



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



LOGOPEDICKÁ PÉČE A STIMULAČNÍ PROGRAMY

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R012 – Speciální pedagogika předškolního věku
Autor práce: **Andrea Lehoczká**
Vedoucí práce: Mgr. Barbora Hodíková



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Lehoczka**
Osobní číslo: **P12000438**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Logopedická péče a stimulační programy**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit, jaký je rozdíl v rozvoji řeči u dětí, které procházejí logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí, které procházejí logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. Komunikace dětí předškolního věku. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3008-0.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2007. Logopedie a surdopedie. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-136-2.
- KLENKOVÁ, J., 2006. Logopedie. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-110-9.
- KUTÁLKOVÁ, D., 2009. Průvodce vývojem dětské řeči. 5. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-598-7.
- KUTÁLKOVÁ, D., 2005. Logopedická prevence. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-056-9.
- KUTÁLKOVÁ, D., 2012. Rozvoj výslovnosti dětí v předškolním věku. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 978-80-7216-301-4.
- LECHTA, V., 2011. Symptomatické poruchy řeči. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LIPNICKÁ, M., 2013. Logopedická prevence v mateřské škole. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0381-0.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. 2007. Klinická logopedie. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Barbora Hodíková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

23. dubna 2014


Termín odevzdání bakalářské práce:

24. dubna 2015



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 22. 4. 2015

Podpis: *Yehocela' Andrea*

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Barboře Hodíkové, za její odborné vedení, věcné připomínky a pomoc při tvorbě bakalářské práce. Poděkování patří také paní PhDr. Janě Votápkové za užitečné rady a osobní přístup při psaní bakalářské práce. Děkuji všem, kteří vyplnili dotazník určený k průzkumu.

Anotace

Bakalářská práce porovnávala rozvoj řeči u předškolních dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. Teoretická část zpracovávala vývoj řeči, jednotlivé druhy narušené komunikační schopnosti, mapovala organizace poskytující logopedickou péči v České republice a podávala přehled o používaných stimulačních programech. Data pro empirickou analýzu pocházela z elektronického dotazníkového šetření. Dotazníky byly určeny logopedům, popřípadě učitelkám v mateřských školách, poskytující dětem logopedickou péči. Jako vzorek bylo použito 40 předškolních dětí. Výsledky poukázaly na přínos stimulačních programů v logopedii, kdy děti procházející stimulačními programy vykazovaly lepší výsledky ve všech zkoumaných oblastech - v oblasti artikulace, reprodukce textu, v oblasti zrakového i sluchového vnímání a slovní zásoby.

Klíčová slova:

Řeč, jazykové roviny, narušená komunikační schopnost, vývojová dysfázie, afázie, dyslalie, dysartrie, koktavost - balbuties, breptavost - tumultus sermonis, palatolalie, rinolalie, mutismus

Annotation

The undergraduate thesis was compare development of speech and related qualities of children undergoing speech therapy with and without stimulation programs in the Czech Republic. The theoretical part of the thesis was describe the development of speech since birth, it lists possible disorders, maps institutions providing logopedic care in the Czech Republic and provides an overview of stimulation programs available in the Czech Republic. Data for the empirical analysis came from an electronic survey targeted at speech therapists and kindergarten teachers providing speech therapy. A total of 40 observations/children were analyzed. The results of the analysis promote stimulation programs as an efective tool for speech therapy. The children undergoing stimulation programs as a part of speech therapy report better results in all areas analyzed – articulation, text reproduction, vocabulary, both auditorial and visual perception.

Keywords:

Speech, language level, communication disorder, developmental dysphasia, aphasia, speech articulation disorder, dysarthria, Balbutismus, Tumultus sermonis, palatolalie, rinolalie

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	11
1 Vývoj řeči.....	11
1.1 Přípravné období řeči.....	11
2 Vlastní vývoj řeč.....	12
3 Jazykové roviny.....	13
4 Opožděný vývoj řeči.....	14
5 Narušený vývoj řeči.....	14
6 Narušená komunikační schopnost.....	14
6.1 Vývojová dysfázie.....	15
6.2 Afázie.....	15
6.3 Dyslalie.....	16
6.4 Dysartrie.....	16
6.5 Koktavost - Balbuties.....	17
6.6 Breptavost – Tumultus sermonis.....	17
6.7 Palatolalie.....	18
6.8 Rinolalie.....	18
6.9 Mutismus.....	19
7 Logopedická péče.....	20
7.1 Resort zdravotnictví.....	20
7.2 Resort školství.....	21
7.3 Resort práce a sociálních věcí.....	21
8 Stimulační programy.....	22
8.1 Maxík.....	22
8.2 Metoda dobrého startu.....	23
8.3 HYPO.....	24
8.4 KUPOZ.....	25
8.5 KUPREV.....	25
8.6 KUMOT.....	25
8.7 Trénink sluchového uvědomění.....	26
Praktická část.....	27
9 Cíl praktické části.....	27
10 Stanovení předpokladů průzkumu.....	27
11 Použité metody.....	27
12 Shrnutí výsledků praktické části.....	47
13 Závěr.....	48
14 Navrhovaná opatření.....	49
15 Seznam použitých zdrojů.....	50
16 Seznam příloh.....	53

Seznam ilustrací

Ilustrace 1: Graf umístění mateřské školy.....	30
Ilustrace 2: Graf formy logopedické péče v mateřské škole.....	31
Ilustrace 3: Graf vzdělanosti osob poskytujících logopedickou péči.....	32
Ilustrace 4: Graf počtu let praxe osob poskytujících logopedickou péči.....	33
Ilustrace 5: Graf věku dítěte procházejícího logopedickou péčí.....	34
Ilustrace 6: Graf pohlaví dítěte procházejícího logopedickou péčí.....	35
Ilustrace 7: Graf diagnostikované logopedické vady u dítěte.....	36
Ilustrace 8: Graf využívání stimulačních programů.....	37
Ilustrace 9: Graf pohyblivosti jazyka.....	38
Ilustrace 10: Graf pohyblivosti rtů.....	39
Ilustrace 11: Graf rytmičtosti slov.....	40
Ilustrace 12: Graf reprodukce písně či básně.....	41
Ilustrace 13: Graf poskládání obrázku.....	42
Ilustrace 14: Graf rozlišení shodného obrázku.....	43
Ilustrace 15: Graf rozlišení rozdílného obrázku.....	44
Ilustrace 16: Graf určení hlásky na začátku slova.....	45
Ilustrace 17: Graf určení hlásky na konci slova.....	46
Ilustrace 18: Graf slovní zásoby dítěte.....	47
Ilustrace 19: Graf popisu obrázku.....	48

Úvod

V téměř každé mateřské škole je dětem poskytována logopedická péče. Řeč bez logopedické vady se dnes vyskytuje čím dál méně. Velký vliv mají, mimo jiné, informační technologie, které jsou upřednostňovány před čtením a komunikací mezi lidmi, členy rodiny. Bohužel dnešní doba přinášející nespočet možností a technických vymožeností nutí nejednoho rodiče dítěti pustit pohádku v televizi nebo ho nechat hrát na počítači. Důležité je si s dětmi číst pohádky, o kterých si mohou rodiče s dětmi povídat. Čtením se dětem formuje jejich vlastní návyk a potřeba číst v období dospělosti. Čtení prospívá dítěti jak ve všestranném emocionálním vývoji, tak v rozvoji myšlení, slovní zásoby, paměti a v neposlední řadě řeči. Od schopnosti správně užívat jazyk a řeč se odvíjí komunikace, tedy výměna informací mezi lidmi. Člověk s vadou řeči může trpět problémy v oblasti mezilidských vztahů, socializace. Tyto problémy mohou u dítěte vyústit až ve školní neúspěšnost, šikanu či jiné psychické problémy. Podobné je to u dospělých lidí s vadou řeči, u kterých může dojít také k sociálnímu vyčlenění. Proto je důležitá správná logopedická péče. Na logopedickou péči a stimulační programy se bakalářská práce zaměří.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký je rozdíl v rozvoji řeči u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. V bakalářské práci jsou stanoveny tři hypotézy.

1. Lze předpokládat, že děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy budou vykazovat lepší výsledky v oblasti sluchového vnímání, to znamená určení hlásky na začátku a na konci slova, jelikož stimulační programy se zaměřují na procvičování oblasti sluchového vnímání
2. Lze předpokládat, že děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy budou lépe rytmizovat, než děti procházející logopedickou péčí bez stimulačních programů, jelikož stimulační programy se zaměřují na rytmizaci a některé stimulační programy pracují s písní.
3. Lze předpokládat, že ze stimulačních programů bude nejčastěji využíván program Maxík. Při předběžném dotazování bylo zjištěno, že nejvíce je

využíván program Maxík.

Data pro empirickou analýzu pocházejí z elektronického dotazníkového šetření. Dotazníky vyplní logopedi, popřípadě osoby poskytující dětem logopedickou péči v mateřských školách. Jako vzorek bude použito 40 předškolních dětí, z nichž bude 50 % dětí procházet logopedickou péčí a stimulačními programy a 50 % dětí logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářská práce zpracovává vývoj řeči a charakteristiku jednotlivých období ve vývoji řeči. Navazuje přehled druhů logopedické péče a stimulačních programů. Praktická část je věnována průzkumu, jehož provedením budou předpoklady bakalářské práce naplněny či vyvráceny. Na závěr praktické části jsou výsledky analýzy shrnuty a jsou vytyčeny cíle pro další výzkum.

Teoretická část

„To, čím se liší člověk od zvířat, jest rozum a řeč. První má pro svou vlastní potřebu, druhé pro bližní, proto má o to oboje stejně pečovati, aby měl jak mysl, tak z mysli pocházející hnutí úd, tedy i jazyk co nejvybroušenější.“ J. A. Komenský.

1 Vývoj řeči

Lechta (2003, s.60) definuje řeč jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém za účelem komunikačního záměru. Řeč je biologickou lidskou vlastností, pomocí které se lze dorozumívat. Člověk se nerodí s hotovou řečí, má pouze vrozené předpoklady se řeč naučit. Řeč je proces výměny informací. Jde o verbální prostředek komunikace. Rozlišuje se také nonverbální komunikaci, do které patří haptika, gesta, mimika, proxemika, apod.

1.1 Přípravné období řeči

Dítě si nejprve osvojuje sání, polykání a žvýkání, důležité pro další vývoj řeči. Poté připravuje svá mluvidla na řeč, když dává do pusy a „cucá“ různé předměty. Provádí tím gymnastiku mluvidel a procvičuje mluvní orgány.

V kojeneckém období bývá považován za hlavní komunikační prostředek **pláč**, který se stává účinným prostředkem k dosažení pozornosti matky, její péče apod. Pláč má měkký hlasový začátek. Kolem šestého týdne nabývá pláč tvrdého hlasového začátku a přechází ve **křik**. Jedná se o hlasový reflex, kterým dítě reaguje na změnu prostředí, teplotu okolí nebo hlad. Dítě jím vyjadřuje nelibost či odpor. Křikem reaguje na různé situace. Nejdříve je křik krátký a dítě nedokáže ovládat jeho výšku, tón. Později, mezi druhým a třetím měsícem, nabývají hlasové projevy kladného zabarvení a dítě tímto zvukem vyjadřuje libé pocity. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 54) uvádějí, že ve třech měsících je křik méně častý, dítě začíná vydávat první hlásky, které budou později součástí jeho řeči. Dítě si hraje s hláskami, houká a vydává různé bublavé, hrdelní zvuky. Lze u něj pozorovat **broukání**.

U novorozence se objevuje úsměv, který lze považovat za vrozený mimický

pohyb. Tento pohyb je později vystřídán úsměvem na podnět (Bytešníková 2012, s. 12).

V období 3. až 4. měsíce dítě vyhledává komunikaci. Důležité je dodržovat zásady komunikace. V tomto období dítě vykonává podobné pohyby s mluvídky jako při příjmu potravy, ale navíc je doprovází hlasem. Jde o jakousi hru s mluvídky, tzv. **žvatlání**. Ve čtvrtém až šestém měsíci dítě pozorněji reaguje na známé hlasy.

Kolem 9. a 10. měsíce vydává dítě echolalii. Postupně napodobuje zvuky ze svého prostředí. Je zapojena sluchová a zraková kontrola. Při sluchové kontrole lze rozpoznat sluchovou vadu u dítěte, jelikož neslyšící děti postupně přestávají žvatlat.

Dítě začíná postupně **rozumět** mluvené řeči, nejčastěji kolem 10. měsíce věku. Sleduje nejbližší osoby při komunikaci, všímá si gestikulace a mimiky mluvící osoby. Jako první vnímá melodii řeči a dovede ji nejlépe napodobit, poté napodobuje hlásky (Bytešníková 2012, s. 12; Klenková 2006, s. 35).

Klenková (2006, s. 35) říká, že „*V tomto období dítě ještě nechápe obsah slov, ale slyšené zvuky asociuje s vjemem či představou konkrétní situace, která se často opakuje.*“ Přibližně v období jednoho roku věku dítě používá 2-3 smysluplná slova, která jsou výrazy pocitů a přání. Toto **stadium** je nazýváno **emocionálně-volní**. Je důležité neverbální požadavky dítěte komentovat jednoduchou řečí a nespokojit se pouze s ukazováním na požadovanou věc.

2 Vlastní vývoj řeč

V roce a půl až dvou letech věku dítěte nastává **egocentrické stadium**. Dítě objevuje mluvení jako činnost, opakuje slova a napodobuje dospělé osoby. Nastupují otázky „Co je to?“, „Kdo je to?“. Dítě začíná užívat dvouslovné věty, nemají však správnou gramatickou strukturu (Bytešníková 2012, s. 19).

Kolem druhého roku věku dítě přechází do **stadia asociačně-reprodukčního**. Slova nabývají pojmenovací funkci. Dítě označuje různými výrazy konkrétní osoby a jevy ve svém okolí. Tato označení poté přenáší na jevy, osoby podobné. Dítě reprodukuje jednoduché asociace (Bytešníková 2012, s. 19).

Ve třech letech by už dítě mělo umět pojmenovat předměty denní potřeby

a orientovat se v časových pojmech. Všeobecná označení se stávají obecnými, jde o **stadium logických pojmů**.

Mezi 3-4 rokem věku dítě vyslovuje formálně i obsahově správné věty (myšlenky). Nastává **stadium intelektualizace řeči**. Klenková (2006, s. 37) uvádí, že toto stadium se „*týká kvantitativní stránky osvojování nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov a gramatických forem, rozšiřování slovní zásoby.*“

3 Jazykové roviny

Dvořák (in: Bytešníková 2012, s. 72) definuje jazykové roviny jako „*určitý dílčí systém jazyka charakterizovaný specifickými základními jednotkami. V řeči rozlišujeme čtyři jazykové roviny.*“

Lexikálně sémantická rovina zahrnuje rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby. Pasivní se vyvíjí již kolem 10. měsíce věku dítěte. Aktivní slovní zásoba přibližně v jednom roce věku dítěte. První slova jsou chápána všeobecně. Dorozumívání je stále na úrovni pohledů, pohybů, mimiky či pláče. Časté jsou otázky „Co je to?“, „Kdo je to?“, „Proč?“, „Jak?“ Nejprudší nárůst slovní zásoby je asi ve třech letech věku dítěte. Je to přibližně 1000 slov, ve čtyřech letech 1500 slov, v pěti letech 2000 slov. Dítě ve věku šesti let má slovní zásobu kolem 2500-3000 slov (Bytešníková 2012, s. 72; Klenková 2006, s. 38-39).

V **morfologicko-syntaktické** rovině se sleduje hlavně gramatická správnost vět a slov v mluvním projevu. Dítě si osvojuje gramatiku mateřského jazyka napodobováním mluvního vzoru. Slyšené si pamatuje a poté samo přenáší do své řeči.

Foneticko-fonologická rovina je zaměřena na zvukovou stránku řeči. Za nejdůležitější je považováno období přechodu z pudového žvatlání na napodobivé. Záleží na individuálních vlastnostech dítěte a na vlivu sociálního prostředí (Bytešníková 2012, s. 72).

V **pragmatické** rovině jde především o schopnost užívat adekvátní komunikační záměry v běžném komunikačním systému. Udržet téma, dialog, užívat pravidla dialogu, je zapojena také nonverbální komunikace (Bytešníková 2012,

s. 72).

Je-li narušena jedna nebo více jazykových rovin současně, dochází k narušené komunikační schopnosti. Je podstatné odlišit narušenou komunikační schopnost od opožděného vývoje řeči a od narušeného vývoje řeči.

4 Opožděný vývoj řeči

O opožděný vývoj řeči jde tehdy, nemluví-li dítě ve 3 letech, nebo mluví-li výrazně méně než vrstevníci. Vždy je nutné hledat příčiny a zajistit odborná vyšetření, která vyloučí zrakovou nebo sluchovou vadu, poruchu intelektu, autismus či vadu mluvních orgánů u dítěte (Klenková, 2006, s. 66).

Dle Bytešnickové (2012, s. 35) je důležité, aby dítě samostatně projevovало snahu komunikovat. V dalším průběhu, s pomocí cílené stimulace a podmínek pro rozvoj řeči, se řeč obvykle vyvine.

Opožděný vývoj řeči má dopad na rozvoj psychických a rozumových schopností dítěte a na oblast sociálních vztahů. Dítěti, které nemluví, jeho vrstevníci nerozumí a vyhýbají se kontaktu s ním.

5 Narušený vývoj řeči

K narušenému vývoji řeči dojde tehdy, je-li poškozena jedna nebo více oblastí vývoje řeči u dítěte. Záleží na jeho vrozených předpokladech pro řeč, vyzrálosti centrálního nervového systému, uspokojivém intelektu a celkovém prostředí ve kterém dítě žije a je vychovááno (Klenková 2006, s. 63). Narušený vývoj řeči působí negativně na formování osobnosti dítěte. Může být symptomem jiného postižení.

Bytešnicková (2012, s. 72) uvádí, že *„na rozdíl od získaných poruch, které postihují řeč již vyvinutou, se jedná o postižení řeči nevyvinuté nebo řeči, jež je v počátcích svého vývoje.“*

6 Narušená komunikační schopnost

Při diagnostice narušené komunikační schopnosti je důležité zvážit jazykové prostředí, ve kterém jedinec žije, také jeho individuální zvláštnosti, jakými mohou být tempo řeči, výslovnost, nosovost apod. Za narušenou komunikační schopnost dle Klenkové (2006, s. 52) není považována např. fyziologická dyslalie či nemluvnost.

Nejčastěji užívaná definice narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro narušení nejtypičtější (Klenková, 2006, s. 55) :

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

6.1 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie je specificky narušení vývoj řeči, ke kterému došlo při vývinu centrální nervové soustavy a který se projevuje ztíženou schopností naučit se komunikovat i když podmínky pro rozvoj řeči jsou optimální. Důležité je zejména podnětné prostředí. Jde tedy o centrální poruchu řeči, která může být podmíněna vrozenou řečovou slabostí. Etiologické faktory mohou být genetické, vrozené nebo získané. Narušeny jsou všechny jazykové roviny. Dle Obereignera (2013, s. 31) „*dítě vnímá řeč dospělých, ale nepřesně, nebo nedostatečně ji rozumí.*“

Škodová a Jedlička (2003, s. 108) uvádějí příznaky v mnoha oblastech. Jde o nerovnoměrný vývoj, narušení sluchového a zrakového vnímání, nebo motorických funkcí, laterality, paměti či orientace v prostoru.

6.2 Afázie

Jde o získané narušení komunikační schopnosti v důsledku poškození centrálního nervového systému. Příčinami vzniku mohou být cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory nebo různé encefalitidy. Poškození postihuje již plně vyvinutou řeč. Při afázii dochází k ložiskovým poškozením mozku.

Celkový obraz afázie záleží na tom, o jaké organické poškození centrální nervové soustavy se jedná, na lokalizaci, rozsahu poškození a věku jedince.

Russell (2009, s. 235) definuje afázii jako postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, projevující se rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, řečové produkce, čtení a psaní. Mezi projevy řečových poruch afázie patří řečová plynulost - prázdná řeč, věta má nulovou hodnotu. Je zasažena mluva, artikulace, prozódie. Vznikají parafráze, neologismy, agramatismus, stereotypizace, echolalie, anomie. Člověk s afází má problémy porozumět mluvené řeči (Obereingner 2013, s. 77).

6.3 Dyslalie

Dyslalie je porucha artikulace, kdy je vyslovována nesprávně určitá hláska, nebo více hlásek současně, řeč je tzv. patlavá.

Mezi nejčastější příčiny vzniku patří vlivy dědičnosti, porucha centrální nervové soustavy, poruchy sluchu, zraku a neopomenutelné vlivy prostředí, do kterých patří špatný mluvní vzor. Dítě hlásky vynechává, zaměňuje, nahrazuje, nebo je tvoří chybně. Poruchy se projevují v plynulosti, tempu, přízvuku, melodii a rytmu řeči.

Podle Lechty (2003, s. 169-170) patří dyslalie z hlediska výskytu mezi nejčastěji se vyskytující narušení komunikačních schopností. „*Dyslalie v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.*“

Porucha se tak projevuje na fonetické úrovni vynecháváním, zaměňováním, nahrazováním nebo nepřesným vyslovováním hlásek. Na fonologické úrovni v plynulé řeči, při používání elementárních řečových zvuků ve spojování do slabik, slov a vět, které jsou základem další lingvistické úrovně řeči, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické (Bytešníková 2012, s. 41-42).

6.4 Dysartrie

U dysartrie jde o narušení artikulace jako celku a motorické realizace jazyka vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy.

Je narušeno tempo řeči a síla hlasu, jsou přítomny poruchy respirace, fonace, rezonance a prozódie. Dochází k narušení činnosti svalstva rtů, jazyka a čelistí. *„Dysartrie a anartrie (neschopnost verbálně komunikovat) mohou vzniknout v kterémkoli období života člověka (Klenková, 2006, s. 117).*

Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy, které vznikly na počátku vývoje organismu organickým poškozením centrální nervové soustavy dítěte. Nejčastěji je spojována s dětskou mozkovou obrnou. Mezi příčiny dále patří úrazy matky v těhotenství, různé infekce, poškození mozku apod.

Získaná dysartrie může vzniknout v důsledku traumat či poškození centrální nervové soustavy, úrazů hlavy, degenerativního onemocnění nebo mozkových příhod (Škodová, Jedlička 2003, s. 306).

6.5 Kocktavost - Balbuties

Nejnápadnějším příznakem kocktavosti jsou nedobrovolné a nekontrolovatelné pauzy při projevu. Jsou doprovázeny nadměrnou námahou a psychickou tenzí jedince. Jde o komplexní syndrom zasahující všechny jazykové roviny.

Mezi vnější projevy patří zvýšené napětí svalů mluvních orgánů, opakování slabik, mimovolní pohyby, různé křeče, grimasy, vegetativní změny (zrudnutí, zblednutí).

Vnitřními projevy jsou stres, strach z mluvení, bušení srdce, nadměrné pocení při projevu.

Jako nejčastější příčina bývá uváděna dědičnost, která může být ovlivněna vrozenou řečovou slabostí. Další příčinou mohou být negativní vlivy sociálního prostředí, například neurotizace v rodině, psychotraumata nebo syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Dále to jsou orgánové příčiny či poruchy sluchu.

Lašťovka (1999. s. 16) uvádí, že k prvním projevům kocktavosti dochází nejčastěji v dětství a to mezi 3.-5. rokem věku dítěte.

6.6 Breptavost – Tumultus sermonis

Je to narušená komunikační schopnost, kterou si jedinec neuvědomuje. Zasahuje percepci, artikulaci i formulaci myšlenek. Dochází k narušení myšlenkových procesů. Tempo řeči je rychlé a nerovnoměrné. Působí i na psaní, čtení, rytmus, chování nebo hudebnost. Mezi příčiny patří hlavně dědičnost, organický či neurotický podklad.

Škodová a Jedlička (2003, s. 288-289) uvádějí, že symptomy breptavosti jsou ve velké míře podobné symptomům ADHD (porucha pozornosti a hyperaktivity). „*Pacienti s tumultem mají až v 50 % pozitivní EEG (vyšetření elektroencefalogramem) nález.*“ Častý je u pacientů motorický neklid.

Symptomy breptavosti se dle Klenkové (2006, s. 171) týkají obsahu výpovědi (bezobsažná řeč), formy výpovědi (gramatická nesprávnost) a substance výpovědi (rychlé a nepravidelné tempo řeči, opakování hlásek).

6.7 Palatolalie

Při palatolalii jde o narušení komunikační schopnosti v důsledku orofaciálního rozštěpu. Neznamená to však, že všichni jedinci s orofaciálním rozštěpem budou mít palatolalickou řeč.

U palatolalie se jedná o narušení všech jazykových rovin a expresivní i receptivní složky řeči (Kerekrétiová 2008. s. 13).

Sovák (in: Lechta, 2003, s. 118) definuje palatolalii jako poruchu řeči, doprovázející rozštěp patra. Jde o vývojovou vadu, kdy se řeč vyvíjí na vývojově chybném základě. Jde o důsledek orgánového defektu. Dle Klenkové (2006, s. 138) obličejové rozštěpy vznikají zadržáním časného embryonálního vývoje struktur, z nichž by se později vyvinuly rty, čelist, tvrdé a měkké patro.

Příčiny vzniku lze rozdělit na endogenní a exogenní. Endogenní příčinou je dědičnost (vady genů) a exogenní příčinou mohou být různé infekce matky, působení škodlivin na plod, poruchy ve výživě plodu, působení chemických a toxických látek. Škodová a Jedlička (2003, s. 229) považují za hlavní symptom palatolalie otevřenou rinolalii, nesprávnou artikulaci a poruchy mimiky.

6.8 Rinolalie

Je to narušení komunikační schopnosti postihující zvuk řeči a artikulaci. Řeč je huhňavá a často i špatně srozumitelná.

Dochází k narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance a důsledkem je porucha zvuku řeči. Rinolalie postihuje také artikulaci.

Hypernazalita (zvýšená nosovost, otevřená huhňavost). Je charakteristická silným nosním zabarvením všech orálních hlásek, způsobeným spojením ústní a nosní dutiny při produkci nosovek a orálních hlásek. Artikulační proud směřuje do úst, místo do nosu. Příčiny otevřené huhňavosti mohou být orgánové, funkční, vrozené a získané (Lechta, 2003, s. 100).

Hyponazalitu (snížená nosovost, zavřená huhňavost). Jde o překážky v dutině nosní, které se staví do cesty výdechovému proudu. Vzniká „rýmový“ zvuk řeči. Mezi další symptomy patří omezené dýchání nosem s následným dýcháním ústy a poruchy čichu. Často jako následek orgánových změn. Příčiny jsou orgánové a funkční. Se zavřenou rinolalií souvisí, mimo jiné, zvětšená nosní mandle. Dítě se zvětšenou nosní mandlí dýchá stále pusou, v noci chrápe. Odstranění nosní mandle je většinou ambulantní zákrok v krátkodobé narkóze. Důležité je, aby po zákroku následoval nácvik dýchání nosem, teprve poté lze nacvičovat správnou výslovnost způsobem přiměřeným věku dítěte (Kutálková 2010, s. 28).

Při **smíšené huhňavosti** (rinolalia mixta) dochází ke kombinaci otevřené a zavřené huhňavosti v různém poměru. Na základě působení jednotlivých příčin a různé míry jejich vzájemné kombinace se vyskytují symptomy otevřené a zavřené huhňavosti ve vzájemném poměru (Bytešníková 2012, s. 61).

6.9 Mutismus

Jde o ztrátu schopnosti verbálně komunikovat, tzv. oněmnění. Jako symptomy bývají nejčastěji uváděny funkční ztráta řeči, odmítání mluvní komunikace, útlum řeči ze strachu nebo mlčení ze studu. Mutismus může vzniknout náhle jako reakce na psychotraumata či přetěžování dítěte.

Elektivní mutismus

Je primárně psychogenně podmíněn. Vzniká v dětském, nejčastěji v předškolním věku. Je to obranný mechanismus, který je reakcí na různá traumata, stresující zážitky, situace. Příčinou může být i nesprávná výchova rodičů, jejich agresivní chování či syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Postižený mutismem nemůže mluvit, i když by chtěl. Dítě nemusí, z různých důvodů, mluvit na určitém místě, či v určité situaci. Jako faktor vyvolávající elektivní mutismus bývá uváděn například začátek školní docházky.

Škodová a Jedlička (2003, s. 205) uvádějí, že je obtížné a komplikované rozlišit mutismus s negativismem, který je vědomý a vůlí kontrolovatelný. Při mluvním negativismu dítě mluvit může, ale nechce. Na rozdíl od mutismu, kdy dítě mluvit chce, ale v určitých situacích a prostředí nemůže.

7 Logopedická péče

První signál, že řeč dítěte není v pořádku, by měl přijít, kromě rodičů, od učitelek v mateřské škole nebo od pediatra. Rodiče si často neuvědomí, že řeč jejich dítěte není taková, jaká by měla být. Jedním z důvodů může být to, že jsou s dítětem v neustálém kontaktu, jeho řeč chápou jako přirozenou a nemají srovnání s ostatními dětmi, vrstevníky. Sami také mohou mít vadu řeči.

Logopedickou péči v mateřských školách poskytují nejčastěji logopedky. Přebíhá individuální forma. Komplexní logopedická péče zahrnuje nejen správnou gymnastiku mluvidel a artikulaci, ale je zaměřena také na oblast sluchového vnímání, zrakového vnímání, grafomotoriky, slovního projevu, dechových cvičení nebo rytmizace. Každá oblast se dá procvičovat různými činnostmi.

V oblasti sluchového vnímání, se lze zaměřit na napodobování rytmu, děti mohou určovat první a poslední hlásku ve slově. Zrakové vnímání se dá rozvíjet tak, že dítě porovnává dva stejné a odlišné obrázky, skládá rozstříhané obrázky, popisuje, co vidí na obrázku. Oblíbená je u dětí hra „Pan Čáp ztratil čepičku“, kdy vyhledávají jednotlivé barvy. Dají se třídit předměty dle jejich vlastností (velké, malé, modré,...).

Grafomotoriku lze cvičit kreslením různých linek, kruhů, vlnovek apod. Patří sem také spontánní kresba dítěte, pozoruje se správné držení pastelky, vyvinutý tlak při kreslení, rozložení obrázku na stránku, výběr barev, správné sezení dítěte při psaní. Dítě by mělo mít slovní zásobu přiměřenou jeho věku. Nejúčinnějším nástrojem k rozvoji této dovednosti slouží bezesporu čtení pohádek a příběhů,

V České republice je logopedická péče pro osoby s narušenou komunikační schopností poskytována ve třech resortech. V resortu zdravotnictví, školství a resortu práce a sociálních věcí.

7.1 Resort zdravotnictví

V resortu zdravotnictví působí logoped a klinický logoped. Provádějí diagnostickou, terapeutickou, ale i preventivní činnost. Logoped a klinický logoped mohou působit v různých logopedických poradnách, nebo i v soukromé klinice.

Logoped je absolvent studia logopedie se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Neprovozuje privátní praxi, působí pod supervizí klinického logopeda.

Klinický logoped je absolvent studia logopedie se státní závěrečnou zkouškou. Po splnění dalších podmínek (atestace) může působit samostatně.

Svou činnost mohou provádět na logopedických pracovištích jako jsou oddělení foniatry, pediatrie, nebo i denní stacionáře (Škodová, Jedlička 2003, s. 47).

7.2 Resort školství

V resortu školství působí především poradenští psychologové, kteří provádějí psychologickou diagnostiku, depistáž, poradenství, vypracovávají individuální vzdělávací plán, určují metody reedukace či kompenzace.

Nejvhodnější by bylo, kdy ve školách vykonával individuální logopedickou péči třídní učitel českého jazyka s logopedickou kvalifikací.

Pro dítě s narušenou komunikační schopností jsou zřizovány logopedické třídy při mateřských školách, mateřské či základní školy logopedické. Stále častěji dochází k postupné integraci dětí s narušenou komunikační schopností do běžných mateřských či základních škol.

Ve školství by měl působit speciální pedagog, logopedický preventista a logopedický asistent (Škodová, Jedlička 2003, s. 46).

7.3 Resort práce a sociálních věcí

Resort práce a sociálních věcí zabezpečuje péči o jedince s mentálním, duševním, tělesným, nebo smyslovým postižením. Logopedická činnost je součástí komplexní péče o tyto jedince. Je prováděna diagnostika, terapie, reedukace či kompenzace. Je využíván alternativní a augmentativní komunikační systém. Pokud je to možné, dochází k integraci dětí s narušenou komunikační schopností do běžných mateřských či základních škol (Škodová, Jedlička 2003, s. 48).

8 Stimulační programy

Stimulační programy jsou programy, jejichž účelem je stimulovat děti v různých oblastech potřebných pro jejich správný vývoj. U každého programu je nezbytná spolupráce rodičů a dětí. Programy se zaměřují hlavně na procvičování všech potřebných dovedností pro správný a všestranný rozvoj dítěte. Připravují dítě na výkon školní docházky. U dětí se plněním úkolů v programech tvoří povědomí o zodpovědnosti za plnění jejich povinností, což se uplatní převážně ve škole, ale i v životě. Stimulační programy předcházejí školní neúspěšnosti. Následovat budou charakteristiky jednotlivých programů.

8.1 Maxík

Stimulační program pro předškoláky a děti s odloženou školní docházkou. Autorkami jsou Mgr. Pavla Bubeníčková a PaedDr. Zdeňka Janhubová.

Maxík je stimulační program pro předškolní děti a děti s odloženou školní docházkou. Do tréninku jsou zařazeni děti, rodiče i učitelé (lektoři). Je zdůrazněna potřeba pravidelného režimu, uvědomělého sezení dítěte, jasného a srozumitelného zadávání pokynů dospělým. Důležitá je zpětná vazba, jak dítě pokynům porozumělo. Vytýčí se pravidla, která se budou dodržovat. Je vyžadována důslednost při kontrole plnění úkolů. Důležitý je přístup a způsob vedení ze strany dospělého, který zná diagnostiku dítěte. Uplatňuje laskavý přístup, vyhýbá se stresovým situacím

a negativnímu hodnocení dítěte.

Obvykle je celkem 15 lekcí, které jsou zaměřeny na:

- nácvik nových pohybových stereotypů
- rozvoj komunikační dovednosti
- oblast zrakovou
- oblast sluchovou
- oblast prostorové orientace
- oblast intermodality
- oblast seriality

Celý program je koncipován tak, aby byla posilována i oblast grafomotorická, percepční a motorická (Maxík stimulační program pro děti 2015).

První lekce je věnována seznámení dítěte s lektorem. S dítětem se provede orientační test školní zralosti, ze kterého se vyvodí potřebné údaje.

Každá lekce obsahuje 3 úkoly, které dítě doma s rodiči plní po dobu 14 dnů až měsíce.

První úkol je zaměřen na pohyb – správné držení těla, spolupráce pravé a levé hemisféry. Další je grafomotorika, kdy se lektor u dítěte zaměří na správné držení tužky nebo správné sezení při psaní. Třetí úkol se věnuje percepci – sluchová, zraková oblast, oblast seriality a intermodality.

Úkoly se stále opakují, ale zvyšuje se náročnost. Procvičováním stále stejné oblasti dochází k zafixování těchto dovedností v mozku dítěte.

Výsledkem je připravenost dítěte na zátěž školní docházky. Děti jsou koncentrovanější, samostatnější a obratnější (Vzdělávací centrum pro spokojené děti 2015).

„Maxík rozvíjí všechny potřebné oblasti pro začátek čtení a psaní. Podporuje předmatematické představy a logické myšlení. Pomáhá nácviku správného držení psacího náčiní, podporuje uvolnění ruky pro zvládnutí psaní. Ovlivňuje nárůst slovní zásoby a rozvíjí celkovou koordinaci pohybů dítěte (Šaureová a kol., 2012, s. 142).“

8.2 Metoda dobrého startu

Metoda dobrého start (MDS) vznikla již na počátku 20. století. Vychází z metody Bon Départ vypracované během 2. světové války, Holanďankou Theou Burnet, která původně sloužila k léčbě získaných poruch hybnosti.

Zabývá se otázkou vztahu mezi psychikou a motorikou, která je chápána jako spojení poznávacích procesů a motoriky v jeden celek za účasti emocionální sféry (Základní a mateřská škola Ropice 2015).

Cvičení MDS aktivizují rozvoj dětí s normální psychomotorickou funkcí. U dětí s poruchami vývoje upravují nepravidelně se rozvíjející funkce.

Je určena předškolním dětem, dětem s odkladem školní docházky, dětem 1-2 třídy, dětem se specifickými poruchami učení až do 12 let (Život začít 2015).

„Metoda dobrého startu sleduje rozvoj psychomotoriky ve všech aspektech v součinnosti se sférou emocionálně motivační a sociální.“ Metoda je rozpracována do 25-ti lekcí (Swierkoszová 2006, s.59).

V metodě dobrého startu se pracuje s písni. Podporuje se učení hrou. Nejprve se s dítětem o písni povídá, přičemž se uplatňuje rozvoj řeči a myšlení. Poté dítě píseň pohybově ztvární, při této činnosti si lektor všímá hlavně vnímání pohybu těla, jemné i hrubé motoriky, orientace v prostoru.

Poslední část cvičení metody dobrého startu směřuje k sluchové percepci – rytmizaci, pravolevé orientaci. Důraz je kladen také na koncentraci pozornosti, zrakové vnímání. Děti si na závěr dokreslují, obkreslují předtištěné obrázky (příprava na čtení a psaní).

Délka i frekvence lekcí bývají uváděny různě. Nejčastěji to je 30-40 minut 1-2 krát týdně. Využívá se skupinová práce (Základní a mateřská škola Ropice 2015).

8.3 HYPO

Název HYPO je zkratka názvů hyperaktivita a pozornost. Je to program pro děti předškolního věku nebo děti s odkladem školní docházky. Většinou od 5 let do 8 let. Určeno především pro děti s diagnózou ADD (porucha pozornosti) a ADHD (porucha pozornosti spojená a hyperaktivita). Autorkou programu je PhDr. Zdena Michalová.

Program je zaměřen na procvičování koncentrace, zrakového a sluchového

vnímání, grafomotoriky, paměti, matematických představ nebo řeči. Je rozdělen do 12 lekcí, které jsou 1-2x týdně a obsahují 6-7 úkolů. Cílem je předcházet školní neúspěšnosti dětí. Převažuje individuální práce dítěte, které doma s rodiči plní různé úkoly. Učí se tím zodpovědnosti a vytváří si povědomí o povinnostech, které ho v dalších etapách života čekají (Grafomotorický kurz 2015).

Úkoly se opakují každý den, stoupá jejich obtížnost. Pracovní listy si rodiče vyzvedávají jednou za týden nebo za 14 dní v poradně (SPC nebo SPP), která jim program doporučila a spolupracují s ní. Rodiče jsou seznámeni s náplní práce stimulačního programu a vědí, co mají s dětmi cvičit (Poradna pedagogicko-psychologická Frýdek-Místek 2015).

„Tento program lze použít i preventivně u dětí bez rizika školní neúspěšnosti k procvičování dílčích dovedností potřebných pro úspěšný vstup do základní školy (Šauerová a kol., 2012, s. 142).“

8.4 KUPOZ

Autorkou programu je PhDr. Pavla Kuncová. Cílem programu je zrychlení psychomotorického tempa, zlepšení koncentrace. Dítě zlepší svůj postoj ke školním povinnostem, posílí samostatnost a zlepší pracovní návyky. Program trvá 15 týdnů. Dítě s rodiči cvičí každý den přibližně 15 minut. Jednou za 14 dní se dostaví do poradny, kde pod dohledem psychologa nebo speciálního pedagoga proběhne instruktáž, jak s dítětem pracovat. Rodiče obdrží veškeré materiály. (Poradna pedagogicko-psychologická Frýdek-Místek 2015).

„Hlavním cílem metody je zlepšení koncentrace pozornosti u hyperaktivních dětí a naopak zrychlení pracovního tempa u dětí hypaktivních. Podstatou práce je hra a navázání efektivní spolupráce (Šauerová a kol., 2012, s. 145).“

8.5 KUPREV

Autorkou programu je PhDr. Pavla Kuncová. Jde o preventivní program zabraňující vzniku rizikových skupin dětí. Je určen pro věkovou skupinu dětí 4 až 8 let. Program poskytuje dítěti orientaci v čase, prostoru, sociální orientaci a orientaci ve vlastní osobě. To dítěti umožní bezproblémový start školní docházky a následné

hladké začlenění do společnosti (Šauerová a kol., 2012, s. 143).

Stimulační program je rozložen do 18 lekcí. Spolupracují rodič a dítě. Jsou jim poskytnuty metodické materiály. Cvičení by mělo trvat asi 20 minut denně. Program upevňuje rodinné vztahy a postupně připravuje dítě na povinnou školní docházku. Dítě s rodičem chodí pravidelně na konzultace k vyškolenému specialistovi (KUPREV 2015). Dospělí se průběhu programu naučí pracovat s dítětem.

8.6 KUMOT

Autorkou programů je PhDr. Pavla Kuncová. Jde o skupinový program zaměřující se na narušenou jemnou i hrubou motoriku, včetně motoriky mluvidel, impulzivitu, neschopnost uvolnit se. Cílem programu je minimalizovat tyto příznaky a naučit děti ovládat napětí, uvolňovat se a relaxovat. Program KUMOT má psychoterapeutický efekt. Děti se učí komunikovat s ostatními, sdělovat si vzájemně své obavy, pocity a nacházet v komunikaci potěšení. Pozornost je věnována uvolnění a zvládnutí agrese (Šauerová a kol., 2012, s. 144).

Je to stimulační program probíhající formou skupinové práce. Obsahuje 10 lekcí, vždy na jednu hodinu. Všechna cvičení jsou prováděna v sociálním kontextu a ukazují dětem cestu mezi ostatní. V programu je využit hudební doprovod, který posiluje schopnost rytmizace a napomáhá k celkovému uvolnění dítěte. Výsledky jsou hodnoceny individuálně ve spolupráci rodičů (Psychologické poradenství a diagnostika 2015).

8.7 Trénink sluchového uvědomění

Autorem je ruský profesor D. B. Elkonin, který odhalil vztah mezi uvědomováním si hláskové struktury slova a schopností číst a psát. Prosazoval názor, že jazykové schopnosti (zejména fonemické uvědomování) dítěte v předškolním věku určují, jak se bude dítě vyvíjet a jak se naučí číst a psát. Autorkami české verze jsou doc. Mária Mikulajová a Mgr. Dostálová.

Zvláštní důraz se klade na práci s dětmi s narušenou komunikační schopností, odkladem školní docházky a jinými vývojovými obtížemi. Účastníci se seznámí s principy metodiky, pomůckami a jejich používáním a budou zacvičeni v konkrétních

postupech video-tréninkem (Trénink jazykových schopností podle Elkonina I. 2015). Systematickým tréninkem fonematické schopnosti v předškolním věku se stimulují u dítěte předčtenářské dovednosti a působí se preventivně proti školní neúspěšnosti dítěte.

Je využívána technika takzvaného mentálního modelování prostřednictvím grafických žetonů. Modelování mentální činnosti je základní prostředek učení se. Hlásková analýza slov se dělá pomocí materiálních nástrojů (žetonů, grafických schémat, obrázků, jsou používána červená kolečka jako samohlásky, kusy tkaniček jako čárky, žluté čtverečky s dvěma čárkami, souhláska s háčkem). Postupně dojde ke znázornění slabik obloučky. Grafické schéma a žetony slouží k fixování každého fonému a současně ke kontrole správnosti dosaženého výsledku. Postupně si dítě jednotlivé úkony automatizuje.

Praktická část

9 Cíl praktické části

V praktické části se bakalářská práce zabývá průzkumem rozdílu v rozvoji řeči u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů.

10 Stanovení předpokladů průzkumu

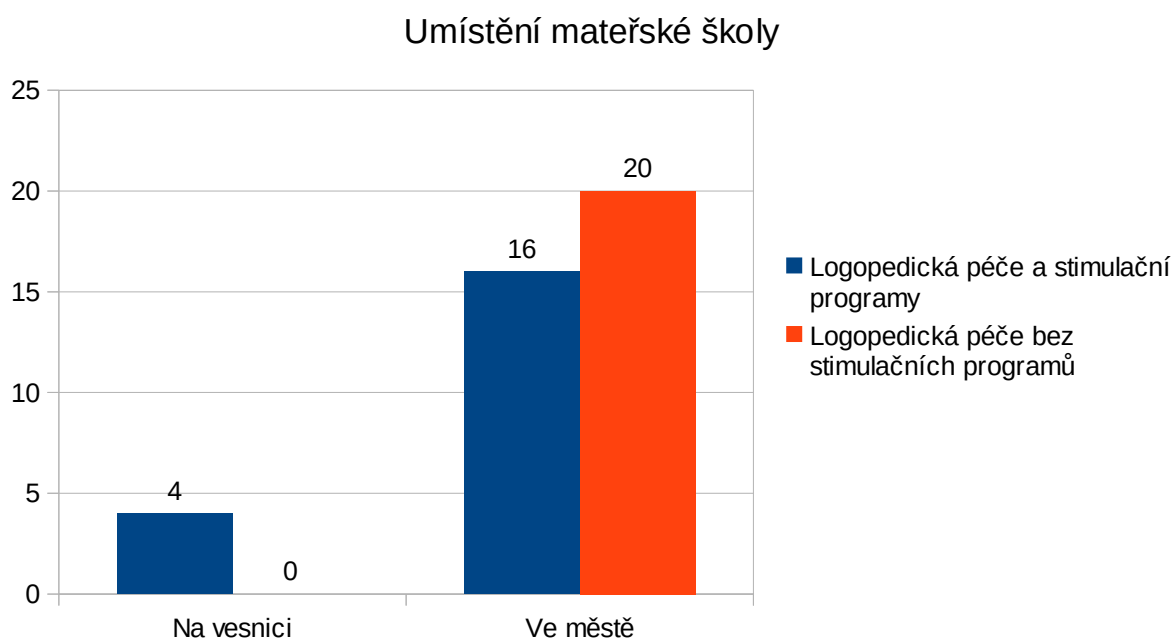
1. Lze předpokládat, že děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy budou vykazovat lepší výsledky v oblasti sluchového vnímání, to znamená určení hlásky na začátku a na konci slova. Stimulační programy se zaměřují na procvičování oblasti sluchového vnímání.
2. Lze předpokládat, že děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy budou lépe rytmizovat, než děti procházející logopedickou péčí bez stimulačních programů. Stimulační programy se zaměřují na rytmizaci a některé stimulační programy pracují s písní.
3. Lze předpokládat, že ze stimulačních programů bude nejčastěji využíván program Maxík. Při předběžném dotazování bylo zjištěno, že nejvíce je využíván program Maxík.

11 Použité metody

Ke zjištění dat v empirické části byl použit internetový dotazník (viz příloha 1). Mezi respondenty patřily učitelky mateřských škol a logopedky, které dětem v mateřských školách poskytují logopedickou péči. Logopedi a učitelky vyplňovali dotazníky pro každé dítě, které mají v péči. Jako vzorek bylo použito 40 dětí v péči dotazovaných 15 logopedů, 13 vysokoškolsky vzdělaných učitelek, 11 učitelek se střední pedagogickým vzděláním a pouhého 1 asistenta logopeda. Z celkového počtu vzorku 40 dětí prochází 50 % logopedickou péčí a stimulačními programy a 50 % logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Na začátku jsou do několika grafů zpracované obecné údaje. V práci jsou rozděleny děti na dvě skupiny. Skupinu dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a skupinu dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Graf 1 zobrazuje umístění mateřských škol, ve kterých probíhá logopedická péče.

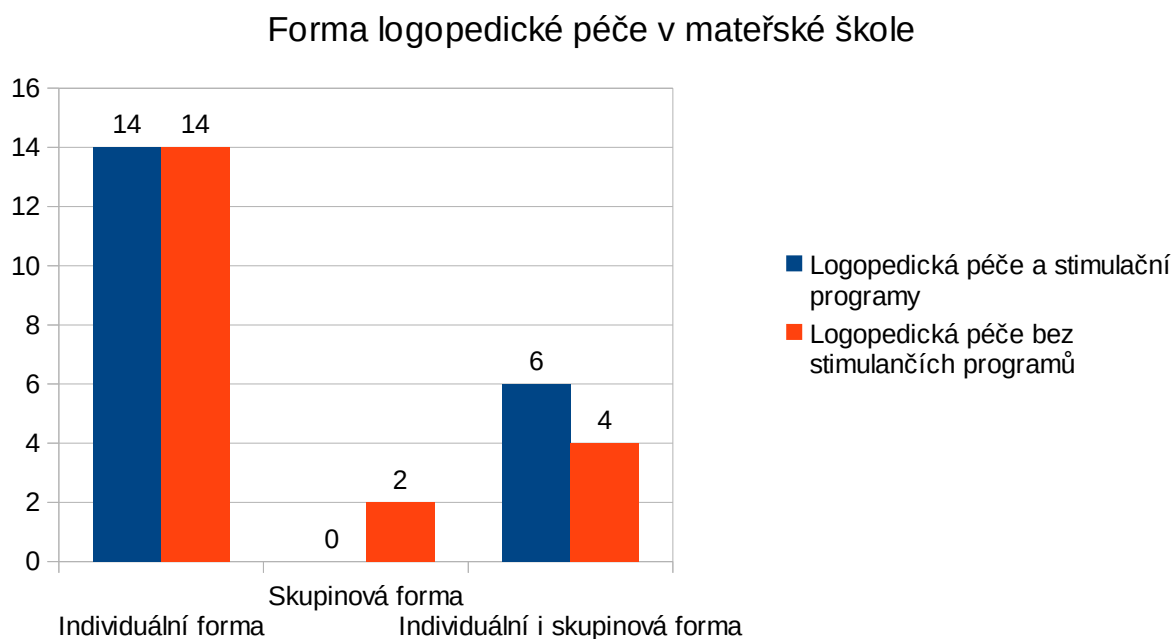


Ilustrace 1: Graf umístění mateřské školy

Graf znázorňuje, že ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy se 4 dotazované mateřské školy nacházejí na vesnici a 16 dotazovaných mateřských škol ve městě.

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů se nacházejí všechny dotazované mateřské školy ve městě.

Graf 2 zobrazuje formu logopedické péče v dotazovaných mateřských školách.

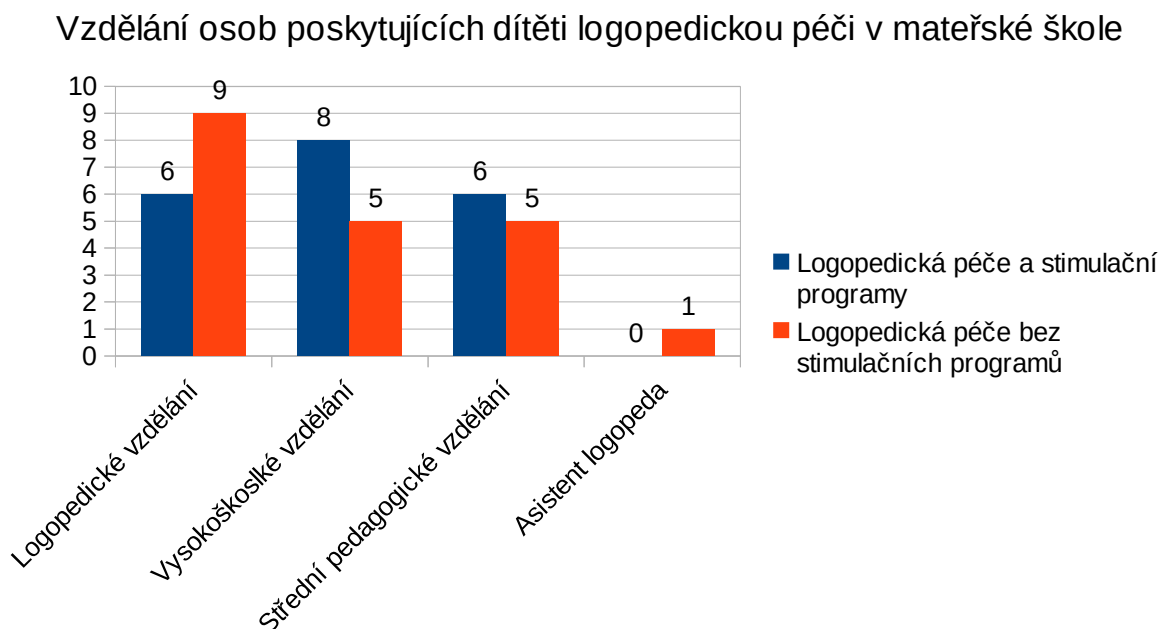


Ilustrace 2: Graf formy logopedické péče v mateřské škole

Z grafu je zřejmé, že ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy je nejčastěji využívána individuální forma logopedické péče (14), na další pozici je individuální i skupinová forma (6). Skupinovou formu není využívána.

U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů je také nejčastěji využívána individuální forma logopedické péče (14), na další pozici je individuální i skupinová forma (4) a 2 mateřské školy využívají pouze skupinovou formu logopedické péče.

Graf 3 zobrazuje vzdělání osob poskytujících dětem logopedickou péči v mateřských školách.

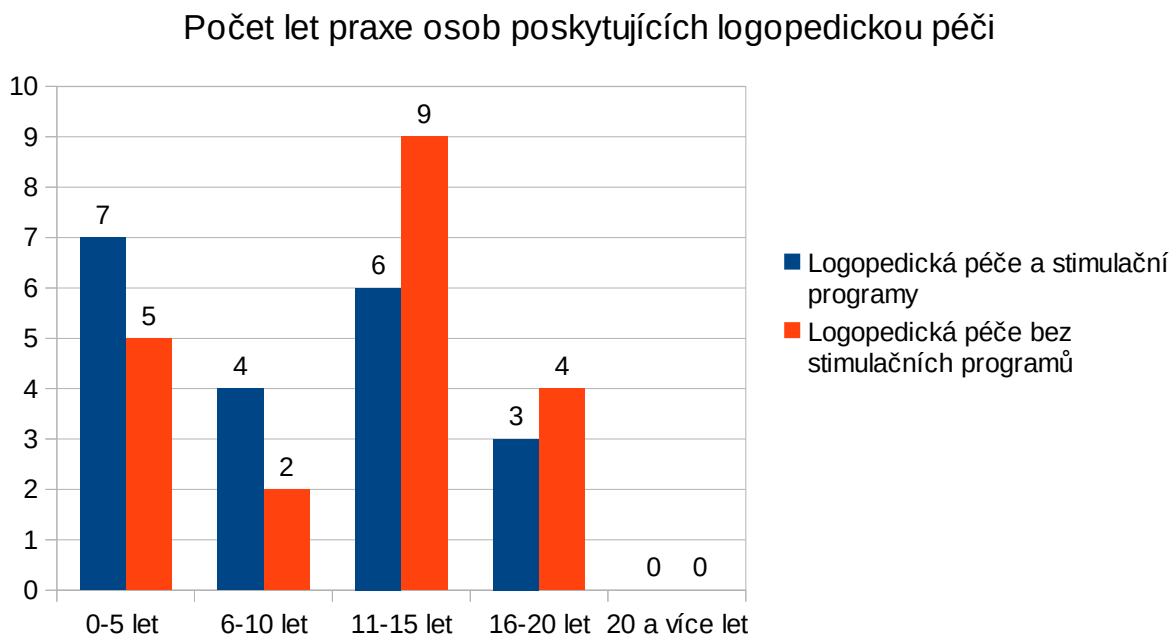


Ilustrace 3: Graf vzdělanosti osob poskytujících logopedickou péči

Z grafu vyplývá, že nejčastěji, u skupiny dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy, je uváděno vysokoškolské vzdělání (8), poté střední pedagogické vzdělání (6) a následuje logopedické vzdělání (6).

U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů je nejčastěji uváděno logopedické vzdělání (9), poté na stejné pozici střední pedagogické vzdělání (5) a vysokoškolské vzdělání (5) a jeden asistent logopeda (1).

Graf 4 zobrazuje počet let praxe osob poskytujících dětem logopedickou péči v mateřských školách.

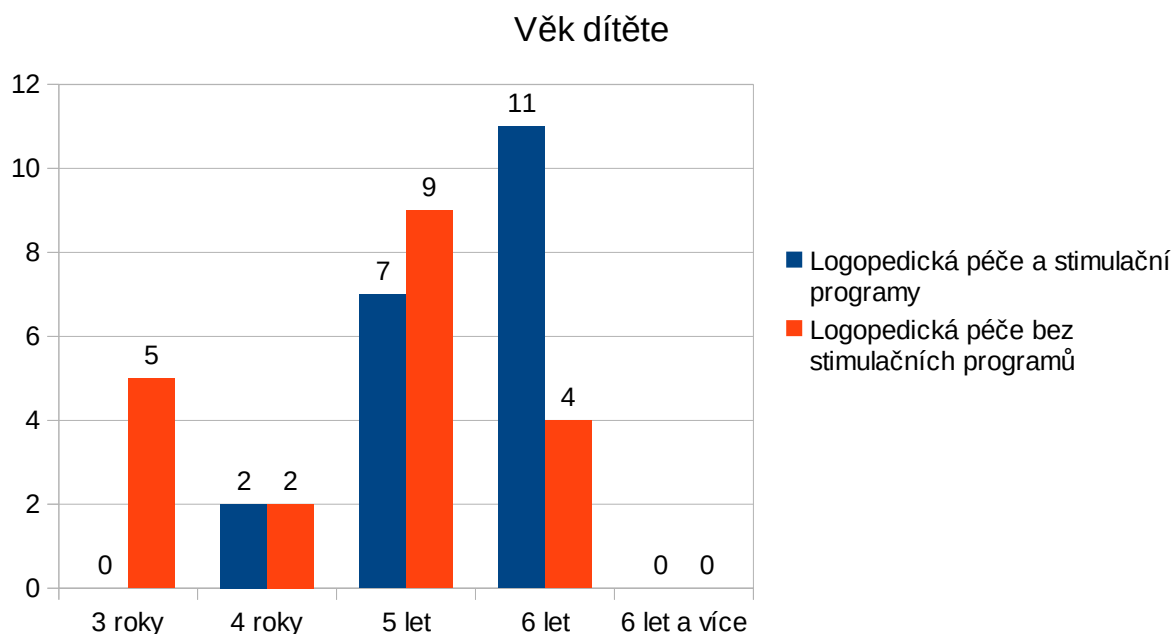


Ilustrace 4: Graf počtu let praxe osob poskytujících logopedickou péči

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy je nejčastěji uváděn počet let praxe osob poskytujících dítěti logopedickou péči, v rozmezí 0-5 let, následuje období 11-15 let, poté 6-10 let a na poslední pozici je uvedeno rozmezí 16-20 let praxe.

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů je nejčastěji uváděn počet let praxe osob poskytujících dítěti logopedickou péči, v rozmezí 11-15 let, poté 0-5 let, následuje 16-20 let a na posledním místě je 0-5 let. Dvacet a více let praxe nemá nikdo z dotazovaných.

Graf 5 uvádí věk dětí procházejících logopedickou péčí.

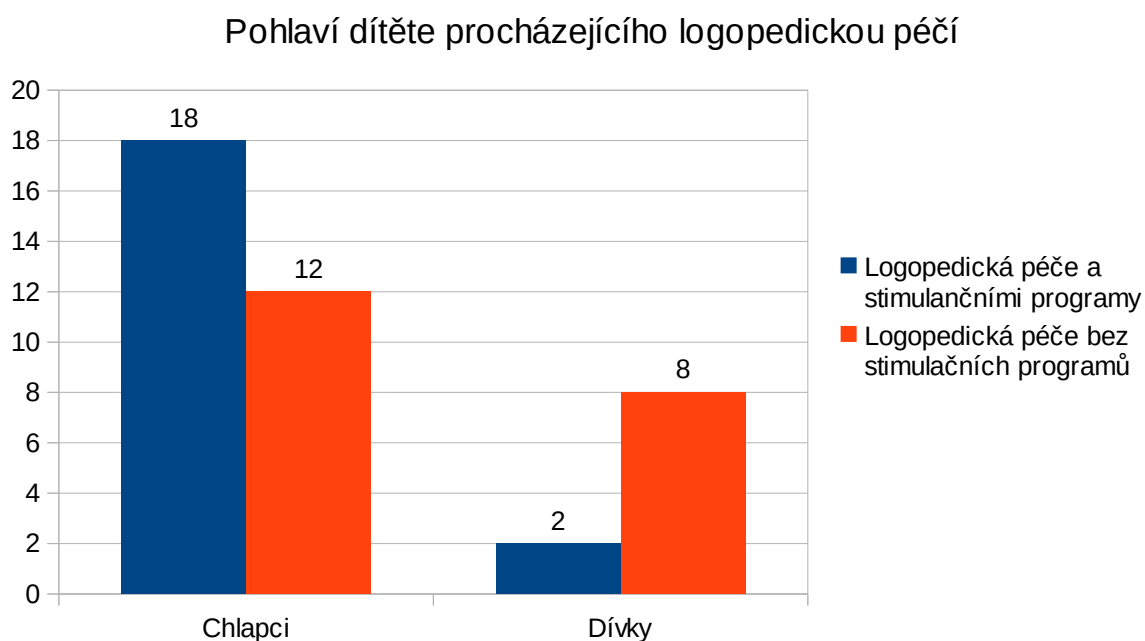


Ilustrace 5: Graf věku dítěte procházejícího logopedickou péčí

Z grafu vyplývá, že u skupiny dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy je nejčastější věková skupina 6 let (11), poté 5 let (7) a na posledním místě jsou to 4 roky (2).

U skupiny dětí procházející logopedickou péčí bez stimulačních programů je nejčastěji uváděn věk dítěte 5 let (9), poté 3 roky (5), následuje 6 let (4) a na posledním místě jsou to 4 roky (2). Nikdo z dotazovaných nevedl věk dítěte 6 a více let.

Graf 6 podává přehled pohlaví dětí procházejících logopedickou péčí.

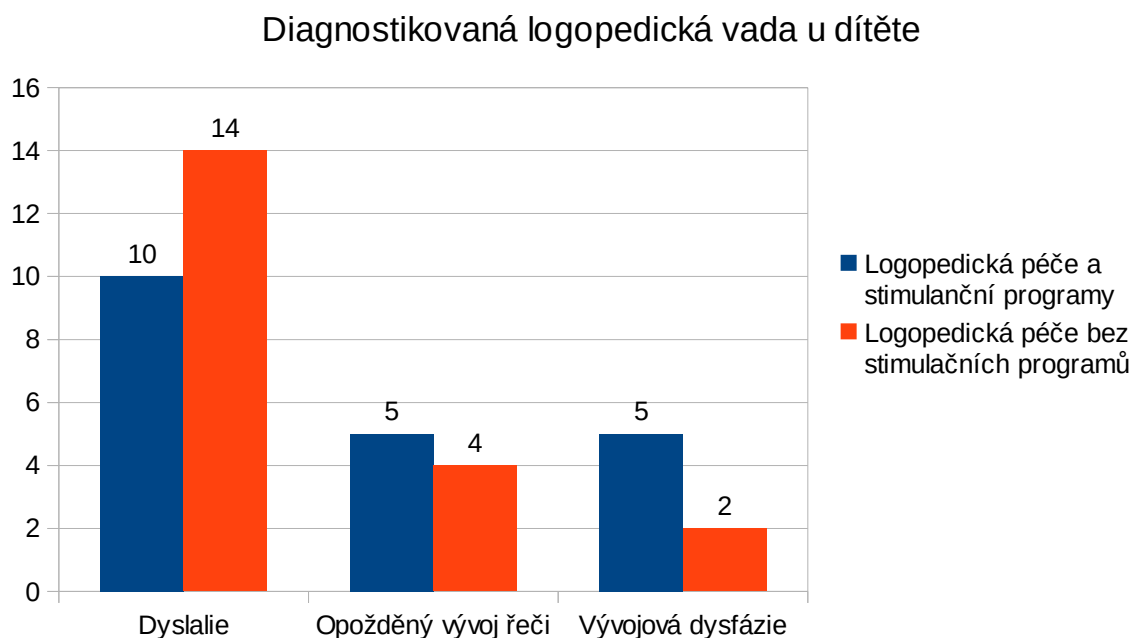


Ilustrace 6: Graf pohlaví dítěte procházejícího logopedickou péčí

Z grafu je zřejmé, že ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy je 18 chlapců a 2 dívky.

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů je 12 chlapců a 8 dívek.

Údaje v grafu 7 poskytují informace o diagnostikované logopedické vadě u dětí procházejících logopedickou péčí.

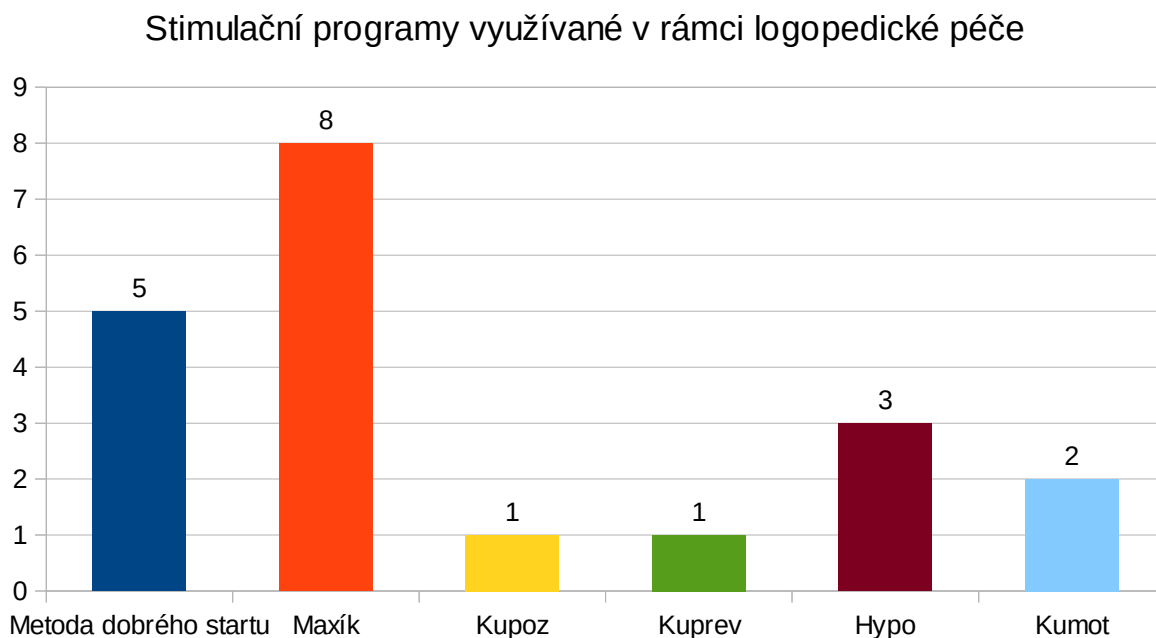


Ilustrace 7: Graf diagnostikované logopedické vady u dítěte

Graf ukazuje, že u skupiny dětí procházející logopedickou péčí a stimulačními programy je nejčastěji diagnostikována dyslalie (10), poté na stejné pozici opožděný vývoj řeči (5) a vývojová dysfázie (5).

U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů, je také nejčastěji diagnostikována dyslalie (14), poté opožděný vývoj řeči (4) a vývojová dysfázie (2).

Graf 8 udává přehled využívání jednotlivých stimulačních programů.

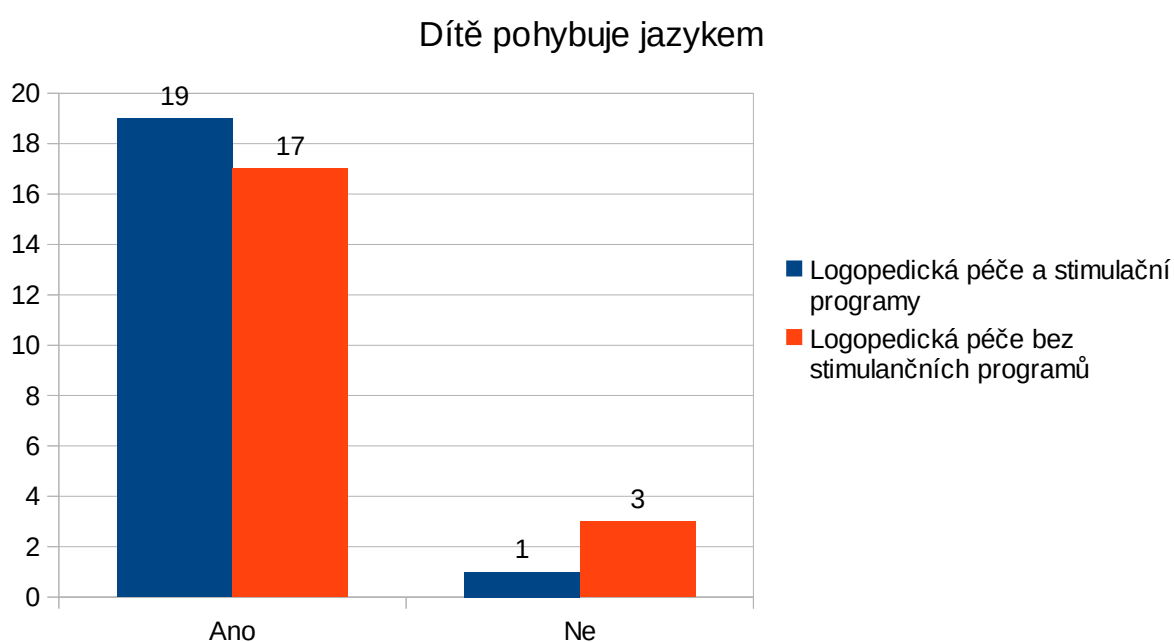


Ilustrace 8: Graf využívání stimulačních programů

Z výsledků vzešlo, že nejčastěji je využíván stimulační program Maxík (8). Následuje Metoda dobrého startu (5). Na další místě je stimulační program Hypo (3). Stimulační program Kumot využívají 2 dotazovaní. Na stejné pozici jsou stimulační program Kupoz (1) a Kuprev (1). V žádné odpovědi se neobjevilo využívání Tréninku sluchového uvědomění.

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na konkrétní údaje o dítěti. Jsou zde sestavené grafy z odpovědí z dotazníků. Zobrazují určitou oblast řeči u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Graf 9 zobrazuje, zda dítě pohybuje jazykem.

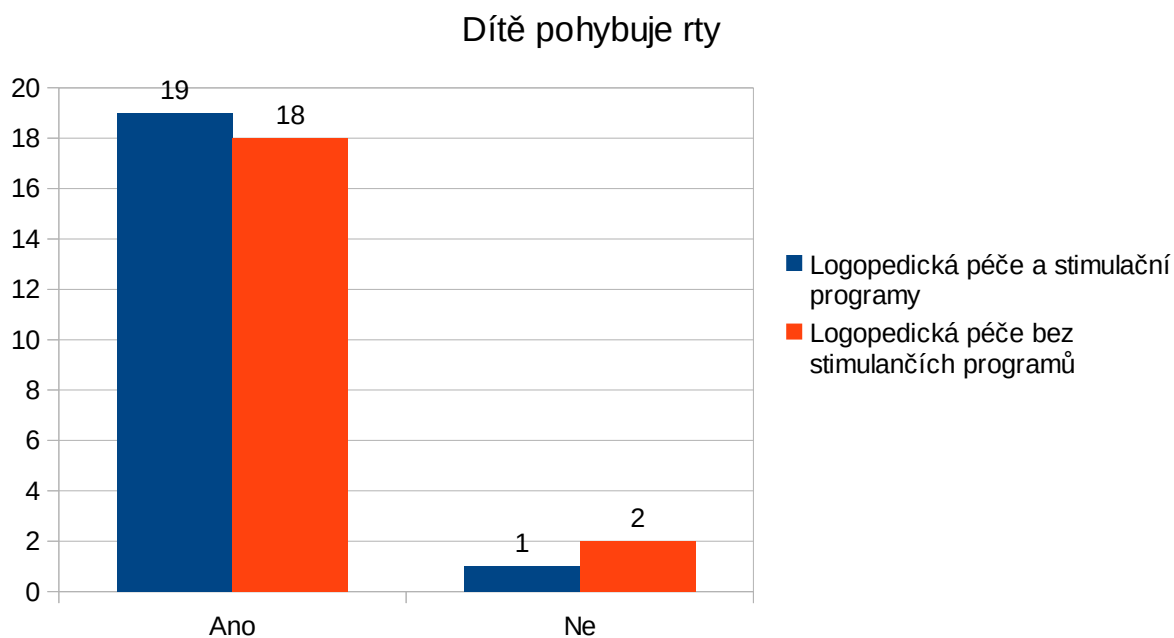


Ilustrace 9: Graf pohyblivosti jazyka

Údaje z grafu ukazují, že ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy pohybuje jazykem 19 z 20 dětí.

U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů pohybuje jazykem 17 z 20 dětí.

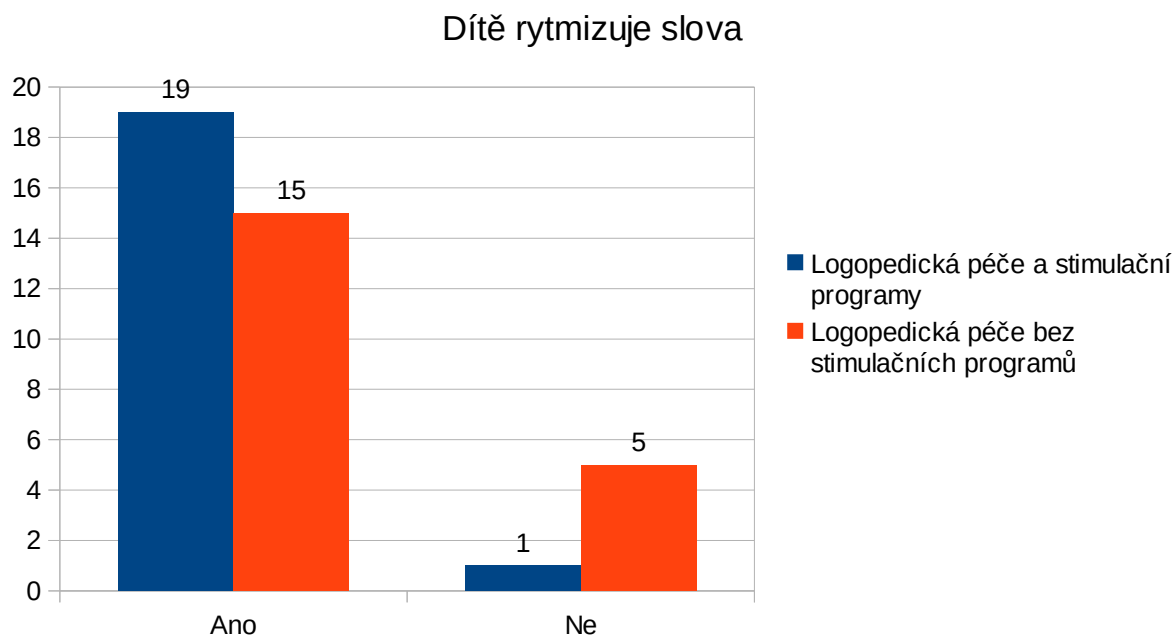
Graf 10 nabízí informace o pohyblivosti rtů dítěte.



Ilustrace 10: Graf pohyblivosti rtů

Graf ukazuje, že pohyblivost rtů je téměř stejná jak u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy (19 z 20 dětí) tak u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů (18 z 20 dětí).

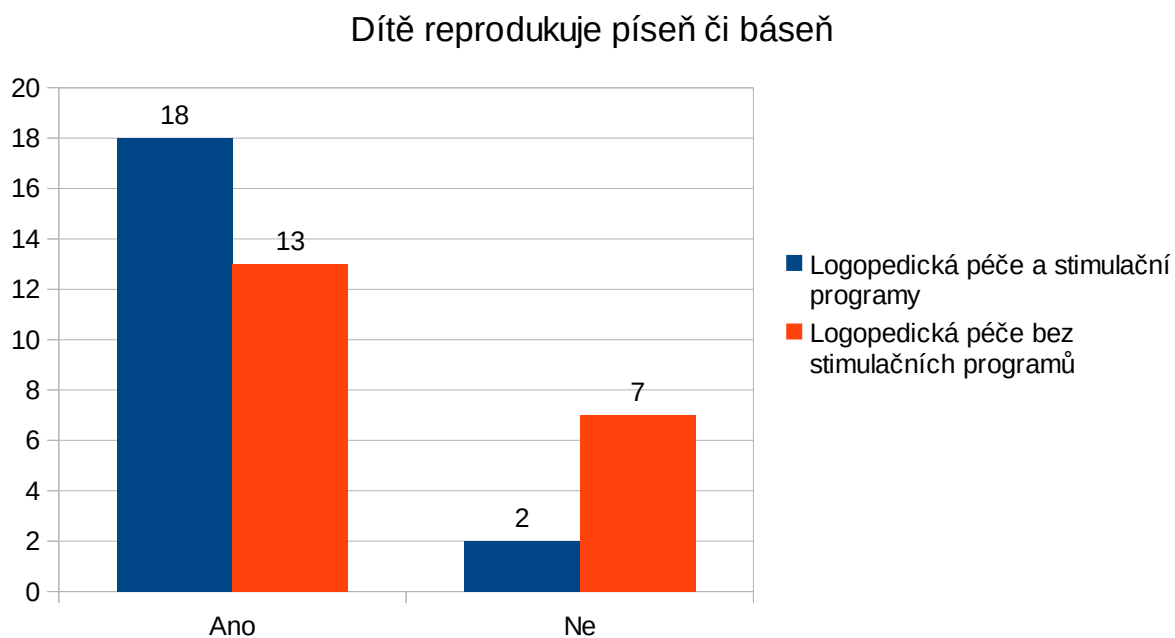
Další dotazovaná oblast je rytmizace. Zjišťuje se zde, zda dítě dokáže rytmizovat slova (graf 11).



Ilustrace 11: Graf rytmizace slov

Z grafu vychází, že rytmizuje 19 z 20 dětí procházející logopedickou péčí a stimulačními programy. U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů rytmizuje 15 z 20 dětí.

Zda dítě dokáže reprodukovat písně či básně zobrazuje graf 12.

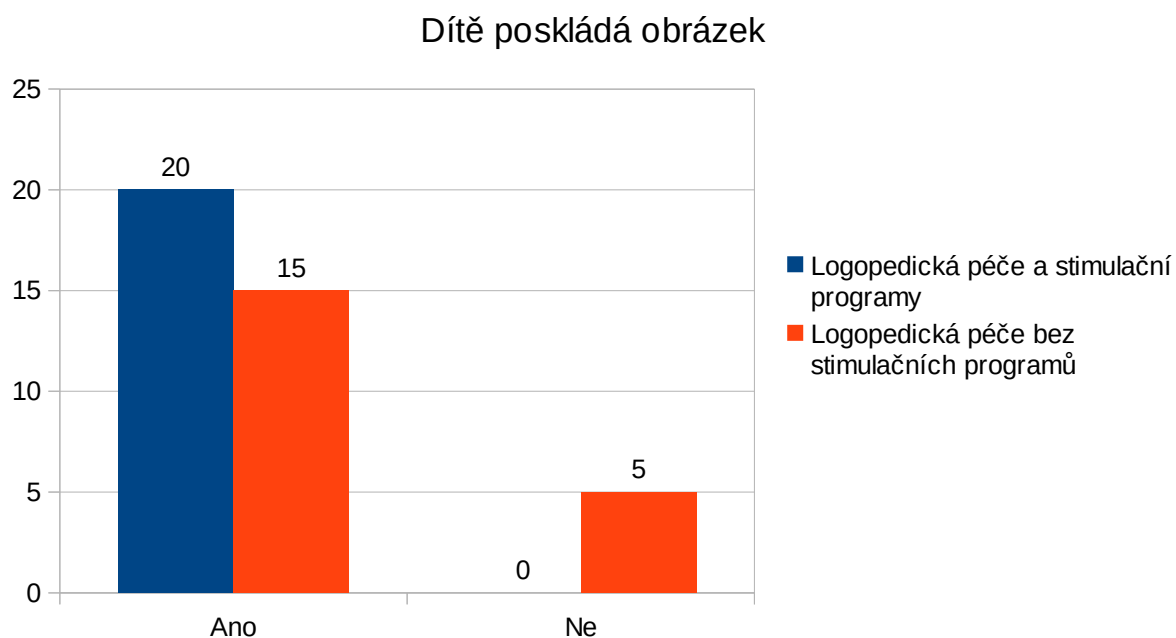


Ilustrace 12: Graf reprodukce písně či básně

Z výsledků vyšlo, že ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy reprodukuje píseň či básně 18 z 20 dětí.

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů reprodukuje píseň či básně 13 z 20 dětí.

Graf 13 se zaměřuje na oblast zrakového vnímání. Je zjišťováno, zda dítě poskládá obrázek (puzzle).

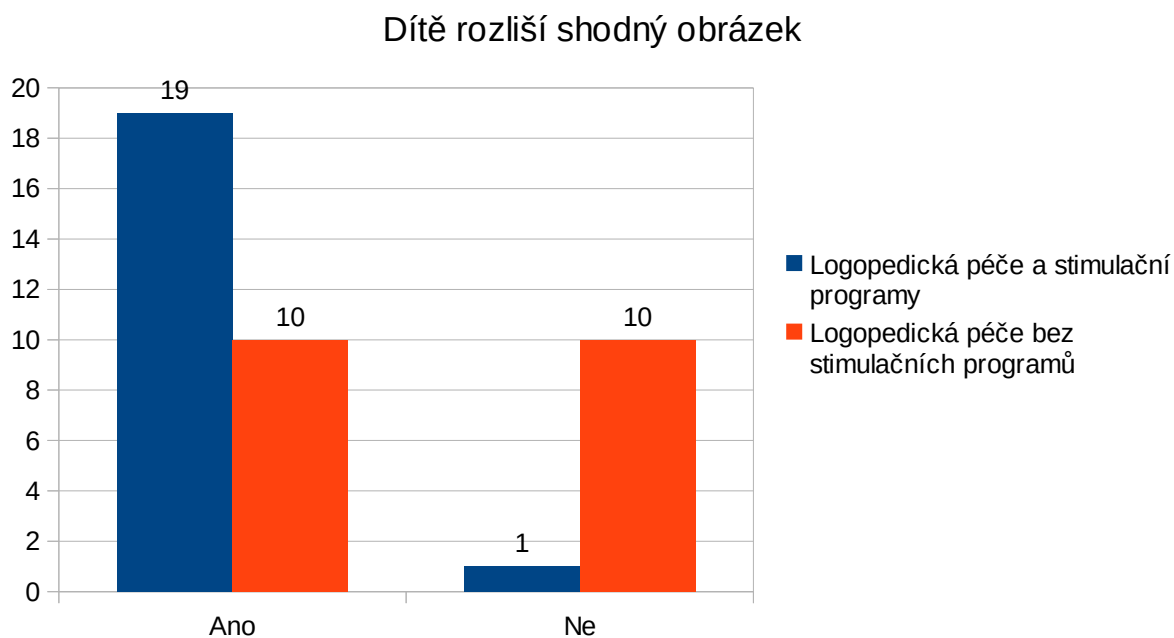


Ilustrace 13: Graf poskládání obrázku

Z grafu je zřejmé, že z celkového počtu 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy poskládá obrázek všech 20 dětí.

Ze skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů dokázalo poskládat obrázek 15 z 20 dětí.

Graf 14 podává přehled o tom, jestli dítě rozliší shodný obrázek mezi více obrázky.

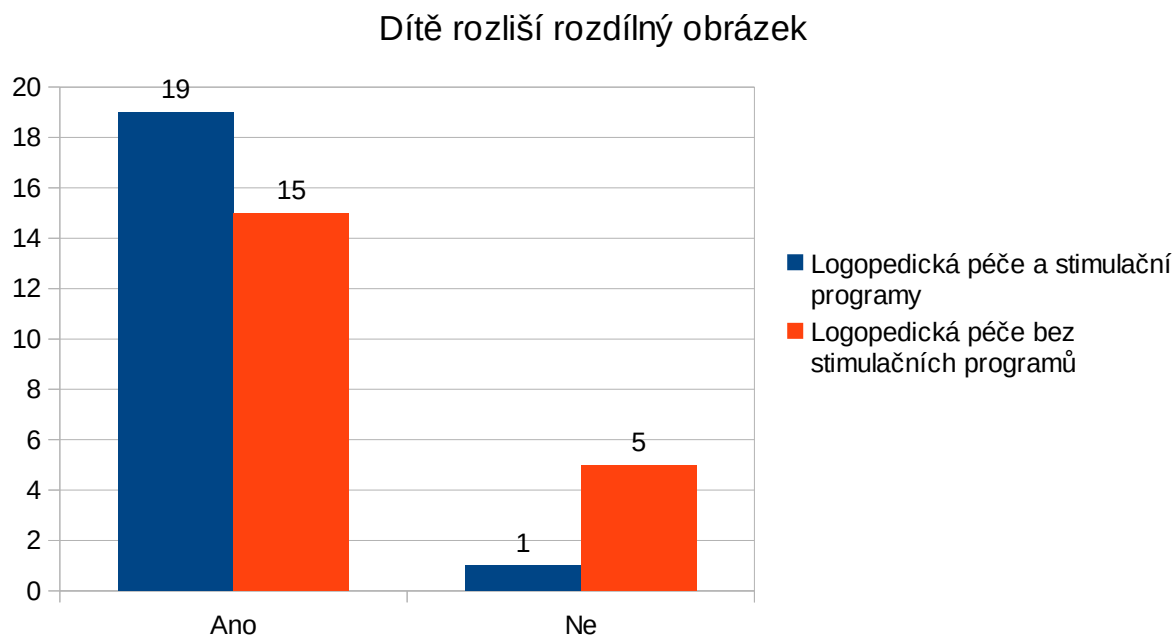


Ilustrace 14: Graf rozlišení shodného obrázku

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy rozliší shodný obrázek 19 z 20 dětí.

U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů rozliší shodný obrázek 10 z 20 dětí.

Graf 15 znázorňuje, zda dítě dokáže rozlišit rozdílný obrázek (který se liší tvarem, polohou, vzorem apod.).

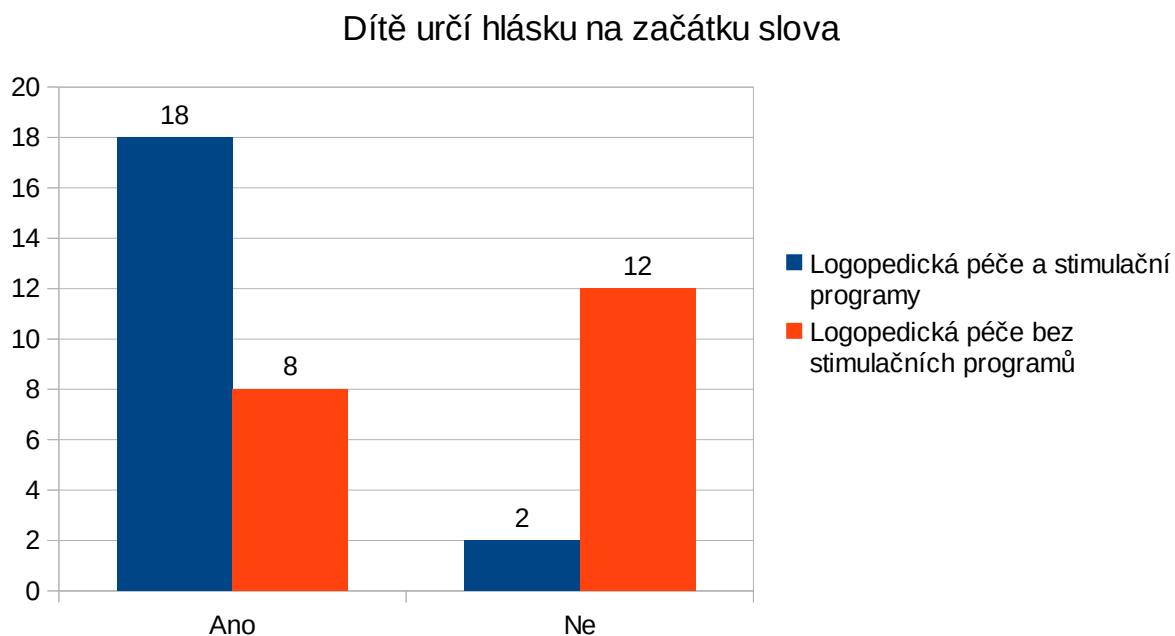


Ilustrace 15: Graf rozlišení rozdílného obrázku

Z výsledků je zřejmé, že rozlišit rozdílný obrázek u skupiny dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy dokáže 19 dětí z 20.

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů rozliší rozdílný obrázek 15 z 20 dětí.

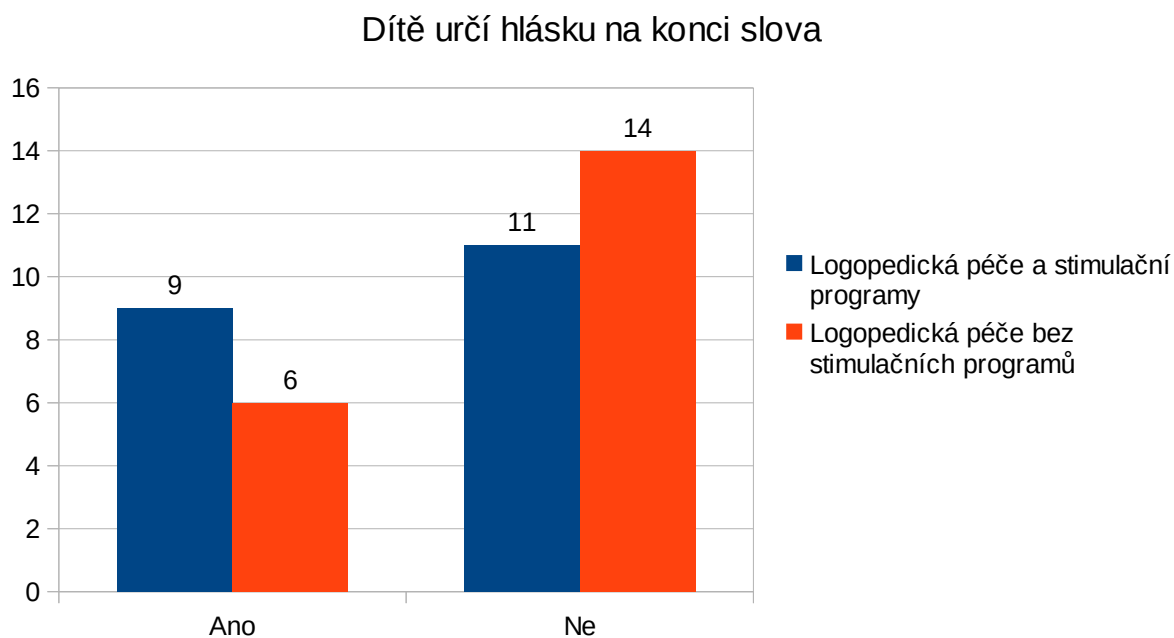
V oblasti sluchového vnímání se u dítěte zkoumá, jestli dokáže určit hlásku na začátku slova a na konci slova. Určení hlásky na začátku slova mapuje graf 16.



Ilustrace 16: Graf určení hlásky na začátku slova

Hlásku na začátku slova určí 18 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a 8 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Graf 17 znázorňuje, zda dítě určí hlásku na konci slova.



Ilustrace 17: Graf určení hlásky na konci slova

Hlásku na konci slova dokáže určit 9 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a 6 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů.

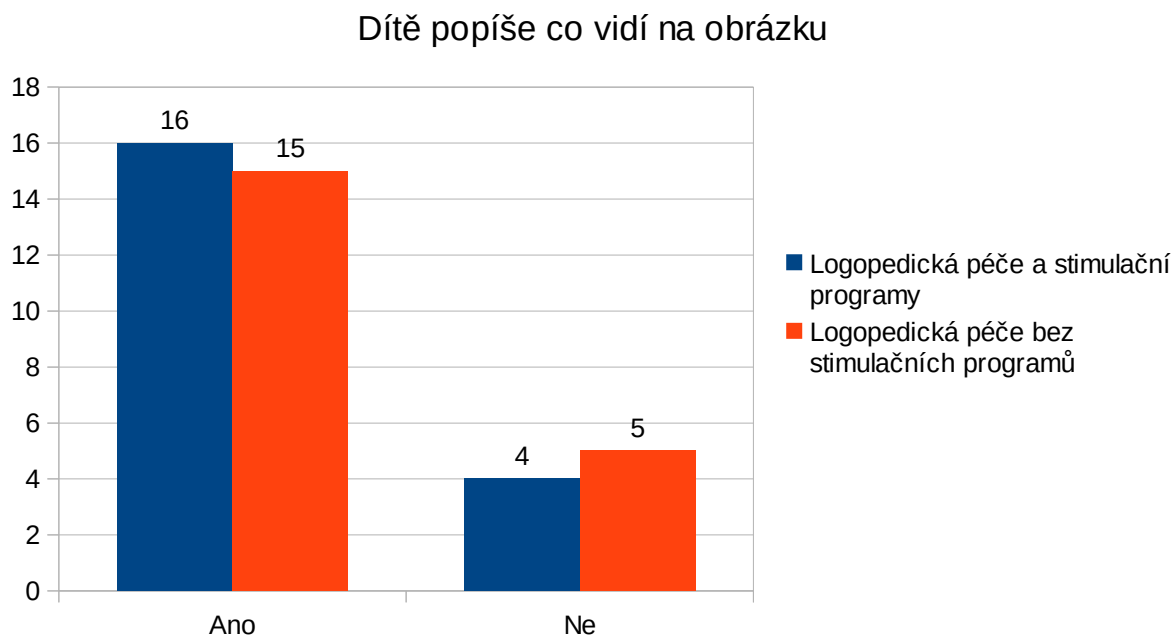
Poslední část mapuje slovní projev dítěte, tj. zda má dítě dostatečné rozvinout slovní zásobu vzhledem ke svému věku (graf 18).



Ilustrace 18: Graf slovní zásoby dítěte

Z výsledků vyplývá, že slovní zásoba odpovídá věku dítěte u 14 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy. U dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů odpovídá slovní zásoba věku dítěte u 13 z 20 dětí.

Graf 19 zobrazuje, zda dítě popíše co vidí na obrázku (jednoduchou či rozvitou větou).



Ilustrace 19: Graf popisu obrázku

Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy popíše obrázek 16 z 20 dětí. Ve skupině dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů popíše obrázek 15 z 20 dětí.

12 Shrnutí výsledků praktické části

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tři hypotézy.

První hypotéza předpokládala, že děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy budou vykazovat lepší výsledky v oblasti sluchového vnímání, to znamená určení hlásky na začátku a na konci slova. Hlásku na začátku slova určilo 18 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a 8 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. Hlásku na konci slova dokázalo určit 9 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a 6 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. Předpoklad byl ověřen položkou 16 (graf 16) a 17 (graf 17) a byl potvrzen.

Z informací tedy plyne, že v obou zkoumaných oblastech úkon lépe dokáže skupina dětí procházející logopedickou péčí a stimulačními programy.

Druhá hypotéza předpokládala lepší rytmizaci u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy než u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. Z grafu vycházelo, že rytmizuje 19 z 20 dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy. U skupiny dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů rytmizovalo 15 z 20 dětí. Tento předpoklad byl ověřen položkou 11 (graf 11) a byl naplněn.

To znamená, že lépe rytmizovat dokáže skupina dětí procházející logopedickou péčí a stimulačními programy.

Poslední hypotéza předpokládala, že ze stimulačních programů bude nejčastěji využíván program Maxík. Nejčastěji se v odpovědích z dotazníků objevilo využívání stimulačního programu Maxík (8), následovala Metoda dobrého startu (5). Na další místě byl stimulační program Hypo (3). Stimulační program Kumot využívali 2 dotazovaní. Na stejné pozici byly stimulační programy Kupo (1) a Kuprev (1). V žádné odpovědi se neobjevilo využívání Tréninku sluchového uvědomění. Tato hypotéza byla ověřena položkou 8 (graf 8) a byla naplněna. Z výsledků tedy vzešlo, že nejčastěji je využíván stimulační program Maxík.

13 Závěr

Bakalářská práce porovnávala kvalitu řeči u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů. Práce nejprve teoreticky diskutovala vývoj řeči, podávala přehled poruch řeči a jejího vývoje. V praktické části práce porovnávala řečové kvality 40 dětí procházejících logopedickou péčí s a bez stimulačních programů. Data pocházela z kvantitativního sběru. Dotazníky vyplňovali logopedi a učitelky mateřských škol poskytující dětem logopedickou péči.

Lze říci, že stanoveného cíle bakalářské práce bylo dosaženo. Zjištěný rozdíl v rozvoji řeči u dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a u dětí procházejících logopedickou péčí bez stimulačních programů byl patrný téměř ve všech zkoumaných oblastech řeči - v oblasti artikulace, reprodukce textu, v oblasti zrakového i sluchového vnímání a slovní zásoby. V oblasti artikulace a slovní zásoby nebyl rozdíl tak patrný, jako v ostatních oblastech, avšak stále tam byl.

Při hodnocení řečových kvalit dětí procházejících logopedickou péčí a stimulačními programy a bez nich, a tedy efektivity stimulačních programů, je však důležité mít na paměti, že děti, za něž byly dotazníky logopedy a učitelkami vyplňovány, ještě zcela logopedickou péčí neukončily. Hodnocení dětí s ukončenou logopedickou péčí s/bez stimulačních programů může být obsahem navazujícího výzkumu. Rovněž je v následujícím výzkumu nutné zohlednit kvality, se kterými děti logopedickou péčí nastupují, aby byly porovnávané skupiny co možná nejhomogennější, a tím byla vyloučena možná systematická chyba ve sběru dat, která by ztížila vzájemné porovnání obou skupin.

Závěr bakalářské práce shrnuje, že ve všech zkoumaných oblastech řeči – artikulace, zrakové vnímání, sluchové vnímání, rytmizace a slovní zásoby, vykazovaly lepší výsledky děti procházející logopedickou péčí a stimulačními programy než děti procházející logopedickou péčí bez stimulačních programů.

Výsledky bakalářské práce by měly motivovat osoby poskytující dětem logopedickou péči k využívání stimulačních programů k nápravě řeči. Obzvláště v mateřských školách není využívání stimulačních programů zatím tolik běžné. Častěji stimulační programy používají speciální pedagožky ve speciální pedagogických poradnách v rámci přípravy dítěte na školní docházku.

14 Navrhovaná opatření

Na základě provedeného průzkumu je třeba zvážit využívání stimulačních programů k nápravě řeči v rámci logopedické péče. Výsledky průzkumu ukázaly, že stimulační programy mají podstatný vliv na logopedickou péči a rozvoj řeči u dětí. Bylo by vhodné zaměřit se na určitou osvětu stimulačních programů a vysvětlit veřejnosti k čemu jsou využívány a v kterých oblastech mohou zlepšit řeč dítěte. Stimulační programy, jak již bylo v práci zmíněno, upevňují vztahy a vzájemný kontakt mezi dětmi a rodiči, jelikož děti plní úkoly doma ve spolupráci rodiny.

Důležité je neopomíjet informovanost rodičů o využívání stimulačních programech. Logopedi, speciální pedagožky nebo učitelky mateřských škol poskytující dítěti logopedickou péči by měli být dostatečně informovaní o možnostech proškolení v metodě stimulačních programů a následném užívání těchto programů v praxi.

15 Seznam použitých zdrojů

Psychologické poradenství a diagnostika: [online]. [vid. 23. 2. 2015] Dostupné z: <http://detskypsycholog-slany.webnode.cz/program-maxik/kumot/>

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2007. *Logopedie a surdopedie*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-136-2.

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Grada Publishing: České Budějovice. ISBN 978-80-247-3008-0.

Hypo, Kupoz: *Služby poskytované individuálně – s dítětem nebo jeho rodinou kdykoli v průběhu celého školního roku, dle vzniklé potřeby a domluvy* [online]. [vid. 23. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.pppfm.cz/z_nasi_nabidky.html

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2008. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2264-1.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KUPREV:[online],[vid.23.2.2015].Dostupné z:<http://www.neniucitjakoucit.cz/Kuprev.html>

KUTÁLKOVÁ, D., 2010. *Vývoj dětské řeči krok za krokem. 2.*, aktualizované a dopl. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3080-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie. 2. aktualiz. vyd.* Grada Publishing: Havlíčkův Brod. ISBN 80-247-1284-9.

LAŠŤOVKA, M., 1999. *Poruchy plynulosti řeči*. Praha: Serifa. ISBN 80-86197-13-1.

LECHTA, V., 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572 5.

LECHTA, V., 2004. *Koktavost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, V., a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.. ISBN 80-7178-801-5.

MAXÍK – stimulační program pro děti: *Co je to Maxík* [online]. [vid. 28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.muymaxik.snadno.eu/Co-je-to-Maxik.html>

MAXÍK – stimulační program pro děti: *Jak to prakticky probíhá v programu Maxík?* [online]. [vid. 24. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.prospokojenedeti.cz/individualni-stimulacni-programy/jak-to-prakticky-probiha-vprogramu-maxik.html>

Metoda dobrého startu: [online]. [vid. 24. 2. 2015]. Dostupné z: <http://materska-skola-rosice.cz/smetanova-dobry-start/>

Metoda dobrého startu: Metoda dobrého startu (MDS) je metodou využívanou v předškolním vzdělávání [online]. [vid. 23. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.zsamsropice.cz/predskolaci/metoda-dobreho-startu/>

Metoda dobrého startu: *Metoda dobrého startu* [online]. [vid. 28. 1. 2015]. Dostupné z: <http://zivot.zacit.cz/deti/metoda-dobreho-start.html>

OBEREIGNER, R., 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3737-8.

Poruchy učení: *Grafomotorický kurz* [online]. [vid. 23. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.poruchyuceni.cz/index.php?page=stimulacni-programy-a-kurzy>

Poruchy učení: *Percepčně Motorická náprava cvičení*: [online]. [vid. 23. 2. 2015].
Dostupné z: <http://poruchyuceni.com/stimulacni-programy.html>

RUSSELL J. LOVE, WANDA G. WEBB, 2009. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.

SWIERKOSZOVÁ, J., 2006. *Specifické poruchy chování diagnostika-reedukace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-238-9.

ŠAUEROVÁ, M., a kol., 2012. *Speciální pedagogika v praxi*. Grada: Havlíčkův Brod. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003. *Klinická logopedie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Portál 2003, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Trénink jazykových schopností dle Elkonina I.: [online]. [vid. 23.2. 2015]. Dostupné z: https://userweb.pedf.cuni.cz/ksppg/download/WWW_SPPG_Elkonin_info_o_kurzu.pdf

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. 2. dopl. vyd. ISBN 978-80-246-2153-1 .

16 Seznam příloh

Příloha č. 1.: Dotazník logopedické péče v mateřských školách.

Dotazník logopedické péče v mateřských školách

Věnujte prosím tomuto dotazníku chvíli svého času. Zabere jen pár minut. Slouží k účelu průzkumu logopedické péče v mateřských školách, kterým se budu ve své bakalářské práci zabývat. Na začátku je potřeba několik otázek doplnit, u zbytku otázek stačí vybrat odpověď ANO či NE. Dotazník je anonymní.

Velice Vám děkuji za spolupráci.

Mateřská škola se nachází na vesnici nebo ve městě?

Logopedická péče probíhá individuální či skupinovou formou? Jaké stimulační programy využíváte?

Jaké mají vzdělání učitelky poskytující dětem logopedickou péči?

Kolik let praxe mají vykonané?

Věk dítěte

Pohlaví dítěte

Diagnostikována logopedická vada

Artikulační cvičení - dítě pohybuje jazykem

Ano Ne

Artikulační cvičení - dítě pohybuje rty

Ano Ne

Rytmizace - dítě rytmizuje slova (alespoň 5)

Ano Ne

Dítě reprodukuje báseň, píseň, říkadlo

Ano Ne

Zrakové vnímání - dítě poskládá obrázek (puzzle)

Ano Ne

Zrakové vnímání - dítě rozliší shodný obrázek

Ano Ne

Dítě rozliší rozdílný obrázek

Ano Ne

Sluchové vnímání - dítě určí hlásku na začátku slova

Ano Ne

Sluchové vnímání - dítě určí hlásku na konci slova

Ano Ne