

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kateřina Hášová

Postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem v ní pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 18. dubna 2016

.....
Kateřina Hášová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za její velmi vstřícný přístup, cenné rady a připomínky k bakalářské práci, které mi během zpracování předávala. Dále bych také chtěla poděkovat vedení Základní školy Šafaříkova ve Valašském Meziříčí za umožnění výzkumného šetření k mé praktické části práce s jejich žáky a samotným žákům 2. stupně této školy za ochotu vyplnit dotazníky.

Obsah:

Úvod	5
1 Kockavost.....	7
1.1 Terminologie a klasifikace	7
1.2 Etiologie	11
1.3 Symptomatologie.....	13
1.4 Diagnostika.....	15
1.5 Intervence	18
2 Postoje společnosti k osobám s narušenou komunikační schopností.....	22
2.1 Historická východiska postavení osob s narušenou komunikační schopností	22
2.2 Diskriminace osob s narušenou komunikační schopností	25
2.3 Předsudky a mýty	27
3 Postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties	32
3. 1 Vymezení cíle	32
3. 1. 1 Hlavní cíle	32
3. 1. 2 Dílčí cíle	32
3. 2 Výzkumné předpoklady.....	32
3.3 Charakteristika metody sběru dat	33
3. 1.1 Dotazník	33
3. 1.2 Charakteristika dotazníku	33
3.1.3 Organizace sběru dat	34
3.4 Charakteristika výzkumného vzorku	34
3. 5 Výsledky výzkumného šetření	36
3. 5. 1 Dotazníkové šetření	36
3. 5. 2 Diskuse k výzkumným předpokladům	50
Závěr.....	52
Seznam bibliografických citací:	54

Úvod

Tématem bakalářské práce jsou postoje žáků 2. stupně základní školy k osobám s balbuties. Problematika koktavosti se řadí mezi jednu z nejzávažnějších narušených komunikačních schopností, proto bychom se v této práci o balbuties chtěli dozvědět něco konkrétnějšího. Dále jsme se zaměřili v práci na to, jaké postoje zaujímají žáci 2. stupně základní školy ve věku 11 – 16 let k osobám s tak narušenou poruchou řeči.

Jednotlivé kapitoly práce jsou za sebou seřazeny tak, aby vytvořily logický celek. Bakalářskou práci nejprve tvoří teoretická část a poté část praktická, pro kterou jsme zvolili dotazníky, které nám vyplnili žáci 2. stupně ZŠ Šafaříkova ve Valašském Meziříčí.

Hlavním cílem práce bylo zjištění, zda žáci 2. stupně ZŠ mají povědomí o narušené komunikační schopnosti – koktavosti. Zajímali jsme se o to, zda dokáží pojem koktavost vysvětlit, zda vědí, co koktavost může způsobit. Nezapomněli jsme ani na začlenění jedinců s koktavostí mezi intaktní žáky, proto jsme zaměřili pozornost i na to, zda by žákům 2. stupně ZŠ tato porucha nezabránila v kamarádství či zda by se za kamaráda s balbuties styděli.

Teoretickou část práce by mohly využít osoby, které o koktavosti nemají žádný přehled a informace, mohli by se s ní seznámit také rodiče, kteří právě začínají řešit problém koktavosti se svým dítětem či učitelé, kteří mají žáka s koktavostí vzdělávat. Teoretická část je rozdělena do 2 kapitol – Koktavost a Postoje společnosti k osobám s narušenou komunikační schopností. První kapitola se zabývá terminologií a klasifikací koktavosti, etiologií, symptomatologií, diagnostikou a nakonec intervencí. Druhá kapitola pojednává o historických východiscích postavení osob s narušenou komunikační schopností, diskriminací osob s narušenou komunikační schopností a v neposlední řadě o předsudcích a mýtech.

V praktické části jsme se věnovali výzkumnému šetření, které je zaměřeno na postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties. Pro tyto účely jsme využili metodu dotazníkového šetření. V dotazníku jsme použili 15 otázek, které byly složené jak z otevřených, tak uzavřených odpovědí. Našeho šetření se zúčastnilo 91 respondentů – jednalo se o žáky 2. stupně ZŠ z šesté, sedmé, osmé a deváté třídy. Cílem šetření bylo zjištění znalostí z problematiky koktavosti a již zmiňovaný postoj žáků 2. stupně k jedincům s balbuties. Stanovili jsme si jednotlivé výzkumné předpoklady, které si v závěru práce zhodnotíme.

Myslíme si, že teoretické znalosti a poznatky z výzkumného šetření mohou sloužit široké veřejnosti, která chce získat ucelený přehled o koktavosti, rodičům, kteří se zajímají

o problematiku z důvodu právě diagnostikované kóktavosti u jejich dítěte či učitelům, kteří takové dítě vzdělávají a prozatím nedisponují potřebnými informacemi.

1 Kóktavost

Kóktavost je narušená komunikační schopnost, která je zařazena do okruhu narušené plynulosti řeči. Je to natolik závažná porucha řeči, která je součástí samostatného a složitého syndromu. Má svou specifickou, samostatnou diagnózu, která se nachází také v seznamu nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO). Jelikož má balbuties specifické příčiny a specifické důsledky, je nutné při jejím odstraňování použít specifické terapeutické postupy. V předškolním i školním věku terapie vyžaduje úzkou spolupráci terapeuta, rodiny a školy, protože tato kooperace bývá obvykle dlouhodobá. (Lechta, Králíková, 2011)

Řepová (2007, s. 7) uvádí, že: „*kóktavost mívá neblahý vliv na osobnost člověka, na jeho školní, pracovní, sociální adaptaci a na seberealizaci.*“ Hranice plynulosti a neplynulosti řeči se velice těžce vymezují, plynulost řeči souvisí například s emočním rozpoložením, na řečových vlohách nebo na zdravotním stavu jedince. Co se týká inteligenční úrovně balbutika, nelze u něj předpokládat mentální nedostatečnost nebo retardaci. Výzkumy dokazují, že jedinci s kóktavostí dosahují normálních, až nadprůměrných intelektových schopností. Samozřejmě se u jedinců s mentální retardací s kóktavostí můžeme setkat, někdy také ve spojitosti s breptavostí, avšak experimenty prokazují, že s klesající úrovní inteligence, ubývá i kóktavost. (Řepová, 2007)

Peutelschmiedová (1994) zveřejňuje významné osobnosti, které kóktavostí trpěly. Byli mezi nimi například Aristoteles, Ezop, Newton, Darwin, Marilyn Monroe, John Updike, Winston Churchill nebo Clive Staples Lewis. Lechta (2004) doplňuje další významná jména: Mojžiš, Demosthenes či Bruce Willis.

1.1 Terminologie a klasifikace

Kóktavost se všeobecně pokládá za jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti. V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (2006) je kóktavost označena kódem F98.5 a řazena do kategorie F98: Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci.

Zajímavostí se stává, že v této klasifikaci nemocí se považují za její nejcharakterističtější znaky projevy související spíše s jazykovědou, nežli tradiční medicínou: „... *časté opakování nebo prodlužování zvuků či slabik a slov anebo časté váhání a přestávky narušující rytmický tok řeči.*“ (Lechta, 2004, s. 15)

Definovat koktavost je velmi těžké, jelikož celková problematika, její příznaky, příčiny, diagnostika i terapie, je značně nesnadná a rozsáhlá. (Klenková, 2006)

Balbuties je totiž natolik závažná porucha komunikační schopnosti, kterou bychom měli pokud možno začít co nejdříve řešit - čím dříve zahájíme logopedickou péči, tím lépe. (Kutálková, 2011) Koktavostí se zabývá řada vědních disciplín, například lékařské obory, psychologie, lingvistika, logopedie a mnoho dalších. Problematika je natolik široká, že se vytvořil podobor logopedie – balbutologie (Klenková, 2006).

Koktavost je třeba chápat jako syndrom narušené komunikační schopnosti, tedy jako samostatnou nozologickou jednotku. Lechta (2004, s. 15) uvádí, že *„jen u takové nefyziologické a specifické dysfluence – nejde-li o symptomatickou poruchu řeči, ale dominuje – li v celkovém klinickém obraze a má-li své typické, charakteristické symptomy- lze hovořit o „pravé“ koktavosti.“*

Synonyma koktavosti: balbuties (lat.), zajakavost' (slov.), stuttering (am. angl.), stammering (brit. angl.), Stottern (něm.), Bégaiement (franc.), zaikanie (rus.), dadogás (maď), jakanie (pol.), balbuzie (ital.).

Existuje množství definic termínu koktavosti, proto autoři rozlišují třídění na tradiční a moderní vymezení balbuties.

Tradiční vymezování koktavost definovalo jako neurózu řeči. Už Seeman popisoval koktavost jako neurózu řeči, která se objevuje nejčastěji v dětském věku – koktavost považoval za jednu z nejtrýznivějších neuróz, jelikož se váže na interindividuální styk. Koncem 20. století nastal obrat v publikacích, začalo se hovořit o možném orgánovém základě koktavosti. Avšak ještě v osmdesátých letech 20. století Sovák koktavost definoval jako neurózu řeči, ale uvedl, že nevyklučuje vznik na základě funkčních nebo orgánových poruch, eventuálně obou současně (Lechta, 2004).

Představitelem moderního vymezování byl například Wirth. Popisoval koktavost jako narušenou komunikační schopnost, která se vyskytuje přechodně a není závislá na vůli. Často nejsou známe ani etiologie, pro tyto příčiny jsou typické napjaté, němé setrvávání v artikulačním postavení (tonická koktavost), opakování (klonická koktavost), natahování, vyhybavé reakce (zaměňování slov, přestrukturování vět). (Wirt in Lechta, 2004).

Dalším představitelem byl Bloodstein, který popisoval symptomatickou definici koktavosti jako poruchu, ve které jsou rytmus nebo fluence řeči sníženy vzhledem k přerušování nebo blokům. Pokládal ji nejen za intermitentní narušování plynulosti řeči, ale i tempa řeči,

tónové výšky, hlasitosti, melodie, artikulace, mimiky a posturálního nastavení, k čemuž navíc zdůrazňoval fakt, že existují balbutici, u kterých se velmi obtížně identifikují rysy koktání. (Bloodstein in Lechta, 2004).

Nejvyužívanější definice je dle Lechty (2010, s. 28) „jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“

Lechta (2010) vysvětluje jednotlivá slova v definici. Slovo **multifaktoriální** znamená, že syndrom zahrnuje více faktorů, které se podílí na koktavosti. **Dynamičnost** syndromu koktavosti znamená vývoj, proměny, vzájemné vztahy mezi projevy dysfluence řeči, nadměrné námahy při mluvení a psychické tenze během promluvy v průběhu vzniku, fixace i chronizace koktavosti. Nejcharakterističtějším znakem pro balbuties je **variabilnost**, která představuje změny projevů koktavosti v závislosti na konkrétní komunikační situaci a momentálním fyzickém i psychickém stavu člověka s koktavostí.

S koktavostí se setkáváme ve všech věkových skupinách, u všech národů a v celé historii lidstva. Spousta vlivných osobností rozmanitých profesí i různého společenského postavení se zakoktávalo. (Lechta, 2004)

Sandreiserová a Schneider (in Kerekrétiová, 2009) uvádí, že část celkové populace, u kterých se během života objevily symptomy koktavosti, tvoří až 5 %. Avšak jen u zhruba 1 % se koktavost postupně vyvine v chronickou. Koktavostí častěji trpí muži. Sandreiserová a Schneider (tamtéž) zdůrazňují, že poměr výskytu koktavosti u chlapců i děvčat je stejný. Teprve postupně se vyvíjí v neprospěch chlapců, asi třikrát více než u děvčat. Vznik koktavosti je typický hlavně pro předškolní věk, autoři se shodují, že až 90 % koktavosti se začala projevovat před 6. rokem života.

Problematikou s plynulostí řeči se během vývoje potýká přibližně třetina dětí. Potíže se projevují nejčastěji v době, kdy dochází k prudkému rozvoji řeči, tedy dítě mnohem rozumí a také chce mnohé vyjádřit, ale neumí okamžitě reagovat delší ideou. (Kutálková, 2011)

Fraser (2011, s. 15) poznamenává „mezi koktavými existuje mnoho rozdílů. U někoho se jedná o střední, u jiného o těžkou koktavost a ve většině případů má frekvence a závažnost koktání tendenci se čas od času měnit, od situace k situaci. Občas může být

koktavý schopen mluvit poměrně plynule, s malými obtížemi nebo zcela bez potíží, a jindy může mít povážlivé problémy, obzvláště je-li předávaná výpověď důležitá.“
Pozoruhodné je, že pokud mluví osoba s koktavostí sama pro sebe, s dítětem nebo se svým domácím mazlíčkem, potíže v komunikaci mohou vymizet. Pokud bychom sledovali osoby s koktavostí, nikdy se neshledáme se stejným stylem koktání, jelikož každý balbutik je specifický svým vlastním, individuálním typem koktání. Koktavost nepovažujeme pouze za poruchu řeči, jedná se o složitou poruchu s fyzickou i emocionální stránkou. (tamtéž)

Koktavost můžeme klasifikovat z různých hledisek. Lechta (1990) uvádí nejznámější klasifikace:

Klasifikace podle doby vzniku:

- praecox – objevuje se u dětí kolem třetího roku
- vulgaris – bývá spojována s nástupem do školských zařízení (především do základní školy)
- tarda – vzniká po sedmém roku věku dítěte, někdy se objevuje až na počátku puberty

Klasifikace podle verbálních symptomů řeči:

- tonická forma - zvýšený fonační tlak při uzavřené hlasové štěrbině (= *prefonační spasmus*), zvýšené napětí především m. orbicularis oris, někdy i vnějších krčních svalů, poruchy i v dýchání (rychlý výdech -) zkrácená fonační doba, častější nadechování; deletrvající řečový spasmus = řečový blok
- klonická forma - volné opakování slabik (nejčastěji prvních); čistá klonická forma se vyskytuje jen zřídka; zvýšené napětí artikulačních orgánů
- tonickoklonická forma - nejčastější; opakování slabik předchází zvýšené prefonační napětí nebo exploze

Klasifikace z hlediska uvědomování si poruchy:

- primární porucha – dítě v předškolním věku si své řečové problémy neuvědomuje
- sekundární porucha – vznik na základě uvědomění si svých řečových problémů. V důsledku uvědomění si svých řečových problémů, se rozvíjí logofobie, embolofrázie a další symptomy.

Klasifikace podle stupně poruchy, takzvaná Kondášova klasifikace:

- první stupeň: balbuties levis – typická svými minimálními příznaky, objevují se především ve stresových situacích, nevyskytuje se logofobie ani souhyby

- druhý stupeň: balbuties gradus medius – zjevné a časté v obvyklých komunikačních situacích. Odhalují se zde lehké až střední souhyby mimického svalstva.
- třetí stupeň – výrazné spasmy řečových orgánů, těžší souhyby, zabraňují v komunikaci
- čtvrtý stupeň – objevují se nápadné křeče, které mohou znemožnit i komunikaci. Vyskytuje se logofobie, embolofrázie. Tito lidé upřednostňují psanou komunikaci před zvukovou.

Klasifikace podle věku (Lechta a kolektiv, 2011):

- incipientní – vznik koktavosti v předškolním věku
- fixovaná – vznik koktavosti v školním věku
- chronická – vznik koktavosti v adolescenci

1.2 Etiologie

Fenomén koktavosti známe již od pravěku, vůbec nejstarší důkazy byly zaznamenány v Mezopotámii a starověkém Egyptě. I přesto, že důkazy jsou známy již dlouhou dobou, příčina koktavosti není stále přesně vyjasněná. Neustále se objevují nová možná vysvětlení, nové teorie a nové výzkumy, které podporují vyřešení těchto překážek (Lechta, Králiková, 2011). Dodnes se zatím žádná z teorií nepovažuje za ověřenou a prokazatelnou. (Fraser, 2011) Lechta (2004) se domnívá, že při řešení problému etiologie je třeba zvážit kromě jiného existenci několika možností:

- a) orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči;
- b) na primárně predispozičním, hereditárním základě nebo na bázi orgánového poškození vznik následné, sekundární neurotické nadstavby;
- c) vznik poruchy plynulosti řeči primárně jako neurózy.

Do výše zmíněných tří skupin můžeme zařadit veškeré konkrétní příčiny, u kterých se nejčastěji předpokládá vznik tohoto druhu narušené komunikační schopnosti, která se objevuje v pozadí (Lechta, 2004).

V současnosti do nejuznávanějších příčin koktavosti v celosvětovém měřítku patří mozkové mechanismy, mozkové struktury, dědičnost, vzájemné prolínání více příčin, poruchy metabolismu, napodobování, vlivy prostředí obecně, stres, výsměch, neobratný jazyk, inteligence, psychická zdatnost, rychlost mluvení, levorukost anebo úraz či trauma.

V současné době se nejvíce mluví o tom, že příčina koktavosti je v mozku – konkrétně má jít o nesoulad činnosti, špatnou koordinaci, respektive narušenou synchronizaci činnosti mozkových hemisfér v průběhu procesu mluvení. Z různorodých příčin je pravá mozková

hemisféra hyperaktivní i v době, kdy by být aktivní neměla, a v důsledku srovnání, se levá mozková hemisféra oproti pravé stává hypoaktivní. Dosud se nepřišlo na to, co tuto hyper či hypoaktivitu způsobuje. (Lechta, Králiková, 2011)

Z mozkových struktur odborníci nejčastěji uvádí talamus, bazální ganglia, limbický systém a další. Jedná se o jemné a stěží postřehnutelné odchylky v mozku, které odhalily teprve nejmodernější přístroje, které jsou pro běžný provoz finančně náročné. (Lechta, Králiková, 2011)

Za nejčastější příčinu koktavosti se uvádí dědičnost, která bývá odhadovaná až na 40- 60 %. (Lechta, 2004)

V dřívější době se k příčinám koktavosti uváděly specifické metabolické odchylky, tedy poruchy látkové výměny, avšak později tyto diskuze utichly. Dnes opět vyplavují na povrch, a to především díky výzkumům na bázi moderní biochemie, které považují za vznik koktavosti problém s neurotransmiterem – dopaminem. Novější studie dodávají, že vznik koktavosti může souviset s poruchou metabolismu zvláštního enzymu – lysozomu. (Lechta, Králiková, 2011)

Další příčinou koktavosti se uvádělo napodobování, ovšem v dnešní literatuře se s napodobovací příčinou nesetkáme, jelikož je nyní označovaná za neakceptovatelný vznik koktavosti. Také vlivy prostředí se dnes nepovažují za příčiny koktavosti.

Stres může být fixujícím faktorem nebo faktorem zhoršujícím plynulost řeči při krátkodobém nebo dlouhodobém napětí na osobnost. V dnešní době je pod náporom většina lidí, a proto bychom se měli snažit chránit před ustavičnou zátěží, pro děti s neplynulostí by tohle pravidlo mělo platit dvojnásobně. (Lechta, Králiková, 2011) Levorukost se za příčinu koktavosti přestala pokládat už před mnoha desetiletími. (tamtéž)

Někdy se přiřazuje k příčině koktavosti také vícejazyčnost. Dle Lechty (2010, s. 71) *„je třeba zdůraznit, že umožňuje-li to mentální a jazyková kapacita dítěte, realizuje-li se dvojjazyčná výchova (tzv. simultánní bilingvismus) správnou, tzv. přímou metodou (tedy bez překládání z jednoho jazyka do druhého, ale jednotlivé jazyky se situačně vážou na konkrétní osoby, resp. na určité konkrétní prostředí) a je-li dítě opravdu reálně motivováno a prostředí nevyvíjí nepřiměřený nátlak na osvojení si druhého jazyka, dvojjazyčná výchova by neměla patřit k příčinám vzniku koktavosti.“* Štefánik (in Lechta, 2010) dodává, že se dodnes žádný statisticky význačný rozdíl ve výskytu koktavosti mezi státy s vysokým počtem bilingvistů nestvrdil.

1.3 Symptomatologie

Koktavost nelze považovat za prostý symptom neplynulosti mluveného projevu, ale je nutné ji chápat jako komplikovaný, dynamický a velice proměnlivý syndrom, který je průsečíkem rozmanitých a různým prostředkem vzájemně působících příznaků. (Lechta, 2004) Wirth (in Lechta, 2004) definuje symptomatologii koktavosti jako „*syndrom způsobený rozličnými příčinami, s podobnou, ale ne identickou symptomatikou.*“ Jedná se tedy o jakýsi fenomén, který se projevuje odlišně u každého balbutika z hlediska příčin, průběhu, fixace, projevů, indikace terapie, vhodné terapie nebo prognózy. (Lechta, 2004)

Příznaky balbuties se mohou objevovat v mluvené řeči velmi nápadně, nebo mohou být navenek skryté. Lidem, kteří touto poruchou plynulosti řeči trpí, obvykle činí závažnou překážku v komunikaci. Symptomy koktavosti můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. **Vnější příznaky** se projevují poruchou fonačních pohybů, artikulačních pohybů a dýchacích pohybů. Tyto obtíže se projevují na řeči, ale i na patologickém vztahu některých svalů nebo svalových skupin při mluvení. Dle příznaků v řeči se balbuties rozděluje na formu tonickou, klonickou a tonoklonickou. Tonickou formu můžeme charakterizovat zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové štěrbině, který bývá označován jako prefonační spasmus. Všimáme si u něj patrného zvýšení napětí některých artikulačních svalů (hlavně musculus orbicularis oris), někdy také zevních krčních svalů (a to při snaze překonat nadměrným fonačním tlakem uzavřenou štěrbinu). Poruchy se zde uplatňují také u dýchání při mluvení, kdy dochází k nešetrnému prudkému výdechu – a zde dojde ke zkrácení fonační doby. Přirozenou plynulost nám poté narušuje častější nadechování, kdy koktaví mají tendence nadechovat se i uprostřed slov nebo někdy také při inspiriu, což působí při mluvení rušivě. Klonická forma se vyznačuje volným opakováním slabik, které je nepotlačitelné. Nejčastěji se jedná o opakování prvních slabik slov, při těžších formách onemocnění se s opakováním můžeme setkat i uprostřed slov. Opakování bývá i několikanásobné. S tonoklonickou formou se setkáváme nejčastěji. Spojuje se v ní symptomatologie výše uvedených forem. Opakování slabik předchází zvýšené prefonační napětí nebo exploze. K překonání tonů a tonoklonů pacienti často aplikují využívání mimovolných pohybů některých svalů nebo svalových skupin – hovoří se o souhybech (musculus orbicularis oris, jiné artikulační svaly) nebo součinech (pohyby horních nebo dolních končetin, výjimečně to mohou být i pohyby celého trupu). Roztahování nosního chřípí se nazývá Froschelsův symptom. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Vnitřními příznaky se vyznačují duševní stavy, které vznikají na základě rozvoje jako reakce na obtíže v komunikaci. Dochází k postupnému vytváření si strachu z mluvení, zvláště pak v situacích, které jedinec považuje za důležité nebo emoční a je pro něj významný perfektní řečový projev, ačkoli si uvědomuje své chyby při mluvení a ví, že jeho projev dokonale nezvládne. Tento jev označujeme termínem logofobie. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Příznaky koktavosti můžeme sledovat ve všech čtyřech jazykových rovinách: ve foneticko-fonologické (například obtíže s artikulací), v lexikálně-sémantické (například interferenční vliv parafrází při pojetí mluvním vyjádření), morfologicko-syntaktické i pragmatické (například narušení koverbálního chování, vyhýbání se verbálnímu projevu, problémy v navazování a udržování konverzace či samotná realizace komunikace). (Lechta, 2004)

Lechta a Králiková (2011) rozdělují symptomy koktavosti do tří skupin:

- příznaky, které lze **slyšet**
- příznaky, které lze na dítěti s koktavostí **vidět**
- příznaky, které souvisejí s tím, jak dítě s koktavostí prožívá svůj problém – co dítě s koktavostí **cítí**

Mezi příznaky, které na osobě s koktavostí můžeme slyšet, patří **opakování**, jež bývá nazýváno repetice. Znamená to, že člověk opakuje celá slova či obraty, slabiky nebo hlásky. Zpravidla za nejsnadnější z těchto repetic bývá označováno opakování celých slov nebo obratů. Dále do této kategorie řadíme **tlačení**, odborným názvem prolongace. Jedná se již o závažnější příznak než opakování. Při mluvení dochází k nepříjemnému zablokování v proudu řeči. Dochází zde k nedobrovolnému přerušování, kdy ze sebe osoba s námahou vytlačí jisté slovo. Můžeme si povšimnout, že repetice nebo prolongace slov se často vyskytuje při závěrových souhláskách (P, T, K, M, B). Mezi slyšící příznaky dále uvádíme **vsuvky**, které jsou charakteristické výrazným vsouváním rozmanitých hlásek, slabik, celých slov i slovních obratů do svého projevu. Posledním symptomem jsou **přerušená slova, nekompletní slovní obraty a korigování**. Dochází zde k odmlčování, tedy pozastavení v polovině slova a následnému pokračování po určitém přerušování. Následujícím příkladem může být nedokončování vět, kdy osoba mluví a v půlce jedné věty, pokračuje větou jinou. Posledním příkladem je nahrazování slova jiným slovem. (Lechta, Králiková, 2011)

Na osobě s balbuties můžeme pozorovat **chování v průběhu mluvení**, odborným slovem **koverbální chování** a řadíme jej mezi symptomy, které můžeme na jedinci sledovat. Všimáme si zde grimas, kývání těla, zatínání rukou v pěst či zčervenání, pocení z námahy,

jež velmi často odpoutává pozornost na soustředění toho, co nám komunikující osoba s těmito příznaky sděluje. Dále vidíme, že neplynulost při kóktání je nedobrovolná, ale také nekontrolovatelná. Mezi zjevně pozorovatelné příčiny spadá nadměrná námaha kvality hlasu- buď dochází ke zvyšování hlasu, nebo je naopak hlas tlačný, přerývaný. Pozoruhodná je i skrytá příčina, **psychická tenze** u osoby s kóktavostí, která se projevuje například manipulací s oblečením při rozpacích, nervózním polykáním, třesoucíma se rukama, tiky a dalšími podobnými problémy. Psychická tenze může vyústit až v **logofobii**, celkového strachu z mluvení. (tamtéž)

Posledními příznaky, které Lechta, Králiková (2011) popisují, jsou symptomy, které můžeme zjistit, pokud se nám podaří porozumět, co daný jedinec cítí – z toho důvodu je nutné, aby byl pozorovatel nanejvýš k jedinci s kóktavostí empatický. Každý takový jedinec je individualitou, a proto se můžeme setkat jednak s odolností člověka, na druhé straně také s jedinci, kteří se trápí či se situacemi, při kterých se balbutici musí řečově projevat a tyto případy zvládají obtížně, proto se může stát, že problémy jedince negativně ovlivní v jeho kvalitě života. Dochází zde k projevům psychické tenze, které se projevují u každého individuálně. Setkáváme se se znepokojováním, psychickým neklidem, nerozhodností, úzkostmi a jinými podobnými projevy, které souvisejí s okolnostmi, které jsou ve spojení s komunikačními situacemi, jež se odehrávají v minulosti, současnosti nebo v budoucnosti.

1.4 Diagnostika

O kóktavosti se mnozí autoři vyjadřují jako o mimořádně složitým a komplexním syndromu, diagnostiku je proto nutné vytvářet také komplexním způsobem. Stále nově vznikající monografie vyzdvihují její komplexnost, pracnost i časovou náročnost. (Lechta, 2010)

Sandrieserová a Schneider (2008 in Lechta, 2010) uvádí popis standardních diagnostických postupů v rámci diagnostiky kóktavosti, kdy realizace celkového souhrnu jednotlivých nezbytných vyšetření a jejich následujících vyhodnocení společně trvá asi 3, 5 hodiny.

Škodová, Jedlička a kol. (2003) rozdělují diagnostiku na lékařskou a logopedickou. Vyšetřovací metody k lékařské diagnóze kóktavosti záleží hlavně na rozboru řečového projevu, zaznamenávání doprovodných souhybů, výskytu poruch dechového stereotypu v závislosti na řeči a zkrácení fonační doby. Míra závažnosti souvisí také s přítomností poruch v automatických řadách (například postupným počítáním v řadě, jmenováním dnů v týdnu,

měsíců a podobně), nebo při zpěvu, při kterém koktaví obtíže obvykle nevykazují. Kvantitativně se míra koktavosti určuje například indexem neplynulosti, tedy podílem počtu slov s poruchou na 100 slov. U některých jedinců se může neplynulá řeč vyskytnout na podkladě organického poškození centrální nervové soustavy, například jako součást fatické poruchy při centrálních mozkových příhodách anebo jako pozůstatek vývojové poruchy řeči projevující se v dětství.

Diferenciální diagnostika koktavosti zpravidla obtíže nezpůsobuje. Na nejčastější záměnu mohou mít vliv poruchy hlasu s typem sakadované spastické dysfonie, u které se jedná o poruchu hlasu, nikoli řeči, jak je tomu u koktavosti. Hlasivky vykonávají klonické pohyby, a dochází k otevírání a uzavírání hlasové štěrbiny a to způsobuje, že hlas je přerušován do neznělosti díky cyklicitě. Tento stav dokáže určit prostřednictvím diagnostiky odborného vyšetření otolaryngolog nebo foniatr. (tamtéž)

Logopedická diagnostika se zaměřuje na symptomatiku z důvodu komplikací při stanovování příčin poruch plynulosti řeči. Specifičnost jednotlivých symptomů nebo doprovázejících vlastností, se stávají nejen základem pro určení diagnózy a prognózy, ale jsou také součástí vznikajících názorů o pravděpodobnosti příčin. (tamtéž)

Dle Lechty (2010) k největším problémům diagnostiky koktavosti u nás, ale i v zahraničí, kromě již výše uvedené časové náročnosti patří chybění norem (myslí tím normy pro „normální“ počet dysfluencí v běžné řeči) a standardizované měřítka pro kvantifikaci jednotlivých příznaků koktavosti.

Lechta (2010) se zabývá speciálním vyšetřením koktavosti lišící se od orientačního a základního vyšetření narušené komunikační schopnosti a hledá v jednotlivých vyšetřovaných případech odpovědi na tyto otázky:

- Jaký je druh, stupeň a složky syndromu koktavosti?
- Jaká jsou specifika její patogeneze?
- Jaké jsou její případné znaky a následky?
- Jaká je pravděpodobná prognóza?

Otázky a odpovědi se většinou váží ke konziliárnímu vyšetření, na kterém se podílí řada dalších odborníků ve sféře transdisciplinární diagnostiky (logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr a další), avšak velmi důležitou roli zde hrají rodiče (či nejbližší příbuzní), pedagogové a v případě, že se jedná o dospělé balbutiky, nezastupitelné místo zde mají i jejich partneři nebo manželé. (Lechta, 2010)

Diagnostiku koktavosti komplikuje percepční úzus komunikace. Cséfalvay, Lechta a kol. (2013, s. 31) uvádí: „v dané jazykové komunitě je zvykem, že za určitou časovou jednotku recipient obvykle přijme od komunikačního partnera – emitenta – určitou sumu informací. Když se tento úzus poruší – v předmětném případě kvůli neplynulostem v řeči emitenta (mohou zde ovšem, samozřejmě, působit i jiné příčiny) – a recipient získá méně (zkreslených) informací, působí to na něj rušivě a vnímá tento řečový projev jako dysfluenci. Diagnostickým problémem ovšem je, že práh tohoto rušení nemusí být u různých posluchačů – hodnotitelů koktavosti – zcela identický. Proto při diagnostikování (zejména u lehčích případů koktavosti) může někdy dojít k neshodám mezi názory různých posuzovatelů/diagnostiků. Kromě toho percepční úzus komunikace působí i bipolárně – tj. jeho překročení může (v rámci emitentových kontrolních mechanismů a vlivu jeho výsledné informace na recipienta) zpětnovazebně negativně ovlivnit plynulost řeči samotného balbutika.“

Diagnostiku koktavosti můžeme dle Lechty (2010) dělit na extrafenoménovou a intrafenoménovou. U extrafenoménové diagnostiky se setkáváme o diferencování koktavosti od neurogenních dysfluencí, psychogenních dysfluencí a breptavosti. Intrafenoménová diagnostika považuje za cíl vzájemné diferencování jednotlivých druhů koktavosti. U chronické koktavosti je intrafenoménová diagnostika jednoznačným úkolem, jelikož koktavost, která se vyskytuje i po 14. roce života se zpravidla označuje jako koktavost chronická. (Shapiro, 2011 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Nepostradatelnou možností v diagnostice musí být záznam spontánního komunikování balbutika v domácím prostředí (často se využívá videozáznam popřípadě audiozáznam), dále kvůli komplikovanosti klinického obrazu, probíhá vyšetřování na několik dílčích sezeních. Vzhledem k náročnosti diagnostiky a vhodné motivaci klientů, se již v průběhu diagnostikování doporučují aplikovat nějaké prvky terapie. U chronické koktavosti bývá využíván při diagnostice konverzační kontext, který slouží na bázi intervence. U dospělých balbutiků se zařazuje mezi diagnostické postupy také testování pravděpodobné účinnosti terapeutických technik (trial management), jehož cílem je zjistit, jak balbutik zareaguje na danou specifickou terapeutickou techniku. Dále u jedinců s balbuties sledujeme míru dysfluence, psychickou tenzi a v neposlední řadě nadměrnou námahu. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

1.5 Intervence

Intervence je dle Dvořáka (2007) z anglického slova *intervene*, což znamená zasahovat do..., zakročit; - vměšování, zásah, zákrok v něčí prospěch; zákrok do nějakého jevu nebo procesu s cílem jej ovlivnit; často se s tímto slovem můžeme setkat jako se synonymem reedukace či terapie.

V logopedii řadíme problémy terapie koktavosti vůbec k těm nejstarším, jsou totiž dochovány důkazy o nálezech hliněných tabulek ze starověké Mezopotámie nebo egyptských hieroglyfů, které se zmiňují o tomhle druhu narušené komunikační schopnosti. (Rosenfield, 2001 in Lechta a kolektiv, 2011)

V současné době se v intervenci koktavosti dostavuje intenzivní nárůst lingvistiky. Nyní se tedy k tradičnímu týmu logoped – lékař – psycholog připojuje jazykovědec, který se zabývá otázkami vztahujícími se k analýze pauz – dysfluencí, jež je důležitým poznatkem z hlediska diferenciální diagnostiky a cílené terapie. Kdyby se do dané problematiky lingvistika nezapojovala, těžko by došla k uspokojivému výsledku. V rámci terapie a s ní spojeného modelu symetrického a kooperativního poradenství je velmi důležitou součástí také rodič/příbuzný člověka s koktavostí, získává totiž významnou pozici nejen v terapii, ale i v rámci prevence. (Lechta a kolektiv, 2011)

Účinnost terapie koktavosti spadají mezi ustavičné problémy balbutologie. Někdy to vypadá - a to především z krátkodobého hlediska, že je terapie úspěšná, nicméně tuhle úspěšnost často zpochybňují proslulé zkušenosti s vysokým procentem recidiv koktavosti (například dlouhodobé ohrožení recidivou i po úspěšné terapii). V oblasti efektivit jednotlivých terapeutických postupů, se stále více pracuje s pochybovačnými očekáváními, než tomu bylo v minulých dobách. Úlohou terapie koktavosti je kromě zbavování se koktavosti, také překonání interakční komunikační bariéry u balbutika – eventuálně, i kdyby koktavost u jedince nadále přetrvávala. V holistických přístupech se zvyšuje důležitost poradenství u lidí s chronickou koktavostí, kterým poskytují pomoc a doporučení, jak zvládat úspěšně soužití s koktavostí. (tamtéž)

S intervencí balbuties souvisí také prognóza, u které můžeme sledovat vnější i vnitřní faktory, které terapii koktavosti nejčastěji ovlivňují v nepříznivém smyslu. Lechta a kolektiv (2011, s. 241 - 242) uvádí následující výčet:

- dědičnost – hereditární faktory v pozadí koktavosti většinou stanovují dlouhodobou terapii;
- začátek terapie – ještě nedávno se obvykle váhalo s použitím terapie již v předškolním věku;

- způsob terapie – použití nevhodných metod, nedostatečně přesných metod s ohledem na aktuální speciální potřeby jedince s koktavostí;
- existence rozvinuté psychické tenze s tíživým vědomím handicapu – fixované logofobické příznaky, zřetelně vyhýbavé chování ...;
- věk – jestliže jedinec vykazuje dlouhodobé trvání koktavosti, postupně se snižuje také šance na kompletní terapeutický úspěch;
- pohlaví – mužské pohlaví je zde všeobecně známým handicapem;
- těžké prolongace spojené s nápadně narušeným koverbálním chováním (synkinézy) jsou obvykle příznakem chronicity;
- nerespektování známé pravdy, že „koktavost = neplynulost + reakce na neplynulost“, a zaměření terapie výlučně jen na dysfluence bez alespoň částečného zohlednění tenze a tak podobně – údajně se až 90 % publikovaných pramenů o koktavosti týká neplynulosti a jenom 10 % reakcí na ni.

Lechta a kolektiv (2011, s. 242) uvádí: „*Trvalou aktuálnost problému volby a aplikace náležitého terapeutického přístupu ke koktavosti dokumentuje jednak – paradoxně – množství terapeutických postupů (kvantitativní rovina tohoto problému), jednak jejich heterogenost (kvalitativní stránka problému).*“ Mezi kvantitativní stránky patří souhrn metod, které slouží k vymizení problému neplynulosti řeči – dle Wirtha existuje až kolem 250 postupů odstraňování koktavosti a zároveň si musíme uvědomit, že s nadcházejícími roky vznikají opět další, nové metody. Kvalitativní stránka problému v sobě zahrnuje různorodost podstaty jednotlivých terapeutických přístupů, které se proplétají – začínají od aplikace rozmanitých mechanických pomůcek, přes tradiční logopedické postupy gutzmannovské školy, moderní americké metody, cíleně zaměřené například na modifikaci konkrétních symptomů, behaviorální techniky, systematickou desenzibilizaci, medikamentózní léčbu koktavosti až následně po hypnózu a softwarové postupy nebo přístupy alternativní medicíny. Proto je nutné, aby terapeutické strategie v balbutologii podléhaly zevšeobecňujícím kritériím, která se budou zabývat co nejpřesnějším tříděním jednotlivých metod terapie koktavosti, dále analyzováním problémů úspěšnosti/neúspěšnosti dané terapie, a také zachycením trendů vývoje terapie koktavosti. (Lechta a kolektiv, 2011)

Níže uvedená tabulka ukazuje přehled moderních terapeutických přístupů, která jsou vymezena z aspektu terapeutického těžiště a z aspektu direktivnosti nebo nedirektivnosti terapeutického přístupu. Můžeme se v ní všimnout, že čím je balbutik starší, tím více převládají postupy přímé. (Lechta a kolektiv, 2011):

Nepřímé přístupy

Terapie dysfluence s cílem dosáhnout zlepšení ovlivněním prostředí, osobnosti balbutika anebo jeho celkové jazykové, příp. pohybové schopnosti, ale bez přímého tréninku fluence (viz např. Tarkowski, 1994).

S bezprostředním ošetřením balbutika

Těžiště terapie: komunikační schopnost (kupř. rozvíjení řeči, odbourání komunikační nejistoty prostřednictvím desenzibilizace ke komunikačním stresům); zařazujeme sem třeba *stimulaci vývoje řeči, relaxaci jógou, terapii hrou, logorytmiku, muzikoterapii, příp. i medikamentózní terapii.*

Těžiště terapie: změna postojů a citů: cíl – získat věcný postoj ke kocktavosti.

Těžiště terapie: zlepšení koncentrace, rozšíření kapacity auditivního zpracování, zlepšení koordinace oromotoriky (lze sem příp. zařadit i *pohybovou terapii*).

Bez bezprostředního ošetření balbutika

Různé koncepce terapie a poradenství pro rodiče, příbuzné a pedagogy.

Těžiště terapie:

- *kognitivní zpracování* kocktavosti (seznámení s problematikou kocktavosti);
- *emocionálně-afektivní zpracování* kocktavosti (připravit rodiče, příbuzné na akceptování diagnózy);
- *behaviorální zpracování* kocktavosti (chování rodiny k balbutikovi, analýzy komunikačních situací).

Přímé přístupy

Explicitní, otevřené a přímé pokusy měnit mluvní projev balbutika a s ním spojené chování (Conture, 1990). Mimořádná pozornost se věnuje i redukci anxiety a zpracování s ní spjatých situací.

Tvarování plynulosti (Fluency shaping)

Systematické rozšiřování už existujícího vzorce plynulé řeči. Často se realizuje ve třech fázích:

1. prvky řeči, které jsou plynulé už před začátkem terapie, se technikami *operačního podmínování* postupně rozšiřují – zařazuje se sem např. (Haeseling, 1993): rytmizovaná řeč, redukce tempa řeči, změna nasazení hlasu, využití přístrojů (opožděná sluchová zpětná vazba, bílý šum, metronom);
2. *transfer* plynulostí na běžné komunikační situace (od nejjednodušších ke složitějším);
3. *stabilizace* – dlouhodobá dodatečná péče.

Modifikování kocktavosti (Stuttering modification)

Těžiště terapie: vzorec mluvení

Zaměření na změny existujícího vzorce řeči. Důležité je (Haeseling, 1993) zlepšení motorické koordinace funkčních okruhů (respirace, fonace, artiklace). Patří sem klasická metoda obsahující *dechová, hlasová, artikulační a asociační cvičení* (Sovák, 1981), trénink intonace, rychlosti, rytmu, výslovnosti i motorických strategií (Culatta a Goldberg, 1995).

Těžiště terapie: symptomatika

Zaměření na korekci konkrétních symptomů – kupř. graduální modifikace symptomů podle Van Ripera, korigování narušeného koverbálního chování.

Tabulka níže představuje trendy, které vycházejí z terapie kóktavosti, jež zpřehlednil podle jednotlivých období Lechta (2010):

Tab. 8 Trendy v terapii kóktavosti

Etapa	Období	Charakteristika
1.	do konce 19. stol.	sporadické pokusy lékařů, filozofů, řečníků atd. vliv založení prvního ústavu pro kóktavé v New Yorku (1825) používání tzv. vokální metody používání jediné „hlavní“ metody Gutzmannova „klasická“ metoda, kurzy
2.	začátek 20. stol.	používání empirických technik s cílem okamžitého navození plynulosti, korekce zakóktávání (relaxace, sugesce, pomalá řeč, rytmizace atd.)
	30. léta	první vlna reakcí proti klasickým formám terapie – psychoanalytický přístup druhá vlna reakcí ovlivněná iowskou teorií graduální modifikace symptomů – Van Riper a jeho následovníci; balbutik se učí „žít se svými obtížemi“
	50. léta	současná aplikace více metod s nadějí, že některá bude účinná; interdisciplinární péče logopedů, lékařů a psychologů ústí do tzv. komplexní metody, kterou u nás na základě Gutzmannovy terapie propracoval například Seeman (medikamentózní léčba, logopedická „cvičná léčba“, psychoterapie a jiné přístupy)
3.	60.–70. léta	nástup terapie chování – behaviorální terapie zaměřená na analýzu a následnou změnu dysfluentního chování balbutika
	80.–90. léta 20. stol.	ideografický přístup (Motsch) založený na respektování, řešení specifických deficitů a individuálních potřeb každého jednotlivého balbutika posun terapeutického těžiště kromě dysfluence i na interaktivní, afektivní, behaviorální a kognitivní komponenty terapie (např. Cooper a Cooper); posun pozornosti k incipientní kóktavosti; lingvistické přístupy ke kóktavosti
	současnost	komputerizace, zvětšování vlivu svépomocných skupin, transdisciplinární integrativní koncepty terapie kóktavosti

2 Postoje společnosti k osobám s narušenou komunikační schopností

Výrost (2008, s. 127) uvádí, že: „*Pojem postoj se podle existujících analýz objevuje v evropských jazycích začátkem 18. století. Vyskytoval se v malířském žargonu a používal se k označení polohy těla při jeho výtvarném znázornění. Později se uplatnil i v dramatickém umění v podobě významu. Do jazyka vědy se dostal prostřednictvím práce Charlese Darwina Výraz emocí u člověka a zvířat, publikované v roce 1872. Na začátku 20. století se potom stává ústřední kategorií vznikající disciplíny – sociální psychologie, aby téměř celé půlstoletí sloužil zároveň k vymezení jejího předmětu i ohraničení dominantního zaměření významu. Postoje nejsou neutrální, vyjadřují současně náš hodnotící vztah k různým sociálním objektům v našem prostředí, tedy co upřednostňujeme, resp. co nemáme rádi. Proto se postoj charakterizuje jako relativně stabilní charakteristika.*“

2.1 Historická východiska postavení osob s narušenou komunikační schopností

Logopedické dějiny se nacházejí v těsném spojení s historií speciální pedagogiky. Vývojem speciální pedagogiky v minulosti se zabývali i někteří autoři, mezi nimiž byli například Ludvík, Predmerský, Popelář, Sovák, Edersberger, Vališová a mnozí další. Mezi současnými autory, kteří se zabývají ve svých pracích historickými koncepcemi speciální pedagogiky, patří Monatová nebo Titzl. Jelikož se s termínem logopedie setkáváme nejen ve vědní disciplíně, ale i při označení studijního oboru nebo profese, můžeme tedy historiografii analyzovat z různých aspektů – jednak se můžeme zabývat dějinami vědního oboru, dále dějinami logopedické péče, také dějinami vzdělávání logopedů a v neposlední řadě dějinami logopedie z hlediska profese. Na dějiny logopedie je možno pohledět regionálně, partikulárně, anebo z globálně, celosvětového aspektu. (Klenková, 2006)

Již ve starověku se myslitelé zajímali o mluvené slovo, obdivovali jeho sílu, také magickou moc, díky níž lze člověka potěšit, být jeho útěchou, na druhé straně mohou slova člověku velmi ublížit. Už od starověku se mnozí lékaři, filozofové dokonce i učitelé zabývali řečí, kulturou mluveného slova, rozvíjením řeči, fyziologií hlasu i řeči a různými vadami řeči. Historii logopedie vyčleníme do přehledu 7 etap, které v roce 1990 zveřejnil Lechta opírající se o globální pohled. Lechta zastával názor, že úvodní etapy se zčásti shodují s klasickým Sovákovým přístupem k dějinám logopedie, ale další periodizace již dosahuje komplexnější a konkrétnější charakter a vyústění do 21. století (Klenková, 2006):

1. etapa – komunikační schopnost se v této etapě považuje za obdivnou a zbožně uctívanou. Řadila se zde různá zaklínání, přísahy či obřady. Usilování o zachycení, zapamatování a zvěčnění komunikační schopnosti spočívalo v spjatosti jazyka, řeči, slova s kulturou i uměním. Lidé si vytvořili písmo, aby tyto potřeby mohli využívat. (Klenková, 2006) Již z 3. tisíciletí před naším letopočtem se dochovaly první zmínky o písmu. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

2. etapa (přibližně 14. stol. př. n. l.) – setkáváme se s písemnými záznamy o existenci osob s narušenou komunikační schopností (neslyšící, nemluvící, koktaví jedinci a podobně). Často se jedná o významné a bohaté lidi. (Klenková, 2006) V tomto období významně vzrostl význam veřejné řeči a v důsledku vzniku zákonů, práv, soudnictví a politiky také značně vzrostla potřeba účelnosti a přesnosti slova, řeči a komunikace. Tento dopad měl vliv nejen na systematizaci jazyka, ale i na kultivaci řečnictví a s ní spojený začátek písemnictví. Posledním nepíšícím myslitelem a protivníkem písma byl athénský filozof Sokrates. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3. etapa – charakteristické jsou počátky systematického kultivování komunikační schopnosti jako takové. Tehdejší myslitelé v období 1. – 15. stol. n. l. ve svých pracích začali zmiňovat narušenou komunikační schopnost jako takovou. Učenci se zabývali fyziologií hlasu a sluchu, začínají se objevovat snahy o nalezení metod terapie koktavosti, postupů, jak naučit mluvit neslyšící, popisů patologie a léčby nemocí nosu, rtů, krku, jazyka a úst. (Klenková, 2006) V této době se ve světových dějinách zvýšila účinnost komunikace prostřednictvím stálého používání zkombinování řeči a písma. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

4. etapa (16. – 17. stol.) – tuto fázi charakterizují vědecká pojednávání o narušené komunikační schopnosti a také ojedinělé pokusy snažící se zavést systematickou péči o osoby s narušenou komunikační schopností (například v roce 1583 Mercurialis z lékařské fakulty v Padově zmiňoval poprvé narušenou komunikační schopnosti ve své vědecké práci, ve které se zejména zabýval dětskými nemocemi). (Klenková, 2006)

5. etapa (18. – 19. stol.) – vyznačuje se zahajováním organizované péče o osoby s narušenou komunikační schopností. Lechta si o této etapě myslí, že počáteční péče patří do období, kdy v 18. století osvícenství jako kulturně – etická báze a průmyslová revoluce jako technicko – ekonomická fáze utvořily východisko pro konkrétní, systematickou péči

o postižené a narušené jedince. (Klenková, 2006) Prostřednictvím rozvoje komunikačních možností se ve světových dějinách nachází přenos vědeckých a technických poznatků do praktického každodenního života, což dále způsobovalo rozvoj revolučního průmyslu, počátek masové společnosti a zrychlení dějin v četných oblastech života. Kromě tradičních médií se komunikace rozšířila i o nová, neliterární média. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

6. etapa (19. – 20. stol.) – vznikají základní prvky pro položení vědeckých základů logopedie. V této etapě jsou již vytvořeny monografie, učebnice, časopisy, které se zajímají o problematiku jedinců s narušenou komunikační schopností (pro uvedení příkladu – v roce 1877 vydal Kussmaul v Lipsku monografii Poruchy řeči, v roce 1879 Gutzmann zveřejnil monografii o koktavosti). (Klenková, 2006) Vědeckými základy logopedie se zabývali zejména v německy hovořících zemích, městech – v Berlíně, ve Vídni a dalších. K důležitým změnám komunikace ve světě – k přenosu hlasu, zvuku, písma i obrazu na dálku v reálném čase a ke spojení obrazu, textu a zvuku došlo ve druhé polovině 19. století. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

7. etapa (20. – 21. stol.) – ustanovení logopedie jako vědního oboru. Podstatné změny se staly ve 20. letech 20. století, jelikož v tomto období již byly publikovány a dále se publikují monografie, učebnice, které se zabývají problematikou narušené komunikační schopnosti, následně vznikají systémy vzdělávání logopedů. Sdružováním logopedů se vytvářejí různé odborné organizace (v roce 1924 se realizoval ve Vídni zakládající kongres International Associations of Logopedies and Phoniatics – IALP, Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů), u nás byla v roce 1970 vytvořena zájmová organizace pod názvem Česká logopedická společnost. (Klenková, 2006) V rámci světových dějin masová komunikace přemáhá své jednostranné působení, stává se všeobsáhlou a interaktivní, již od poloviny 20. století. Participuje se na založení totální komunikace prostřednictvím vzniku informační a globální společnosti. Spojením řeči, vědy a techniky dostává komunikace nové rozměry a na komunikační gramotnost se s neustálým rozvojem dějin, kladou nepřetržitě nové nároky. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Komunikace člověka vzbuzovala pozornost již od pradávna. Zvýšený zájem o komunikační schopnosti a odstraňování nedostatků vad v komunikační dovednosti člověka způsobil rozmach přírodních věd v 18. a především v 19. století u lékařů, filozofů a pedagogů. Dějinami logopedie prostupují dvě základní linie – filozofická a biologická. Z filozofické linie se odvíjí linie věd, které se po sobě z filozofie oddělovaly – byly to například rétorika,

psychologie, pedagogika, speciální pedagogika a další. Linie biologická je typická lékařskými přístupy, zejména medicínskými obory, jako otorinolaryngologie, foniatrie, neurologie, pediatrie, plastické chirurgie a jiné. (Lechta, 2003 in Klenková, 2006)

Lékaři se zabývali fyziologií a patologií řeči a také léčebnými metodami. Filozofy zaujala péče o řeč z hlediska fonetické, pedagogy upoutala stránka obsahová a formální. (Klenková, 2006)

Druhá polovina 20. století se stala rozhodující pro vytvoření logopedie jako vědního oboru. V této etapě k tomu byly vytvořeny základní podmínky: byl zde Logopedický ústav, který sloužil jako základní pracoviště pro praxi i výzkum, dále vznikaly speciální školy logopedického typu (školy pro děti s vadami řeči a děti sluchově postižené), logopedičtí pracovníci se připravovali v odborných logopedických kurzech, a nejdůležitějším bylo, že logopedie se stala vysokoškolským studijním oborem v rámci studia defektologie (někdejší název pro obor speciální pedagogika). Na přelomu 20. a 21. století se u nás i v zahraničí objevila snaha o terminologické rozlišení pedagogické a klinické logopedie jako aplikovaných oborů logopedie. Klinická logopedie se označuje jako aplikovaný obor logopedie směrem do zdravotnictví. (Klenková, 2006)

Vědní a studijní obor logopedie se dosud rozvíjí, na logopedii nahlížíme jako na mladý obor pronikající od 20. let 20. století, masivněji se začala rozvíjet po 2. světové válce. K výraznějším změnám v oboru dochází koncem 20. a na počátku 21. století. V současnosti se logopedie nezaobírá pouze odstraňováním vad a poruch řeči, ale zaměřuje se na všechny jazykové roviny, dochází ke změně paradigmatu logopedie na paradigma vycházející z holistického chápání narušené komunikační schopnosti. V současné době je logopedie oborem interdisciplinárním, zajímá se o poznatky z dalších vědních oborů a s těmito obory rovněž spolupracuje při diagnostikování a terapii osob s narušenou komunikační schopností. (Klenková, 2006)

2.2 Diskriminace osob s narušenou komunikační schopností

Schopnost vzájemného sdělování a z toho vyplývající dorozumívání označujeme za specificky lidský znak. V lidských vztazích by každého člověka jakýkoliv nedostatek nebo porušení kterékoliv složky sdělovacího procesu omezoval. Nedostatek příležitostí společenského styku může jedince vytlačit až do společenské izolace, ze které postupně vyplývají různé povahové až psychické aberace: mizantropie (chorobná nenávisť k lidem), sklon k asociálnímu chování, pocity mstivosti, pocity méněcennosti nebo i sebevražedné sklony. U dětí se s narušeným sdělováním snižují i možnosti výchovy a vzdělávání,

a s tím i související školní prospěch, u dospělých osob bývá omezeno pracovní uplatnění. (Sovák, 1978)

V České republice se můžeme setkat na mnoha místech s právními předpisy, ve kterých je diskriminace zmíněna. V první řadě se jedná o právní předpisy, ve kterých tento pojem užívají, avšak bez definování, dále to jsou právní předpisy, které diskriminační jednání popisují, nicméně pojem diskriminace se v textu právního předpisu nevyskytuje, a konečně právní předpisy, které pojem diskriminace jak používají tak definují. (Michalík, 2013)

Michalík (2013, s. 10) uvádí, že: *„Na mezinárodní úrovni je pro oblast antidiskriminačního práva významný zejména čl. 14 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, podle kterého „užívání práv a svobod přiznaných touto Úmluvou musí být zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoli důvodu, jako je pohlaví, rasa, barva pleti, jazyk, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnostní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní menšině, majetek, rod nebo jiné postavení“.* Obdobnou formulaci používá i ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR a v čl. 3 stanoví, že *„základní práva a svobody (celý obsah Listiny základních práv a svobod) se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy (...) nebo jiného postavení“.* Základním lidským právem máme na mysli také právo na vzdělání podle čl. 33 Listiny základních práv a svobod“.

„Zákaz diskriminace je odvozován i z ustanovení čl. 1 Listiny základních práv a svobod, který se týká rovnosti a stanoví, že „lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“, anebo z čl. 4 odst. 3 Listiny základních práv a svobod, který stanoví, že „zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky“. Diskriminaci tedy můžeme také považovat za nerovnost nebo nestejnost v právech.“ Michalík (2013, s. 10 - 11)

Na mezinárodní úrovni je zákaz diskriminace osob se zdravotním postižením stanoven především Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a jejím Opčním protokolem, který byl přijatý Valným shromážděním OSN 13. prosince 2006 a v platnost vstoupila 3. května 2008. Tato Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti. (Michalík, 2013)

Nejvíce je rozvinuté antidiskriminační právo na úrovni Evropské unie. Příkladem můžeme uvést směrnici Rady Evropské unie o provádění zásady rovného zacházení s osobami bez ohledu na náboženské vyznání nebo víru, zdravotní postižení, věk či sexuální orientaci. Tato směrnice formuluje jednotlivé druhy diskriminace. **Přímá diskriminace** spočívá v tom, že *„je s někým zacházeno rozdílně pouze na základě jeho věku, zdravotního postižení,*

náboženského vyznání nebo víry nebo sexuální orientace“. **Nepřímá diskriminace** spočívá v tom, že „*uplatňované pravidlo nebo postup, které se jeví jako neutrální, ve skutečnosti silně znevýhodňují osobu nebo skupinu osob s určitou konkrétní charakteristikou. Původce pravidla nebo postupu si nemusí být praktických důsledků vědom, a záměr diskriminovat tedy není směrodatný“.* (tamtéž)

Michalík (2013, s. 13 - 14) uvádí, že: „*Hlavním nástrojem boje proti diskriminaci v českém právním řádu je zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon), který je výsledkem transformace jedné ze směrnic Evropské unie do českého právního řádu. Smyslem tohoto zákona je podle ustanovení § 1 vymezit „právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace ve věcech práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti, pracovních, služebních poměrů a jiné závislé činnosti, včetně odměňování, členství a činnosti v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují, členství a činnosti v profesních komorách, včetně výhod, které tyto veřejnoprávní korporace svým členům poskytují, sociálního zabezpečení, přiznání a poskytování sociálních výhod, přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování, přístupu ke vzdělání a jeho poskytování, přístupu ke zboží a službám, včetně bydlení, pokud jsou nabízeny veřejnosti nebo při jejich poskytování“.* Rovností zacházení rozumíme právo člověka na to, aby s ním bylo zacházeno jako s rovným, čímž rozumíme právo na stejnou pozornost a stejné ohledy, jako se dostává nebo by se dostávalo ostatním, kdyby zasluhovali takové pozornosti a takových ohledů jako on.“ Diskriminace musí probíhat vždy mezi dvěma osobami.

2.3 Předsudky a mýty

Zdravotní postižení přestavuje ve společnosti mnoho mýtů, předsudků a stereotypů. Tomu, čemu člověk nerozumí a čeho se obává, tomu se také snaží vyhnout nebo přinejmenším zlehčit v podobě předsudku a stereotypu – jde o určitý únik a zjednodušení nepříjemné situace. (Regec, Stejskalová, et. al., 2012)

Požár (1997 in Regec, Stejskalová, et. al., 2012) uvádí, že je typické a přirozené, když veřejnost vnímá zvláštnosti a výjimečnosti jako elementárně zneklidňující, eventuálně nebezpečné – ohrožující potřebu jistoty a bezpečí.

Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech (2000, s. 7) uvádí, že: „*Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy*

nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se pak v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Historický pohled na tyto proměny nám může pomoci pochopit i zdroj některých současných postojů či předsudků, které přetrvávají v obecném povědomí.“

Zásadní role zde patří tlaku společnosti na každého jedince směrem ke konformitě, přizpůsobení se tomu, co je v dané kultuře obvyklé a žádoucí. Rozdíly, fyzické, projevující se v chování či jinými charakteristikami, jsou následně vnímány jako cizí, ohrožující nebo dokonce až nebezpečné. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000) Postoje k osobám se zdravotním postižením se proměňují dle vývoje společnosti.

Zajímavostí se stává, že i zvířata mezi sebou dokáží rozpoznat rozdílnost – například albíni nevykazují stejné druhotné znaky jako zbytek živočišného druhu. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

„U sociálně žijících primátů pozorujeme, že sociální status příslušníka skupiny závisí na jeho fyzickém vzhledu a zdatnosti. Slabí příslušníci naopak zůstávají na nižší úrovni, nebo se dostávají na okraj sociální skupiny. Tento biologický mechanismus zajišťuje přežití druhu.“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 9)

Důležitá je ve společnosti také ekonomická situace – potřeba každého člena skupiny. Ta byla hodnocena dle přínosu jedince pro skupinu. Jestliže měla osoba negativní přínos, bylo v zájmu skupiny se tohoto člena zbavit. (Regec, Stejskalová et. al., 2012)

Postižení samozřejmě znamenalo zřetelnou odlišnost od estetického ideálu určité kultury. Nejznámější je situace ze starověkých států (Řecko, Řím), kde pilířem kultury byly soulad krásy těla a ducha – takzvaná kalokagathia. Dále byly příčiny zdravotního postižení propojeny s negativními vlivy, které působily ještě před narozením – očarování matky, uhrnutí, její nemravné styky a tak podobně. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

Dále Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech (2000, s. 11) uvádí, že: *„Vlivem náboženských představ, v naší civilizaci především židovsko – křesťanských, vstupuje do chápání postižení i boží vůle, úmysl – ať v podobě boží zkoušky nebo trestu. Na druhé straně se ve středověku objevuje postižení jako předmět soucitu a křesťanské lásky, ze které vyplývá nutnost péče o něj.“*

Ve společnosti jsme se setkali i s ambivalentním vztahem k jedincům s postižením, kdy zdravotní postižení bylo hodnocené jako druh výjimečnosti, který člověka na jedné straně odpuzuje, ale na straně druhé ohromuje právě pro jeho odlišnost. Můžeme se setkat s tím, že osobě s postižením byly přisuzovány například magické schopnosti. Tyto iluze se dochovaly až do civilizačních období. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

„Postoj je odvozenou motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Jeho vnitřní součástí tvoří složka citová a kognitivní, to znamená poznání a celkové hodnocení situace, s jeho významem, který pro člověka má. Jeho vnějším projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým, dosti podobným a tudíž predikovatelným způsobem chování. Všechny tři složky, tj. citová, kognitivní a konativní ovšem nemusí být v každém postoji vždy stejně intenzivně vyjádřeny, např. postoj k postiženému dítěti je více emocionální než racionální. Postoje se vytvořily jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Může to být ovšem mnohdy orientace značně nepřesná, zejména pokud je více ovládána citovou než rozumovou složkou.“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000, s. 14) Postoje jsou sociokulturně podmíněné a vytvářejí se na bázi učení, kdy společnost specifickým prostředkem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a obrácené trendy zahrnuje, eventuálně trestá. Tyto způsoby jsou důvodem rigidity až stereotypnosti některých postojů společnosti. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

Existují velmi rozsáhlé spektra postojů intaktních jedinců k osobám se zdravotním postižením, nyní si některá z nich uvedeme (Regec, Stejskalová, et. al., 2012):

- Předpokládaná asymetričnost vztahu – člověk s postižením nebývá intuitivně vnímán za rovnocenného partnera.
- Přiřítaná pasivně receptivní role jedince s postižením, který je „odkázán“ na pomoc, podporu a aktivizaci poskytovanou majoritní společností.
- Specificky změněný obsah jeho sociální role související zpravidla s nižším sociálním statutem.
- Ambivalentnost pocitů většinové společnosti směrem k osobám s postižením – emocionální složka postoje k osobám s postižením zahrnuje jak pozitivní tak negativní emoce (soucit, ostych, hrůza ...).
- Tendence ke generalizaci – jedná se o sklon vidět všechny jedince stejně bez ohledu na jejich jednotlivé rozdíly.
- Stereotyp odrážející rigidity a iracionalitu (s velkým podílem emocionální složky postoje) přístupu k osobám s postižením.

Nyní si představíme několik nejčastějších a nejradiálnějších mýtů o koktavosti. O koktavosti jsme se již dozvěděli, že je známá několik tisíciletí, s touto dlouhou dobou souvisí velké množství nejrůznějších až absurdních mýtů, které jsou často ve spojení s jejími příčinami a snadným, rychlým a bezstarostným odstraněním. Tyto mýty a bludy vznikaly i z důvodu, že po dlouhá století neexistovala jasná hranice mezi koktavostí a ostatními druhy

narušené komunikační schopnosti (byla totiž vymezena až ve druhé třetině 18. a začátkem 19. století) – do této doby se za koktavost pokládaly i zcela jiné druhy narušené komunikační schopnosti. Existence mýtů je patrná právě z těchto důvodů, ale i z faktů, že se jedná doopravdy o obtížné a mnohdy trýznivé narušení komunikační schopnosti. Bohužel se tyto mýty a bludy stávají, jak v historii, tak v současnosti nástrojem šarlatánů, kterým slouží jako vynikající výdělek. (Lechta, Králiková, 2011)

Mezi nejstarší mýty o koktavosti můžeme řadit Hippokratův z 5. – 4. století před naším letopočtem, kdy své žáky učil, že **koktavost je způsobena suchostí jazyka**. Jedincům trpící koktavostí doporučoval klidový režim (ten by mohl být ovšem akceptován i dnes), ale dále jim poradil, aby se přestěhovali do suché a teplé země. V současné době víme, že statistiky o výskytu koktavosti v těchto zemích jsou naprosto stejné jako jinde. (Lechta, Králiková, 2011)

V 1. – 2. století našeho letopočtu staří Římané věřili, že **lidé s koktavostí jsou posedlí d'áblem**, jako terapeutickou metodu při odstraňování balbuties používali exorcismus. Ve středověku nadále přetrvával mýtus, že osoby s koktavostí jsou posedlí d'áblem, a proto jim vymysleli léčbu **z odvaru česneku a octa**, který jedinec s koktavostí musel pít až do té doby, než začal zvracet. Ve středověku byly známé další terapeutické metody, patřilo zde **pouštění žilou** – tato metoda léčby se považovala za univerzální, její použití bylo doporučované i při jiných onemocněních. Další způsob při odstraňování balbuties bylo **operativní odstranění jazykové uzdičky**. Ani jedna z metod nebyla však účinná. Na konci středověku, v 17. století Francis Bacon radil u terapie koktavosti „**mírné**“ **pítí vína**, pravděpodobně toto požití mělo zbavovat suchosti jazyka. (tamtéž)

V 19. století se v Německu a Francii znovu objevil mýtus o **operativním zákroku jazyka** – jednalo se o obtížnější operace jazyka, než jen odstranění jazykové uzdičky. Tyto zásahy byly opět neúspěšné, dokonce v té době velice nebezpečné, z důvodu komplikovaných pooperačních průběhů, nesterilního prostředí při operacích – nakonec se od nich upustilo. (tamtéž)

Ve 20. století se začalo objevovat více snahy o vysvětlení a odstranění koktavosti, důvodem byla psychoanalýza. Dochovala se myšlenka, že nás **koktavý člověk vlastně vydírá** (koktáním chce na sebe zaujmout pozornost). Se všeobecným rozšířením informací o balbuties, vznikl další mýtus o tom, že **vývojová dysfluence se musí vyskytnout u všech dětí**. Jiný mýtus udává, že **nejdříve se je třeba co nejhlouběji nadechnout a až potom začít mluvit**. Tento mýtus je výmyslem našich babiček, ovšem problémy s dýcháním nejsou příčinou koktavosti, ale důsledkem, který se nemusí objevit u každého.

S dalším známým mýtem se setkáváme v podobě tvrzení, že **koktavost je nakažlivé onemocnění**. Balbuties se nepovažuje za onemocnění, je to narušená komunikační schopnost – ani jedna narušená komunikační schopnost nemá infekční povahu, kdyby ano, šířila by se například jako chřipka. **Při zpěvu se lidé nezakoktavají**, tato teze neplatí pro všechny případy koktavosti, asi u 2 – 8 % se neplynulosti při zpěvu vyskytují. Lidem, kteří při zpěvu nekoktaví, pravděpodobně pomáhá odpoutání pozornosti, orientace na melodii a rytmus, zpívání ve skupině, která vytvoří anonymitu skupiny a podobně. S dalším mýtem, se kterým se setkáváme, bývá skutečnost, že **koktavost je zlovyk, stačí, když budeme na dítě přísnější a důsledně od něj budeme vyžadovat plynulou řeč, a zlovyk odstraníme**. Při rozumném pochopení koktavosti jako zlovyku bychom osobě mohli opravdově ublížit, jelikož balbuties je syndromem narušené komunikační schopnosti a jedinci by si toto smýšlení mohli vyložit jako zjednodušování celého problému. **Najdeme si skvělého terapeuta a „máme vyhráno“** opět se jedná o tvrzení, které neplatí, hned u prvního sezení se klient dozví, že bez aktivního zapojování je terapie koktavosti neúčinná. **Stačí dát dítěti injekci nebo nějaký speciální lék – určitě už existuje nějaký zahraniční lék, který odstraňuje koktavost**. Dosud se nepodařilo vynalézt žádný lék na odstranění balbuties či lék, který by neměl vedlejší účinky. Léky jedince utlumí, zpomalí i jeho rychlost řeči, to se tedy projeví i na neplynulosti. Následující mýtus se domnívá, že **když dáme dítěti s koktavostí číst na delší dobu nějaký text**, posléze plynulost textu pochopí a nakonec začne mluvit plynule. Mýtů o koktavosti existuje celá řada, posledními výroky, které si zde uvedeme, a jsou také vyvrácené, zmíníme **údajné snížené IQ u lidí s koktavostí, napodobování, neobratný jazyk, leváctví, menší psychická zdatnost nebo honba za cizími jazyky**. (tamtéž)

3 Postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties

3. 1 Vymezení cíle

Praktickou část práce jsme zaměřili na postoje žáků 2. stupně základní školy k osobám s balbuties. Cílem práce bylo zjistit, jak se žáci ve věku 11 – 16 let staví k této narušené komunikační schopnosti – kóktavosti, zda by jim toto postižení mohlo překážet v kamarádství, jestli již znají nějakou osobu s kóktavostí, případně zda by se za takovou osobu styděli nebo by ji byli schopni začlenit mezi své ostatní přátele. Dále nás také zajímalo jejich povědomí o balbuties, zda dokáží pojem kóktavost vysvětlit, co takovou narušenou komunikační schopnost způsobuje a jestli například vědí, kde se lidé s kóktavostí dochází léčit či s čím má jedinec s kóktavostí největší problémy.

3. 1. 1 Hlavní cíle

Za hlavní cíle jsme si zvolili:

- Zjištění, zda žáci 2. stupně ZŠ dokáží vysvětlit pojem kóktavost.
- Zjištění, zda žáci 2. stupně ZŠ vědí, co kóktavost může způsobit.
- Zjištění, zda by žáci 2. stupně ZŠ začlenili jedince s kóktavostí mezi své kamarády.

3. 1. 2 Dílčí cíle

Mezi dílčí cíle jsme zahrnuli:

- Zjištění, zda se žáci 2. stupně ZŠ již někdy setkali s osobou s kóktavostí.
- Zjištění, zda by se žáci 2. stupně ZŠ styděli za osobu s kóktavostí.

3. 2 Výzkumné předpoklady

Pro naplnění cílů jsme si vymezili výzkumné předpoklady, které v závěru shrneme a zanalyzujeme.

Výzkumný předpoklad 1: Žáci 2. stupně ZŠ dokáží správně vysvětlit, co znamená narušená komunikační schopnost kóktavost (balbuties).

Výzkumný předpoklad 2: Žáci 2. stupně ZŠ vědí, kam se mohou osoby s kóktavostí docházet léčit.

Výzkumný předpoklad 3: Žáci 2. stupně ZŠ by začlenili osobu s kóktavostí mezi své kamarády.

3.3 Charakteristika metody sběru dat

3.1.1 Dotazník

Pro praktickou část této práce jsme zvolili výzkumnou metodu - dotazník. Chráska (2007, s. 163) uvádí, že dotazník je: „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ Svoboda (2012, s. 48) doplňuje, že: „*Dotazník bud' výzkumník distribuuje poštou, e-mailem anebo jej sám rozdá vzorku respondentů, který si vybral. V takovém případě má značnou naději, že se mu zadávání takového dotazníkového šetření vyplatí, protože návratnost může být až 100 %. V případě poštovní anebo e-mailové distribuce bude tato návratnost zřejmě dosahovat pouze něco málo kolem 10 %. Položky dotazníku rozlišujeme podle cíle, pro který jsou určeny. Z tohoto hlediska rozdělujeme položky na **obsahové** (důležitý je pro nás obsah odpovědi respondentů) a **funkcionální** (mají optimalizovat průběh dotazníkového šetření).*“

Obsahové položky můžeme dále rozdělit na položky **přímé**, kdy se respondenta dotazujeme na konkrétní věc a on nám odpovídá (patří zde například položky zjišťující fakta - věk či pohlaví; vědomosti a znalosti nebo položky zjišťující názory a mínění) a **maskované** položky, které jsou charakteristické tím, že se respondenta dotazujeme na něco jiného, než nás skutečně zajímá. (Svoboda, 2012)

Funkcionální položky také dále rozdělujeme na položky **kontaktní** – ty mají za úkol navázat kontakt s respondentem a připravit jej na dotazování, **filtrační** položky, které respondenty rozdělí na skupiny, **funkcionálně psychologické** položky, které většinou odlehčují důležitost dotazování a položky **kontrolní**, které mají sloužit ke kontrole pravdivosti odpovědí, kdy se dotazujeme na totéž, ale trochu jinak. (Svoboda, 2012)

Dle formy požadované odpovědi se položky dotazníku rozdělují na **otevřené** (respondent odpovídá zcela svobodně), **polouzavřené** (respondent si vybírá z předem připravených možností, ale má šanci výběr doplnit svým názorem) a **uzavřené** (rozdělují se na dichotomické – výběr ze dvou možností – ano, ne; nepravé dichotomické – zde může kromě odpovědí ano, ne zvolit i možnost neutrální - nevím). (tamtéž)

3.1.2 Charakteristika dotazníku

Dotazník jsme se snažili pro respondenty vytvořit jasně a srozumitelně vzhledem k jejich věku. Položky dotazníku jsme vytvářeli také co možná nejstručněji. V úvodu

jsme respondentům vysvětlili důvod prováděného šetření a nezapomněli jsme se zmínit o jejich naprosté anonymitě. V prvních položkách jsme zjišťovali demografické údaje respondentů – pohlaví a věk. V následné části jsme zvolili otázky zjišťující rozhled respondentů v tématu koktavost, zařadili jsme zde položky týkající se například vysvětlení pojmu koktavost, co si žáci myslí, že balbuties způsobuje nebo zda se mohou jedinci s koktavostí vyléčit, případně kde se dochází tito jedinci léčit. Poslední část dotazníku jsme se věnovali začleňování jedinců s koktavostí mezi intaktní populaci. Zajímali jsme se, jestli se respondenti s osobou s koktavostí někdy setkali, zda by jim koktavost vadila v kamarádství, případně proč by jim vadilo, že kamarád koktá. Také nás zajímalo, zda by se respondenti za osobu s koktavostí styděli a jestli by je začlenili mezi své stávající kamarády. Do dotazníku jsme zvolili položky otevřené, uzavřené - dichotomické i polouzavřené. Celkem jsme do dotazníku zařadili 15 položek. (Chráška, 2007)

3.1.3 Organizace sběru dat

Na začátku měsíce března 2016 jsme kontaktovali prostřednictvím emailu zástupkyni ředitele Základní školy Šafaříkova ve Valašském Meziříčí pro možnost získání respondentů 2. stupně ZŠ do výzkumného šetření. Okamžitě jsme se zde setkali s kladnou reakcí, dotazníky jsme vytiskli a následně jsme je přinesli do zdejší školy, kde byly rozděleny do jednotlivých tříd tak, aby byl věk respondentů pro výzkum přibližně rovnoměrný. Výzkumu se tedy účastnili žáci šesté, sedmé, osmé a deváté třídy. Do výzkumného šetření se nám zapojilo celkem 91 respondentů 2. stupně Základní školy Šafaříkova.

3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

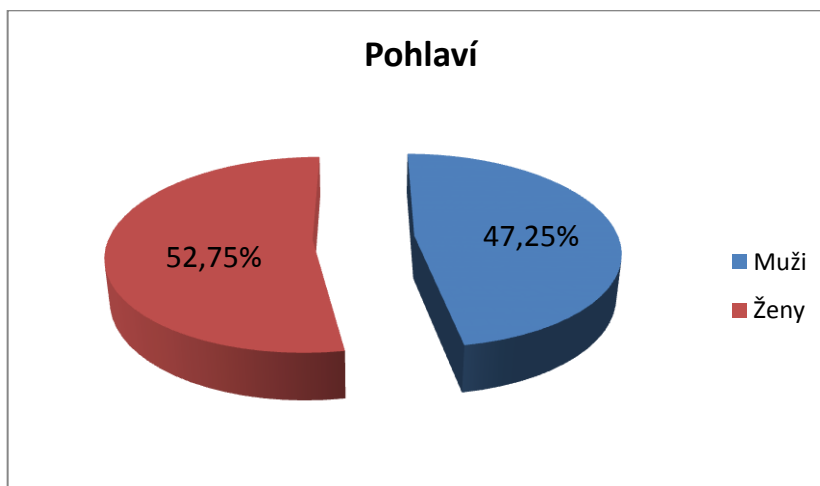
Pro získání potřebných informací k naší praktické části jsme požádali žáky 2. stupně Základní školy Šafaříkova, která sídlí ve Valašském Meziříčí. Výzkumného šetření se účastnili muži i ženy ve věku 11 – 16 let.

Pohlaví žáků a jejich věk uvádíme do tabulek a pro potřebnou přehlednost využíváme grafického zobrazení.

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo dohromady 91 respondentů (N 91), z toho bylo 43 mužů ($n_1 = 43$) a 48 žen ($n_2 = 48$)

Pohlaví	Počet	Počet v %
Muži	43	47,25
Ženy	48	52,75
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

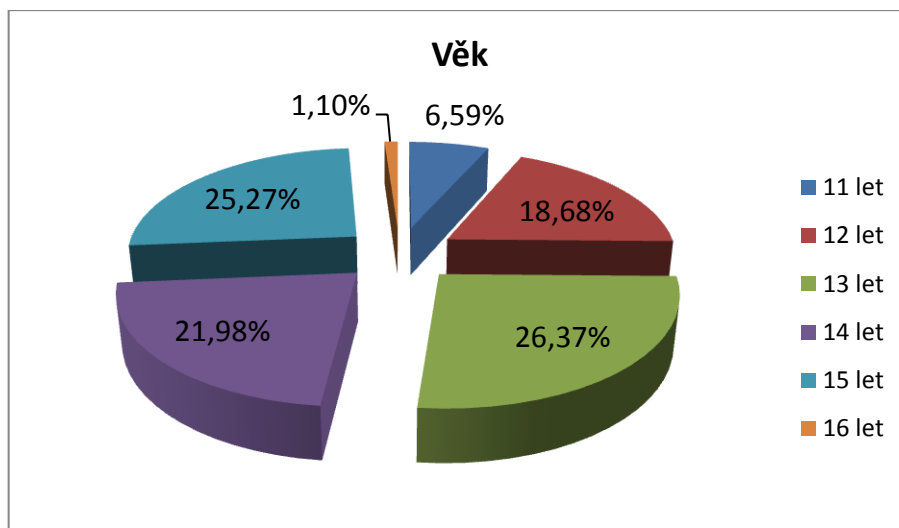


Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Věk respondentů se pohyboval od 11 do 16 let. Z celkového počtu 91 respondentů dosáhlo v době výzkumu 11 let 6 respondentů ($n_1 = 6$, tj. 6, 59 %), 12 let dosáhlo 17 respondentů ($n_2 = 12$, tj. 18, 68 %), 13 let ve výzkumu dosáhlo 24 respondentů ($n_3 = 24$, tj. 26, 37 %), 14 let mělo 20 respondentů ($n_4 = 20$, tj. 21, 98 %), 15 let uvedlo 23 respondentů ($n_5 = 23$, tj. 25, 27 %) a 16 let měl 1 respondent ($n_6 = 1$, tj. 1, 10 %)

Věk	Počet	Počet v %
11 let	6	6, 59 %
12 let	17	18, 68 %
13 let	24	26, 37 %
14 let	20	21, 98 %
15 let	23	25, 27 %
16 let	1	1, 10 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 2: Věk respondentů



Graf č. 2: Věk respondentů

3. 5 Výsledky výzkumného šetření

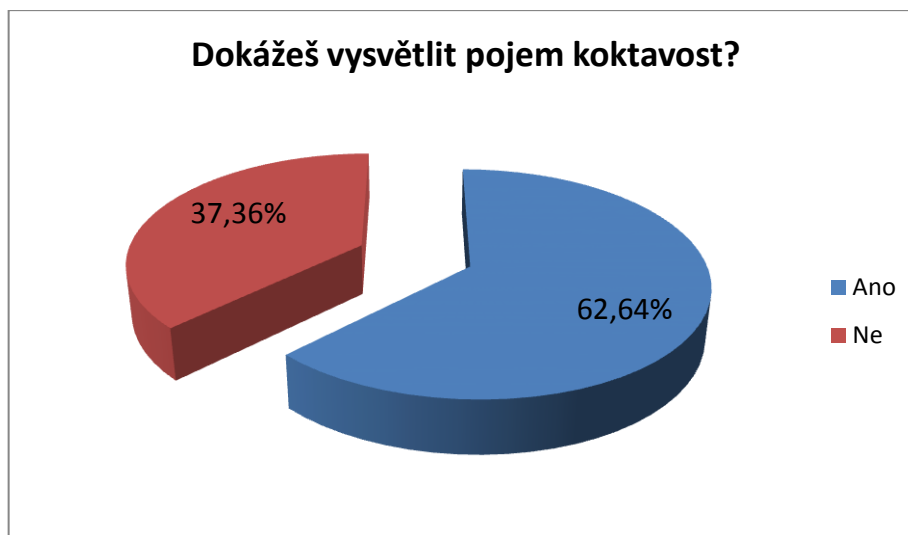
3. 5. 1 Dotazníkové šetření

Položka č. 3: Dokážeš vysvětlit pojem kocktavost?

Položka slouží ke zjištění povědomí respondentů o této konkrétní narušené komunikační schopnosti – kocktavosti (balbuties). Respondenti vybírali ze dvou možností ANO – NE. 57 respondentů zvolilo odpověď ANO ($n_1 = 57$, tj. 62, 64 %) a zbylých 34 dotazovaných odpovědělo NE ($n_2 = 34$, tj. 37, 36 %). Zjistili jsme, že většina respondentů pojem vysvětlit umí, zda správně, to se dozvíme v další odpovědi (položce č. 4).

Vysvětlení pojmu kocktavost	Počet	Počet v %
Ano	57	62, 64 %
Ne	34	37, 36 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 3: Dokáže respondent vysvětlit pojem kocktavost?



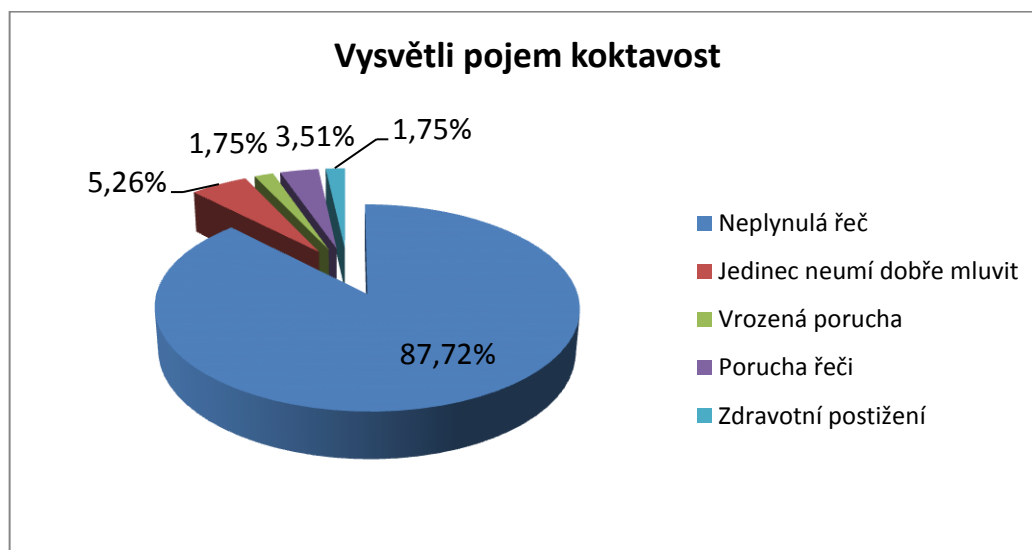
Graf č. 3: Dokáže respondent vysvětlit pojem kocktavost?

Položka č. 4: Jestliže jsi v předešlé otázce č. 3 odpověděl(a) ANO, zkus vysvětlit, co podle tebe pojem kocktavost znamená.

V této položce si ověřujeme, zda respondent dokáže správně definovat narušenou komunikační schopnost - kocktavost. Dotazovaní odpovídali v celých větách, respektive se snažili pojem vysvětlit prostřednictvím otevřených výpovědí. Nejvíce respondentů správně odpovědělo, že kocktavost je neplynulá řeč ($n_1 = 50$, tj. 87, 72 %), poté 3 respondenti napsali, že kocktavost znamená, že jedinec neumí dobře mluvit, ale již jsme se nedozvěděli, jak neumí mluvit – například nějaký příklad, který by nám pomohl pochopit, jak respondent svou výpověď myslí ($n_2 = 3$, tj. 5, 26 %), dále byla zaznamenána 1 odpověď, že kocktavost je vrozená porucha ($n_3 = 1$, tj. 1, 75 %), následně jsme zaznamenali odpověď 2 respondentů, že se jedná o poruchu řeči ($n_4 = 2$, tj. 3, 51 %) a 1 respondent uvedl, že kocktavost je zdravotní postižení ($n_5 = 1$, tj. 1, 75 %), dalo by se říci, že má pravdu, jedinec s vadou řeči opravdu patří mezi zdravotně postižené osoby, ale kocktavost zde vysvětlena nebyla.

Vysvětlí pojem kocktavost	Počet	Počet v %
Neplynulá řeč	50	87, 72 %
Jedince neumí dobře mluvit	3	5, 26 %
Vrozená porucha	1	1, 75 %
Porucha řeči	2	3, 51 %
Zdravotní postižení	1	1, 75 %
Celkem	57	100 %

Tabulka č. 4: Vysvětlení pojmu kocktavost



Graf č. 4: Vysvětlení pojmu kocktavost

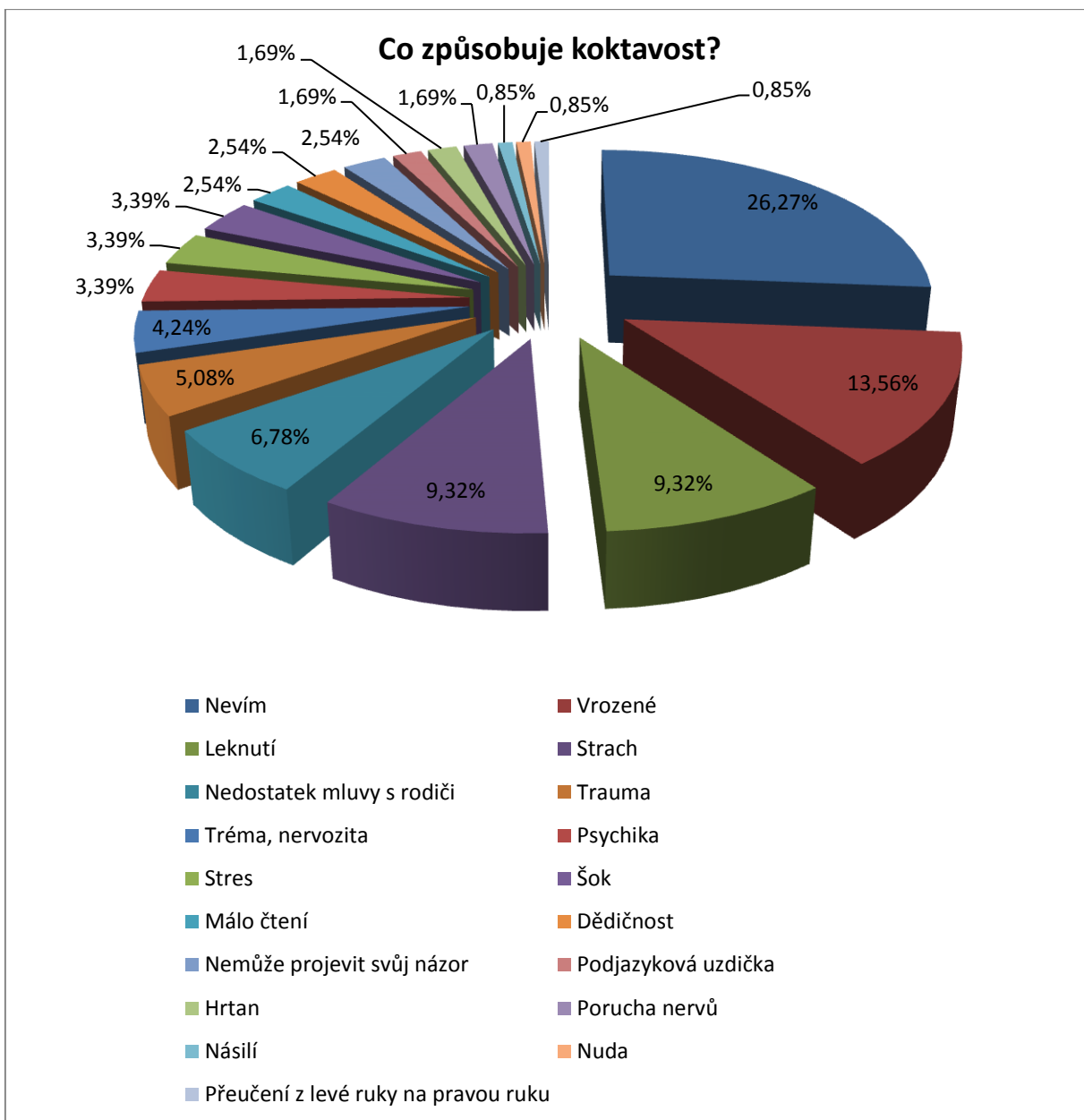
Položka č. 5: Co si myslíš, že způsobuje kocktavost?

V této položce jsme opět zvolili otevřený typ otázky, respondenti zde vypsalí více odpovědí, setkali jsme se zde s velkým množstvím úvah, co může způsobovat kocktavost. Nejvíce zde byla ovšem zastoupena odpověď nevím s 31 respondenty ($n_1 = 31$, tj. 26, 27 %), dále 16 respondentů odpovědělo, že kocktavost je vrozená ($n_2 = 16$, tj. 13, 56 %), 11 respondentů si myslí, že kocktavost způsobuje leknutí ($n_3 = 11$, tj. 9, 32 %), 11 dotazovaných uvedlo strach ($n_4 = 11$, tj. 9, 32 %), 8 respondentů si myslí, že by se mohlo jednat o nedostatek mluvy s rodiči ($n_5 = 8$, tj. 6, 78 %), 6 respondentů uvedlo trauma ($n_6 = 6$, tj. 5, 08 %), trému a nervozitu uvedlo 5 respondentů ($n_7 = 5$, tj. 4, 24 %), 4 respondenti si myslí, že by se mohlo jednat o psychiku ($n_8 = 4$, tj. 3, 39 %), další 4 respondenti uvedli šok ($n_9 = 4$, tj. 3, 39 %), 4 respondenti napsali stres ($n_{10} = 4$, tj. 3, 39 %), 3 respondenti uvedli málo čtení ($n_{11} = 2$, 54 %), 3 respondenti si myslí, že jde o dědičnost ($n_{12} = 3$, tj. 2, 54 %), další 3 respondenti si myslí, že jedinec nemůže projevit svůj názor, a proto u něj vznikne kocktavost ($n_{13} = 3$, tj. 2, 54 %). 2 respondenti uvedli, že kocktavost způsobuje podjazyková uzdička ($n_{14} = 2$, tj. 1, 69 %), další 2 respondenti uvedli odpověď hrtan ($n_{15} = 2$, tj. 1, 69 %), 2 respondenti napsali, že kocktavost způsobuje porucha nervů ($n_{16} = 2$, tj. 1, 69 %), 1 dotazovaný uvedl násilí ($n_{17} = 1$, tj. 0, 85 %), 1 respondent si myslí, že by se mohlo jednat o nudu ($n_{18} = 1$, tj. 0, 85 %) a 1 respondent si myslí, že by kocktavost

mohlo způsobit přeučení z levé ruky na pravou ruku ($n_{19} = 1$, tj. 0, 85 %). Velká část odpovědí se může zařadit mezi mýty o kocktavosti.

Co způsobuje kocktavost	Počet	Počet v %
Nevím	31	26, 27 %
Vrozené	16	13, 56 %
Leknutí	11	9, 32 %
Strach	11	9, 32 %
Nedostatek mluvy s rodiči	8	6, 78 %
Trauma	6	5, 08 %
Tréma a nervozita	5	4, 24 %
Psychika	4	3, 39 %
Šok	4	3, 39 %
Stres	4	3, 39 %
Málo čtení	3	2, 54 %
Dědičnost	3	2, 54 %
Nemůže projevít svůj názor	3	2, 54 %
Podjazyková uzdička	2	1, 69 %
Hrtan	2	1, 69 %
Porucha nervů	2	1, 69 %
Násilí	1	0, 85 %
Nuda	1	0, 85 %
Přeučení z levé ruky na pravou ruku	1	0, 85 %
Celkem	118	100 %

Tabulka č. 5 : Co způsobuje kocktavost?



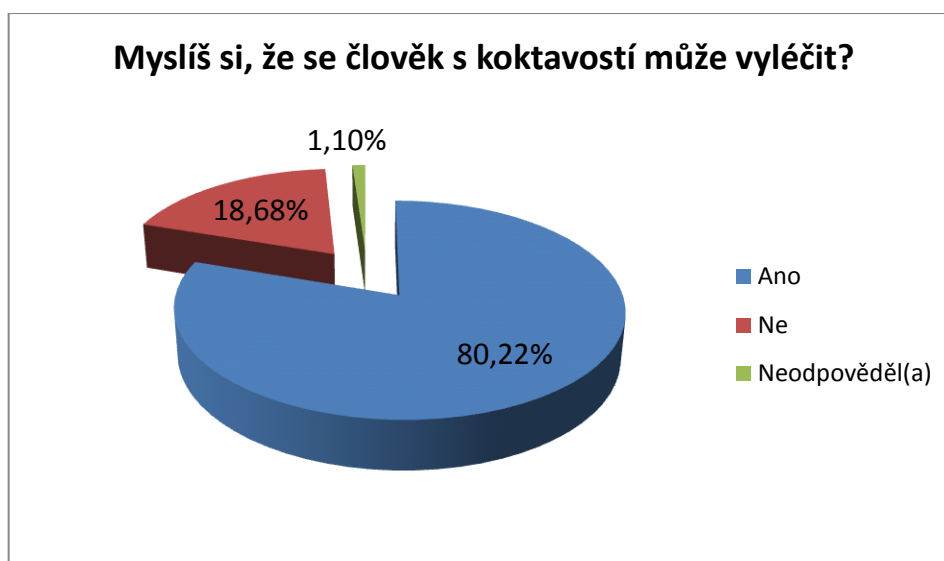
Graf č. 5: Co způsobuje kocktavost?

Položka č. 6: Myslí si, že se člověk s kocktavostí může vyléčit?

U této položky jsme zvolili variantu uzavřené dichotomické odpovědi. 73 respondentů uvedlo, že se člověk s kocktavostí vyléčit může ($n_1 = 73$, tj. 80, 22 %), 17 respondentů si myslí, že ne ($n_2 = 17$, tj. 18, 68 %), 1 respondent na otázku neodpověděl ($n_3 = 1$, tj. 1, 10 %). Jak správně uvedlo 73 respondentů, při správné a účinné léčbě, terapii může dojít u člověka s kocktavostí k úplnému odeznění neplnulosti řeči.

Může se člověk s kocktavostí vyléčit?	Počet	Počet v %
Ano	73	80,22 %
Ne	17	18,68 %
Neodpověděl(a)	1	1,10 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 6: Může se člověk s kocktavostí vyléčit?



Graf č. 6: Může se člověk s kocktavostí vyléčit?

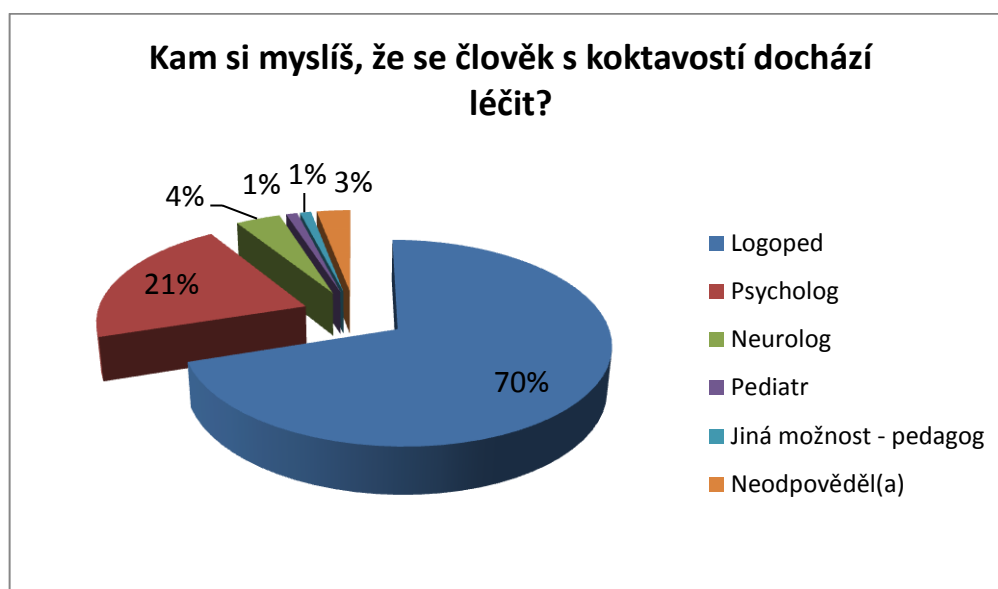
Položka č. 7: Kam si myslíš, že se člověk s kocktavostí dochází léčit?

Pro tuto položku jsme zvolili možnost polouzavřené odpovědi, kdy respondenti měli na výběr ze 4 možností a dále mohli doplnit i jinou možnost sami, pokud si mysleli, že se jedinec s kocktavostí dochází léčit jinde, než jen z nabízených odpovědí. Někteří respondenti volili více odpovědí.

70 respondentů uvedlo správně, že osoby s kocktavostí na terapii dochází k logopedovi ($n_1 = 70$, tj. 70 %), 21 respondentů uvedlo, že jedinci navštěvují psychologa ($n_2 = 21$, tj. 21 %), 4 respondenti si myslí, že jedinci s kocktavostí navštěvují neurologa ($n_3 = 4$, tj. 4 %), 1 respondent zvolil odpověď pediatr ($n_4 = 1$, tj. 1 %), 1 respondent uvedl jinou možnost – myslí, že navštěvuje pedagoga ($n_5 = 1$, tj. 1 %) a 3 respondenti na otázku neodpověděli ($n_6 = 3$, tj. 3 %).

Kde se dochází jedinec s koftavostí léčit?	Počet	Počet v %
Logoped	70	70 %
Psycholog	21	21 %
Neurolog	4	4 %
Pediatr	1	1 %
Jiná možnost - pedagog	1	1 %
Neodpověděl(a)	3	3 %
Celkem	100	100 %

Tabulka č. 7: Kam se člověk s koftavostí dochází léčit?



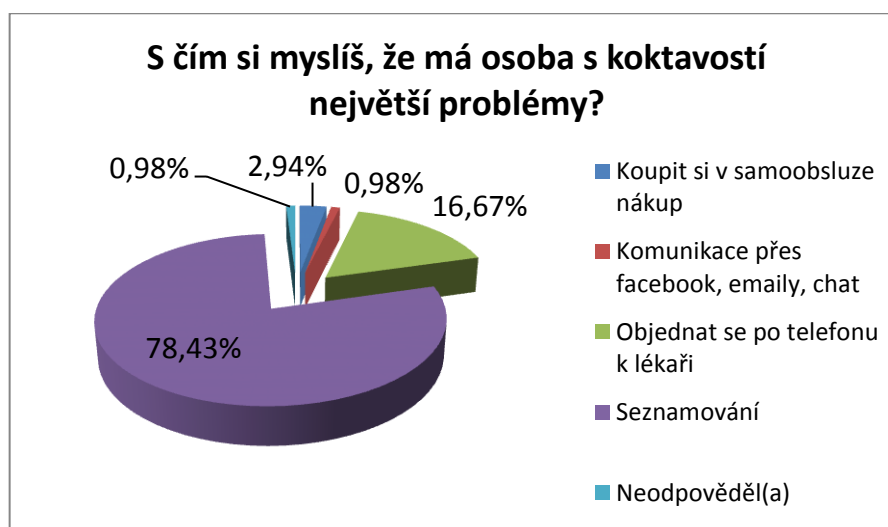
Graf č. 7: Kam se člověk s koftavostí dochází léčit?

Položka č. 8: S čím si myslíš, že má osoba s koftavostí největší problémy?

V této položce měli respondenti na výběr ze čtyř možností. Někteří respondenti uváděli více variant. 3 respondenti si myslí, že největší problém má osoba s koftavostí při nakupování v samoobsluze ($n_1 = 3$, tj. 2, 94 %), 1 dotazovaný uvedl možnost komunikace přes facebook, emaily, chat ($n_2 = 1$, tj. 0, 98 %), 17 respondentů si myslí, že osoba s koftavostí má největší problémy při objednávání se po telefonu k lékaři ($n_3 = 17$, tj. 16, 67 %), nejvíce respondenti uvedli možnost při seznamování ($n_4 = 80$, tj. 78, 43 %) a 1 dotazovaný na otázku neodpověděl(a) ($n_5 = 1$, tj. 0, 98 %).

S čím má osoba s kóktavostí největší problémy?	Počet	Počet v %
Koupit si v samoobsluze nákup	3	2,94 %
Komunikace přes facebook, emaily, chat	1	0,98 %
Objednat se po telefonu k lékaři	17	16,67 %
Seznamování	80	78,43 %
Neodpověděl(a)	1	0,98 %
Celkem	102	100 %

Tabulka č. 8: S čím má osoba s kóktavostí největší problém?



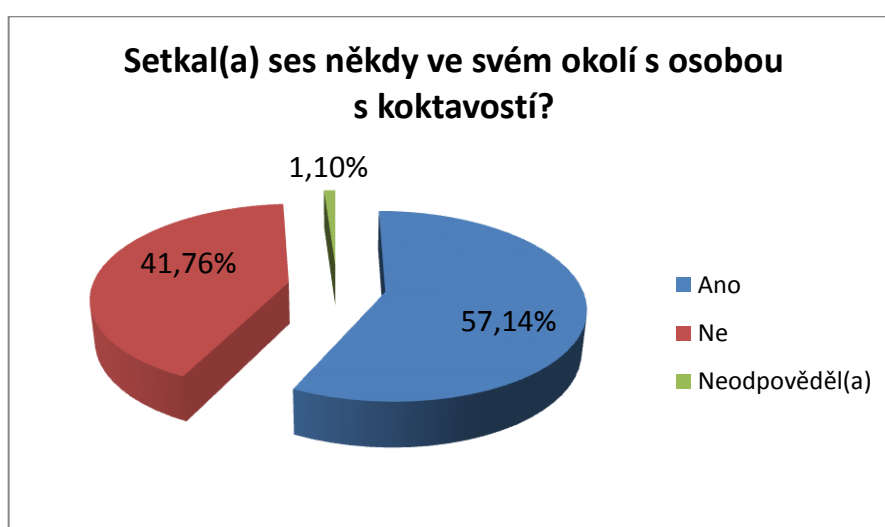
Graf č. 8: S čím má osoba s kóktavostí největší problémy?

Položka č. 9: Setkal(a) ses ve svém okolí s osobou, která má tuto narušenou komunikační schopnost (kóktavost)?

V položce jsme použili uzavřené možnosti odpovědí. S jedincem s kóktavostí se již ve svém okolí setkala 52 respondentů, odpověděli tedy Ano ($n_1 = 52$, tj. 57,14 %), odpověď Ne zvolilo 38 dotazovaných ($n_2 = 38$, tj. 41,76 %), 1 respondent nám na otázku neodpověděl(a) ($n_3 = 1$, tj. 1,00 %).

Setkal(a) ses někdy s osobou s kocktavostí?	Počer	Počer v %
Ano	52	57,14 %
Ne	38	41,76 %
Neodpověděl(a)	1	1,10 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 9: Setkal(a) ses ve svém okolí s osobou, která má tuto narušenou komunikační schopnost (kocktavost)?



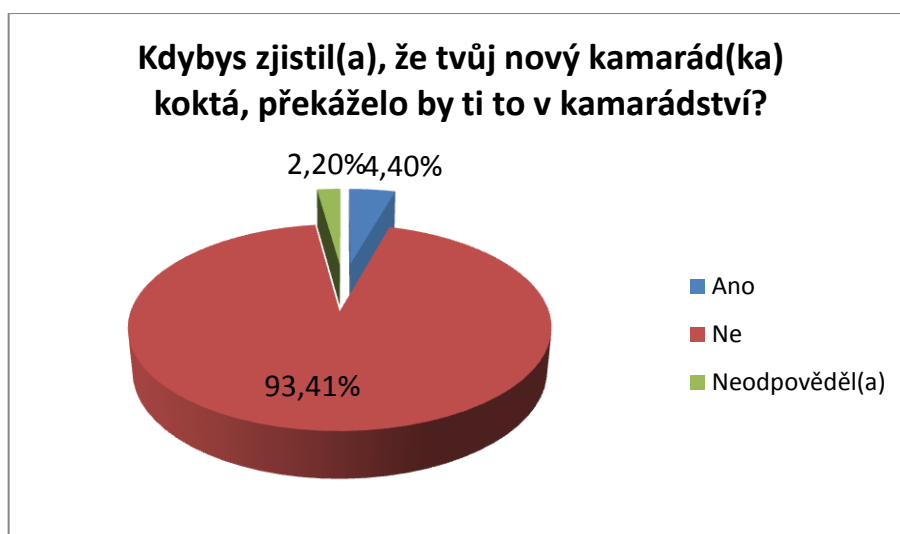
Graf č. 9: Setkal(a) ses ve svém okolí s osobou, která má tuto narušenou komunikační schopnost (kocktavost)?

Položka č. 10: Kdybys zjistil(a), že tvůj kamarád(ka) kocktá, překáželo by ti to v kamarádství?

Kocktavost by v kamarádství překáželo 4 respondentům – Ano ($n_1 = 4$, tj. 4, 40 %), 85 respondentům by kocktavost v kamarádství nepřekážela – Ne ($n_2 = 85$, tj. 93, 41 %). Na otázku nám neodpověděli 2 dotazovaní ($n_3 = 2$, tj. 2, 20 %).

Překážela by ti kocktavost v kamarádství?	Počet	Počet v %
Ano	4	4,40 %
Ne	85	93,41 %
Neodpověděl(a)	2	2,20 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 10: Překážela by ti kocktavost v kamarádství?



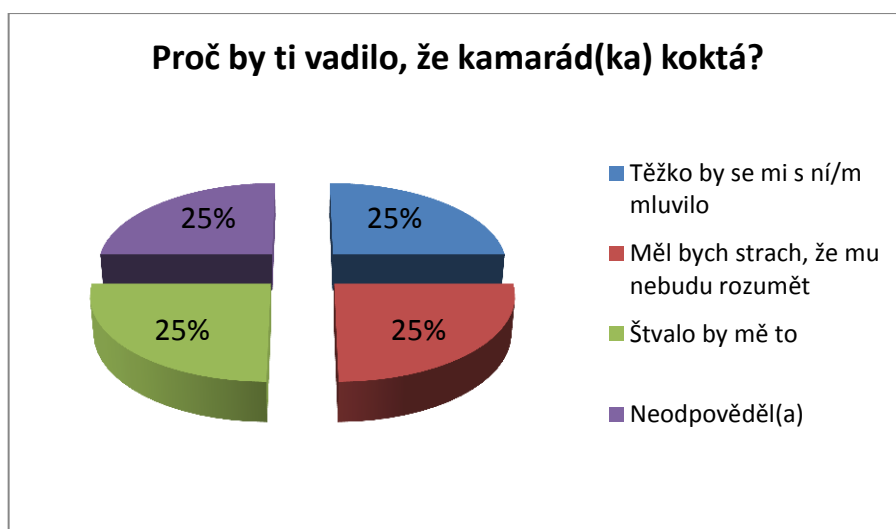
Graf č. 10: Překážela by ti kocktavost v kamarádství?

Položka č. 11: Pokud jsi odpověděl(a) v otázce č. 10 ANO, proč by ti vadilo, že kamarád(ka) kocktá?

1 respondentovi by kocktavost v kamarádství překáželo, protože by se mu s ním těžko mluvilo ($n_1 = 1$, tj. 25 %), 1 respondent by měl strach, že osobě s kocktavostí nebude rozumět ($n_2 = 1$, tj. 25 %), 1 respondenta by taková situace štvala ($n_3 = 1$, tj. 25 %) a 1 respondent nám na otázku nedokázal odpovědět ($n_4 = 1$, tj. 25 %).

Proč by ti vadilo, že kamarád(ka) koktá?	Počet	Počet v %
Těžko by se mi s ní/m mluvilo	1	25 %
Měl bych strach, že mu nebudu rozumět	1	25 %
Štvalo by mě to	1	25 %
Neodpověděl(a)	1	25 %
Celkem	4	100 %

Tabulka č. 11: Proč by ti vadilo, že kamarád koktá?



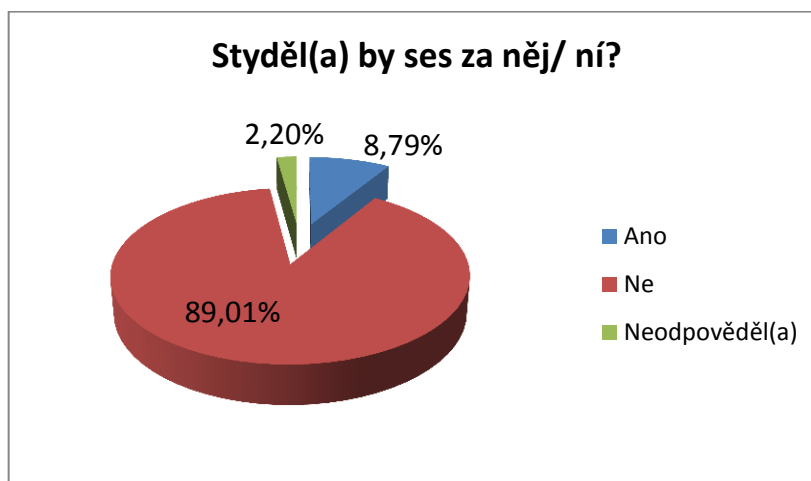
Graf č. 11: Proč by ti vadilo, že kamarád(ka) koktá?

Položka č. 12: Styděl(a) by ses za něj/ ní?

V této otázce jsme se snažili zjistit, zda by se respondenti za osobu s koktavostí styděli. Odpověď Ano zvolilo 8 respondentů ($n_1 = 8$, tj. 8, 79 %), Ne zvolilo 81 dotazovaných ($n_2 = 81$, tj. 89, 01 %) a na otázku neodpověděli 2 respondenti ($n_3 = 2$, tj. 2, 20 %).

Styděl(a) by ses za něj/ ní?	Počet	Počet v %
Ano	8	8, 79 %
Ne	81	89, 01 %
Neodpověděl(a)	2	2, 20 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 12: Styděl(a) by ses za něj/ ní?



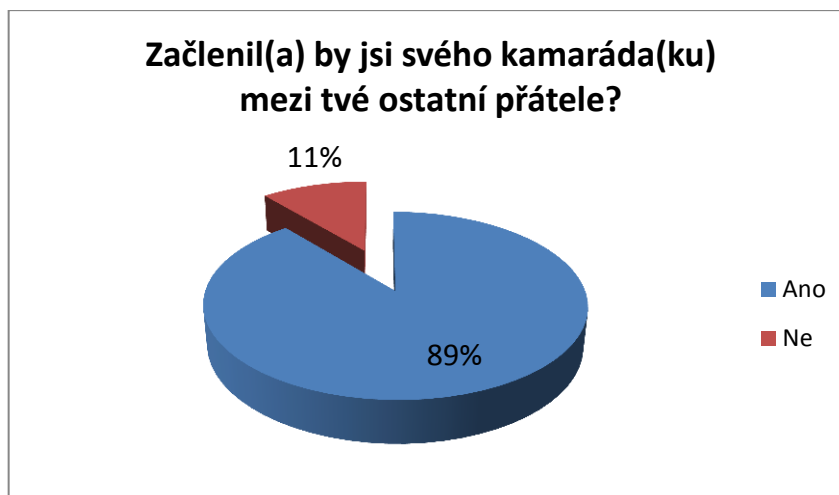
Graf č. 12: Styděl(a) by ses za něj/ ní?

Položka č. 13: Začlenil(a) by jsi svého kamaráda(ku) s koktavostí mezi tvé ostatní přátele?

Kamaráda s koktavostí by mezi své ostatní přátele začlenilo 81 respondentů – Ano ($n_1 = 81$, tj. 89,01 %), 10 respondentů by osobu s koktavostí mezi ostatní přátele nezačlenili – Ne ($n_2 = 10$, tj. 10,99 %)

Začlenil(a) by jsi svého kamaráda(ku) mezi tvé ostatní přátele?	Počet	Počet v %
Ano	81	89,01 %
Ne	10	10,99 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 13: Začlenil(a) by jsi svého kamaráda(ku) mezi tvé ostatní přátele?



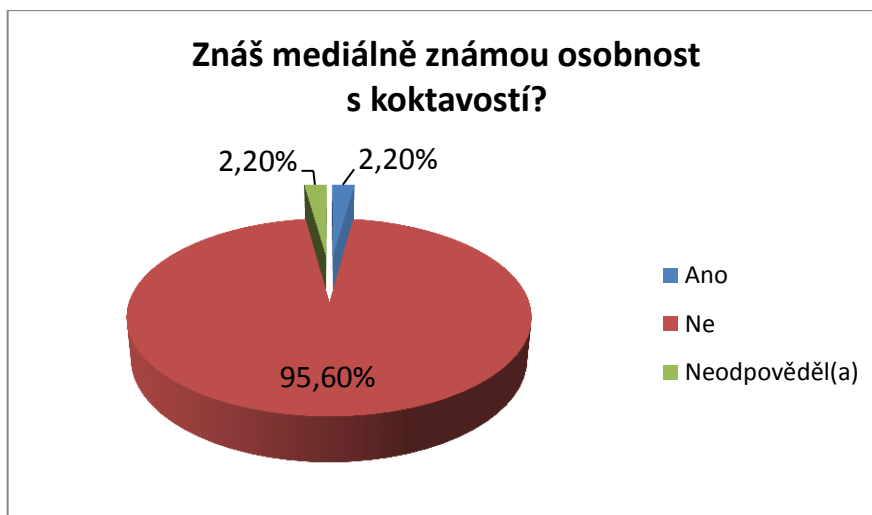
Graf č. 13: Začlenil(a) by jsi svého kamaráda(ku) mezi tvé ostatní přátele?

Položka č. 14: Znáš mediálně známou osobnost s kocktavostí?

Pouze 2 respondenti znají mediálně známou osobnost s kocktavostí – Ano ($n_1 = 2$, tj. 2, 20 %), 87 respondentů nezná mediálně známou osobnost s kocktavostí – Ne ($n_2 = 87$, tj. 95, 60 %), na otázku nám neodpověděli 2 respondenti ($n_3 = 2$, tj. 2, 20 %).

Znáš mediálně známou osobnost s kocktavostí?	Počet	Počet v %
Ano	2	2, 20 %
Ne	87	95, 60 %
Neodpověděl(a)	2	2, 20 %
Celkem	91	100 %

Tabulka č. 14: Znáš mediálně známou osobnost s kocktavostí?



Graf č. 14: Znáš mediálně známou osobnost s kocktavostí?

Položka č. 15: Pokud jsi v předešlé č. 14 odpověděl(a) ANO, vzpomeneš si na jeho/ její jméno?

2 respondenti znali mediálně známou osobnost s kocktavostí, uvedli, že se jedná o zpěváka ze soutěže Česko Slovensko má talent – jeho jméno je Miroslav Sýkora ($n_1 = 2$, tj. 100 %).

Vzpomeneš si na jméno mediálně známé osoby s kocktavostí?	Počet	Počet v %
Miroslav Sýkora – vítěz ze show Česko Slovensko má talent	2	100
Celkem	2	100 %

Tabulka č. 15: Vzpomeneš si na jméno mediálně známé osoby s kocktavostí?



Graf č. 15: Vzpomeneš si na jméno mediálně známé osoby s koktavostí?

3. 5. 2 Diskuse k výzkumným předpokladům

Výzkumný předpoklad 1: Žáci 2. stupně ZŠ dokáží správně vysvětlit, co znamená narušená komunikační schopnost koktavost (balbuties).

Předpoklad byl potvrzen. Z celkového počtu 91 respondentů dokázalo pojem koktavost správně vysvětlit 50 žáků (87, 72 %). Popsali nám, že se jedná o neplynulou řeč (zasekávání, zadržávání v mluvení, někteří v dotazníku uváděli i „příklady“, kdy jedinec se například zasekává na začátku slova a vypadá to takto: a – a – a – auto a tak podobně).

Výzkumný předpoklad 2: Žáci 2. stupně ZŠ vědí, kam se může osoba s koktavostí docházet léčit.

Předpoklad byl potvrzen. Někteří žáci sice zakroužkovali více odpovědí, ale převaha byla správná, že jedinec s koktavostí se s narušenou komunikační schopností dochází léčit k logopedovi. Tuto odpověď uvedlo 70 respondentů (70 %). Souhlasíme s respondenty, že osoba s koktavostí může navštěvovat v rámci terapie i psychologa, ale to převážně z hlediska zaměření na psychiku a podobné obtíže, nás spíše zajímalo, kde dochází právě s narušenou poruchou řeči.

Výzkumný předpoklad 3: Žáci 2. stupně ZŠ by začlenili osobu s koktavostí mezi své kamarády.

Předpoklad byl potvrzen. Potěšilo nás, že by osobu s koktavostí začlenilo mezi své ostatní kamarády až 81 dotazovaných žáků (89, 01%). Zdá se, že mezi respondenty byli samí vstřícní a empatičtí jedinci, a že zde nepanují žádné předsudky o tak závažné narušené komunikační schopnosti.

Výzkumné šetření jsme zaměřili na postoje žáků 2. stupně základní školy k osobám s balbuties. Výzkumného šetření se zúčastnilo 91 respondentů ve věku 11 – 16 let.

Zajímalo nás, zda jedinci našeho šetření mají povědomí o jedné z nejdůležitějších narušených komunikačních schopností – koktavosti. Zjistili jsme, že naprostá většina respondentů dokáže správně pojem koktavost vysvětlit. Menší problémy nastaly v situaci, kdy žáci měli napsat, co koktavost způsobuje, mnozí žáci na otázku vůbec neznali odpověď a z dalších výpovědí jsme zjistili, že jsou často ovlivněni mýty společnosti, které o koktavosti kolují. Odborníkům také nebyla dlouhá léta etiologie koktavosti známá.

Respondenti si počínali ve výzkumu poměrně obstojně, téměř velká část z nich ví, že symptomy koktavosti se dají zmírnit. Přehled měli i v léčbě koktavosti, jednoznačně odpovídali, že osoby s koktavostí se dochází léčit k logopedovi. Dále nás zajímalo, s čím si respondenti myslí, že by lidé s touto narušenou komunikační schopností mohli mít největší obtíže. Zde nás také přesvědčili o informovanosti a uváděli nejčastěji odpověď při seznamování, na druhém místě uvedli objednání se po telefonu k lékaři.

Druhá část výzkumného šetření se přímo zaměřovala na postoje žáků k osobám s balbuties. 52 respondentů se již s touto poruchou řeči setkala ve svém okolí. Žáci nás ubezpečili, že by jim takováto vada v kamarádství nepřekážela a ani by se za osobu s koktavostí nestyděli, začlenění mezi své ostatní kamarády by jim také nečinilo žádné problémy.

Poslední část dotazníku se věnovala tématu mediálně známé osoby s koktavostí. V tomto případě žáci přehled o populárních lidech s koktavostí nemají, pouze 2 respondenti uvedli osobu, která v minulých letech vyhrála, soutěž Česko Slovensko má talent, a touto poruchou trpí, jedná se o zpěváka Miroslava Sýkoru.

Výzkumné šetření jsme hodnotili pozitivně. Máme radost, že žáci v letech 11 – 16 let znají tuto narušenou komunikační schopnost, vědí o ní některé další podrobnější souvislosti a hlavně nás potěšili tím, že by osoby s koktavostí nevyčleňovali ze svého kolektivu.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsme se snažili objasnit čtenářům problematiku narušené komunikační schopnosti – koktavosti (balbuties). Zabývali jsme se podrobněji terminologií, vymezili jsme různé členění klasifikací této poruchy řeči, snažili jsme se o přiblížení její etiologie, dále jsme uvedli souhrn symptomů, které jsou typické pro jedince s koktavostí. Poté jsme nahlédli do diagnostiky balbuties, kterou je nutné provádět komplexním způsobem, a naši první kapitolu práce jsme zakončili intervencí, tedy reedukací či terapií. V druhé části teorie jsme se zmiňovali o historických východiscích postavení osob s narušenou komunikační schopností, nabídli jsme zde členění dle etap, která se v literatuře uvádí, následně jsme objasnili diskriminaci osob s narušenou komunikační schopností - v minulosti to tito jedinci neměli vůbec jednoduché při začleňování do společnosti. Nakonec jsme se věnovali problematice předsudků a mýtů, které se poměrně ve velkém množství ve společnosti vyskytují.

Praktickou část jsme měli zaměřenou na výzkumném šetření – dotazníku, který se zabýval postoji žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties . Dotazníky nám vyplnili žáci 2. stupně ZŠ Šafaříkova ve Valašském Meziříčí. Jednalo se o žáky šesté, sedmé, osmé a deváté třídy ve věku 11 – 16 let. Celkem se nám zpět vrátilo 91 dotazníků. V dotazníku bylo 15 položek s otevřenými i uzavřenými odpověďmi. Zajímalo nás, zda žáci mají nějaké poznatky o narušené komunikační schopnosti – koktavosti. Zjistili jsme, že si žáci počínali poměrně slušně, většina z nich umí koktavost vysvětlit. Dále jsme se zamýšleli nad tím, co koktavost může způsobovat, velká část také věděla, kam se chodí jedinci s koktavostí léčit a zda se vůbec takový jedinec někdy může vyléčit. Druhá část dotazníku spočívala v postojích žáků k osobám s balbuties. Zde jsme se snažili zjistit, zda by respondentům vadilo mít za kamaráda osobu s koktavostí. Potěšilo nás, že 85 dotazovaným by tato skutečnost nevadila a nebránila by jim v kamarádství, dokonce by takového kamaráda začlenili i mezi své stávající přátele. Dále jsme zjišťovali, jestli by se za kamaráda s koktavostí styděli. Zde nám převážná většina také odpověděla, že by se nestyděla za kamaráda s koktavostí. Výzkumné šetření jsme zhodnotili tak, že jedinci 2. stupně ZŠ mají přehled o tom, co koktavost znamená, dokáží ji svými slovy definovat a především nás ubezpečili v kladných postojích k osobám s balbuties, za což jsme velmi rádi a moc nás těší, že děti nechtějí osoby s balbuties vyčleňovat ze svého okolí.

Myslíme si, že by tato práce mohla být přínosem lidem, kteří se chtějí dozvědět něco více o takto závažné narušené komunikační schopnosti, anebo třeba pomůže rodičům jedinců

s koktavostí, kteří se teprve o této poruše dozvídají vzhledem k diagnostikování koktavosti svého dítěte, a nyní je čeká nejspíše vyhledávání dostupných informací a literatury k problematice koktavosti, aby mohli například ke svému dítěti správně přistupovat či jej motivovat v následné intervenci. Práce by mohla případně posloužit i učitelům, kteří přijdou do styku s dítětem v rámci vzdělávání a nemají o dané problematice koktavosti žádné informace.

Seznam bibliografických citací:

1. CSÉFALVAY, Z a LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
2. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
3. FRASER, M. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-899-9.
4. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
5. KEREKRÉTIÓVÁ, A. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, 343 s. ISBN 9788022325745.
6. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
7. KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
8. LECHTA, V. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slov. pedagog. nakl, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
9. LECHTA, V. *Koktavost: komplexní přístup*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 231 s. ISBN 80-7178-867-8.
10. LECHTA, V. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010, 333 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
11. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
12. LECHTA, V. a KRÁLIKOVÁ, B. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 124 s. ISBN 978-80-7367-849-4.
13. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ- 10. REVIZE, *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
14. MICHALÍK, J. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními ..* Vyd. 1. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2013. ISBN 978-80-86532-29-5.

15. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Čtení o kochtavosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
16. REGEC, V. a STEJSKALOVÁ, K. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
17. ŘEPOVÁ, P. *Dítě a kochtavost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1766-0.
18. SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie: vysokoškolská učebnice pro posluchače pedagogických fakult*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978. Knižnice speciální pedagogiky.
19. SVOBODA, P. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3067-6.
20. ŠKODOVÁ, E a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
21. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
22. VÝROST, J. a SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kateřina Hášová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties
Název v angličtině:	Attitudes of Pupils 2nd Grade of Primary School for Persons with Stuttering
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá postoji žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties. Teoretická část se zabývá terminologií koktavosti, její klasifikací, etiologií, symptomatologií, diagnostikou a intervencí. Dále se věnuje postoji společnosti k osobám s narušenou komunikační schopností – historickými východisky postavení osob s narušenou komunikační schopností, diskriminací, předsudky a mýty. Praktická část se zabývá postoji žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties. K výzkumnému šetření jsme použili dotazníky.
Klíčová slova:	Koktavost; balbuties; narušená komunikační schopnost; postoje společnosti k osobám s narušenou komunikační schopností; postoje žáků 2. stupně ZŠ k osobám s balbuties
Anotace v angličtině:	My bachelor's thesis deals with attitudes of pupils second grade primary school to people with stuttering. The theoretical part deals with the terminology of stuttering, its classification, etiology, symptoms, diagnosis and intervention. It also discusses the attitude of society towards persons with impaired communication skills - historical bases of the status of persons with impaired communication skills, discrimination, prejudices and myths. The practical part deals with the attitudes of pupils second grade elementary school to people with stuttering. The research survey, we used questionnaires.
Klíčová slova v angličtině:	Stammer; impaired communication skills; the attitudes of society towards persons with impaired communication skills; attitudes of pupils 2nd grade of primary school for persons with stuttering
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	55 + anotace
Jazyk práce:	Český