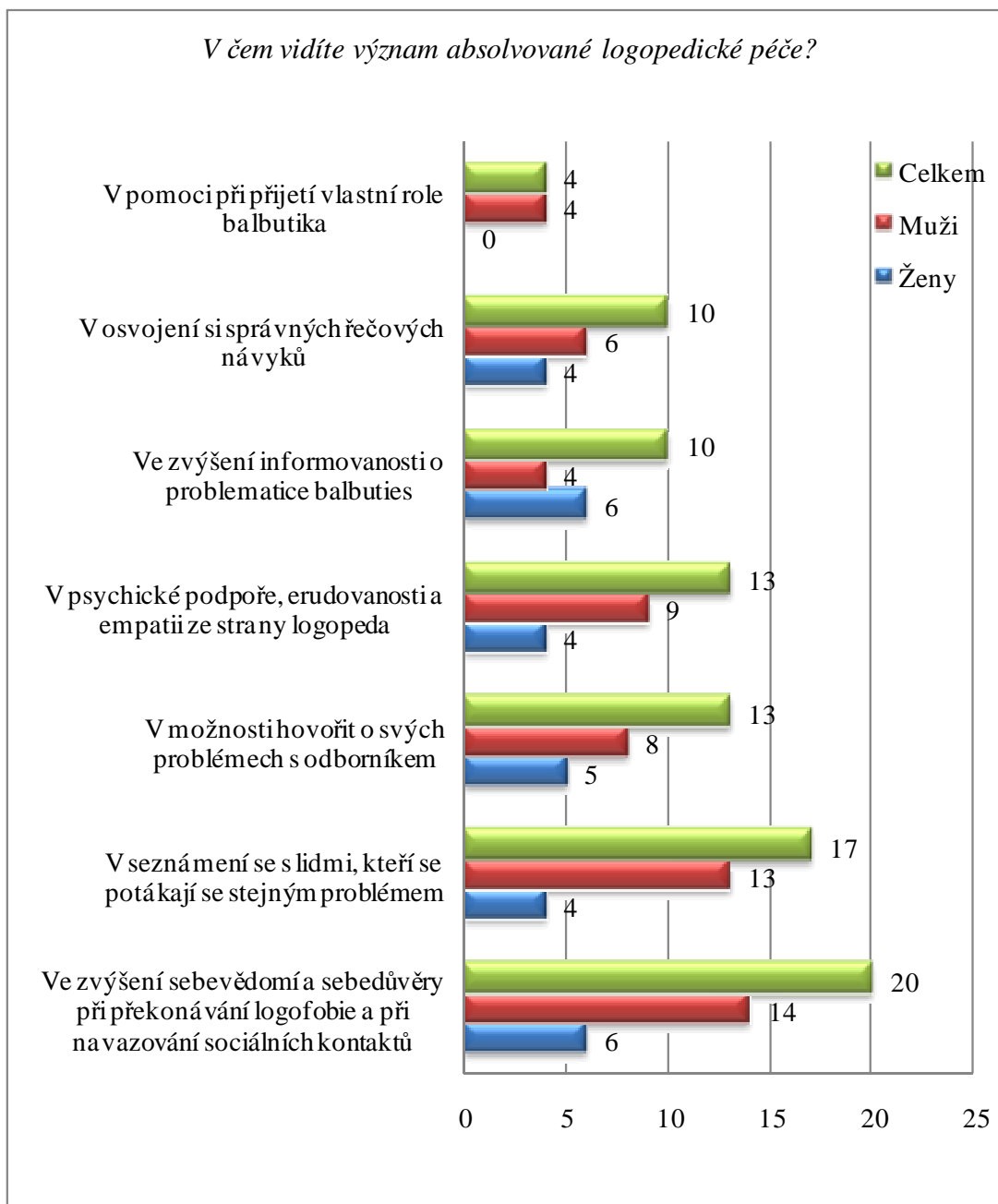
Při vyhodnocování 9. otázky jsme také zjistili, že: deset respondentů (25 %) nachází význam logopedické péče v *osvojení si správných řečových návyků* (tj. správný vzorec dýchání, práce s hlasem - technika měkkého hlasového začátku aj.), sedmnáct respondentů (43 %) se shoduje na velkém přínosu *skupinových terapií*, ve kterých se setkávají s lidmi, kteří se potýkají se stejným problémem. Pro dvacet respondentů (50 %) je logopedická péče *zdrojem sebedůvěry a sebevědomí při překonávání logofobie a při navazování sociálních kontaktů*. Velké plus připisuje třináct respondentů (33 %) *možnosti hovořit o svých komunikačních obtížích s logopedem*, odborníkem. Deset respondentů (25 %) uvádí, že se díky absolvování logopedické péče *zvýšila jejich informovanost o problematice koktavosti*. Respondenti se v průběhu terapie měli možnost setkat s nejrůznějšími publikacemi zabývajícími se problematikou koktavosti. Velký význam v logopedické péči připisuje třináct respondentů (33 %) *empatii, erudovanosti a psychické podpoře ze strany logopeda*. Čtyři respondenti (10 %) uvádějí, že jim logopedická péče pomohla v *akceptování vlastní role balbutika*. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 14 a grafech č. 19 a 20.

**Tabulka č. 14**

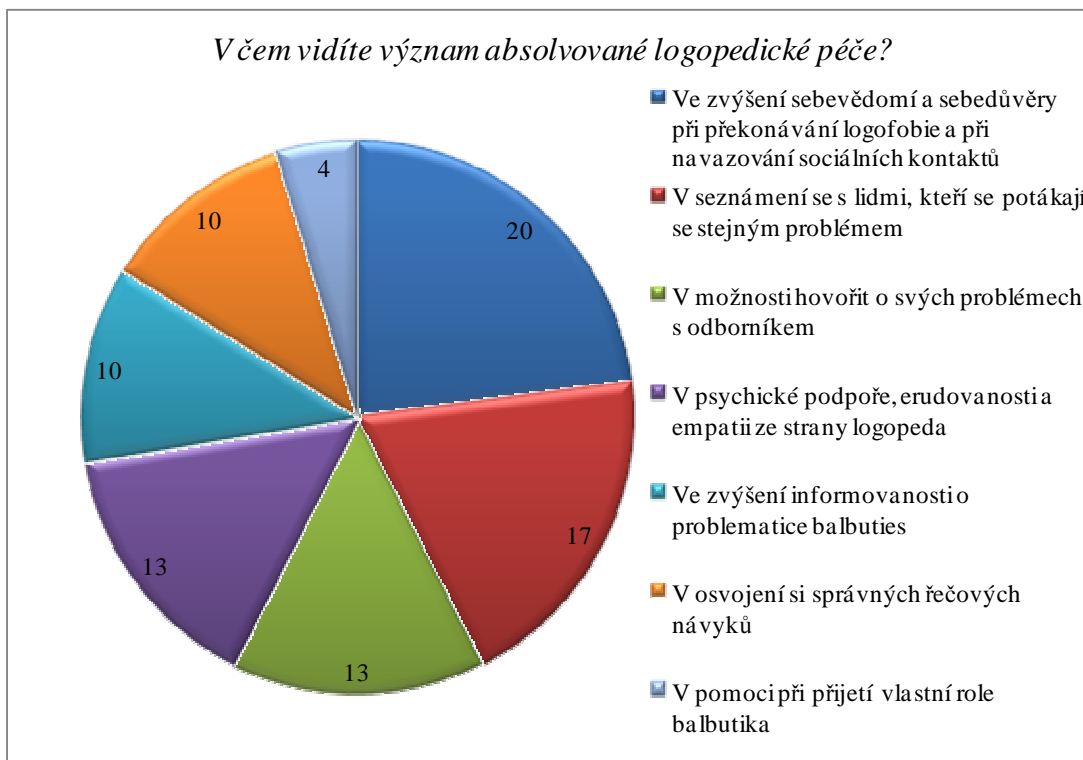
„V čem vidíte význam absolvované logopedické péče?“						
Otázka č. 9	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ve zvýšení sebevědomí a sebedůvěry při překonávání logofobie a při navazování sociálních kontaktů	14	56,0	6	40,0	20	50,0
V seznámení s lidmi, kteří se potýkají se stejným problémem (skupinové terapie)	13	52,0	4	26,7	17	42,5
V možnosti hovořit o svých problémech s odborníkem	8	32,0	5	33,3	13	32,5
V psychické podpoře, erudovanosti a empatii ze strany logopeda	9	36,0	4	26,7	13	32,5
Ve zvýšení informovanosti o problematice balbuties	4	16,0	6	40,0	10	25,0
V osvojení si správných řečových návyků	6	24,0	4	26,7	10	25,0
V přijetí vlastní role balbutika	4	16,0	0	0	4	10,0

n = počet odpovědí

**Graf č. 19**



**Graf č. 20<sup>10</sup>**



**Otázka č. 10:** „Navštěvoval/a jste někdy kvůli svým řečovým obtížím specializované předškolní, školní zařízení (např. mateřskou školu logopedickou)?“

Otázka číslo 10 se skládá ze dvou částí. První část otázky je položkou uzavřenou, dichotomickou. Otázka zjišťovala, zda někdy respondenti kvůli svým řečovým obtížím navštěvovali speciální předškolní, školní zařízení. Pokud respondenti odpověděli na první část otázky kladně, tak na základě uvedeného pokynu vyplňovali druhou část otázky, která byla *položkou otevřenou*. Druhá část otázky č. 10 zjišťovala konkrétní typ zařízení, která respondenti navštěvovali.

Počet odpovědí v první části otázky číslo 10 odpovídá počtu respondentů. V první části otázky vybírali respondenti z následujících možností: ano/ne. Na první část otázky číslo 10 odpovědělo čtyřicet respondentů (95 %) z celkového počtu dvačtyřiceti respondentů (100 %). Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 15 a grafech č. 21 a 22.

<sup>10</sup> Čísla v grafu znázorňují počet odpovědí náležících jednotlivým kategoriím

Druhá část otázky zjišťovala konkrétní typ specializovaných školních, předškolních zařízení<sup>11</sup>, která respondenti navštěvovali. Počet odpovědí ve druhé části otázky číslo 10 odpovídá počtu respondentů. Na druhou část otázky odpovědělo všech sedm respondentů (100 %). Zjištěné skutečnosti jsou znázorněny v tabulce č. 16 a grafu č. 23.

Při vyhodnocování otázky č. 10 jsme dospěli k následujícím závěrům: Třiatřicet respondentů (82,5 %) z celkového počtu čtyřiceti respondentů (100 %) *nenavštěvovalo specializované předškolní nebo školní zařízení*. Sedm respondentů (17,5 %) z celkového počtu čtyřiceti respondentů (100 %) *navštěvovalo specializované předškolní a/nebo školní zařízení kvůli přítomnosti narušené komunikační schopnosti*.

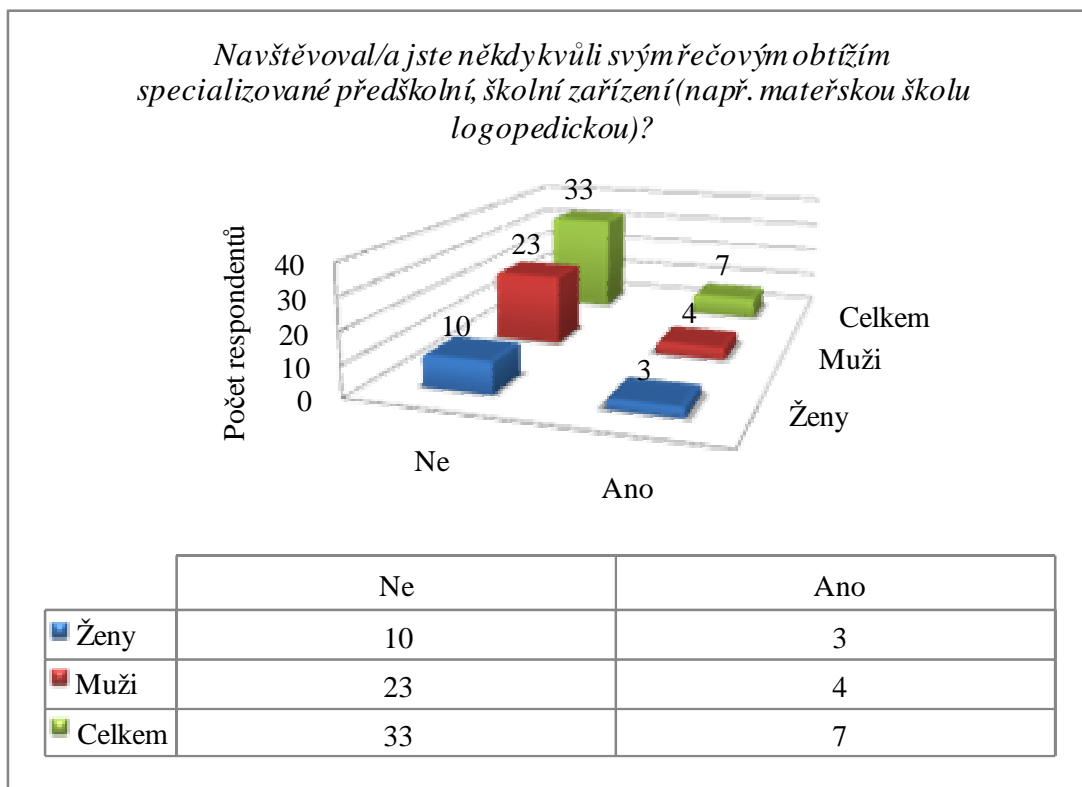
**Tabulka č. 15**

„Navštěvoval/a jste někdy kvůli svým řečovým obtížím specializované předškolní, školní zařízení (např. mateřskou školu logopedickou)?“						
Otázka č. 10	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	4	14,8	3	23,1	7	17,5
Ne	23	85,2	10	76,9	33	82,5
Celkem	27	100	13	100	40	100

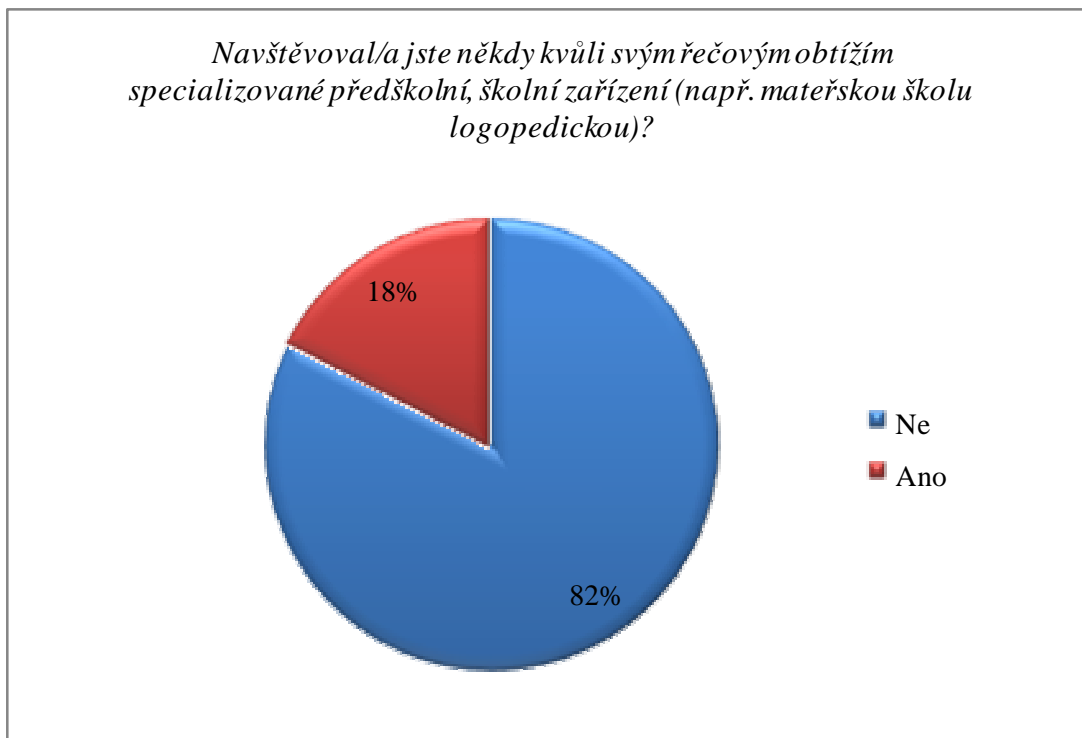
n = počet respondentů

<sup>11</sup> Vzhledem k neustálému vývoji názvosloví školních institucí pro osoby s NKS jsme se rozhodli, pro účely naší práce, využít pro tyto instituce označení speciální škola s přívlastkem logopedická

**Graf č. 21**



**Graf č. 22**



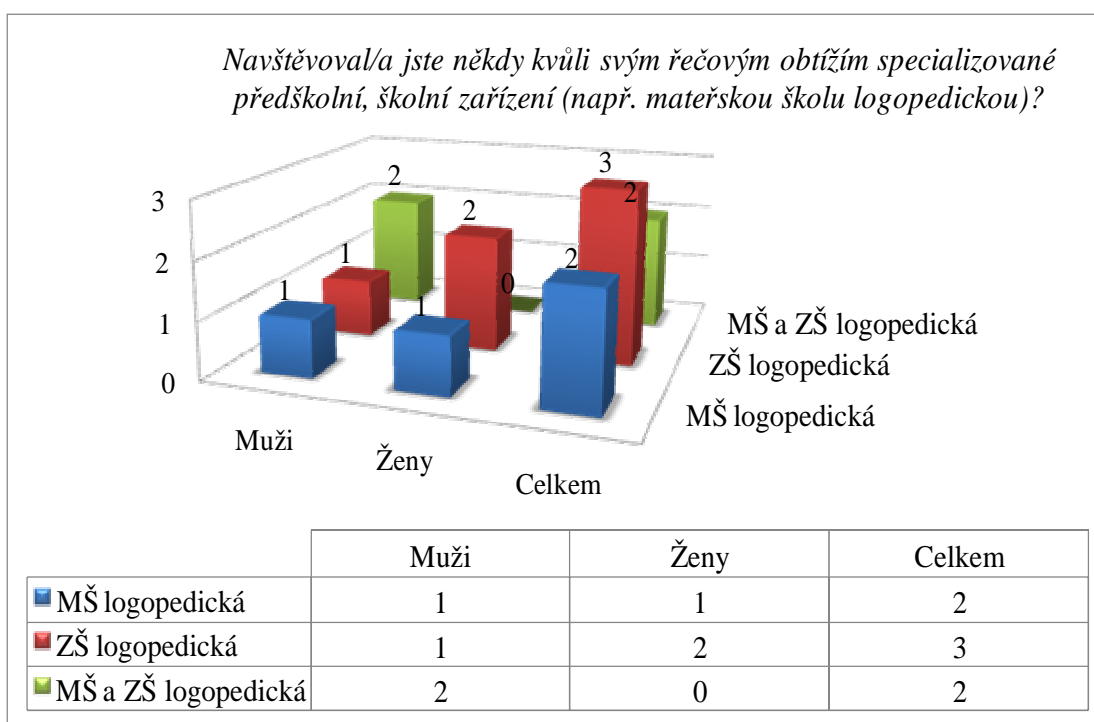
Při vyhodnocování 10. otázky jsme dále zjistili, že: dva respondenti (28,6 %) z celkového počtu sedmi respondentů (100 %) navštěvovali *mateřskou školu logopedickou* (dle dnešní terminologie). Tři respondenti (42,9 %) z celkového počtu sedmi respondentů (100 %) navštěvovali *základní školu logopedickou* (dle dnešní terminologie). Dva respondenti (28,6 %) navštěvovali v průběhu své povinné školní docházky *mateřskou i základní školu logopedickou*. Zkoumané vztahy jsou znázorněny v tabulce č. 16 a grafu č. 23.

**Tabulka č. 16**

„Navštěvoval/a jste někdy kvůli svým řečovým obtížím specializované předškolní, školní zařízení (např. mateřskou školu logopedickou)?“						
Otázka č. 10	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
MŠ logopedická	1	25,0	1	33,3	2	28,6
ZŠ logopedická	1	25,0	2	66,7	3	42,9
MŠ a ZŠ logopedická	2	50,0	0	0	2	28,6
<b>Celkem</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

n = počet respondentů

**Graf č. 23**





**Otázka č. 11:** „Uveďte typ školního zařízení, na kterém jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání (např. střední odborná škola podnikatelská; VŠ technického směru, obor stavitelství).“

Otázka číslo 11 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 11 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, na jakém typu školních zařízení dosáhli jednotliví respondenti nejvyššího vzdělání. Na 11. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%.

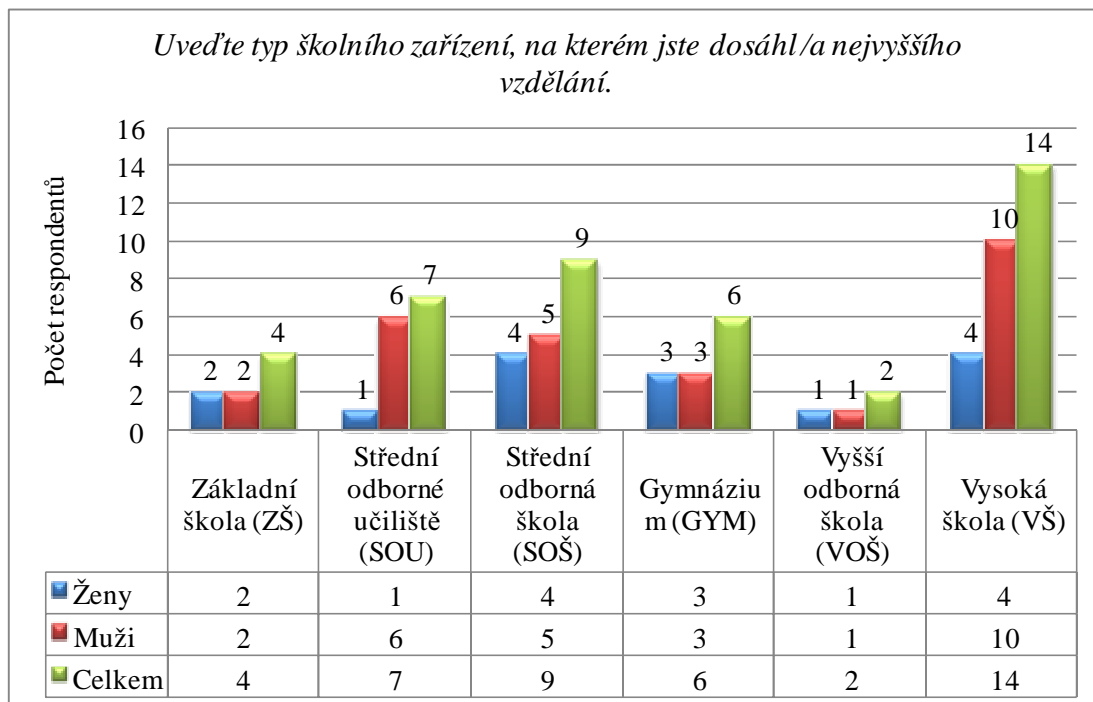
Při vyhodnocování otázky č. 11 jsme dospěli k následujícím závěrům: čtyři respondenti (9,5 %) dosáhli svého nejvyššího vzdělání na *základní škole*. Sedm respondentů (16,7 %) získalo své nejvyšší vzdělání na *středním odborném učilišti*. Devět respondentů (21,4 %) dosáhlo nejvyššího vzdělání na *střední odborné škole* a šest respondentů (14,3 %) dosáhlo svého nejvyššího vzdělání na *gymnáziu* (dva respondenti jsou již zaměstnaní, zbylí čtyři respondenti pokračují ve studiu na VŠ), dva respondenti (4,8 %) dosáhli svého nejvyššího vzdělání na *vyšší odborné škole* a čtrnáct respondentů (33,3 %) dosáhlo svého nejvyššího vzdělání na *vysoké škole*. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 17 a grafech č. 24 a 25.

**Tabulka č. 17**

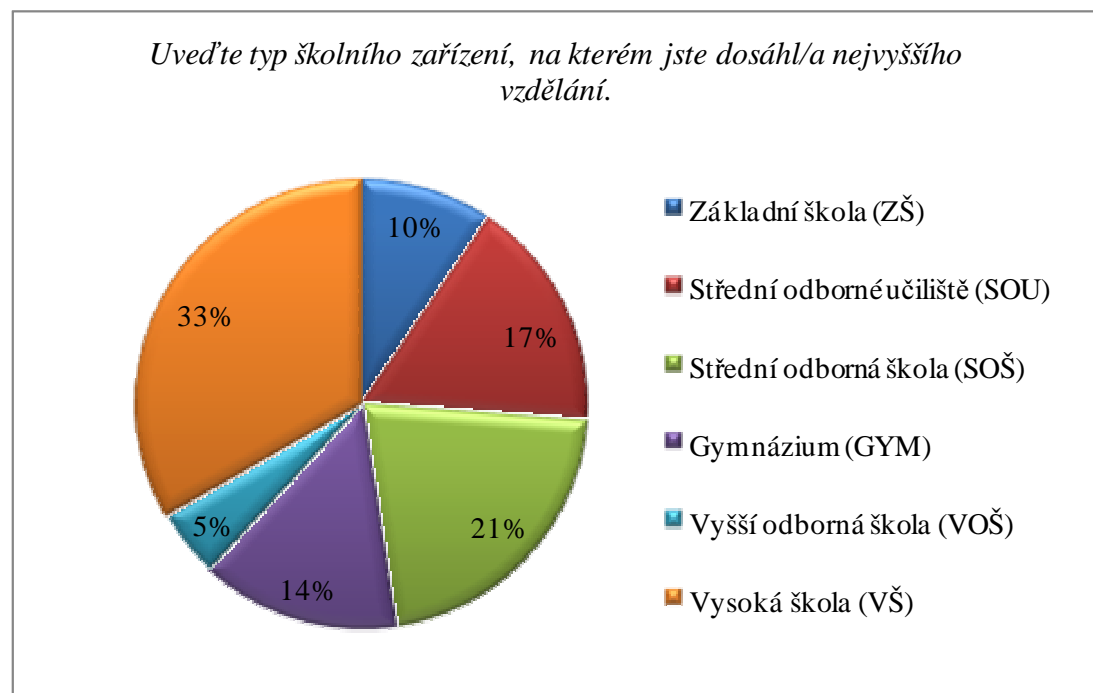
„Uveďte typ školního zařízení, na kterém jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání“						
Otázka č. 11	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní škola (ZŠ)	2	7,4	2	13,3	4	9,5
Střední odborné učiliště (SOU)	6	22,2	1	6,7	7	16,7
Střední odborná škola (SOŠ)	5	18,5	4	26,7	9	21,4
Gymnázium (GYM)	3	11,1	3	20,0	6	14,3
Vyšší odborná škola (VOŠ)	1	3,7	1	6,7	2	4,8
Vysoká škola (VŠ)	10	37,0	4	26,7	14	33,3
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 24**



**Graf č. 25**



**Otázka č. 12:** „Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové problémy volbu Vašeho povolání?“

Otázka číslo 12 se skládá ze dvou částí. První část položky je položkou uzavřenou, dichotomickou. Pokud respondenti odpověděli na první část otázky kladně, tak na základě uvedeného pokynu vyplňovali druhou část otázky, která byla položkou otevřenou.

První část položky zjišťovala, zda řečové obtíže respondentů ovlivnily nebo ovlivňují volbu povolání. Počet odpovědí v první části položky odpovídá počtu respondentů. Respondenti vybírali z následujících možností: ano/ne. Na první část otázky číslo 12 odpovědělo všech 42 respondentů (100%), z toho 9 žen (21,4 %) a 19 mužů (45,2 %) odpovědělo kladně, osm mužů (19,0 %) a šest žen (14,3 %) se vyjádřilo, že jejich řečové obtíže neovlivnily ani neovlivňují volbu jejich povolání. Zjištěné skutečnosti jsou znázorněny v tabulce č. 18 a grafech č. 26 a 27.

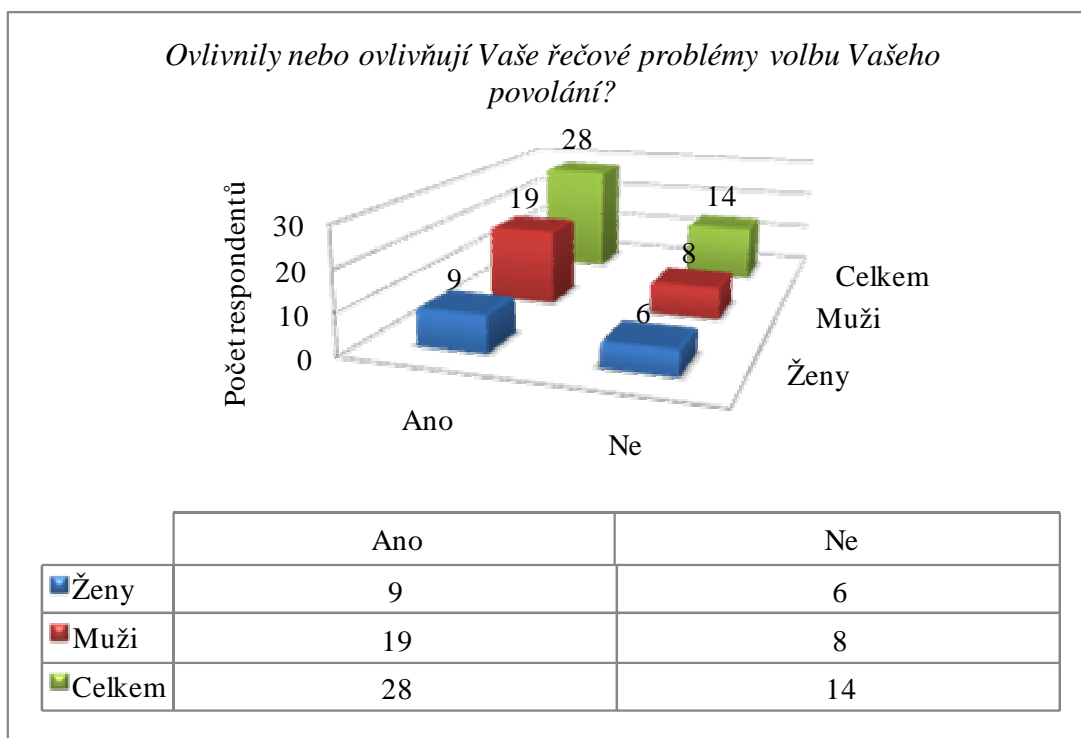
Druhá část otázky č. 12 zjišťovala, jakým způsobem ovlivnily nebo ovlivňují respondenty jejich komunikační obtíže při volbě povolání. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 12 neodpovídá počtu respondentů. Na druhou část otázky číslo 12 odpovědělo 28 respondentů (100 %) z toho 19 mužů (68 %) a 9 žen (32 %). Uvedené údaje jsou znázorněny v tabulce číslo 19 a grafu č. 28.

**Tabulka č. 18**

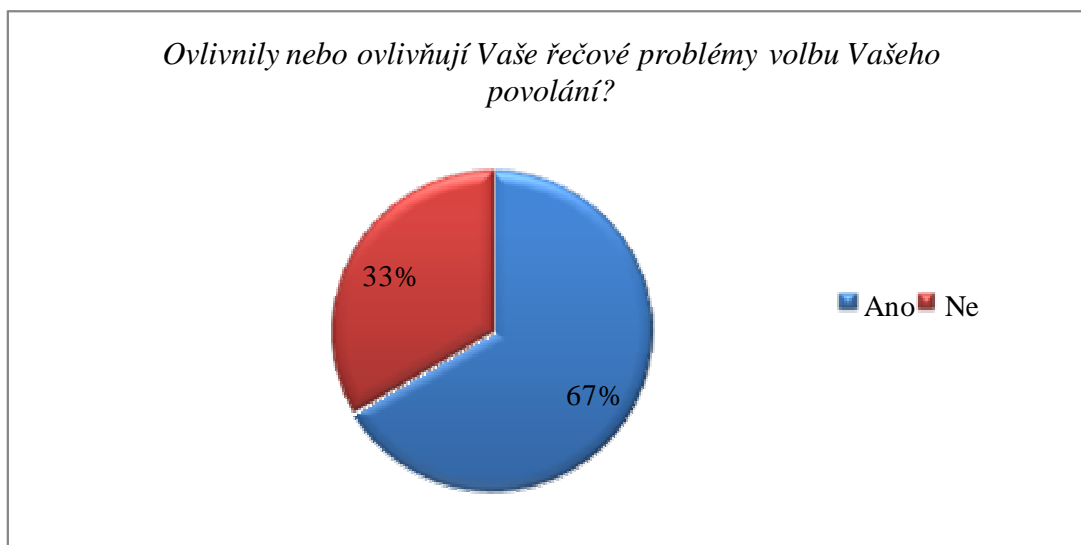
„Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové problémy volbu Vašeho povolání?“						
Otázka č. 12	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	19	70,4	9	60,0	28	66,7
Ne	8	29,6	6	40,0	14	33,3
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 26**



**Graf č. 27**



Při vyhodnocování 12. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: koktavost má negativní dopad nejen v omezení pracovního uplatnění. Nyní uvádíme doslovnou citaci jednoho z respondentů: „Koktání určitě do velké míry ovlivnilo mojí osobnost a kdoví, pro co bych se rozhodl, kdybych nekoktal. Každopádně některá povolání nepřicházejí v úvahu. Cítím to je poměrně velký handicap na trhu práce“ (citace jednoho z respondentů).

Pro čtyři respondenty (14,3 %) byla překážkou již *přijímací zkouška* na vybrané školní zařízení, kterou neprošli z důvodu své narušené komunikační schopnosti (jednalo se o: střední pedagogickou školu, střední zdravotní školu, pedagogickou fakultu VŠ). Nyní uvádíme doslovnou citaci jednoho z respondentů: „Balbuties omezuje volbu mého vysokoškolského studia, protože hlavní proud současné léčby se v naší zemi dosti razantně brání tomu, aby obor logopedie studovali lidé s poruchou řeči, a to i mnohem méně závažnou, než je třeba balbuties. Přijde mi to neuvěřitelně zpátečnické, špatné a hlavně v některých případech až diskriminační, jakými způsoby se proti těmto jedincům doslova brání. Přitom empatie a vcítění se do člověka s problematikou řeči je podle mě dost významnou součástí péče a kdo jiný to dovede líp, než člověk, který si tím prošel nebo prochází? Ano, druhá věc je řečový vzor, ale ve srovnání s tím mi to nepřijde až tak důležité, protože primární je si k dítěti vytvořit vztah a to dovede stejně dobře člověk bez anebo s řečovým problémem. Argument, že nemám prakticky problém s komunikací s dětmi, nikoho moc nezajímá“.

Deset respondentů (35,7 %) uvedlo, že si vybíralo *typ školního zařízení s ohledem na náročnost komunikace v budoucím pracovním uplatnění*. Nyní uvádíme doslovnou citaci jednoho z respondentů: „Mám-li s pravdou ven, tak možná to byl jeden z důvodů, proč jsem se rozhodl pro informatiku. Na střední škole jsem na tom byl trošku hůře a nebyl jsem tak otrkaný. Nyní mě docela mrzí, že jsem tenkrát neměl odvalu a nevybral jsem si jiný, „sociálnější“ obor, kde je klidně i potřeba více komunikovat“.

Patnáct respondentů (53,6 %) hledalo zaměstnání v závislosti *na náročnosti komunikace v průběhu pracovního procesu*. Nyní uvádíme doslovnou citaci jedné respondentky: „Celé dny hodně mluvím, některé dny jsou horší, jindy mi to jde snáz. Přemýšlela jsem, čím bych jako zdravotní sestra byla pro pacienty? Nepohotová??? Omezovala bych je řečově, srážela bych jejich důstojnost?“.

Devět respondentů (32,1 %) si v důsledku svých řečových obtíží vybíralo *méně exponované pracovní pozice*. Osm respondentů (28,6 %) nikdy neuvažovalo o zaměstnáních, ve kterých je kladen *zvláštní důraz na řečový projev* (např. moderátor/ka, hlasatel/ka, operátor/ka).

Osm respondentů (28,6 %) bylo přesvědčeno, že jsou jejich řečové obtíže pro většinu zaměstnavatelů handicapující podmínkou, která snižuje jejich zaměstnatelnost, a to hlavně v profesích, ve kterých se klade *zvláštní důraz na*

*komunikační schopnosti* zaměstnance. Deset respondentů (35,7 %) by si nezvolilo povolání, jehož součástí je *veřejné vystupování před větší skupinou osob* (zaměstnání typu promotér/promotérka, manažer/ka, obchodní zástupce, učitel). Tři respondenti (10,7 %) uvedli, že se vyhýbají zaměstnání, v rámci kterých je nutná *komunikace se zákazníkem, klientem nebo pacientem* (např. prodavač/ka, zdravotní sestra, lékař/ka, sociální pracovník/pracovnice). V případě dvou respondentů (7,1 %) jsme se setkali se situací, kdy i přes prvotní pozitivní vyjádření bylo náhle při osobní komunikaci a poznání specifických obtíží stanovisko změněno. Uvádíme dokládající výpověď: „Nezlobte se, ale my nejsme žádná charita“.

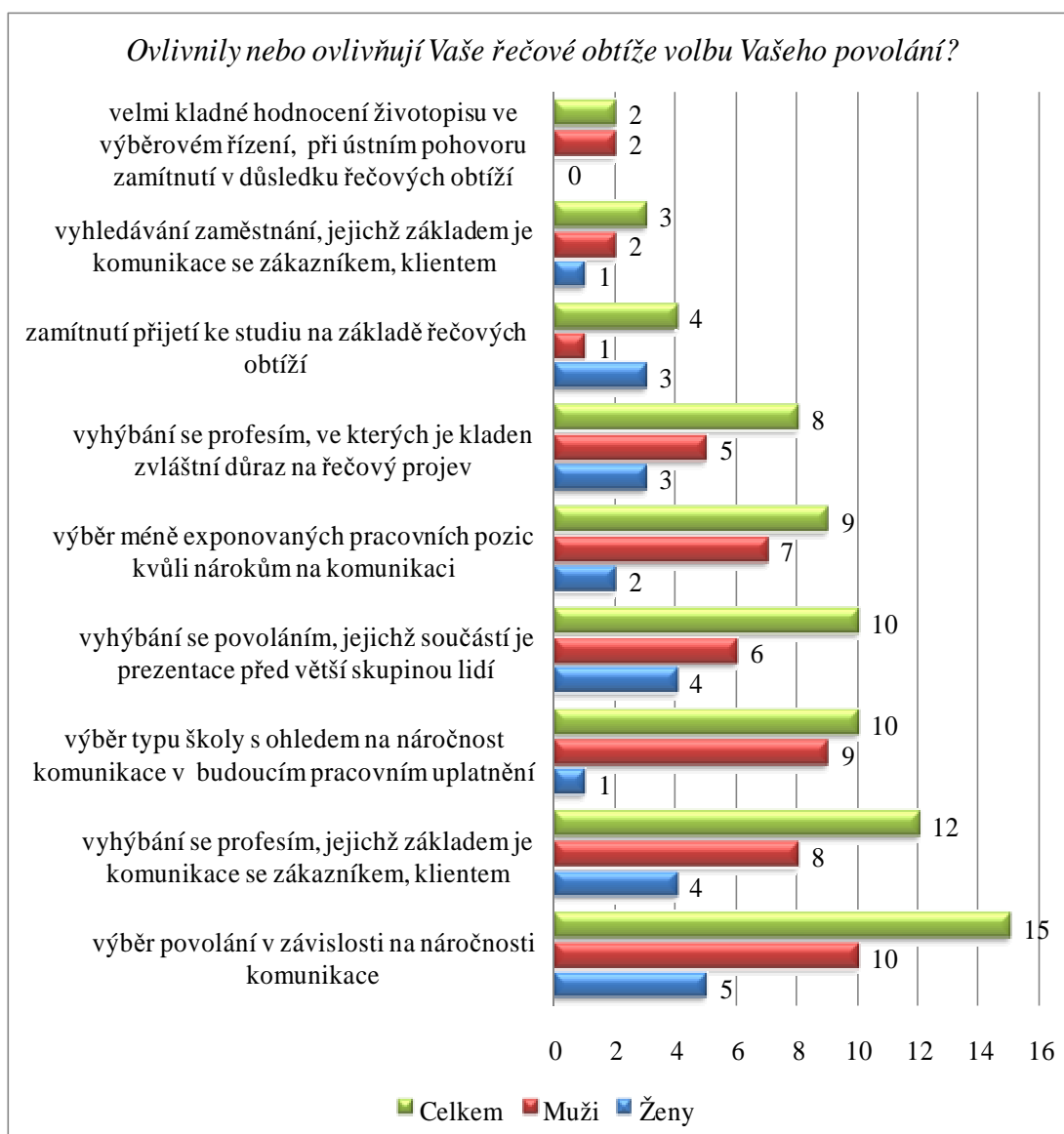
Výjimku tvoří tři respondenti (10,7 %), kteří právě kvůli narušení komunikační schopnosti vyhledávali nebo vyhledávají *zaměstnání, jejichž náplní je komunikace*. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce číslo 19 a grafu č. 28.

**Tabulka č. 19**

„Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové problémy volbu Vašeho povolání?“						
Otázka č. 12	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
výběr povolání v závislosti na náročnosti komunikace	10	52,6	5	55,6	15	53,6
vyhýbání se profesím, jejichž základem je komunikace se zákazníkem, klientem	8	42,1	4	44,4	12	42,9
výběr typu školy s ohledem na náročnost komunikace v budoucím pracovním uplatnění	9	47,4	1	11,1	10	35,7
vyhýbání se povoláním, jejichž součástí je prezentace před větší skupinou lidí	6	31,6	4	44,4	10	35,7
výběr méně exponovaných pracovních pozic kvůli nárokům na komunikaci	7	36,8	2	22,2	9	32,1
vyhýbání se profesím, ve kterých je kladen zvláštní důraz na řečový projev	5	26,3	3	33,3	8	28,6
zamítnutí přijetí ke studiu na základě řečových obtíží	1	5,3	3	33,3	4	14,3
vyhledávání zaměstnání, jejichž základem je komunikace se zákazníkem, klientem	2	10,5	1	11,1	3	10,7
velmi kladné hodnocení životopisu ve výběrovém řízení, při ústním pohovoru zamítnutí v důsledku řečových obtíží	2	10,5	0	0	2	7,1

n = počet odpovědí

**Graf č. 28**



**Otázka č. 13:** „*Jaké je Vaše současné povolání?*“

Otázka číslo 13 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 13 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, jaké je současné povolání respondentů. Na otázku č. 13 odpovědělo všech 42 respondentů (100%). V tabulce č. 20 a grafu č. 29 je znázorněno rozdělení jednotlivých respondentů do následujících kategorií: student, zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná a „bez práce“.

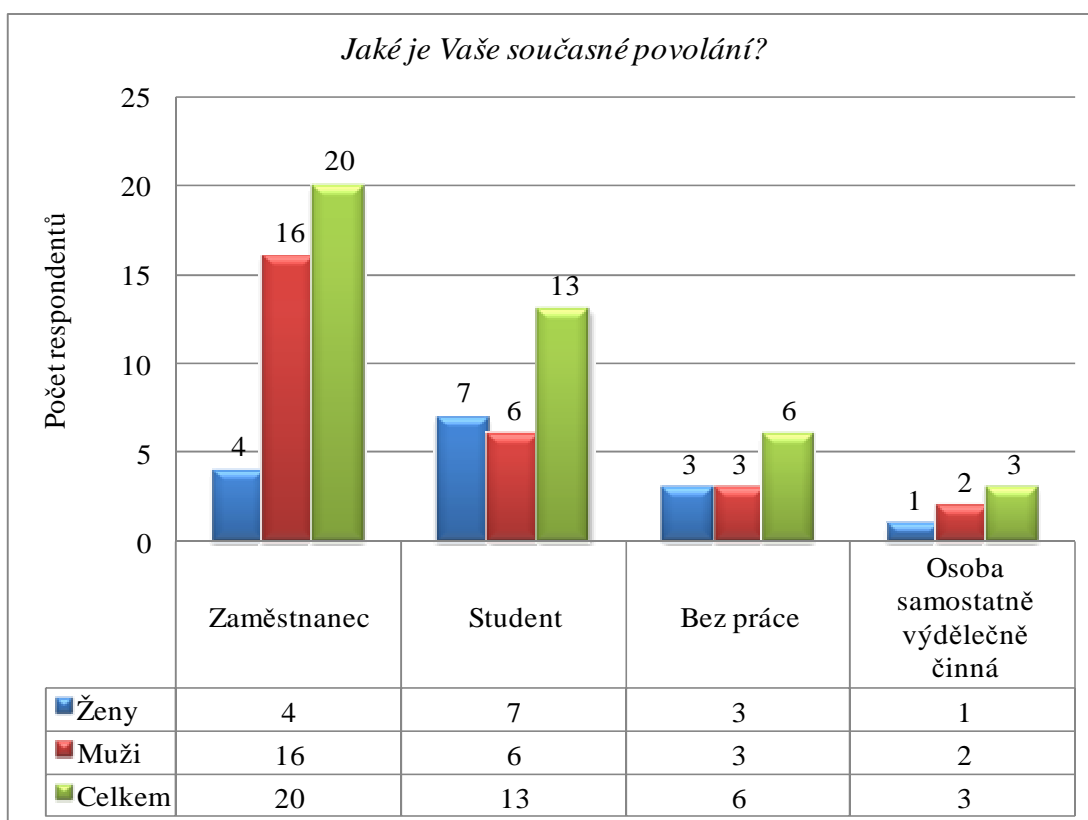
Při vyhodnocování 13. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: třináct respondentů (31 %) odpovědělo, že v současné době *studuje*. Dvacet respondentů (48 %) uvedlo, že jsou v zaměstnaneckém pracovním poměru. Tři respondenti (7 %) uvedli, že jsou *osobami samostatně výdělečně činnými* a šest respondentů (14 %) uvedlo, že jsou v současné době *bez práce*.

**Tabulka č. 20**

„Jaké je Vaše současné povolání?“						
Otázka č. 13	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Student	6	22	7	46	13	31
Zaměstnanec	16	60	4	27	20	48
Osoba samostatně výdělečně činná	2	7	1	7	3	7
Bez práce	3	11	3	20	6	14
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 29**





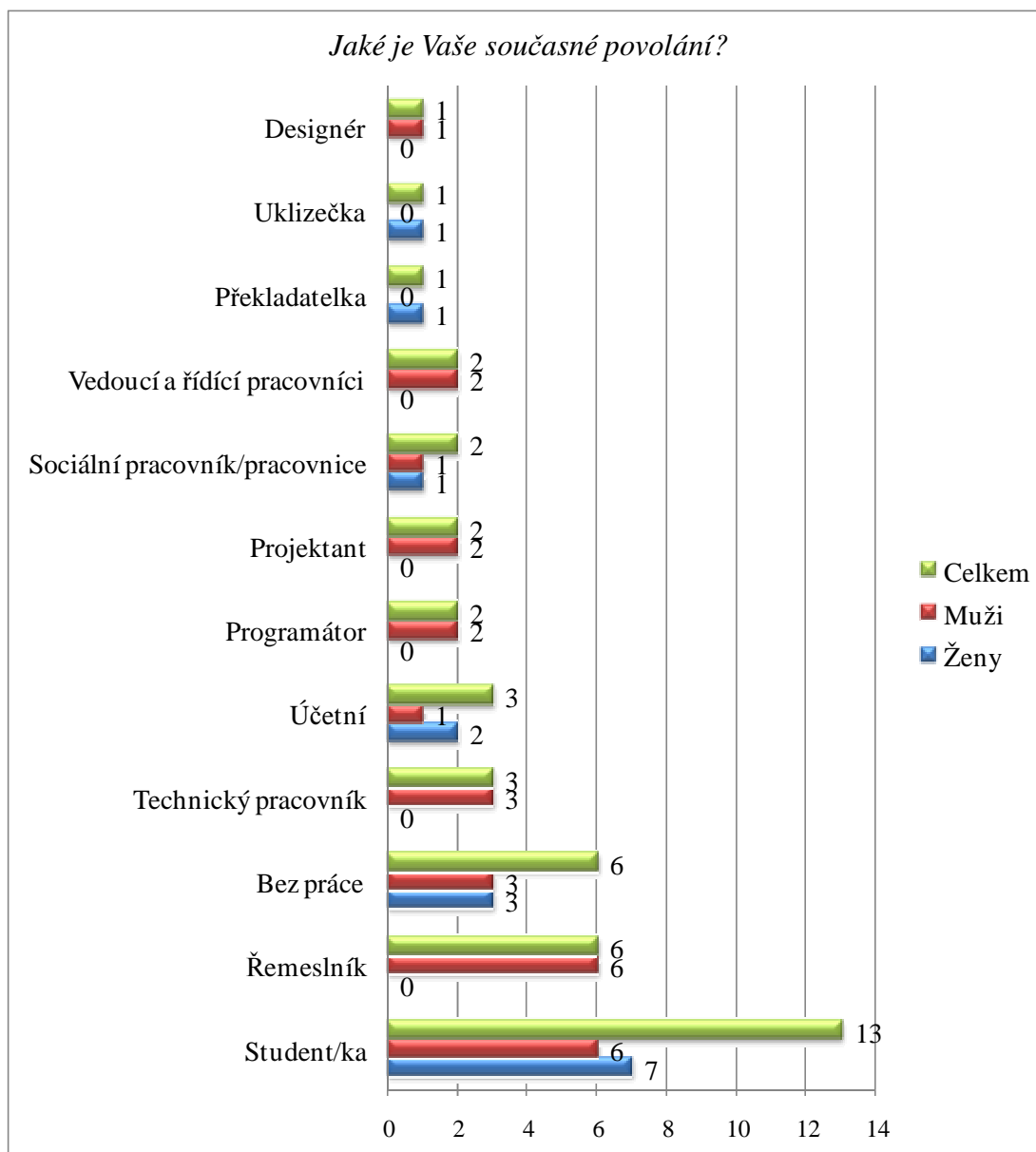
Při vyhodnocování 13. otázky jsme dále zjistili, že: třináct respondentů (31 %) v současné době *studuje*. Šest respondentů (14,3 %) bylo zařazeno do kategorie „*Řemeslník*“, jednalo se o: tři dělníky, dva lakýrníky a jednoho elektrikáře. Šest respondentů (14,3 %) uvedlo, že jsou v současné době *bez zaměstnání*. Tři respondenti (7,1 %) byli zařazeni do kategorie „*Technický pracovník*“, jednalo se o kontrolora kvality ve strojní výrobě a dva techniky. Tři respondenti (7,1 %) respondenti vykonávali pracovní pozici *účetní*, dva respondenti (4,8 %) vykonávali pracovní pozici *programátora*, dva (4,8 %) respondenti se věnovali profesi *projektanta*, další dva respondenti vykonávali pracovní pozici *sociální pracovník/pracovnice*. Dva respondenti (4,8 %) vykonávali zaměstnání na pozici *vedoucích, řídicích pracovníků*, jednalo se o oblastního ředitele spořitelny a marketingového ředitele. Jedna respondentka (2,4 %) vykonávala povolání *překladatelky*. Další respondentka (2,4 %) byla zaměstnána jako *uklízečka* a jeden respondent (2,4 %) vykonával pracovní pozici *designéra*. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 21 a grafu č. 30.

**Tabulka č. 21**

„ <i>Jaké je Vaše současné povolání?</i> “						
Otázka č. 13	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Student/ka	6	22,2	7	46,7	13	30,9
Řemeslník	6	22,2	0	0	6	14,3
Bez práce	3	11,1	3	20	6	14,3
Technický pracovník	3	11,1	0	0	3	7,1
Účetní	1	3,7	2	13,3	3	7,1
Programátor	2	7,4	0	0	2	4,8
Projektant	2	7,4	0	0	2	4,8
Sociální pracovník/pracovnice	1	3,7	1	6,7	2	4,8
Vedoucí a řídicí pracovníci	2	7,4	0	0	2	4,8
Překladatelka	0	0	1	6,7	1	2,4
Uklízečka	0	0	1	6,7	1	2,4
Designér	1	3,7	0	0	1	2,4
<b>Celkem</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

n = počet respondentů

**Graf č. 30**



**Otázka č. 14:** „*Jak probíhá ve Vašem zaměstnání Vaše komunikace s okolím?*“

Otázka číslo 14 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce č. 14 odpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, jak jednotliví respondenti komunikují ve svých zaměstnáních. Na otázku číslo 14 odpovědělo 38 respondentů (90 %) z celkového počtu 42 respondentů (100 %).

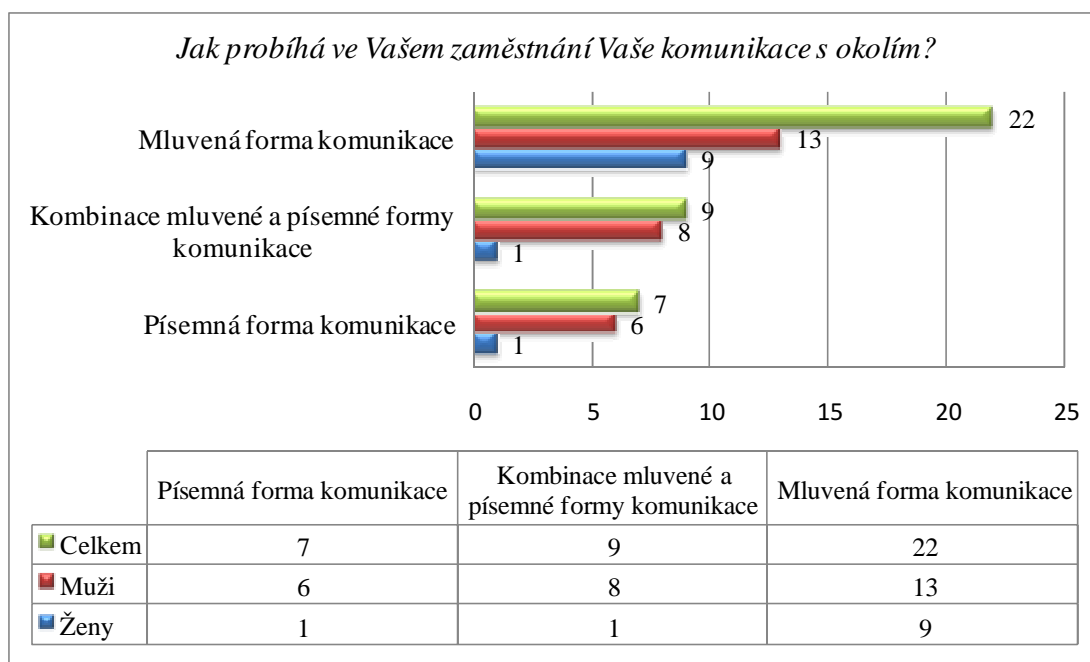
Při vyhodnocování otázky č. 14 jsme dospěli k následujícím závěrům: dvaadvacet respondentů (58 %) uvedlo, že ve svém zaměstnání komunikuje *mluvenou formou komunikace*. Devět respondentů (24 %) uvedlo, že ve svém zaměstnání *kombinuje mluvenou a písemnou formu komunikace* a sedm respondentů (18 %) uvedlo, že ve svém zaměstnání komunikuje prostřednictvím *písemné formy*. Musíme ale také brát v úvahu dnešní svět, který nabízí nejnovější technologie a ve kterém je komunikace uskutečňována čím dál častěji prostřednictvím internetové korespondence a chatových diskuzí (např. ICQ, Facebook, Google Talk a další). Zaměstnanci dnes a denně vyřizují velkou část svých pracovních povinností právě prostřednictvím internetové korespondence a chatových diskuzí, při kterých není vyžadovaná interakce ve smyslu verbální komunikace „face to face“. Přestože může být tento druh komunikace v určitém smyslu považován za vyhýbání se verbální komunikaci, tak je v mnoha případech shledáván za efektivnější a účinnější, zejména z hlediska časové náročnosti při plnění určitých úkolů. Tato komunikace ale nemůže být efektivní ve všech typech zaměstnání. V případě povolání jakými jsou např. lékař, prodavač, učitel, je vyžadována verbální komunikace „face to face“. Zjištěné skutečnosti jsou znázorněny v tabulce č. 22 a grafu č. 31.

**Tabulka č. 22**

„Jak probíhá ve Vašem zaměstnání Vaše komunikace s okolím?“						
Otázka č. 14	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Mluvená forma	13	48	9	82	22	58
Kombinace mluvené a písemné formy	8	30	1	9	9	24
Písemná forma	6	22	1	9	7	18
Celkem	27	100	11	100	38	100

n = počet respondentů

**Graf č. 31**



**Otázka č. 15:** „Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové obtíže komunikaci s ostatními lidmi?“

Otázka číslo 15 se skládá ze dvou částí. První část položky je položkou uzavřenou, dichotomickou. Pokud respondenti odpověděli na první část otázky kladně, tak na základě uvedeného pokynu vyplňovali druhou část otázky, která byla položkou uzavřenou polynomickou výčtovou.

V první části 15. otázky jsme zjišťovali, zda řečové obtíže respondentů ovlivnily nebo ovlivňují komunikaci respondentů s okolím. Respondenti vybírali z následujících možností: ano/ne. Počet odpovědí v první části položky odpovídá počtu respondentů. Na první část otázky číslo 15 odpovědělo všech 42 respondentů (100 %).

Druhá část otázky č. 15 zjišťuje, v jakých situacích ovlivnily nebo ovlivňují respondenty jejich komunikační obtíže. Počet odpovědí ve druhé části otázky č. 15 neodpovídá počtu respondentů, protože respondenti mohli vybrat více možností najednou. Na druhou část otázky číslo patnáct odpovědělo všech 40 respondentů

(100 %). Respondenti měli na výběr z následujících možností: „Mé řečové problémy ovlivnily (ovlivňují)“:

- a) mé školní výsledky,
- b) moji komunikaci s učiteli,
- c) moji komunikaci se spolužáky,
- d) moji komunikaci s kamarády,
- e) moji komunikaci s rodinou.

Nabízené možnosti byly stanoveny na základě konzultací s vedoucí práce a dodatečně upraveny na základě výsledků předvýzkumu.

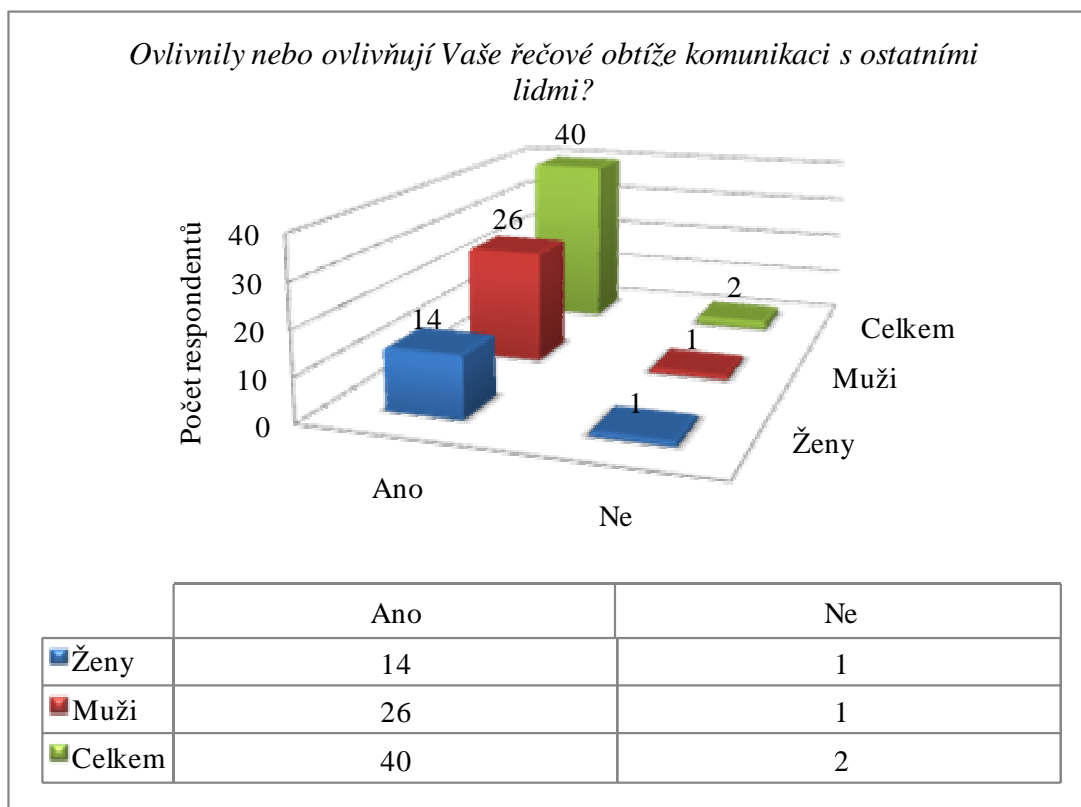
Při vyhodnocování otázky č. 15 jsme dospěli k následujícím závěrům: čtyřicet respondentů (95,2 %) odpovědělo, že jejich řečové obtíže nějakým způsobem ovlivňují nebo ovlivňovaly jejich komunikaci s okolím. Pouze u dvou respondentů (4,8 %) neovlivňovaly nebo neovlivňují jejich řečové obtíže jejich komunikaci s okolím. Zjištěné údaje jsou znázorněny v tabulce č. 23 a v grafech č. 32.

**Tabulka č. 23**

<i>„Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové obtíže komunikaci s ostatními lidmi?“</i>						
Otázka č. 15	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	26	96,3	14	93,3	40	95,2
Ne	1	3,7	1	6,7	2	4,8
Celkem	27	100	15	100	42	100

n = počet respondentů

**Graf č. 32**



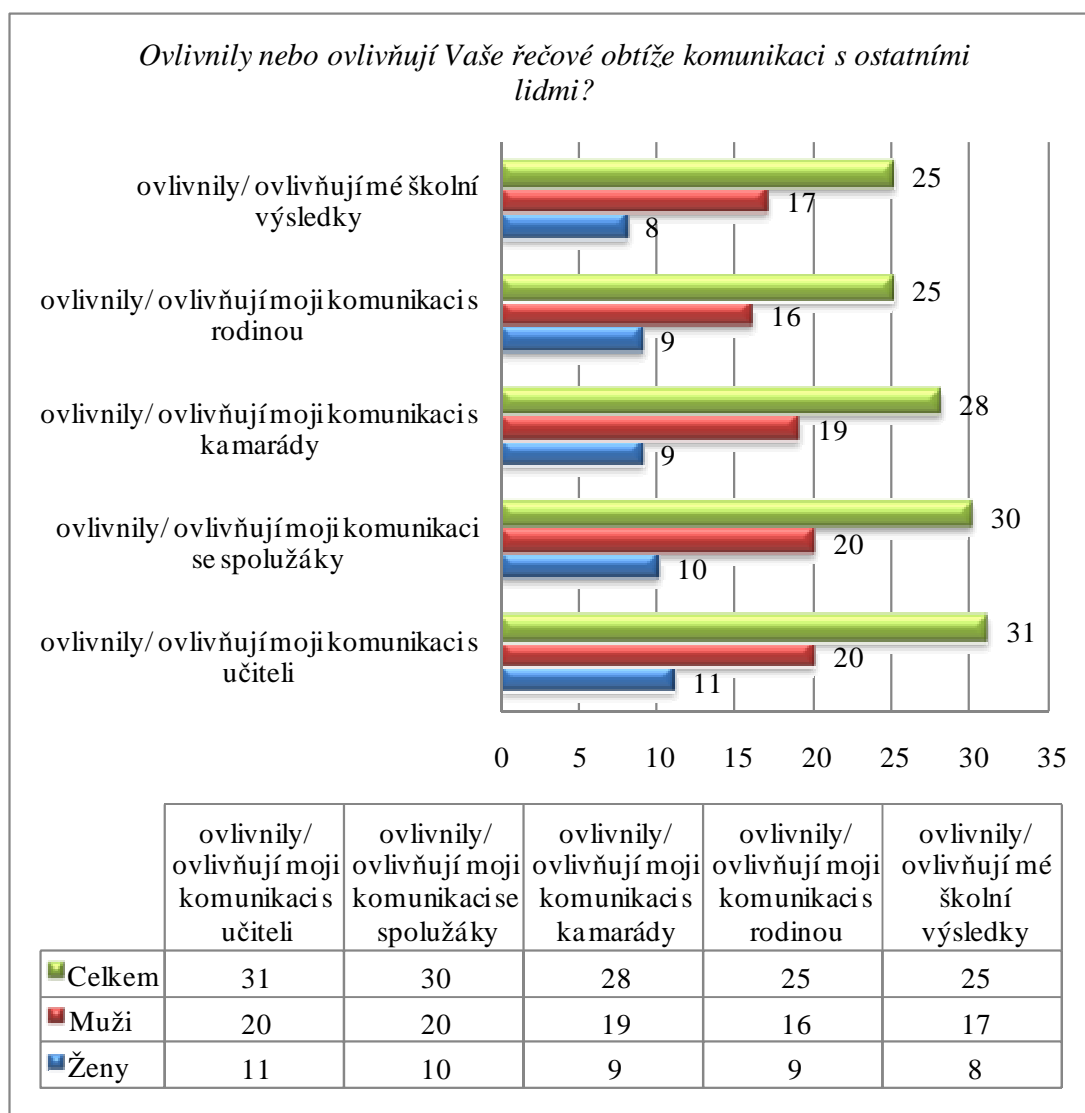
Při vyhodnocování druhé části 15. otázky jsme zjistili, že: Pětadvacet respondentů (59,5 %) z celkového počtu 40 respondentů (100%) uvedlo, že jejich řečové obtíže v nějakém smyslu ovlivnily nebo ovlivňují jejich *školní výsledky*. Jedenatřicet respondentů (73,8 %) uvedlo, že jejich řečové obtíže v nějakém smyslu ovlivnily nebo ovlivňují jejich *komunikaci s učiteli*. Třicet respondentů (71,4 %) uvedlo, že jejich řečové obtíže ovlivnily nebo ovlivňují jejich *komunikaci se spolužáky*. Osmadvacet respondentů (66,7 %) uvedlo, že jejich řečové obtíže ovlivnily nebo ovlivňují jejich *komunikaci s kamarády* a pětadvacet respondentů (59,5 %) uvedlo, že jejich řečové obtíže nějakým způsobem ovlivnily nebo ovlivňují jejich *komunikaci s rodinou*. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 24 a v grafu č. 33.

**Tabulka č. 24**

„Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové obtíže komunikaci s ostatními lidmi?“						
Otázka č. 15	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
mé školní výsledky	17	63,0	8	53,3	25	59,5
moji komunikaci s učiteli	20	74,1	11	73,3	31	73,8
moji komunikaci se spolužáky	20	74,1	10	66,7	30	71,4
moji komunikaci s kamarády	19	70,4	9	60,0	28	66,7
moji komunikaci s rodinou	16	59,3	9	60,0	25	59,5

n = počet odpovědí

**Graf č. 33**



**Otázka č. 16:** „Co je dle Vašeho názoru pro osobu s narušením plynulosti řeči nejzávažnější problém?“

Otázka číslo 16 je položkou otevřenou. Počet odpovědí položky neodpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, co je dle názoru respondentů nejzávažnějším problémem pro osobu s narušením plynulosti řeči. Na 16. otázku odpovědělo všech 42 respondentů (100 %). Jednotlivé kategorie 16. položky odpovědí byly vytvořeny na základě odpovědí, které uvedli respondenti v dotazníku na danou položku. Zjištěné údaje jsou uvedeny v tabulce č. 25 a grafu č. 34. Kategorii „Komunikace“ byla pro větší přehlednost věnována samostatná tabulka č. 26 a graf č. 35.

Při vyhodnocování 16. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: osoby s narušením plynulosti řeči vedou každodenní boj se slovy a slabikami, které nechtějí vycházet z úst tak, jak by měly. Tato skutečnost oslabuje zejména *sebevědomí* balbutika (uvedlo 21 respondentů, tj. 50,0 %), který se stahuje do *ústraní společnosti* (uvedlo 16 respondentů, tj. 38,1 %), i když má balbutik kolem sebe rodinu a kamarády, kteří ho respektují a akceptují jeho nedostatky. Deset respondentů (23,8 %) hovoří o problému strachu z vlastního mluvního projevu (logofobie). Další překážkou v boji s balbuties je, dle tvrzení respondentů, *navazování nových známostí a hledání přátel* (uvedlo 16 respondentů, tj. 38,1 %). V takových situacích si balbutici často nevěří, obávají se *posměšných reakcí okolí* (uvedlo 12 respondentů, tj. 28,6 %) na vlastní verbální projev.

Deset respondentů (23,8 %) uvedlo, že dalším zdrojem obtíží je pro balbutiky *telefonování*. Třináct respondentů (54,8 %) se domnívalo, že je pro osobu s balbuties představuje problém *komunikace s úřady a autoritami* (uvedlo 11, tj. 26,2 %). Deset respondentů (23,8 %) shledalo další zdroj možných obtíží při *vystupování na veřejnosti*. Pět respondentů (11,9 %) vidělo možný zdroj řečových obtíží při *vedení kolektivu*. Rušivý dopad na plynulost řeči v průběhu rozhovoru má dle sedmi respondentů (16,7 %) *dokončování myšlenek za balbutiky*.

Komunikace s lidmi je jedním ze základních požadavků pro většinu *pracovních pozic*. Respondenti se jednoznačně shodují na tom, že jejich komunikační obtíže ovlivnily výběr jejich (budoucího) povolání (uvedlo 10 respondentů, tj. 23,8 %). Jedenáct respondentů (26,2 %) hovoří o pocitech úzkosti



při *iniciaci rozhovoru*, nechuti na sobě pracovat, kterou přirovnávají ke „zbytečné“ ztrátě času, strachu z dalšího zklamání a selhání.

Balbutici vynakládají *velké množství energie a času na přípravu každé věty* (napsalo 7 respondentů, tj. 16,7 %), tím často ztrácejí kontrolu nad obsahem sdělení, které pak může působit nesrozumitelně. *Nadměrné úsilí při komunikaci* (uvedlo 6 respondentů, tj. 14,3 %) vyúsťuje v únavu, která pak může vést až k nechuti komunikovat. Dalším problémem je snaha balbutiků o maskování komunikačních obtíží na úkor srozumitelnosti nebo obsahu sdělení. „*Někdy to vypadá, jako kdyby jedinec s koktavostí byl méně inteligentní* (uvedli 3 respondenti, tj. 7,1 %), až hloupý, jen proto, že nedokáže v daný okamžik argumentovat, obhájit svůj názor.“ Ve snaze maskovat své komunikační obtíže se balbutici uchylují k hledání slov, která nezačínají pro ně problematickými hláskami. „*Naše řečové obtíže nás nutí hledat stále nová a nová slova, čímž se značně rozšiřuje naše slovní zásoba*“ (citace jednoho respondenta).

Respondenti často hovoří o zvýšených nárocích na vlastní osobu, o nutnosti být nadprůměrný v co možná nejvíce oborech, když už „neumí“ mluvit. Tyto nároky ale není možné splnit, což vyvolává *pocit méněcennosti* (napsalo 21, tj. 50,0 %), selhání a frustrace. „*S tím souvisí sociální deprivace – neuspokojování společenských, komunikačních, zájmových a jiných aktivit a styků, což může vyústit až v depresi. Problém ale je, že člověk hodnotí sám sebe (často ho posuzují i méně bystří jedinci v okolí) jako „toho koktavého“ - tzn. prioritní adjektivum, charakterizující danou osobnost, namísto jejich schopností, dovedností, vlastností, fyzických dispozic, výkonnosti apod.*“ (citace jednoho respondenta). Respondenti se také shodují na tom, že se problémy spojené s jejich řečovými obtížemi mění s jejich věkem a aktuálním psychickým stavem. Velkým problémem, se kterým se respondenti dennodenně potýkají, je *přijetí role balbutika* (napsali 3 respondenti, tj. 7,1 %).

**Tabulka č. 25**

<i>„Co je dle Vašeho názoru pro osobu s narušením plynulosti řeči nejzávažnější problém?“</i>						
Otázka č. 16	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Komunikace	16	59,3	7	46,7	23	54,8
Přístup okolí	15	55,6	6	40,0	21	50,0
Nízké sebevědomí, pocit méněcennosti	13	48,1	8	53,3	21	50,0
Sociální izolace	10	37,0	6	40,0	16	38,1
Navazování nových kontaktů (přátelství, vztahů)	11	40,7	5	33,3	16	38,1
Strach z posměchu	8	29,6	4	26,7	12	28,6
Omezení pracovního uplatnění	4	14,8	6	40,0	10	23,8
Dokončování myšlenek za balbutiky	5	18,5	2	13,3	7	16,7
Vedení kolektivu	3	11,1	2	13,3	5	11,9
Vnímání balbutiků jako osob s nižší inteligencí	3	11,1	0	0	3	7,1
Přijetí role balbutika	2	7,4	1	6,7	3	7,1

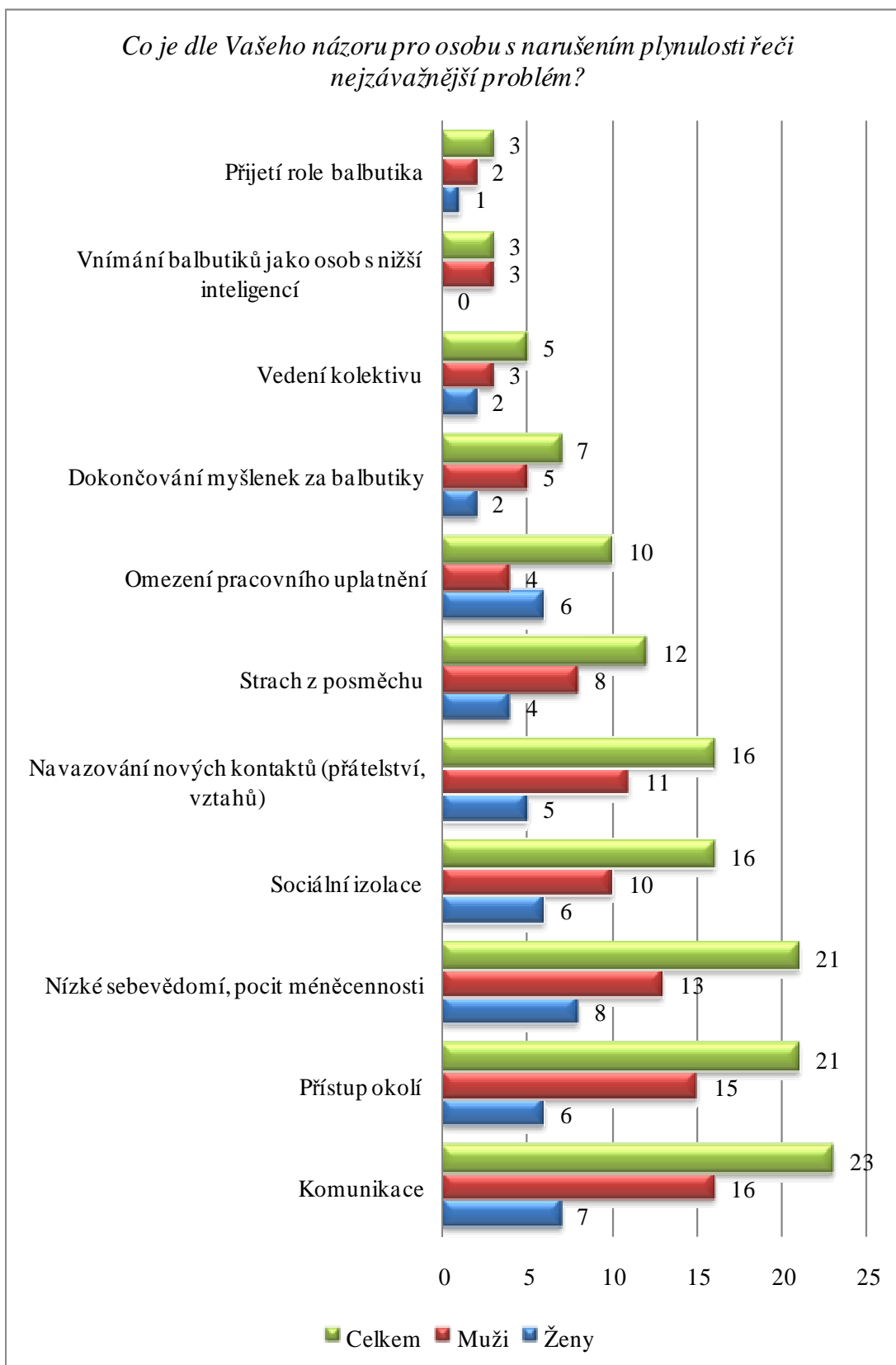
n = počet odpovědí

**Tabulka č. 26**

<i>„Co je dle Vašeho názoru pro osobu s narušením plynulosti řeči nejzávažnější problém?“ - Vyhodnocení položky „Komunikace“</i>						
Otázka č. 16	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Komunikace s úřady	16	59,2	7	46,7	23	54,8
Iniciace komunikace	8	29,6	3	20,0	11	26,2
Komunikace s autoritou	6	22,2	5	33,3	11	26,2
Logofobie	6	22,2	4	26,7	10	23,8
Vystupování na veřejnosti	7	25,9	3	20,0	10	23,8
Telefonování	5	18,5	5	33,3	10	23,8
Interferenční vliv parafrází při koncipování mluvního projevu	6	22,2	1	6,7	7	16,7
Nadměrné úsilí při komunikaci	4	14,8	2	13,3	6	14,3
Ústní zkoušení ve škole	3	11,1	1	6,7	4	9,5

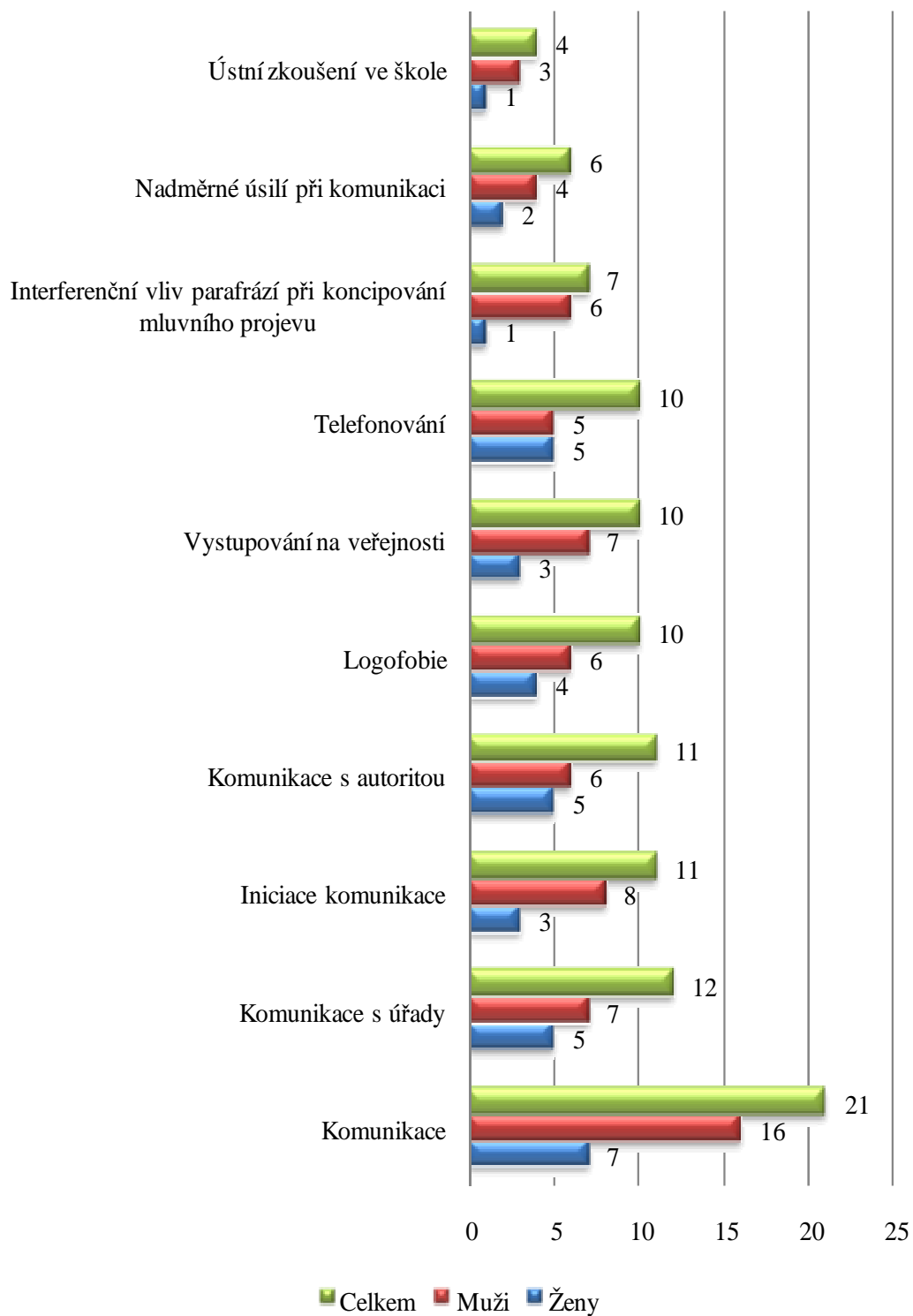
n = počet odpovědí

Graf č. 34



**Graf č. 35**

*Co je dle Vašeho názoru pro osobu s narušením plynulosti řeči nejzávažnější problém?*



**Otázka č. 17:** „*Co je (bylo) nejzávažnějším problémem přímo pro Vás?*“

Otázka číslo 17 je položkou otevřenou. Počet odpovědí 17. položky neodpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, co je (bylo) největším problémem pro respondenty v důsledku jejich narušené komunikační schopnosti. Na 17. otázku odpovědělo všech 42 respondentů, tj. 100%. Při vyhodnocování dotazníkové otázky číslo 17 jsme se setkali s podobnými odpověďmi, které jsme vyhodnocovali již v 16. otázce. Proto je většina kategorií shodná. Jednotlivé kategorie byly vytvořeny na základě odpovědí respondentů v dotazníku na danou položku. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 27 a grafu č. 36.

„Zdraví lidé si to málo uvědomují, ale člověk potřebuje nějak komunikovat s okolím prakticky celý den. A každá komunikace je pro těžkého balbutika naprosto stresující a frustrující záležitostí, ztrapněním před ostatními lidmi, problémem při navazování vztahů, komunikace s cizími lidmi problémy v běžné komunikaci (nákup, telefon), horším pracovním uplatněním, výčitkami, že je neschopný, když si nedokáže vyléčit problém se sebevědomím a změnou osobnosti - prakticky všichni těžcí balbutici co znám, jsou introverti“ (přímá citace jednoho respondenta).

Při vyhodnocování 17. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: *navazování nových kontaktů* (přátelství, vztahů) představovalo největší problém pro 25 respondentů (59,5 %). Čtyřicet respondentů (57,1 %) se obávalo *posměšných reakcí okolí* na vlastní řečový projev. Třicet respondentů (54,8 %) shledalo nejzávažnější problém v *nízkém sebevědomí a pocitech méněcennosti*. Dvaadvacet respondentů (52,4 %) se nejvíce obávalo *přístupu okolí*. Nejzávažnější problémem pro šestnáct respondentů (38,1 %) představovalo *vystupování na veřejnosti*. Pro patnáct respondentů (35,7 %) byla největší překážkou *sociální izolace*. „Cítím, že jsem vždy vyhraněný z kolektivu, vyloučený ze společnosti, a to jen kvůli své řeči a tomu, jak při ní vypadám“ (citace jednoho respondenta). Čtrnáct respondentů (33,3 %) vyhodnotilo jako nejzávažnější problém *interferenční vliv parafrází při koncipování mluvního projevu*. „Pre mňa je najväčší problém nesústrediť sa na plynulosť, ale na obsah hovoreného slova. Miniem vždy toľko energie a času na prípravu každej vety, že strácam kontrolu nad obsahom a štylistikú až sú tie vety nieraz zamotané a nezrozumiteľné“ (citace jednoho respondenta). Čtrnáct

respondentů (33,3 %) shledalo velké obtíže při snaze o *iniciaci komunikace*. „Strach ze slov, situací, lidí, nadměrné úsilí, které musím vynaložit při přípravě každé věty a s tím spojená únava nebo nechuť komunikovat“ (citace jedné z respondentky). Pro stejný počet respondentů (14 respondentů, tj. 33,3%) byla nejzávažnějším problémem *logofobie*, tedy strach z vlastního mluvního projevu. „Bojím se promluvit, nemohu se zapojovat do diskuse kvůli strachu, že přijde nějaký dlouhý blok a ztrapním se“ (citace jednoho z respondentů). Dvanáct respondentů (28,6 %) uvedlo problémy při *komunikaci s autoritou*. Deset respondentů (23,8 %) se nejvíce obávalo *telefonování*. „Při telefonním hovoru je problém cokoli vyřešit. Stává se, že se zaseknu a druhá strana zavěsí“ (citace jednoho z respondentů). Devět respondentů (21,4 %) uvedlo výrazné zhoršení plynulosti řeči při *komunikaci s úřady*. Pro dalších devět respondentů (21,4 %) představovalo nejzávažnější problém *omezení pracovního uplatnění balbutiků*. Pro osm respondentů (19 %) je nejzávažnějším problémem *nadměrné úsilí* vynaložené před a v průběhu komunikace. Sedm respondentů (16,7 %) shledalo velké obtíže při *osobní prezentaci*. „Pokud se mám někomu představit, tak si raději vymyslím nějaké jiné jméno, protože při tom svém se stoprocentně zadržnu. Je to lepší, než se ztrapnit hned při prvním slovu“ (citace jednoho z respondentů). Pět respondentů (11,9 %) uvedlo, že prožívá velmi nepříjemné pocity, pokud za ně někdo *dokončuje jejich myšlenky*. Pro pět respondentů (11,9 %) bylo největším problémem samotné *přijetí role balbutika*. „Koktám, a to je můj problém, nikdy se s tím nevyrovnám. (citace jednoho z respondentů). „Od svých prvních řečových problémů jsem doma slýchávala, snaž se, kdyby ses snažila. Teď vím, že to bylo špatně, čím víc se člověk snaží nekoktat, tím koktá víc. Jenže v člověku toto všechno tak nějak zůstalo a mám pocit, že až se dokážu přijmout takovou, jaká jsem, snad se smírím i s řečí a přestanu se snažit nezadržávat a ono to půjde snáz. Možná se mi podaří nacvičit řeč o samotě a použít ji před lidmi. Jedno z mála pozitiv? Pozoruji, že čím jsem starší, mluvím jinak, okolí mi říká, že líp. Člověk to na sobě až tak nepozná, pokud budu muset nad řečí přemýšlet, vážít slova, která řeknu, abych se snáz domluvila, neuleví se mi. Neznám pocit, kdy slova volně plynou z úst, musí to být fajn“ (přímá citace jedné respondentky). Pro dalších pět respondentů (11,9 %) představoval největší problém jejich *„vzhled“ při dysfluencích*. „Stydím se za to, jak při řeči vypadám. Pokud nemusím, nekomunikuju. Není mi příjemné, když se na mě při mluvení někdo musí dívat“ (citace jednoho z respondentů). Dalších pět respondentů (11,9 %) shledalo

problém při *komunikaci v cizím jazyce*. Pocit časové tísně představuje problém pro pět respondentů (11,9 %). „Zadržávám, ale jsem schopna říct i pár vět za sebou souvisle. Mám pocit, že mým problémem je jako u většiny koktajících, pocit „časové tísně“, člověk chce mít svůj „výkon“ rychle za sebou“ (citace jedné respondentky). Pro dva respondenty (4,8 %) představuje velký problém *vnímání balbutiků jako osob s nižší inteligencí*. „Lidé nás mají za hlupáky, teda aspoň si to myslíme“. „Někdy to vypadá, jako kdyby jedinec s koktavostí byl méně inteligentní, až hloupý, jen proto, že třeba nedokáže v daný okamžik říct argument či názor, proč si něco myslí“. „Někteří lidé mě považují za retardovaného, neustále musím dotyčné informovat, že mám pouze vadu řeči nikoli mentální poruchu (např. na úřadech)“ (citace tří respondentů).

„Mám pocit, že je balbuties pre mňa často brzdou v živote. Väčšinou sa však snažím všímať si bright side of life, nerobiť z komára somára a byť realistom-optimistom (citace jedné respondentky).

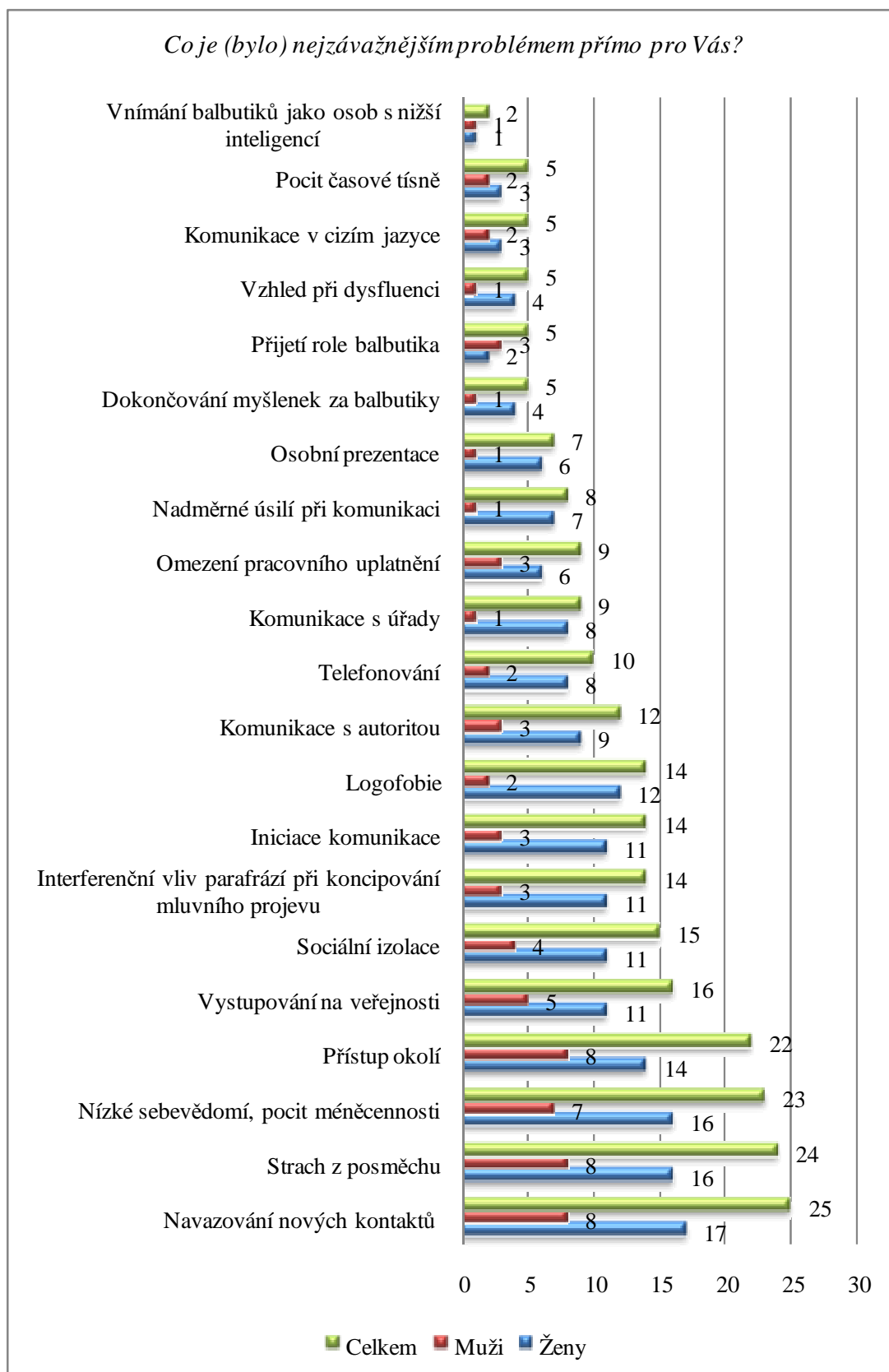
**Tabulka č. 27**

<i>Co je (bylo) nejzávažnějším problémem přímo pro Vás?</i>						
Otázka č. 17	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Navazování nových kontaktů (přátelství, vztahů)	17	63,0	8	53,3	25	59,5
Strach z posměchu	16	59,3	8	53,3	24	57,1
Nízké sebevědomí, pocit méněcennosti	16	59,3	7	46,7	23	54,8
Přístup okolí	14	51,9	8	53,3	22	52,4
Vystupování na veřejnosti	11	40,7	5	33,3	16	38,1
Sociální izolace	11	40,7	4	26,7	15	35,7
Interferenční vliv parafrází při koncipování mluvního projevu	11	40,7	3	20,0	14	33,3
Iniciace komunikace	11	40,7	3	20,0	14	33,3
Logofobie	12	44,4	2	13,3	14	33,3
Komunikace s autoritou	9	33,3	3	20,0	12	28,6
Telefonování	8	29,6	2	13,3	10	23,8
Komunikace s úřady	8	29,6	1	6,7	9	21,4
Omezení pracovního uplatnění	6	22,2	3	20,0	9	21,4
Nadměrné úsilí při komunikaci	7	25,9	1	6,7	8	19,0
Osobní prezentace	6	22,2	1	6,7	7	16,7
Dokončování myšlenek za balbutiky	4	14,8	1	6,7	5	11,9
Přijetí role balbutika	2	7,4	3	20,0	5	11,9
Vzhled při dysfluenci	4	14,8	1	6,7	5	11,9
Komunikace v cizím jazyce	3	11,1	2	13,3	5	11,9
Pocit časové tísně	3	11,1	2	13,3	5	11,9
Vnímání balbutiků jako osob s nižší inteligencí	1	3,7	1	6,7	2	4,8

n = počet odpovědí



**Graf č. 36**



**Otázka č. 18:** „*Jaká doporučení by na základě Vašich zkušeností mohla přispět ke zkvalitnění logopedické péče?*“

Otázka číslo 18 je položkou otevřenou. Počet odpovědí v dotazníkové otázce neodpovídá počtu respondentů. Položka zjišťuje, jaká doporučení by dle názorů respondentů mohla přispět ke zkvalitnění logopedické péče. Na otázku číslo 18 odpovědělo 35 respondentů (83 %) z celkového počtu 42 respondentů (100 %). Zkoumané vztahy jsou znázorněny v tabulce č. 28 a grafu č. 37.

Nyní citujeme odpověď jedné respondentky, týkající se jejího názoru na přístup logopedů: „Tak na toto by mi nestačila ani celá stránka. Ich problém je v tom, že ich spôsoby sú zastaralé, nepraktické a strnulé. Jako mi pomôže při prezentácii na zasadaní, že som u logopeda opisovala obrázek??? Na sedeniach by som trénovala reálne okolnosti s reálnymi odporúčaniami pod reálnym stresom. Nájst' spôsoby, ktorými sa uvoľní ten daný pacient a nie mu odporučiť všeobecné praktiky a nechať ho tak“ (přímá citace jednoho z respondentů).

Při vyhodnocování 18. otázky jsme dospěli k následujícím závěrům: šestnáct respondentů (45,7 %) z celkového počtu 35 respondentů (100 %) se domnívalo, že by k větší efektivitě logopedické péče přispělo *zapojení nácviku reálných situací do průběhu terapie*. „Nevím jak u dětí, ale u dospělých by určitě pomohlo dávat v terapii větší důraz na vyrovnání se s problémem, sebezpřijetí a vštípení správných postojů (nevyhýbat se nepříjemným situacím; nebát se že se před ostatními shodím atd.). U dospělých balbutiků se často opomíjí to, že koktání není pouhá mechanická závada, která by šla odstranit nácvikem nějaké metody, ale je to komplexní problém, který má složitější řešení. Podle mě je nezbytné, aby logopedická léčba neprobíhala pouze v ordinaci, ale v reálném světě. V ordinaci jsem vždy mluvil dobře, ale pak jsem vyšel ven a byl jsem zase zpátky. Myslím, že v Čechách na rozdíl od zahraničí chybí větší podpora skupinových terapií a svépomocných skupin balbutiků, které jsou pro tento účel vhodné“ (přímá citace jednoho respondenta). Třináct respondentů (37,1 %) kladlo důraz na *větší podporu skupinových terapií* ze strany logopedů. Třináct respondentů (37,1 %) bylo přesvědčeno, že by ke zkvalitnění logopedické péče přispěla *efektivnější interdisciplinární spolupráce odborníků* při diagnostice a intervenci balbuties (jednalo se zejména o spolupráci logopeda a psychologa).

„Každý má vadu trochu jinou, myslím, že v každém případě je logopedická péče pro balbutika přínosem, ale někdy je potřeba se spojit i s jinými odborníky. A pak bych doporučila, aby se zadržávání neléčilo např. v nemocnici atd., ale byly léčebné pobyty v lázních, s normálním režimem - hlavně v období dětského věku a dospívání, s normálními aktivitami, jako třeba tábory s logopedy, psychologem a normálním aktivním programem. Vzpomínka na můj šestitýdenní prázdninový pobyt v nemocnici v Kyjově - v županu a v posteli, toť hrůza!“ (citace jedné respondentky). Dvanáct respondentů (34,3 %) upozornilo na nutnost *zvýšení informovanosti samotných logopedů v problematice týkající se balbuties*. „U logopedů, kteří se na koktavost nespécializují, jsem postrádala větší informovanost o metodách terapie a s tím souvisel jejich poměrně povrchní přístup k terapii“ (přímá citace jedné respondentky). Jedenáct respondentů (31,4 %) upozornilo na větší zájem logopedů *o nové metody a techniky práce s balbutiky*. „Kdybych byl logoped u nás, asi bych měl výčitky svědomí, že moje postupy nemají valný vliv na mé klienty, proto měaráží slepá víra v tento současný hlavní trend. Prostě neznám člověka, kterému by naše logopedie nějak výrazně pomohla od koktavosti, a to si myslím, že o něčem svědčí“ (přímá citace jednoho z respondentů). Osm respondentů (22,9 %) je přesvědčeno, že by ke zkvalitnění logopedické péče přispěla intenzivnější *osvětová činnost*. Osm respondentů (22,9 %) doporučilo logopedům *klást větší důraz na věk balbutika* při přípravě logopedických terapií. Šest respondentů (17,1 %) uvedlo, že by ke zkvalitnění logopedické péče jistě vedla *aktivnější účast logopedů na výzkumech zabývajících se problematikou balbuties*. Pět respondentů (14,3 %) uvedlo, že by si při terapii přálo *empatičtější přístup* ze strany logopeda. Dalších pět respondentů (14,3 %) konstatovalo, že by ke zkvalitnění logopedické péče jistě přispěla *delší terapeutická sezení*. Čtyři respondenti (11,4 %) uvedli, že by je více motivovalo, kdyby byla *logopedická cvičení přizpůsobená jejich zájmům*. „Až do doby dospělosti mě nikdy žádný logoped nedokázal nadchnout pro věc. Jako dospělá jsem se smířila s tím, že je to otrava, ale to mě elánu do boje s řečí nepřidalo. Logopedická ordinace mě dodnes připadá zoufale nudná, ničím nepřínosná, že by člověk vyl jak šakal“ (přímá citace jedné respondentky). Tři respondenti (8,6 %) kladli důraz na *větší podporu svépomocných skupin* ze strany logopedů. Nyní uvádíme přímou citaci jedné respondentky: „Myslím, že by mi hodně pomohlo, kdyby za mého mládí existoval např. BALBUS, cítila jsem se se svým problémem

osamělá“. Jeden respondent (2,9 %) uvedl, že by uvítal *zapojení logopedických cvičení v cizím jazyce*.

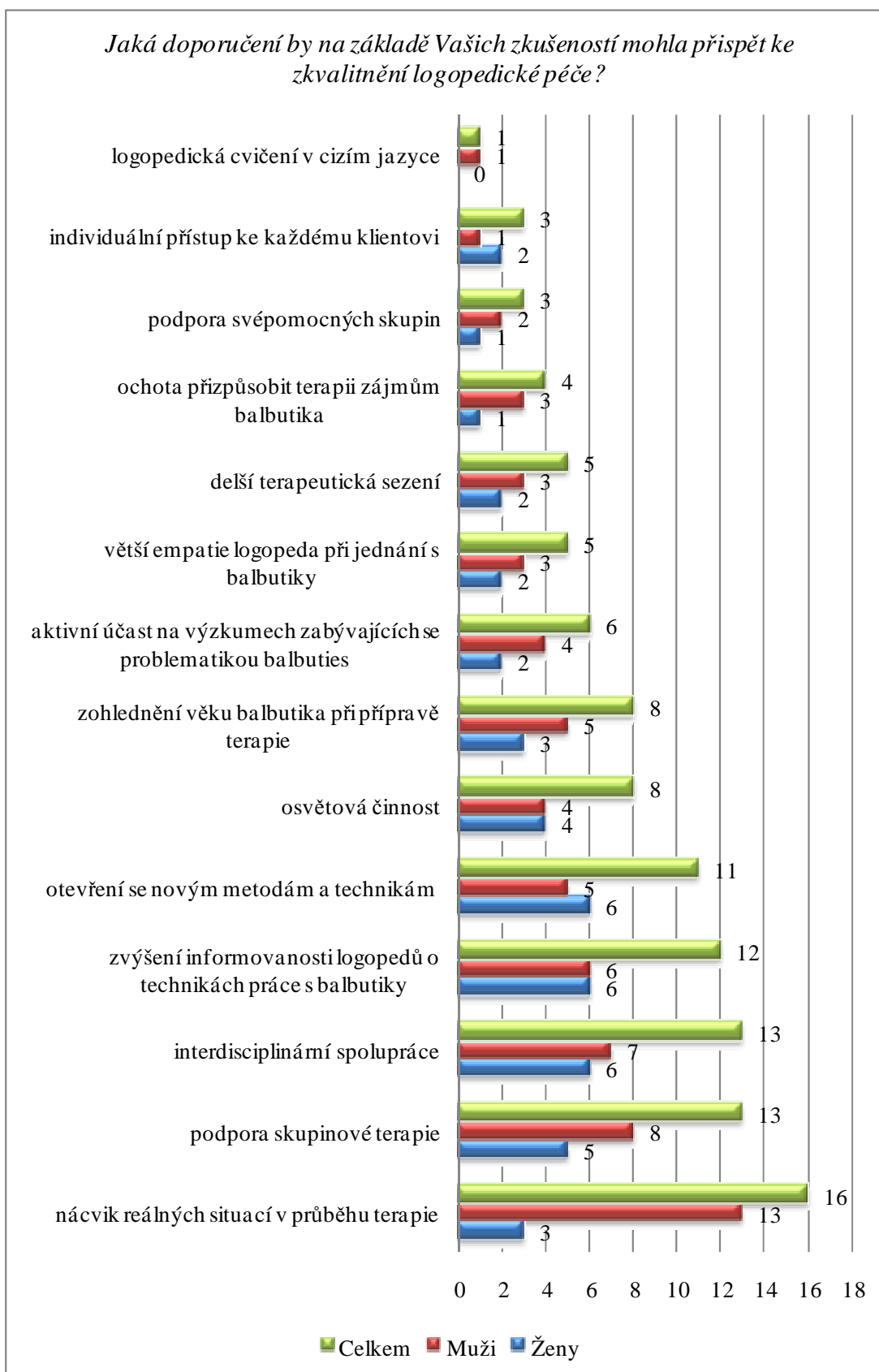
K celkovému zefektivnění logopedické péče by, dle názoru jednoho respondenta, mohla přispět (nyní uvádíme přímou citaci) „...celková reorganizace a systematizace současného hlavního proudu. Možná i otevření se jiným menším proudům, protože mi přijde, že současný hlavní proud vůbec nevidí za své hranice a ani je vidět nechce. Přijde mi, že danými procedurami se neléčí koktavost, ale pouze do jisté míry psychika jedince, která má sice bezesporu vliv na koktavost, ale prostě to neřeší stresové situace. Přijde mi, že tady se s klienty zachází jako v bavlnce, logopedi si s nimi jen hrají, falešně navozují přátelskou atmosféru a usmívají se. Ale podle mého je třeba v rámci zachování respektování osobnosti klienta přitvrdit a donutit jedince s touto vadou opravdu bojovat a makat. Dát mu jasně najevo, že pokud je motivace logopedů či rodičů větší, než jeho samotného, nemá smysl s ním ztrácet čas, pokud on sám nevnímá koktavost jako problém, který chce zničit. Navíc když si člověk něco vybojuje, víc si toho váží, což má bezesporu pozitivní vliv na jeho psychiku a mnohem dlouhodobější. Samozřejmě je třeba k tomu přistupovat s citem, ale nebát se na klienta zatlačit, být důsledný a chtít po něm nějaké výsledky. Prostě to udělat více intenzivní a hlavně zaměřené na praxi (mluvit danou technikou či metodou ve škole, doma, všude,... protože v nepřirozeném prostředí lze trénovat do nekonečna, ale pokud se to nepodaří přesunout do normálního prostředí, je to zbytečné). Také mě zarazí, že jsou současní logopedi přesvědčení o správnosti péče, protože mi nepřijde, že bych jejich péče byla na klientech s koktavostí nějak extra vidět. Nehledě na to, že se propagují určité metody, ale žádný z těch „vynálezců“ mi nikdy nebyl schopen odpovědět konkrétně, jak dlouho jejich léčba trvá, než se jedinec koktavosti zbaví. Každý byl neurčitý a vůbec neodpověděl na otázku. Podle mého je velikou chybou, že panuje premisa, že koktavost nelze vyléčit úplně! Jsem přesvědčen, že to je možné, ale jen za určitých podmínek. U většiny logopedů mi totiž přijde, že svoji práci nedělají proto, že chtějí opravdu ty klienty zbavit koktavosti, ale proto, že jsou tam docela slušné peníze a práce není kdoví, jak náročná.“

**Tabulka č. 28**

<i>„Jaká doporučení by na základě Vašich zkušeností mohla přispět ke zkvalitnění logopedické péče?“</i>						
Otázka č. 18	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
nácvik reálných situací v průběhu terapie	13	54,2	3	27,3	16	45,7
podpora skupinové terapie	8	33,3	5	45,5	13	37,1
interdisciplinární spolupráce	7	29,2	6	54,5	13	37,1
zvýšení informovanosti logopedů o technikách práce s balbutiky	6	25,0	6	54,5	12	34,3
otevření se novým metodám a technikám	5	20,8	6	54,5	11	31,4
osvětová činnost	4	16,7	4	36,4	8	22,9
zohlednění věku klienta při přípravě terapie	5	20,8	3	27,3	8	22,9
aktivní účast na výzkumech zabývajících se problematikou balbuties	4	16,7	2	18,2	6	17,1
větší empatie logopeda při jednání s balbutiky	3	12,5	2	18,2	5	14,3
delší terapeutická sezení	3	12,5	2	18,2	5	14,3
ochota přizpůsobit terapii zájmům balbutika	3	12,5	1	9,1	4	11,4
podpora svépomocných skupin	2	8,3	1	9,1	3	8,6
logopedická cvičení v cizím jazyce	1	4,2	0	0	1	2,9

n = počet respondentů

**Graf č. 37**



## 6 Diskuze a doporučení vyplývající z výzkumného šetření

*„Přijměte, že máte vážný problém. Zůstaňte oběma nohama na zemi, napřimte se a začněte svůj problém zdolávat s veškerou vážností a razancí“*

Dominick A. Barbara (In Fraser, 2006, s. 23).

Následující diskuze vychází z výsledků dotazníkového šetření, které bylo provedeno na výzkumném vzorku dvačtyřiceti respondentů s diagnózou balbuties.

### 6.1 Ověřování platnosti hypotéz

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, zda jsou jedinci s balbuties spokojeni s poskytovanou logopedickou péčí. Na základě tohoto cíle jsme si v úvodu praktické části práce stanovili první hypotézu: *Osoby s balbuties nejsou spokojeny s poskytovanou logopedickou péčí.* Tato hypotéza byla na základě podrobné analýzy výsledků dotazníkového šetření vyvrácena.

Určování míry spokojenosti respondentů s poskytovanou logopedickou péčí do značné míry závisí na tom, jak „spokojenost“ definujeme, jak ji chápeme. Jedná se o velmi nelehký úkol, nicméně dle našeho názoru můžeme považovat logopedickou intervenci za úspěšnou, bude-li na jejím konci stát balbutik, který je schopen hovořit s mírnými řečovými obtížemi, ale zato kdykoli a kdekoli bude chtít, a to bez zbytečných obav nebo strachu z komunikace. Tato skutečnost by měla mít pozitivní dopad na zvýšení kvality každodenního života osob s balbuties. Logopedická intervence jedinců s balbuties se mění v průběhu života každého balbutika, a to v závislosti na její frekvenci, na druhu, typu aktuálně užívaných a preferovaných metod a technik, a na délce období bez řečových problémů. Výsledky našeho šetření ukazují, že v případě 40 % respondentů (16 respondentů z celkového počtu 40<sup>12</sup> respondentů) došlo díky absolvování logopedické péče k výraznému zlepšení řečových obtíží. 35% respondentů (14 respondentů z celkového počtu 40

---

<sup>12</sup> Dva respondenti na dotazníkovou položku č. 9 neodpověděli

respondentů) uvedlo, že se jejich verbální projev po absolvování logopedické péče mírně zlepšil. 25 % respondentů (10 respondentů z celkového počtu 40 respondentů) nezaznamenalo po absolvování logopedické péče žádné zlepšení svých řečových obtíží.

Z důkladné analýzy údajů dotazníkového šetření vyplynul velmi důležitý vztah. V případě sedmi z deseti respondentů, kteří nezaznamenali žádné zlepšení logopedické péče, došlo k velké časové prodlevě mezi prvními projevy balbuties a vyhledáním odborníka. V průměru se jednalo o prodlevu pěti až osmi let od prvních projevů koktavosti, po které respondenti vyhledali pomoc odborníka (v jednom případě se jednalo dokonce o prodlevu dvanácti let!). V případě 16-ti respondentů, kteří uvedli výrazné zlepšení svého řečového projevu v souvislosti s absolvovanou logopedickou péčí, se jednalo o včasné zahájení logopedické péče, a to nejčastěji v období 1. - 3. roku od prvních projevů balbuties. Náš výzkum tedy dokázal, že pokud je logopedická péče zahájena v co nejkratší době od prvních projevů koktavosti, tak vede k výrazné eliminaci projevů narušené komunikační schopnosti, čímž přispívá ke zvýšení kvality každodenního života balbutiků. K podobným výsledkům dospěli ve svých výzkumech Gottwald & Starkweather (1995) nebo Lincoln & Onslow (1997), Fosnot (1993).

Dalším cílem našeho výzkumného šetření bylo zhodnocení dopadu poruchy plynulosti řeči na kvalitu života osob s balbuties, na to, zda a jakým způsobem ovlivňuje zjištěné narušení plynulosti řeči profesní orientaci balbutika. Na základě tohoto cíle byla zformulována druhá hypotéza: *Výběr povolání osob s balbuties je ovlivňován jejich komunikačními obtížemi.* Tato hypotéza byla na základě analýzy výsledků dotazníkového šetření potvrzena.

Osmadvacet respondentů (66,7 %) z celkového počtu dvaadvaceti respondentů (100 %) odpovědělo na dvanáctou položku dotazníku: „*Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové problémy volbu vašeho povolání?*“ kladně. Čtrnáct respondentů (33,3 %) uvedlo, že jejich řečové problémy neovlivňovaly nebo neovlivňují volbu jejich povolání. Výsledky našeho šetření se v některých rysech shodují s výzkumem Riceové a Krolla (2006), jenž byl zaměřen na dopad řečových obtíží balbutiků na výběr povolání, pracovní výkon a kariérní postup. Riceová a



Kroll ve svém výzkumu, který byl proveden na výzkumném vzorku 412 respondentů) zjistili, že 54,9 % respondentů bylo přesvědčeno, že by mohlo usilovat o lepší zaměstnání, kdyby „nezadrhávalo“. 54,1% respondentů ve stejném výzkumu uvedlo, že by zvolilo jiné povolání, kdyby nemělo řečové problémy. 76% respondentů uvedlo, že koktavost snižuje jejich šance být zaměstnán a 63,8 % respondentů vyhledalo zaměstnání, které nebylo náročné na verbální komunikaci. Ačkoliv se výzkumný vzorek obou výzkumů lišil (počtem respondentů), tak není výrazný rozdíl v závěrech obou výzkumů.

## **6.2 Doporučení vyplývající z výzkumného šetření**

Balbuties je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušení komunikační schopnosti. Jedná se o jev, se kterým se setkáváme ve všech věkových skupinách (jak dokládají naše výzkumné výsledky získané dotazníkovou položkou č. 1 a charakterem výzkumného vzorku). Balbutiky nacházíme častěji mezi muži než mezi ženami (což dokládají údaje získané kontaktními položkami v úvodu dotazníku). Z výsledků našeho šetření (otázky č. 10 – 17) vyplývá, že narušená komunikační schopnost ovlivňuje všechny složky osobnosti člověka, jeho školní, pracovní i sociální adaptaci. S prvními projevy balbuties se setkáváme nejčastěji v období mezi třetím až pátým rokem života dítěte (jak dokládají naše výzkumné výsledky získané dotazníkovou položkou č. 1). Prognóza koktavosti je do značné míry ovlivněna včasnou a komplexní diagnostikou a interdisciplinární angažovaností odborníků.

V současné době známe kolem 250 různých postupů terapie koktavosti, o žádném z nich ale nemůžeme říci, že by byl stoprocentně účinný (Lechta, 2004). Aby se zvýšila účinnost terapie, je třeba, dle našeho názoru, zajistit funkční spolupráci odborníků z řad lékařských i nelékařských oborů. Jedná se především o pediatrii, logopedy, foniatry, psychology, psychiatry, neurology, pedagogy a speciální pedagogy.

Při vyhodnocování dotazníku se nám potvrdilo (otázka č. 7), že většina logopedů při práci s balbutiky stále upřednostňuje techniky čtení, dechová a fonační cvičení a popisy obrázku. Tyto techniky sice u většiny klientů zlepšují plynulost řeči,

jedná se ale o navození plynulosti v situacích, které jsou velmi vzdálené reálné komunikaci. Většina respondentů se proto domnívá, že tyto „způsoby“ jsou zastaralé, nepraktické a strnulé (jak dokládají naše výzkumné výsledky získané dotazníkovými položkami č. 9 a 18). Respondenti se ve svých odpovědích jednoznačně shodli na potřebě nácviku reálných situací pod „reálným“ tlakem (což dokládají údaje získané z otázek č. 9 a 18). Dechová cvičení jsou po balbuticích vyžadována bez hlubší znalosti respiračních poměrů. Peutelschmiedová (2005) upozorňuje, že z vitální kapacity plic je v normálním rozhovoru využívána asi jen pětina – a o tu jde. Teprve na základě zjištění nedostatečnosti ve využívání dechového objemu při řeči můžeme tvrdit, že budou mít dechová cvičení na plynulost verbálního projevu balbutika větší efekt.

Dle našich zkušeností je vhodné řadit krátká dechová a fonační cvičení na začátek terapie, což slouží k navození klidu a uvolnění svalstva v orofaciální, krční, hrudní a břišní oblasti. Na dechová a fonační cvičení můžeme dále volně navázat automatickými řadami a asociačními cvičeními, při jejichž interpretaci zažívají balbutici většinou pocit úspěchu a kontroly nad svou řečí, což je pro začátek terapie vždy pozitivní (u všech cvičení je kladen důraz na měkký hlasový začátek). Další náplní terapie mohou být konverzační cvičení, která můžeme spojit s nácvikem reálných situací. Dle našich zkušeností je dobré zařadit do terapie i nácvik situací v reálném prostředí. Tato varianta je poměrně snadno realizovatelná zejména při skupinové terapii, kdy může logoped s klienty „vyrazit“ do města, na nákup, kde může pozorovat projevy jejich dysfluencí, nadměrné námahy a psychické tenze. Logoped si také může ověřit, do jaké míry je balbutik schopen uplatnit navozenou plynulost řeči v reálném prostředí pod reálným tlakem, a zjistí, zda balbutik využívá naučené techniky správným způsobem. Případné zjištěné nedostatky může logoped ihned korigovat. V takových situacích je logoped balbutikovi oporou a jeho rady a doporučení jsou aktuální. Také jsme se setkali s velmi pozitivními reakcemi balbutiků na zapojení interaktivních přístupů do průběhu terapie, kde tyto přístupy zastávají zejména roli podpůrnou a doplňující. Vybrané aktivity byly pro klienty příjemným zpestřením a prostorem pro relaxaci. Jednalo se zejména o muzikoterapii, dramaterapii a arteterapii. Při muzikoterapii zažívají balbutici pocitu úspěchu a kontroly nad svým verbálním projevem, jelikož při zpěvu většinou „nezadržávají“.

Arteterapie může být dle našich zkušeností velmi cenným zdrojem informací o vnitřním světě balbutika, o jeho pocitech, prožívání a náladách.

Logopedická intervence u osob s balbuties má svá specifika. Cestu vedoucí ke zvýšení pravděpodobnosti úspěšnosti intervence nalézáme v dobré informovanosti výše zmíněných odborníků o problematice balbuties, v jejich otevření se novým metodám a technikám, v aktivní účasti na výzkumech zabývajících se danou problematikou a v neposlední řadě v osvětové činnosti (což dokládají údaje získané z otázky č. 18). Z výsledků našeho šetření (otázky č. 16 a 17) vyplývá, že velmi důležitou roli v terapii sehrává vlastní přístup balbutika k jeho verbálnímu projevu. Terapeut i balbutik by si měli být vědomí skutečnosti, že žádný problém nelze vyřešit popřením jeho existence. V této souvislosti citujeme Starbucka (in Fraser, 2006, s. 14), který klade balbutikům na zřetel: „Nikdy nezapomeňte, že i kdyby jste navštívili toho nejlepšího odborníka v zemi úprava koktavosti zůstane jediné vaší záležitostí. Koktavost je váš problém. Odborník vám může říci, co dělat a jak to dělat, ale jediné vy to můžete uskutečnit. Jste jedinou osobou na světě, která může vaši koktavost napravit.“ Logoped by měl pro balbutika být přítelem a spolupracovníkem, který se upřímně zajímá o jeho osobu a je ochoten mu pomáhat, jak dokládají naše výzkumné výsledky získané z dotazníkové položky č. 18. Conture (in Fraser, 2006) uvádí, že pro některé balbutiky je již samotné poznání toho, co dělají, když koktají, dostačující k zahájení jejich „úpravy“. Pro úspěšnou interakci je také velmi důležitá zásada respektování individuality balbutika, jelikož právě v případě balbuties platí, že nejsou dva balbutici, kteří by koktali stejně, což dokládají údaje získané z otázky č. 18. Logoped by měl ale také dbát na to, aby balbutika vnímal komplexně, ne pouze jako osobu s narušenou komunikační schopností. Z výsledků našeho šetření (otázky č. 9 a 18) dále vyplynulo, že by odborníci měli být v průběhu terapií pro balbutiky zdrojem psychické podpory při jejich snaze překonání logofobie a nepříjemných pocitů zahanbení a rozpaků, které koktavost doprovázejí. „Sebedůvěra přichází, když se pustíme do boje a uspějeme. Přichází tehdy, když výzvu k boji přijmeme, místo toho abychom z bojiště utíkali“ (Van Riper in Fraser, 2006, s. 118).

Multidisciplinární přístup k balbutikům, ve kterém by se terapie neomezovala jen na „tradiční“ dechová a fonační cvičení, ale naopak by uplatňovala kombinaci

různých technik, metod a přístupů práce s balbutiky, možnost kombinování individuální terapie (ve které se logoped s klientem může zaměřit na nácvik konkrétních technik) a skupinové terapie (kde je zase možné nacvičovat reálné situace, sociální interakci) je dle našeho názoru cestou ke zvýšení úspěšnosti logopedické intervence.

## Závěr

*„Koktavost je houževnatý protivník. Nikdy se nevzdává. Musíte ho neustále odrážet a znemožňovat mu převzetí velení.“ Životní bitvy nepotkávají vždy ty nejsilnější a nejrychlejší, avšak dříve, či později v nich vítězí ten, kdo si věřil, že může vyhrát.“*

(Starbuck, Fraser in Fraser, 2006, s. 26 a s. 122)

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou balbuties, přičemž komunikace, narušená komunikační schopnost a logopedická intervence u osob s balbuties byly stěžejní náplní této práce. Účelem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda poskytovaná logopedická péče pozitivně ovlivňuje kvalitu každodenního života osob s balbuties.

V teoretické části diplomové práce jsme shrnuli základní poznatky týkající se balbuties. V první kapitole nazvané „Teoretická východiska“ jsme definovali základní pojmy, kterými jsou komunikace, jazyk a řeč, mluva a mluvení, komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost. Vymezili jsme zde také narušení plynulosti řeči. V dalších kapitolách teoretické části diplomové práce jsme se zaměřili na terminologii, etiopatogenezi a syndromologii. Bližší pojednání bylo, vzhledem k charakteru práce, věnováno logopedické intervenci u osob s balbuties.

Snažili jsme se o vytvoření komplexního náhledu na zmiňovanou problematiku, a to zejména prostřednictvím studia odborné literatury (tuzemské i zahraniční) a aplikace informací a vědomostí získaných v průběhu našeho studia ve Spojených Státech Amerických. Při psaní práce jsme využili také vlastních zkušeností, které jsme získali při práci s osobami s balbuties.

Praktická část diplomové práce byla rozdělena do tří kapitol. V první kapitole s názvem Vlastní šetření jsme si stanovili cíle výzkumného šetření, dále jsme formulovali výzkumné otázky, definovali jsme výzkumný vzorek, popsali jsme metody výzkumného šetření, charakterizovali jsme použitý dotazník a popsali realizaci vlastního výzkumu. Ve druhé kapitole praktické části diplomové práce jsme se věnovali zpracování výzkumných dat a jejich interpretaci. Ve třetí kapitole praktické části diplomové práce s názvem Diskuze a doporučení výzkumného

šetření jsme ověřovali platnost hypotéz a poskytli seznam doporučení, která by dle vlastních zkušeností balbutiků měla přispět ke zkvalitnění logopedické péče.

Výsledkem praktické části diplomové práce je analýza údajů získaných z dotazníkového šetření doplněná o grafy a tabulky četností. Převážná část dotazníku byla tvořena položkami otevřenými. Získané údaje byly o to cennější, protože vycházely ze subjektivní percepce řečových obtíží jednotlivých respondentů. Na druhou stranu jsme ale museli brát v potaz odlišný sebeobraz každého jednotlivého respondenta.

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, zda jsou jedinci s balbuties spokojeni s poskytovanou logopedickou péčí. Na základě tohoto cíle jsme si v úvodu praktické části práce stanovili první hypotézu: *Osoby s balbuties nejsou spokojeny s poskytovanou logopedickou péčí.* Tato hypotéza byla na základě podrobné analýzy výsledků dotazníkového šetření vyvrácena. Dále jsme se snažili zjistit míru dopadu poruchy plynulosti řeči na kvalitu života osob s balbuties, na to, zda a jakým způsobem ovlivňuje zjištěné narušení plynulosti řeči profesní orientaci balbutika. Na základě tohoto cíle byla zformulována druhá hypotéza: *Výběr povolání osob s balbuties je ovlivňován jejich komunikačními obtížemi.* Tato hypotéza byla, na základě analýzy výsledků dotazníkového šetření, potvrzena. V 6. kapitole diplomové práce s názvem Diskuze a doporučení vyplývající z výzkumného šetření jsme nastínili doporučení, která by mohla přispět ke zkvalitnění logopedické péče.

Lze tedy konstatovat, že hlavní účel našeho výzkumného šetření byl splněn. Respondenti se shodli na pozitivním přínosu intervence zejména v oblasti zmírnění frekvence neplynulostí v jejich řečovém projevu. Ze získaných údajů je zřejmé, že většina respondentů je s poskytovanou logopedickou péčí spokojená. I když náš výzkum prokázal pozitivní přínos logopedické intervence u osob s balbuties, musíme konstatovat, že míra úspěchu logopedické intervence závisí na jejím včasném zahájení. Z výsledků analýzy výzkumného šetření vyplynulo, že se řečové obtíže balbutiků velmi často stávají důvodem jejich diskriminace na pracovištích. Řešení zjištěné skutečnosti vidíme jak ve větší obecné informovanosti veřejnosti o problematice balbuties, tak v zakomponování nácviků pracovních pohovorů do logopedické intervence.

## RESUMÉ

*„Bylo by báječné, kdybychom mohli spolknout pilulku proti koktavosti a více o ní nevědět. Žádný takový všelék bohužel nemáme.“*

Sol Adler (in Fraser, 2006, s. 23)

Koktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Problematika koktavosti se v současné době dostává stále více do popředí zájmu jak odborné, tak laické veřejnosti. Jedná se totiž o jev, který se vyskytuje bez vztahu k národnosti a jazyku. Příčina této poruchy nebyla doposud, i přes veškerou snahu odborníků z řad lékařských i nelékařských oborů, odhalena. „Používala se kouzla, chirurgické nástroje, přístrojky vkládané pod jazyk, léky, hypnóza, psychoanalýza, pohyby paží a množství jiných prostředků a metod v léčbě koktavosti, avšak vedlo to k vyléčení jen málo, bez ohledu na to, jak groteskní byly“ (Van Riper in Fraser, 2006, s. 24). Tato porucha ovlivňuje všechny složky osobnosti člověka, jeho školní, pracovní i sociální adaptaci. První projevy balbuties se objevují nejčastěji mezi třetím až pátým rokem života dítěte. Prognóza koktavosti je tedy do značné míry ovlivněna včasnou komplexní diagnostikou a interdisciplinární angažovaností odborníků.

V rámci našeho výzkumného šetření jsme dotazníkovým šetřením oslovili adolescentní a dospělé osoby s narušením komunikační schopnosti ve smyslu balbuties, výsledkem čehož je analýza a grafické znázornění výsledků dotazníkového šetření. Realizované šetření prokázalo pozitivní přínos logopedické intervence u osob s balbuties, přičemž míra jejího úspěchu závisí na včasném zahájení logopedické péče.

## SUMMARY

*"It would be wonderful if we could swallow a pill against stuttering without having to think about it anymore. Unfortunately there is no cure."*

Sol Adler (in Fraser, 2006, s. 23)

Stuttering is one of the hardest and the most obvious kinds of communication disorder. The issue of stuttering has currently increasingly come to the forefront of both specialists and general public. Stuttering a phenomenon that occurs regardless to language and nationality. Despite all the efforts of experts from the medical and paramedical fields, the cause of this disorder has not been revealed so far. A great variety of means and methods in the treatment of stuttering like magic, surgical instruments, apparatuses inserted under the tongue, drugs, hypnosis, psychoanalysis and arm movements were used. However, there was only a little cure no matter how ridiculous they were. This disorder affects all components of personality as well as his school, work and social adaptation. The first symptoms of stuttering usually appear between the third and the fifth year of life. The prognosis of stuttering is largely influenced by the early diagnosis and complex interdisciplinary engagement of experts.

In our research questionnaire survey, we addressed adolescents and adults who stutter resulting in analysis and graphical representation of results of the survey. The investigation we had carried out demonstrated a positive contribution of speech therapy for people who stutter, whereas the rate of its success depends on early (timely) initiation of speech therapy care.



## SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

- BLOODSTEIN, O. *A Handbook on Stuttering*. Vyd. 5. San Diego: Singular Press, 2006. ISBN 978-1565933958.
- CONTURE, E. *Stuttering – it's nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn and Bacon, 2001. ISBN 978-0205319244.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Vyd. 3. upravené a rozšířené. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- EDELSBERGER, L., A KOL. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- FRASER, M. *Svépomocný program při koktavosti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-183-2.
- FRASER, J. *Účinné poradenství při terapii koktavosti*. Přel. A. Peutelschmiedová. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-689-6.
- GILLAM, R. Fluency Disorders. In GILLAM, R., MARQUARDT, T., MARTIN, F. *Communication Science and Disorders: From Science to Clinical Practice*. Singular TL., 2000, s. 313-340. ISBN 0-7693-0040-5.
- GUITAR, B. *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
- HORBY, A. *Oxford Advanced Learner's Dictionary of current English*. Vyd. 6. Oxford University Press, 2000. ISBN 0-19-431538-X.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KEHOE, D., *No Miracle Cures: A Multifactorial Guide to Stuttering Therapy*. University College Press, 2006. ISBN 978-0965718165.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KRŠŇÁKOVÁ, P. *Cesta z hlubin koktavosti – náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. Olomouc: PdfUP, 2004. ISBN 80-244-0911-9.

- LANGMEIER, J., WAGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7169-195-X.
- LECHTA, V., A KOL. Narušená komunikační schopnost. In *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 17-34. ISBN 80-902536-2-8.
- LECHTA, V., A KOL. Diagnostika koktavosti. In: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přel. J. Křížová. Praha: Portál, 2003, s. 317-332. ISBN 80-902536-2-8.
- LECHTA, V. *Koktavost – Komplexní přístup*. Přel. J. Křížová. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, V., A KOL. *Logopedické repetitório*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 261-290. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V., A KOL. Terapie koktavosti. In: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Přel. J. Křížová. Praha: Portál, 2005, s. 239-279. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. Zajakavosť. In: Aurélie Kerekrétiová a kolektív. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 189-208. ISBN 978-80-223-2574-5.
- LECHTA, V. Základné poznatky o logopédii. In: Aurélie Kerekrétiová a kolektív. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 15-32. ISBN 978-80-223-2574-5.
- LYNCH, J. *The language of the heart: The body's Response to Human Dialogue*. Basic Books, 1985. ISBN 978-0465037957.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- NEUBAUER, K., A KOL. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: PdfUP, 2005. ISBN 80-244-1234-9.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Olomouc: PdfUP, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Logopedie – vymezení oboru. In: VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 127-137. ISBN 80-244-1088-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
- ŘEŠETKA, M. *Anglicko-český slovník*. Vyd. 2. Olomouc: FIN PUBLISHING, 1997. ISBN 80-86002-20-9.
- ŘEŠETKA, M. *Česko-anglický slovník*. Vyd. 2. Olomouc: FIN PUBLISHING, 1997. ISBN 80-86002-19-5.
- SEEMAN, M., *Poruchy dětské řeči*. Praha: Stát. zdrav. nakl., 1955.
- SILVERMAN, F. *Stuttering and other fluency disorders*. New Jersey: Prentice Hall, 1992. ISBN 0-13-850603-5.
- SHEEHAN, J. *Easy Stuttering: Avoidance-Reduction Therapy*. Sheehan Stuttering Center, 2005, s. 76. ISBN 0-933388-45-4.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978.
- SOVÁK, M. *Výchova koktavého dítěte doma i ve škole*. Praha: SPN, 1988.
- SYNEK, H. *Jak zabránit vzniku koktání*. Brno: Česká zemská péče o mládež na Moravě, 1928.
- ŠENKOVÁ, S. *Latinsko-český, česko-latinský slovník*. Vyd. 3. Olomouc: Nakladatelství Olomouc s. r. o., 2002. ISBN 80-7182-144-6.
- TANNER, D. Stuttering and cluttering. In: *Exploring communication disorders : a 21st century introduction through literature and media*. Boston: Allyn and Bacon, 2003, s. 26-57. ISBN 0-205-37360-7.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

### **Časopisy**

- CARUSO, A., A KOL. *Adults Who Stutter: Responses to Cognitive Stress*. Journal of Speech and Hearing Research, 1994, č. 37, s. 746-754.
- FOSNOT, S. *Research design for examining treatment efficacy in fluency disorders*. Journal of Fluency Disorders, 1993, č. 18, s. 221-251. ISSN: 0094-730X.

- GOTTWALD, S., STARKWEATHER, C. Fluency intervention for preschoolers and their families in the public schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 1995, č. 26, s. 117-126.
- GUITAR, B., BASS, C. *Stuttering Therapy: The relation between attitude chase and long-term outcome*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, č. 43, 1978, s. 392-400.
- GUITAR, B., & MILLER, B. *Long-term outcome of the Lidcombe program for early stuttering intervention*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2009, č. 18, s. 42-49. ISSN: 1058-0360.
- JONES, M. a kol. Treating stuttering in young children: predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2000, č. 43, s. 1440–1450. ISSN: 1092-4388.
- LATTERMAN a kol. Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2005, č. 14, s. 242–253. ISSN: 1058-0360.
- LINCOLN, M., ONSLOW, M. Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech Language Pathology*, 1997, č. 6, s. 59-64.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Problematika koktavosti v dětském věku. *Pediatric po promoci*, roč. 1, č. 3, s. 42-45. ISSN: 1214-6773.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Těživý problém – koktavost. *Vesmír*, 1998, roč. 77, č. 4, s. 187-188. ISSN: 0042-4544.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Problematika koktavosti u dětí. *EFETA*, 1997, roč. VII, č. 4, s. 23. ISSN: 1335-1397.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Několik úvah pro naše přátele, kteří koktají. *EFETA*, 2002, roč. XII, č. 2, s. 23. ISSN: 1335-1397.

## Elektronické zdroje

INTERNETOVÝ PŘEKLADAČ GOOGLE. [cit. 2010-05-05]. Dostupné na:  
<http://translate.google.cz>

KEHOE, D.: Stuttering: Science, Therapy & Practice. [cit. 2010-05-05]. Dostupné na internetu: <http://casafuturetech.com/Book/Therapy> 18.4.2000.

NIL, L., SUGARMAN, M. A world that understands stuttering: The Bill of Rights and Responsibilities of People Who Stutter. ISA – International Stuttering Assotation. [cit. 2010-05-06].

Dostupné na: [http://www.stutterisa.org/Mission\\_R&R.html#billofrights](http://www.stutterisa.org/Mission_R&R.html#billofrights).

POKUD SI MYSLÍTE, ŽE VAŠE DÍTĚ KOKTÁ..., Stuttering Foundation of America. [cit. 2010-05-06].

Dostupné na: <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=6>

RICE, M., KROLL, R. Stuttering in the Workplace: An Empirical Study of Issues and Challenges. *5th Word Congress on Fluency Disorders*. 2006, [cit. 2010-05-10]. Dostupné na: [http://www.slideshare.net/celestialdrive/stuttering-in-the-work-place?src=related\\_normal&rel=122512](http://www.slideshare.net/celestialdrive/stuttering-in-the-work-place?src=related_normal&rel=122512)

VÝŇATEK ZE SLAVNOSTNÍHO ZAHÁJENÍ KONGRESU ISA. [cit. 2010-04-10]. Dostupné na: <http://www.stutterisa.org/OneVoice/OV26.pdf>

## Užitečné odkazy:

- *Stuttering Foundation of America*: <http://www.stutteringhelp.org>
- *International Stuttering Association*: <http://www.stutterisa.org/>
- *European League of Stuttering Associations*: <http://www.stuttering.ws/>
- *National Stuttering Association*: <http://www.nsastutter.org/>
- *International Fluency Association*: <http://www.theifa.org/>
- *American Institute for Stuttering Treatment*:  
<http://www.stutteringtreatment.org>
- *American Speech-Language-Hearing Association*: <http://www.asha.org/>
- *International Association of Logopedics and Phoniatrics*: <http://ialp.info/>
- *Občanské sdružení Balbus*: <http://www.volny.cz/balbus>
- *Klub balbutiků České republiky*: <http://www.oslogo.cz/kb>
- *Sdružení Balbutik*: <http://www.balbutik.cz>
- *Diskusní fórum Balbutická komunita*: <http://www.balbuticka.komunita.cz>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník pro osoby s balbuties

Příloha č. 2 – The Bill of Rights and Responsibilities of People Who Stutter

Příloha č. 3 - If You Think Your Child Is Stuttering...

## Příloha č. 1

### DOTAZNÍK

(Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte)

- Jste: muž /žena
  - Váš věk:
- .....

1. V kolika letech se u Vás poprvé projevila koktavost?
2. Kdo Vám dal první impuls k návštěvě logopeda? (např. rodiče, učitel/ka atd.)
3. Kdy došlo k prvnímu kontaktu s logopedem?(např. ve čtyřech letech)
4. Kolik logopedů jste v průběhu své cesty životem vyhledal/a?
5. Na kterém pracovišti Vám byla logopedická péče poskytována?  
Z následujících možností vyberte pracoviště, která jste v souvislosti s Vašimi řečovými obtížemi vyhledal/a (vyhovující zakroužkujte).
  - a) logoped na foniatrickém oddělení v nemocnici
  - b) v ambulanci/ordinaci klinického logopeda
  - c) ve speciálně pedagogickém centru logopedickém
  - d) jinde
6. Jak často Vám byla logopedická péče poskytována?

7. Stručně charakterizujte náplň setkání s jednotlivými logopedy. Do volných polí doplňte A (ano), nebo N (ne).

Dechová cvičení (techniky správného dýchání, nádech, prodloužený výdech, foukání, hra na flétnu...)	
Fonační cvičení (měkký hlasový začátek, uvolnění mluvidel např. aaaa, aeioui)	
Čtení (hlasité, spolučení)	
Muzikoterapie – (zpěv, rytmičká cvičení, hraní na hudební nástroje)	
Popis obrázku	
Relaxační techniky (uvolnění se, meditace)	
Fonograforytmika („obloučkové písmo“)	
Nácvik zátěžových situací (telefonování, nakupování, představování se)	
Arteterapie (kresba...)	
Dramaterapie (hraní rolí, divadlo)	
Asociační cvičení (přísluví, synonyma, různé hry, přirovnání, zelená je...)	
Automatické řady (dny v týdnu, měsíce v roce, číslovky)	
Konverzační cvičení (nácvik rozhovoru...)	
Záznam spontánního projevu a rozhovoru (magnetofon, video záznam)	
PC programy	
Recitace (převyprávění textu nazpaměť)	
Jiné	

8. Jakou formou Vám byla nebo je logopedická péče poskytována? (Vyhovující zakroužkujte).

- a) individuální terapie
- b) skupinové terapie
- c) individuální i skupinová terapie

9. V čem vidíte význam absolvované logopedické péče?



10. *Navštěvoval/a jste někdy kvůli svým řečovým obtížím specializované předškolní, školní zařízení? (např. mateřskou školu logopedickou)?*

**ANO/NE**

Pokud jste na tuto otázku odpověděl/a **ANO**, vypište, o jaké/á zařízení se jednalo.

11. Uveďte typ školního zařízení, na kterém jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání (např. střední odborná škola podnikatelská; VŠ technického směru, obor stavitelství).

12. Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové problémy volbu Vašeho povolání?

**ANO/NE**

Pokud ANO, napište, prosím, jak.

13. Jaké je Vaše současné povolání?

14. Jak probíhá ve Vašem zaměstnání Vaše komunikace s okolím?

15. Ovlivnily nebo ovlivňují Vaše řečové obtíže komunikaci s ostatními lidmi?

**ANO/NE**

Pokud ANO, zakroužkujte odpovídající:

Mé řečové obtíže ovlivnily nebo ovlivňují:

- a) mé školní výsledky
- b) moji komunikaci s učiteli
- c) moji komunikaci se spolužáky
- d) moji komunikace s kamarády
- e) moji komunikaci s rodinou

16. Co je dle Vašeho názoru pro osobu s narušením plynulosti řeči nejzávažnější problém?

17. Co je (bylo) nejzávažnějším problémem přímo pro Vás?

18. Jaká doporučení by na základě Vašich zkušeností mohla přispět ke zkvalitnění logopedické péče?

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

V případě jakýchkoliv nejasností mě můžete kontaktovat prostřednictvím e-mailové adresy: [zuzana.taborska@seznam.cz](mailto:zuzana.taborska@seznam.cz)

S pozdravem Zuzana Táborská

## **Příloha č. 2**

### **The Bill of Rights and Responsibilities of People Who Stutter**

#### **Preamble**

Established in 2000, the Bill of Rights and Responsibilities for People who Stutter is a joint project by people who stutter, professional clinicians and researchers. It provides a framework for building a more humane, just, and compassionate world for the millions of people who stutter.

In our society, speech is considered one of the most important means for interpersonal communication. While other means, such as written language, may be superior at times in conveying the content of messages, spoken language not only contains the content, but also includes information about the speaker's intent, emotions, personality, and perceptions. That is why people who read books still like to attend readings by authors of these books, and why millions of dollars are being spend developing tools that allow for automatic voice recognition systems and the incorporation of voice and images in electronic communication.

Unfortunately, the window that speech provides on the speaker's self, also can lead to stereotypical perceptions of people with speech disorders that go well beyond their speech difficulties

While spoken word is taken for granted by most, the use of spoken language is challenging for millions of people who stutter around the world. It is estimated that approximately 1%, or 60 million, of the 6 billion people with whom we share this world, stutter. For many of these individuals, daily communication is a constant struggle. For many of them, speech does not open doors but closes them for interpersonal, academic and professional development and fulfilment. Despite advances in our understanding of stuttering and its treatment, many people who stutter around the world do not have access to the services and support they deserve.

This Bill is written to foster attitudes and actions whereby individuals who stutter are provided the opportunity to fulfil their aspirations and to lead successful, productive lives. It recognizes the dual responsibility of listeners and society to create the environment in which people who stutter can develop their aspirations and talents and of people who stutter to advocate better understanding and to become active partners in their own future.

**A person who stutters has the right to . . .**

1. stutter or to be fluent to the extent he or she is able or chooses to be,
2. communicate regardless of his or her degree of stuttering,
3. be treated with dignity and respect by individuals, groups, groups, companies, governmental agencies, organizations and arts and media,
4. publicly available and accurate information about stuttering,
5. equal protection under the law regardless of his or her degree of stuttering,
6. be informed fully about therapy programs, including the likelihood of success, failure or relapse,
7. receive therapy appropriate for his or her unique needs, concerns, and characteristics from professionals trained to treat stuttering and its related problems,
8. choose and participate in therapy, to choose not to do so, or to change therapy or clinician without prejudice or penalty.

**A person who stutters has the responsibility to . . .**

1. understand that listeners or conversation partners may be uninformed about stuttering and its ramifications or that they may hold different views of stuttering,
2. advise listeners or conversation partners if one needs additional time to communicate,

3. participate in therapy of his or her own choice, and to do so in an open, active and co-operative manner,
4. do whatever one can to overcome life handicaps that have occurred because of stuttering, including developing a realistic appraisal of his or her strengths and weaknesses and perhaps a healthy sense of humour about himself or herself,
5. regard and treat others who have, problems, disabilities, or handicaps with fairness under the law and with dignity and respect, regardless of the nature of their conditions,
6. be conscious that he or she has power to promote awareness about stuttering and its ramifications.

## **Příloha č. 3**

### **If You Think Your Child Is Stuttering...**

Due to the genetic influence on individual liability to stuttering, parents should be observant on the possible heritability, but also on possible unshared environmental factors. The Stuttering Foundation of America (2010) recommends parents ask themselves those ten questions:

1. Does the child repeat parts of words rather than whole words or entire phrases? (For example, "a-a-a-apple")
2. Does the child repeat sounds more than once every 8 to 10 sentences?
3. Does the child have more than two repetitions? ("a-a-a-a-apple" instead of "a-a-apple")
4. Does the child seem frustrated or embarrassed when he has trouble with a word?
5. Has the child been stuttering more than six months?
6. Does the child raise the pitch of his voice, blink his eyes, look to the side, or show physical tension in his face when he stutters?
7. Does the child use extra words or sounds like "uh" or "um" or "well" to get a word started?
8. Does the child sometimes get stuck so badly that no sound at all comes out for several seconds when he's trying to talk?
9. Does the child sometimes use extra body movements, like tapping his finger, to get sounds out?
10. Does the child avoid talking or use substitute words or quit talking in the middle of a sentence because he might stutter?

These questions are listed in order of the seriousness of the problem. If a parent answers "yes" to any question other than number 1, it suggests the possibility of stuttering rather than normal disfluency and a referral to a fluency subspecialist for additional support and acknowledgement of individual concerns.

## ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Táborská
Ústav:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mičáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Balbutik na cestě k úspěšné logopedické intervenci.
Název práce v angličtině:	Stutterer on a Way Towards Successful Speech Therapy Intervention
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o problematice balbuties. Stěžejní náplní teoretické části diplomové práce je balbuties, komunikace, narušená komunikační schopnost a logopedická intervence u osob s balbuties. Praktická část pojednává o spokojenosti balbutiků s poskytovanou logopedickou intervencí.
Klíčová slova:	balbutik, balbuties (kocktavost), komunikace, narušená komunikační schopnost, logopedická intervence u osob s balbuties
Anotace práce v anglickém	The thesis discusses the issue of stuttering which has a theoretical and practical side. Theoretical part deals with the terms stuttering, communication, communication disability and speech therapy intervention aimed towards people who stutter. Practical part discusses satisfaction of people who stutter with provided speech therapy intervention.
Klíčová slova v angličtině	Person Who Stutter, Stuttering, Communication, Communication Disability, Speech Therapy Intervention in People Who Stutter.
Přílohy vázané v práci	Příloha č. 1 – Dotazník pro osoby s balbuties. Příloha č. 2 – The Bill of Rights and Responsibilities of People Who Stutter. Příloha č. 3 - If You Think Your Child Is Stuttering...
Rozsah práce	126 stran
Jazyk práce	Český jazyk