

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní
školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace**

Diplomová práce

Autor: Kateřina Johnová
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Zadání diplomové práce

Autor: **Kateřina Johnová**

Studium: P14P0753

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie

Název diplomové práce: Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace

Název diplomové práce AJ: The presence of communication disorders at primary school and the teachers' awareness of communication disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem diplomové práce je zjistit jaké typy poruch komunikace se nejčastěji vyskytují u žáků na prvním stupni základní školy v předem vytipovaných základních školách a zmapovat povědomí pedagogů o poruchách komunikace. Diplomová práce se v teoretické části bude zabývat terminologií komunikace a přiblížením nejčastějších poruch komunikace u dětí na prvním stupni základní školy. V praktické části pak bude popsán výzkumný vzorek, technika sběru dat a vyhodnocení základních informací. Data budou získána pomocí kvantitativních výzkumných metod.

BENDO VÁ, P. Dítě s narušenou komunikační schopností na základní škole. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3853-6. KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9. KLENKOVÁ, J. Komunikační kompetence žáků základní školy. In BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOV, M. (eds). Přístupy ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení. Sborník z konference s mezinárodní účastí. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-150-8. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D., Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9. LECHTA, V. Terapie narušené komunikační schopnosti Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9. LECHTA, V. Logopedické repetitorium. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Logopedické minimum Olomouc: Vydavatelství UP, 2001. ISBN 80-244-0258-0.

Garantující pracoviště: **Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta**

Vedoucí práce: **PhDr. Lenka Neubauerová**

Oponent: **PhDr. Petra Bendová, Ph.D.**

Datum zadání závěrečné práce: **27. 1. 2015**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala, pod vedením vedoucí diplomové práce, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 9. 6. 2016

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení při zpracování diplomové práce, za její cenné rady a vstřícný přístup.

Poděkování také patří všem pedagogům základních škol, kteří se do výzkumného šetření zapojili.

Anotace

JOHNOVÁ, Kateřina. Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 86 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je věnována problematice poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy. Práce je členěna na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje pět kapitol. První kapitola vymezuje základní termíny v oblasti komunikace. Druhá kapitola se zabývá úrovní komunikačních schopností žáků při vstupu do základní školy. Třetí kapitola je věnována nejčastějším druhům poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy. Ve čtvrté kapitole jsou popsány vhodné přístupy k jedincům s poruchami řečové komunikace. Pátá kapitola se zabývá organizací logopedické intervence v České republice. Poslední kapitola je věnována pedagogovi prvního stupně.

Práce prostřednictvím výzkumného šetření, které je kvantitativního charakteru, zjišťuje, jaké druhy poruch řečové komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni běžných základních škol. Dále zjišťuje, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace.

Klíčová slova: komunikace, porucha řečové komunikace, žák na prvním stupni základní školy, učitel na prvním stupni základní školy

Annotation

JOHNOVÁ, Kateřina. The presence of communication disorders at primary school and the teachers' awareness of communication disorders. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2016. 86 pp. Diploma Degree Thesis.

The thesis is dedicated to the problems of speech communication disorders with pupils at the primary school. The work is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part contains five chapters. The first chapter defines the basic terms of communication. The second chapter deals with the level of communication skills of pupils in the beginning of compulsory schooling at elementary school. The third chapter is devoted to the most common speech communication disorders of pupils at primary school. In the fourth chapter is described the proper approach to individuals with speech communication disorders. The fifth deals with the organization of speech therapy in the Czech Republic. The last chapter is devoted to the educator of the First Instance.

The thesis through research, which is quantitative finds out which kinds of speech communication disorders are found among pupils at the first stage in the elementary schools. It further determines whether teachers of the first stage of regular elementary schools are informed about the problems of speech communication disorders.

Keywords: communication, speech communication disorder, a pupil at primary school, a teacher at primary school

Obsah

Úvod	10
1. Komunikace, řeč, jazyk	12
2. Úroveň komunikační schopnosti žáků při vstupu do základní školy	13
2.1. Foneticko-fonologická rovina	13
2.2. Lexikálně – sémantická rovina	14
2.3. Morfologicko-syntaktická rovina	14
2.4. Pragmatická rovina	14
3. Nejčastější druhy poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy	16
3.1. Dyslalie	16
3.1.1. Etiologie	17
3.1.2. Symptomatologie	18
3.1.3. Terapie.....	19
3.2. Vývojová dysfázie	20
3.2.1. Etiologie	21
3.2.2. Symptomatologie	22
3.2.3. Terapie.....	22
3.3. Koktavost	23
3.3.1. Etiologie	24
3.3.2. Symptomatologie	24
3.3.3. Terapie.....	25
3.4. Specifické poruchy učení	26
3.4.1. Etiologie	27
3.4.2. Symptomatologie	28
3.4.3. Terapie.....	29
3.5. Rinolalie.....	30
3.5.1. Etiologie	31
3.5.2. Terapie.....	31

3.6. Mutismus	32
3.6.1. Etiologie	32
3.6.2. Symptomatologie	33
3.6.3. Terapie.....	33
3.7. Breptavost	34
3.7.1. Etiologie	34
3.7.2. Symptomatologie	34
3.7.3. Terapie.....	35
3.8. Poruchy hlasu.....	36
3.8.1. Etiologie	36
3.8.2. Symptomatologie	37
3.8.3. Hlasová hygiena	38
4. Přístupy k jedincům s poruchami řečové komunikace	39
4.1. Přístupy k dítěti s dyslalií.....	39
4.2. Přístupy k dítěti s vývojovou dysfázií.....	40
4.3. Přístupy k dítěti s koktavostí.....	41
4.4. Přístupy k dítěti se specifickými poruchami učení	42
4.5. Přístupy k dítěti s rinolalií.....	42
4.6. Přístupy k dítěti s breptavostí.....	42
4.7. Přístupy k dítěti s elektivním mutismem	43
4.8. Přístupy k dítěti s poruchami hlasu.....	44
5. Organizace logopedické intervence v České republice	45
5.1. Logopedická intervence v rezortu ministerstva zdravotnictví	45
5.2. Logopedická intervence v rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.....	45
6. Pedagog na prvním stupni základní školy	47
7. Výzkumné šetření	48
7.1. Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	48
7.2. Metodologie výzkumného šetření.....	49
7.3. Organizační zajištění výzkumného šetření	50

7.4. Charakteristika výzkumného souboru.....	50
7.5. Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	51
7.6. Analýza výsledků.....	73
7.7. Závěry z výzkumného šetření, diskuze.....	74
Seznam použitých zkratek.....	80
Seznam použitých zdrojů.....	81
Seznam grafů.....	87
Seznam příloh.....	89

Úvod

Pedagogové na základních školách se stále častěji setkávají ve své každodenní praxi s žáky, kteří denně překonávají problémy související s některým typem komunikačních obtíží. Často právě komunikační schopnost jedince, podstatně ovlivňuje jeho úspěšnost či neúspěšnost ve škole, sociální adaptaci a následný výběr povolání.

V souvislosti s touto tematikou se udává, že do prvních ročníků základních škol nastupuje přibližně čtyřicet procent dětí s poruchou řečové komunikace. Jedná se především o dyslalii. Číslo se ještě zvyšuje v rámci integrace dětí s různým zdravotním postižením, u nichž se porucha řečové komunikace zpravidla také objevuje.

Je třeba, aby pedagogové byli dostatečně připraveni k edukaci těchto žáků, aby měli alespoň základní znalosti v oblasti poruch řečové komunikace a aby také věděli, jak k těmto dětem mají přistupovat. Protože jen ten pedagog, který zná specifika jednotlivých poruch řeči, je dokáže zohlednit ve výchovně-vzdělávacím procesu.

Jedním z důvodů proč jsem si zvolila právě toto téma, bylo mé pedagogické působení ve školní družině, kde jsem mohla sledovat rok od roku zvyšující se nárůst dětí s poruchami řečové komunikace.

Cílem diplomové práce s názvem Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace je zjistit jaké poruchy řečové komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni běžných základních škol, dále zjistit, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje šest kapitol. První kapitola vymezuje základní termíny v oblasti komunikace. Druhá kapitola se zabývá úrovní komunikační schopnosti žáků při vstupu do základní školy. Třetí kapitola je věnována nejčastějším druhům poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy. Ve čtvrté kapitole jsou popsány vhodné přístupy k jedincům s poruchami řečové komunikace. Pátá kapitola se zabývá organizací logopedické intervence v České republice. Poslední kapitola je věnována pedagogům prvního stupně.

Praktická část zjišťuje, jaké poruchy řečové komunikace se u žáků na prvním stupni běžných základních škol vyskytují, dále zjišťuje, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace, jakými formami sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace, zda jsou připraveni na vzdělávání žáků s poruchou

řečové komunikace. Výzkumné šetření je postaveno na kvantitativní metodě za využití stěžejní techniky dotazníkového šetření.

1. Komunikace, řeč, jazyk

První kapitolu jsme věnovali vymezení základních pojmů vztahujících se ke komunikaci. Samotné slovo komunikace je odvozeno od latinského *comunicatio*, které původně znamenalo „společnou účast“ a *communicare*, jenž překládáme jako „činit společným či společně sdílet“. Z tohoto pohledu můžeme komunikaci charakterizovat, nejen jako proces, ve kterém dochází k přenosu informací, ale také i sdílení. Na základě toho komunikují i ti, kteří komunikaci jen přihlíží (Vybíral, 2000). Komunikaci lze také vymežit jako obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování, pěstování mezilidských vztahů, která významně ovlivňuje také rozvoj osobnosti (Klenková, 2006). Lidé mezi sebou komunikují jednak verbálně (slovně), ale i neverbálně. Neverbální komunikace představuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov nebo jako doprovod slovní komunikace – pohyby hlavou a dalšími částmi těla, postojem těla, výrazy tváře, pohledem očí, vzdáleností, tělesným kontaktem, tónem hlasu atd. (Klenková, 2006).

Neubauer (2007a) používá termín řečová komunikace, jakož to proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace. Zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití, příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorba odpovědi.

Základním prostředkem komunikace je řeč. Lidská řeč je specifická lidská dovednost. „*Forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace*“ (Dvořák 2007, s. 147).

Vnitřní řeč představuje naše myšlenky, jejich chápání a vyjadřování prostřednictvím slov verbálně i graficky (Klenková, 2006). Termínem mluva pak vyjadřuje „*schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly*“ (Klenková 2006, s. 27).

Každý řečový akt se děje v určitém jazyce. Pojem jazyk můžeme vymežit jako komunikační kód složený ze systému signálů, znaků a symbolů používaný ke komunikaci. Adekvátní užití signálů, znaků a symbolů je podmíněno kognitivními procesy, především pamětí, pozorností, intelektovými schopnostmi, schopností se učit a intaktní cerebrálních funkcí. Při poškození cerebrálních funkcí například získanou poruchou fatických funkcí vyvolá poruchy v možnostech adekvátního užití jazykového kódu ve všech jeho základních složkách: sémantické, syntaktické, fonologické a pragmatické (Neubauer, 2007b).

2. Úroveň komunikační schopnosti žáků při vstupu do základní školy

Řeč zaujímá významné místo ve výchovně vzdělávacím procesu. Umožňuje rozvoj myšlení, poznávání, učení a ovlivňuje psychický vývoj žáků. Pro vstup do školy je třeba, aby řeč jedince jak po stránce formální tak i obsahové dosahovala patřičné úrovně. Řeč, komunikační schopnost jedince, totiž podstatně ovlivňuje jeho fungování ve škole (Bednářová, Šmardová, 2010).

Komunikační schopnost žáka neboli způsobilost k uplatnění jazyka v jeho různých podobách se projevuje jak v rovině foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, tak i v pragmatické (Klenková, 2006).

2.1. Foneticko-fonologická rovina

Foneticko-fonologická rovina představuje zvukovou stránku řeči. Po šestém až osmém roce, což je horní hranice, by dítě mělo rozlišovat všechny hlásky. Fonemický sluch by měl být zcela vyvinutý před nástupem dítěte do školy, možné obtíže výrazně omezují školní úspěšnost žáka. Schopnost sluchové diferenciaci jde ruku v ruce s výslovností (Bednářová, Šmardová, 2010). Před zahájením školní docházky by dítě mělo správně vyslovovat všechny hlásky. Nesprávná výslovnost či artikulační neobratnost má totiž vliv na kvalitu čtení a psaní. (Bytešnicková, 2012).

Obtíže v artikulaci sykavek, měkkých a tvrdých slabik poukazují na nevyzrálou foneticko-fonologickou rovinu. V psaní se mohou vyskytovat problémy s uplatňováním gramatických pravidel, což se projevuje záměnou sykavek, znělých a neznělých hlásek a obtížemi v rozlišování délky samohlásek ve slovech, při čtení si lze povšimnout chyb v měkčení slov (Bendová, 2011). Na úspěšnost čtení a psaní má také vliv schopnost sluchové analýzy a syntézy. Zhoršení kvality této schopnosti se výrazně projevuje při aplikaci analyticko-syntetické metody čtení (Bendová, 2011). Často dochází k tomu, že dítě využívá náhradních technik čtení. Při psaní nedostatky ve sluchové analýze a syntéze způsobují obtíže v rozlišování hranic slov, dítě vynechává slabiky někdy i celá slova, dále pak zaměňuje písmena či převrací jejich pořadí ve slově (Bendová, 2011). Na školní výkon dítěte má také vliv i kvalita sluchové paměti a schopnost reprodukce rytmu. Sluchová paměť nám umožňuje zaznamenat, zapamatovat si instrukce a následně je reprodukovat. Obtíže v této

schopnosti se promítnou při psaní diktovaného. Jedinec často chybuje a vynechává část informací. Vnímání rytmu nám napomáhá rozlišovat krátké a dlouhé samohlásky, vyčleňovat slabiky ve slově, při čtení a učení se básniček či říkadel (Bendová, 2011).

2.2. Lexikálně – sémantická rovina

Lexikálně-sémantická rovina se zabývá pasivní i aktivní slovní zásobou, porozuměním významu slov, vět či souvětí. Dle Dvořáka (1999) se aktivní slovní zásobou myslí slova, která jedinec běžně užívá ve svém projevu, pasivní slovní zásobu aktivně neužívá, ale obsahu slov rozumí (Horáková, 2012). Před nástupem do školy dítě disponuje slovní zásobou okolo 2500-3000 slov, dokáže spontánně hovořit o různých tématech, správně provádí i delší příkazy (Klenková, 2006). Nedostatky v lexikálně-sémantické rovině se manifestují menší slovní zásobou, sníženou komunikační zručností, problémy ve vyjadřování. K vyprávění je nutné dítě povzbuzovat, klást otázky (Bednářová, Šmardová, 2010).

2.3. Morfologicko-syntaktická rovina

Tato rovina bývá též označována jako rovina gramatická (Klenková, 2006). Morfologie je nauka o slovních druzích, jejich tvarech a významu těchto tvarů. Syntax čili skladba pak sleduje stavbu a tvoření vět a souvětí (Melichar, Styblík, 2000). V období kolem pěti let by měl být verbální projev jedince gramaticky správný, měl by obsahovat všechny slovní druhy (Bednářová, Šmardová, 2010). Narušení v této rovině se projevuje nesprávným tvořením gramatických tvarů - dysgramatismy. Na úrovni slov se dysgramatismy manifestují chybami ve skloňování a časování, určování rodu podstatných jmen. Na úrovni vět se dysgramatismy projevují ve větne skladbě při tvoření vět, vyjadřování myšlenek. Dítě ve větě například vynechává předložky, zvrtná zájmena (Mlčáková in Michalík, 2010).

2.4. Pragmatická rovina

Lechta (1990) uvádí, že jde o rovinu praktické aplikace komunikačních schopností, uplatnění komunikační schopnosti, do popředí zde vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace. Dítě, které nastupuje do školy, by mělo řeči dobře rozumět, mělo by mít věku přiměřenou slovní zásobu, mluvit ve správně formulovaných větách i souvětích, vést smysluplný rozhovor, dodržovat pravidla konverzace-naslouchat druhým, neskákat do řeči, odpovídat na otázky a ptát se (Bednářová, Šmardová, 2010). Oslabení v této rovině se

projevuje nezájmem o komunikaci, problémy při navazování a udržování kontaktů s ostatními, obtížemi ve vyjadřování a porozumění a nižší slovní zásobou (Bednářová, Šmardová, 2010).

3. Nejčastější druhy poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy

Vývojové poruchy řečové komunikace úzce souvisí se zráním centrální nervové soustavy a rozvojem poznávacích, percepčních, jazykových a motorických schopností. Neubauer (2001) rozděluje vývojové poruchy řečové komunikace dle etiologie na motorické řečové poruchy, poruchy vývoje individuálních schopností, kognitivně komunikační poruchy a poruchy vzniklé v důsledku postižení percepce. I když víme, že poruch řečové komunikace je více, budeme se v této kapitole zabývat terminologií, etiologií, symptomatologií a terapií nejčastějších poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy.

3.1. Dyslalie

Klenková (2006, str. 99) charakterizuje dyslalii jako „*poruchu artikulace, kdy je narušená výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem*“.

Nádvořík (1995) se domnívá, že dyslalie zahrnuje několik specifických stránek narušené řečové produkce. S tím, že tato porucha se projevuje na dvou úrovních. Hlavní je úroveň fonetická, vztahující se k užívání jednotlivých hlásek a představující analytickou stránku řeči. Fonologická úroveň se týká používání řečových zvuků ve spojeních do slabik, slov, případně vět, kterou jsou základem další lingvistické úrovně řeči, morfologicko-syntaktické, lexikálně sémantické a pragmatické. Porucha řeči se na fonetické úrovni projevuje například vynecháním hlásek (delecí, eliminací) jejich zaměňováním či nahrazováním (substitucí) až nepřesným vyslovováním v místě artikulace (distorzí). Na fonologické úrovni se poruchy projevují v plynulé řeči, když jsou jednotlivé hlásky ovlivňovány sousedstvím okolních hlásek, následujících nebo předcházejících či v důsledku suprasegmentálních znaků řeči, jako jsou pauzy v řeči, důrazy, přízvuky, melodie a rytmus ve větách či v tempu řeči (Klenková, 2006).

„*Dyslalie tedy v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti anebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka*“ (Lechta, 2005, str. 169).

Při dyslalii rozlišujeme tzv. fyziologickou (nesprávnou výslovnost), která je vývojovým a přechodným jevem. Uvažujeme o ní zhruba do pátého věku dítěte. Přetrvávají-

li nedostatky v artikulaci i nadále, a to mezi pátým až sedmým rokem, mluvíme o prodloužené fyziologické dyslalii. Nesprávná výslovnost se může spontánně upravit, dojde tedy k tzv. autokorekci. V průběhu osvojování si čtení a psaní se artikulace významně zpřesňuje. Přispívá k tomu mimo jiné také to, že dítě si spojí hláskový zvuk s grafickou podobou písmena. Objevuje-li se odchylka výslovnosti i po sedmém roce mluvíme o vadné výslovnosti. Vytvořil se tedy vadný mluvní stereotyp, jedinec hlásku tvoří na jiném artikulačním místě, jiným způsobem a zvuk hlásky se liší od kodifikované české fonetické normy. Ke spontánní autokorekci většinou nedojde (Mlčáková in Michalík, 2010).

Krahulcová (2003) uvádí výskyt dyslalie z hlediska věku: okolo 4 věku je průměrný výskyt dyslalie 60%, na začátku školní docházky 40%, do devátého roku pokračuje pokles dyslalie na 10% a v dospělé populaci je výskyt dyslalie 8%. Výskyt dyslalie u chlapců je poměrně vysoký, tvoří až dvě třetiny dětí přijatých do logopedické péče (Salomonová, 2007).

3.1.1. Etiologie

K nejčastějším příčinám vzniku dyslalie řadíme vlivy: dědičnosti, prostředí, poruchy sluchu a zraku, riziková těhotenství, poškození při porodu, poškození centrálního nervového systému a anatomické odlišnosti mluvidel (Salomonová, 2007).

Názory odborníků na vliv dědičnosti se rozcházejí. Například Sovák dědičnost neuznává. Arnold ji jednoznačně popírá. Jiní však dokazují, že se porucha komunikační schopnosti vyskytuje zároveň i u někoho v rodině, často u otce. Lechta (1990) v souvislosti s dědičností dyslalie mluví o tzv. nespecifické dědičnosti fonemické diferenciaci. Nejedná se o zdědění konkrétního typu dyslalie, ale o zdědění artikulační neobratnosti, popřípadě o vrozenou řečovou slabost, která způsobuje vadnou výslovnost (Salomonová, 2007).

Z negativních vlivů prostředí můžeme uvést například nesprávný mluvní vzor, mazlivou řeč, nevhodný výchovný přístup (řečově nepodmětné prostředí, nepřiměřený postoj okolí k výslovnosti dítěte – napomínání či výsměch, citové strádání). Výše zmiňované vlivy mohou vést nejprve k nesprávné výslovnosti a následně i k její fixaci (Salomonová, 2007).

Pro správný vývoj artikulace mluvené řeči je třeba neporušeného sluchového a zrakového vnímání. Porucha sluchu percepčního typu způsobuje, že dítě nerozlišuje správně jednotlivé hlásky zvláště pak sykavky. Dochází i k narušení modulačních faktorů. Při poruše fonemického sluchu má dítě problémy s diferenciací fonémů. Nedostatky v této schopnosti mohou být příčinou nedostatků v řeči (Salomonová, 2007).

I zraková vada může zapříčinit vadnou výslovnost z důvodu toho, že dítě s poruchou zrakového vnímání nemůže přesně vnímat artikulační pohyby (Klenková, 2006).

Poškození odstředivých a dostředivých nervových drah ovlivňuje narušenou řečovou percepci a produkci. V posledních letech stále více výzkumů poukazuje na vzájemný vztah mezi motorickým vývojem dítěte a výslovností, která vyžaduje přesnou motorickou koordinaci pohybů mluvidel (Salomonová, 2007).

Poruchy centrálního nervového systému mohou způsobit závažná postižení s různými symptomy, dyslalie může být také jedním z nich (Salomonová, 2007).

Anatomické odchylky artikulačních orgánů rovněž mohou zapříčinit nedostatky ve výslovnosti. Neměli bychom tedy podceňovat odchylky chrupu, rozštěpy, zkrácenou podjazykovou uzdičku (Salomonová, 2007).

3.1.2. Symptomatologie

Dyslalie se projevuje bohatou symptomatologií. Při popisu příznaků se používají následující termíny: chybně tvořená hláska se označuje řeckým písmenem plus příponou - ismus (například vadná výslovnost L - lambdacismus, sykavek-sigmatismus, R - rotacismus, Ř - rotacismus bohemicus) a označením místa či způsobu odchýlné artikulace (například sigmatismus interdentální, addentální, labiodentální, palatální, nazální, laterální apod.). Dalším termínem, se kterým se můžeme setkat je tzv. mogilalie neboli vynechání hlásek (např. slovo „ryba“ dítě vysloví jako „yba“). Při paralalii dítě hlásku nahrazuje jinou, většinou pro něj artikulačně snazší hláskou (např. slovo „ryba“ dítě vysloví jako „lyba“). Vynechává-li či nahrazuje-li jedinec hlásku hláskou jinou, je naděje, že si správnou výslovnost hlásky spontánně osvojí. V případě, že dítě tvoří hlásku chybně je třeba odborného zásahu logopeda. Dle rozsahu této poruchy řečové komunikace rozlišujeme dyslalii levis (týká se výslovnosti jedné nebo jen několika hlásek, srozumitelnost řeči není narušena). Dyslalie gravis (zasažena je výslovnost většího počtu hlásek, srozumitelnost řeči je narušena) a dyslalie univerzalis (narušená je artikulace takřka všech hlásek, řeč je nesrozumitelná). Dále je třeba také uvést, že dyslalie může být slabiková či slovní. Při slovní dyslalii dítě tvoří správně izolované hlásky, k obtížím dochází ve slabikách či slovech. (Mlčáková in Michalík, 2010).

Nejčastějšími odchýlkami u dětí školního věku jsou rotacismy (nesprávná artikulace vibrant - R a Ř) a sigmatismy (nesprávná artikulace sykavek). Pokud má žák problém s výslovností, tyto obtíže se s velkou pravděpodobností promítnou i do čteného a psaného projevu. V případě, že se ještě k tomu přidají nevhodné reakce ze strany okolí,

mohou se u takového žáka sekundárně objevit i psychické problémy (Vrbová, 2012).

3.1.3. Terapie

S terapií dyslalie by se mělo začít již v předškolním věku, aby dítě přišlo do školy již s upravenou výslovností a mohlo se plně věnovat školním povinnostem. Dobrá motivace je důležitým předpokladem úspěšné terapie. Cvičení by měla probíhat formou hry. Mechanická cvičení je třeba co nejvíce spojovat s řečí v reálných životních situacích (Klenková, 2006).

V průběhu terapie se preferuje obsahová stránka slovo a jeho význam, před stránkou výrazovou a akustickou, proto je třeba provádět cvičení a tvorbu hlásek ve slovní vazbě v souvislosti s textem (Klenková, 2006).

Existuje celá řada zásad průběhu terapie. Již Seeman (1995) stanovil tyto čtyři zásady:

- *Zásada krátkodobého cvičení* - procvičovat hlásky krátce, ale častěji během dne.
- *Zásada užívání pomocných (substitučních) hlásek* - využívá se hlásek, které umí dítě správně artikulovat. Odlišují se od nacvičované hlásky zvukově, ale jsou artikulačně blízké (např. využití hlásky T a D při nácviku R). Využití pomocných hlásek je podstatou substituční metody. Ta je velmi důležitá, protože vytváří nový sluchový a artikulační vzor. Vede dítě ke správnému tvoření hlásky a k vyhasínání vadných návyků (Klenková, 2006).
- *Zásada užívání sluchové kontroly* - vyvozování a fixace nové hlásky se zakládá v podstatě na výcviku fonemického sluchu. Velmi důležitý je okamžik, kdy se dítě při cvičení samo opraví, samo pozná, že hlásku nevyslovilo požadovaným způsobem.
- *Zásada minimální akce* - vedeme dítě k tomu, aby cvičení provádělo tiše a s minimální artikulační silou.

Salomonová (2007) uvádí další zásady:

- *Zásada individuálního přístupu*
- *Zásada vývojovosti* - při jejím nerespektování dochází pak, zřejmě z neznalosti vývoje hlásek, k závažným chybám při stanovení postupů úpravy a volby metod především v dětském věku.
- *Zásada názornosti* - aby reedukace byla úspěšná, je třeba využít různých přístupů - zapojení zraku, sluchu, hmatu a vnímání změny pohybu. Dítěti tak poskytujeme co nejpřesnější informace o artikulačním postavení a sluchovém vjemu.

Základní zásady logopedické intervence napověděly mnohé o průběhu terapie dyslalie. Průběh korekce lze rozdělit do čtyř základních etap:

1. Přípravná cvičení - cílem je rozvoj motoriky mluvních orgánů, upřesnění artikulačních pohybů a rozvoj fonematické diferenciaci. K přípravným cvičením patří: dechová, fonační cvičení, rozvoj motoriky rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra a myofunkční terapie, jejíž pomocí dochází k zvýšení hybnosti rtů, jazyka a ostatních mluvních orgánů (Klenková, 2006).
2. Vyvození hlásky - provádí odborník, logoped. K této etapě jsou nezbytné poznatky z fonetiky. Při vyvozování hlásek využíváme tzv. nepřímé metody (napodobování různých zvuků přírodních nebo technických) a přímé metody (navození přímo hlásky ať s mechanickou či bez mechanické pomoci) (Klenková, 2006).
3. Fixace hlásky – vyvozenou hlásku postupně fixujeme zapojením do slabik a slov (v pozici na začátku, uprostřed a na konci slova). Motivace dítěte je velmi důležitá. Cvičení je třeba provádět zajímavě, formou hry, ne jen mechanickým opakováním (Klenková, 2006).
4. Automatizace hlásky - výsledkem této závěrečné etapy je správná výslovnost nacvičované hlásky ve spontánní řeči. Začínáme jednoduchým opakováním slov ještě za pomoci zraku a sluchu, pokračujeme pojmenováním obrázků, předmětů, reprodukcí říkanek, básniček, u školáků čtením, až je nácvik ukončen dialogem a monologem (Klenková, 2006).

3.2. Vývojová dysfázie

Vymezení pojmu vývojová dysfázie je značně komplikované z toho důvodu, že pohled odborníků na tuto problematiku není jednotný. V odborné literatuře tak můžeme nalézt celou řadu termínů a definic (Klenková, 2006).

M. Mikulajová, I. Rafajdusová (1993) popisují vývojovou dysfázii jako specifický narušený vývoj řeči, jenž vzniká v důsledku raného mozkového poškození různé etiologie, které postihuje tzv. řečové zóny vyvíjejícího se mozku. Oba dva pojmy, jak vývojová dysfázie, tak i specificky narušený vývoj řeči se v české logopedické praxi i literatuře běžně používají.

Vitásková (2005) uvádí, že předpona dys- a adjektivum vývojová vyjadřuje, že se jedná o narušení dosud nevyvinutých funkcí, přípona -fázie narušení fatických funkcí. Fatické

funkce (centrální procesy řeči) řídí schopnost percepce a produkce lidské řeči a jazyka, včetně schopnosti lexie, grafie, kalkule, praxe a gnosie.

Škodová, Jedlička (2007, s. 106) tvrdí, že v současné české klinické logopedii je vývojová dysfázie chápána jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností až neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.*“

V mezinárodní klasifikaci nemocí vydané Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě roku 1992 je vývojová dysfázie uvedena v kategorii Poruchy psychického vývoje (F80- F89) konkrétně mezi Specifickými poruchami vývoje řeči a jazyka (F80). Zde jsou uvedeny dvě formy vývojové dysfázie Expresivní porucha řeči (dg F80.1) a Receptivní porucha řeči (dg F80.2). Při expresivní poruše má dítě potíže s produkcí mluvené řeči, ale porozumění mluvené řeči je v mezích normy, mohou být, ale nemusejí se vyskytovat poruchy artikulace. Při receptivní poruše řeči dítě slyší, ale nediferencuje zvuky lidské řeči, je výrazně narušeno porozumění řeči. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a časté jsou i abnormality v produkci slov a hlásek (Klenková, 2012). Vitásková (2005) však uvádí, že se vývojová dysfázie spíše vyskytuje v tzv. smíšené, kombinované formě.

U dětí předškolního věku je uváděna prevalence vývojových poruch jazyka 7-14%, u školních dětí se pohybuje výskyt kolem 2% populace (Krejčířová, 2001; Rice, 1998 in Vitásková, 2005).

3.2.1. Etiologie

Příčiny vzniku vývojové dysfázie nejsou dosud zcela známé. Odborná literatura se shoduje na přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze (Dlouhá, 2003 in Vitásková, 2005).

Škodová, Jedlička (2007) uvádí, že většina současných autorů považuje za příčinu vývojové dysfázie poruchy centrálního zpracování řeči. Jde o poruchu rychlého zpracování prezentovaných nebo rychle se střídajících auditivních podnětů (Tallal in Vitásková, 2005). Komplikací je rovněž prokázaná porucha krátkodobé paměti pro řečové zvuky (Briscoe, Gathercole, Marlow, 1998 in Vitásková, 2005).

Dále se uvažuje o postižení kognitivních funkcí (vnímání, paměť, myšlení, řeč) vlivem pre-, peri-, a postnatálního poškození mozku. Hovoří se i o poškození již v intrauterinním vývoji mozku a o častějším výskytu u chlapců přibližně v poměru 4:1 (Škodová a Jedlička, 2007).

Z prenatálních příčin je uváděn negativní vliv farmakoterapie či virových onemocnění.

Z perinatálních příčin asfyxie, inkompatibilita Rh faktoru, protrahovaný porod, těžká novorozenecká žloutenka či nízká porodní hmotnost (Lejska, 2003; Šlapák, Floriánová, 1998 in Vitásková, 2005).

3.2.2. Symptomatologie

Příznaky vývojové dysfázie můžeme najít jak v oblasti řečové, tak i v dalších neřečových oblastech včetně nerovnoměrného osobnostního vývoje. Typickým symptomem je většinou výraznější opoždění vývoje jazykových schopností. Rozsah vnějších příznaků je různý. Od výraznějších projevů odchylek ve vývoji orální řeči, přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti (Neubauer, 2010).

Vývojová dysfázie má systémový charakter. Zasažena je oblast sémantická, syntaktická, ale i gramatická. Děti s dysfázií obvykle obtížně spojují slova do větných celků, chybně časují, skloňují, vynechávají některé slovní druhy (předložky, zvrtná zájmena), mají nižší slovní zásobu, používají jednoslovné či dvouslovné věty. Mezi další symptomy patří: nepoměr mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, poruchy ve zrakové percepci, zejména v kresbě, rozlišování figury a pozadí, obtíže ve sluchové percepci, postižení fonemického sluchu, porucha krátkodobé verbálně akustické paměti, pozornosti, narušení hrubé, jemné motoriky, grafomotoriky, nedostatky v koordinaci (Neubauer, 2010).

V případě, že dítě s vývojovou dysfázií navštěvuje běžnou základní školu, je vhodné ho vzdělávat dle individuálního vzdělávacího plánu s metodickou podporou speciálně pedagogického centra. Po nástupu do školy se mohou také objevit u dítěte specifické poruchy učení na podkladě specificky narušeného vývoje řeči (Vrbová, 2012). Dlouhá, Černý (2012) uvádějí, že výskyt dyslexie je 40-50% u dětí s vývojovou dysfázií. Příznaky dysortografie jsou častější až 70%.

3.2.3. Terapie

Úspěšná terapie spočívá v úzké spolupráci klinického logopeda s lékařem (foniatr, neurolog, pediatr), klinickým psychologem, pedagogem a pracovníci speciálně pedagogického centra. Nejdůležitějším článkem zůstává rodina (Škodová a Jedlička, 2007).

Jednotná metodika terapie vývojové dysfázie neexistuje, protože každý dysfatic je jiný, a proto je třeba terapii individuálně přizpůsobit a rozvíjet všechny oblasti vývoje s ohledem na osobnost dítěte. Terapie vývojové dysfázie by měla být tedy zaměřena na rozvoj

zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti, pozornosti, motoriky, schopnosti orientace, grafomotoriky a řeči. Tyto schopnosti nelze rozvíjet izolovaně, ale je třeba všechny rehabilitační, edukační i reedukační postupy kombinovat tak, aby dítě co nejvíce využilo toho, co již umí (Škodová a Jedlička, 2007).

V. Lechta (1987) stanovil několik zásad, které bychom měli dodržovat při terapii vývojové dysfázie: zásada imitace normálního vývoje, zásada vyprovokování spontánní řeči dítěte (vytvořit takové podmínky, které dítě podněcují k mluvní aktivitě), zásada upřednostňování obsahové stránky řeči před formální, zásada multisenzoriálního přístupu, zásada komentování (komentujeme vše, co se kolem dítěte děje, vždy stejnými slovy), zásada názornosti a zásada sociálního aspektu (dítě by mělo zvládnout aplikovat osvojené dovednosti).

Kutálková (2002) doporučuje při terapii vývojové dysfázie postupovat po malých krocích, chválit dítě, využít nápodobu, pro snadnější pochopení gestiku a mimiku.

Terapie vývojové dysfázie je záležitostí dlouhodobou, trvá několik let, u těžších případů i po celý školní věk. Zráním CNS v kombinaci s včasnou a adekvátní stimulací vývoje řeči a celkovou rehabilitací se zlepšují jednotlivé složky osobnosti. Projevy hyperaktivity a impulzivity ubývají, koncentrace pozornosti, percepce, paměťové procesy, mluvní projev, pohybové dovednosti se zlepšují. Dle Mikulajové a Rafajdusové (1993) problémy ustupují z úrovně poruch jednotlivých funkcí, ale nastávají na kvalitativně vyšších úrovních centrální koordinace a integrace. Projevy jsou zřejmé především v osvojování si čtení, psaní. Ve vyšších ročnících mají děti problémy s výukou cizích jazyků. Podstatný vliv na úspěšnost terapie má především intelekt dítěte, dále rodinné a sociální faktory i možnost adekvátního školního zařazení (Škodová a Jedlička, 2007).

3.3. Kocktavost

Donedávna byla kocktavost vymezována jako neuróza řeči, která vzniká nejčastěji v dětském věku. Současná logopedie se však odklání od tohoto pojetí (Peuteschmiedová, 2005). Kladně je přijímána Lechtova definice kocktavosti, kde je kocktavost pokládána za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů, jenž se podílí na mluvení. K nejviditelnějším projevům kocktavosti řadíme nedobrovolné specifické pauzy, které způsobují neplynulost mluvního projevu a působí tak rušivě na komunikační záměr. Kocktavost je multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti, se složitou symptomatikou, na jehož vzniku se podílí několik parciálních,

vzájemně se prolínajících, navazujících a/nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin (Lechta, 2004).

3.3.1. Etiologie

Příčina koktavosti nebyla dosud zjištěna. V současné době se předpokládá, že koktavost je problém multietiologicalký, není tedy vyvolána jediným faktorem (Peutelschmiedová, 2000).

Lechta (2004) příčiny koktavosti rozděluje do tří skupin: orgánové příčiny, faktory prostředí a psychické procesy. Z orgánových příčin se nejčastěji uvádí dědičnost. Dědí se určité vlohy, dispozice. Koktavost se projeví, přidají-li se specifické vnitřní a vnější podmínky. K příčinám na orgánovém podkladu patří i dyskoordinace mozkových hemisfér, zvýšená aktivita v oblasti pravé hemisféry (Lechta, 2004). Peuteschmiedová (2005) v souvislosti s organickými vlivy uvádí i neurologické faktory, poškození mozku v těhotenství a v průběhu porodu, biochemické faktory a fyzikální změny ve fonačním ústrojí.

Důležitou roli při vzniku koktavosti sehrávají i negativní vlivy sociálního prostředí. Nevhodné reakce na dysfluenci ze strany nejbližšího okolí dítěte mohou fungovat jako činitel fixující koktavost, mohou ji i zhoršovat. Gillam (2000, in Lechta, 2004) píše, že většina autorů se dnes již nedomnívá, že reakce rodičů způsobují koktavost.

Psychické procesy jsou spíše faktory, které koktavost fixují, nejsou primární příčinou. Eventuelně mohou fungovat jako spouštějící faktor při zvýšené genetické disponovanosti dítěte. Dle Gillama (2000, in Lechta, 2004) však koktavost není výsledkem neurotické konstituce.

Koktavost začíná ve většině případů v předškolním věku, vzácněji v období prvních školních let, sporadicky v pubertě a zcela ojediněle v dospělosti. Vzhledem k pohlaví se koktavost častěji vyskytuje u chlapců než u děvčat (Lechta, 2004).

V odborné literatuře je uváděn procentuální výskyt koktavosti v populaci od 1,5 - 4%, přičemž u dětí předškolního věku je to 0,6%, u dětí školního věku 1,6% a u dospělých se výskyt opět snižuje na 0,5% (Sovák in Peutelschmiedová, 2000).

3.3.2. Symptomatologie

Syndrom koktavosti se projevuje třemi druhy vzájemně se prolínajících symptomů: psychickou tenzí, nadměrnou námahou a dysfluencí. Psychická tenze představuje nepříjemné pocity, obavy z komunikace, to, co balbutik cítí, co prožívá před zahájením mluvního aktu

a i během promluvy. Obavy z verbální komunikace mohou vyústit až do logofobie tedy strachu z mluveného projevu, vyhýbání se slovní komunikaci, uzavírání se do sebe (Lechta, 2004). Druhým symptomem je nadměrná námaha, která je provázána zjevným fyzickým úsilím při překonání bloků artikulačního aparátu. Může se projevit například grimasy, nápadnou gestikulací, netypickými pohyby hlavy, ztrátou zrakového kontaktu v okamžiku dysfluence, spasmy na svalstvu krku, kýváním se dopředu do zadu, přešlapování atd. Ve snaze překonat obtíže může docházet i ke zrychlení tempa řeči či ke zvýšení hlasitosti (Lechta, 2004).

Třetím příznakem jsou dyfluence neboli neplynulosti. Ty se v odborné literatuře člení dle Shipleye a McAfee (1989) na repetice (opakování částí slov, slabik, celých slov), prolongace (prodlužování hlásek, slabik či tiché prolongace), tiché pauzy (nápadná a nesprávně lokalizovaná pauza), přerušovaná slova. Ostatní typy dysfluencí: interjekce (hláskové, slabičné, slovní vsuvky), opravy a nekompletní slovní zvraty se vyskytují i u nekoktavých lidí (Lechta, 2004). Dysfluence se často ztrácejí při zpěvu, hromadné recitaci, o samotě, v divadelní roli atd. (Peuteschmiedová, 2005).

K dalším problémům při koktavosti patří narušená respirace, obtíže s fonací, křeče obvykle na začátku slov a vět, narušení prozodických faktorů a parafrázie (balbutik se snaží vyhnout slovům s obávanou hláskou, bývají to často hlásky závěrové B, P, D a T, proto volí různé druhy opisů či synonym) (Klenková, 2006).

Příznaky koktavosti jsou značně proměnlivé a různě se kombinují. Často se objevují jen v určitých situacích nebo v kontaktu s některými osobami. Svou roli může sehrát i aktuální zdravotní stav, únava a výkyvy počasí (Klenková, 2006).

3.3.3. Terapie

Na léčbě koktavosti by se měla vždy podílet celá řada odborníků: klinický logoped, klinický psycholog, foniatr, učitel a rodiče (Škodová, Jedlička, 2007).

Peuteschmiedová (1994) uvádí, že vzhledem k tomu, že skutečná příčina koktavosti nebyla dosud objevena, nelze balbuties odstranit, pouze potlačit její příznaky.

Dle Wirtha (1990, in Lechta 2002), existuje více než 250 terapeutických postupů, avšak žádný z nich dosud nebyl jednoznačně přijat a akceptován.

Maximálním cílem terapie koktavosti je spontánní, přirozená (ne absolutní) fluence řeči, bez příznaků nadměrné námahy a psychické tenze. Avšak ne vždy se z různých důvodů tohoto maxima dosáhne. Pokud tato situace nastane, je třeba se zaměřit na relativní cíl, což

znamená zredukovat symptomatiku – předejít u co největšího počtu příznaků progresi a vyloučit vznik komunikační bariéry (Lechta, 2010). A rovněž dosáhnout kontrolované plynulosti, kdy je řeč relativně plynulá a jen zkušení odborníci slyší malé odchylky od normy, či akceptovatelné neplynulosti, kdy se objevuje občasné zakoktání, která však řečníka neuvádí do rozpaků a nenutí ho k vyhybavému chování (Lechta, 2009).

V současné době jsou upřednostňovány vícedimenzionální přístupy, přičemž terapii je volena s ohledem na specifika konkrétního případu (Lechta, 2004).

Terapeutické přístupy lze rozdělit do dvou větších skupin na terapii tvarování plynulosti (Fluency Shaping Therapy) a terapii modifikace koktavosti (Stuttering Modification Therapy). Stále více se však uplatňuje jejich kombinace (Guitar, Gillam in Lechta, 2004).

Terapie tvarování plynulosti řeči klade důraz na osvojení plynulosti řeči. Pocitům, postojům a vyhybavému chování se příliš nevěnuje. Terapie se snaží navodit plynulý způsob řeči, který je postupně fixován a rozšířen do každodenního života. K navození plynulé řeči využívá techniky zpomalené řeči, rytmizace, měkký hlasový začátek, opožděnou zpětnou vazbu - Lee-efekt atd. (Lechta, 2005).

Smyslem terapie modifikace koktavosti je modifikovat moment zakoktání na mírnější formu a zároveň odstranit negativní pocity a postoje balbutika. Terapie vychází z předpokladu, že si jedinec své řečové obtíže uvědomuje, proto se tento postup uplatňuje u dětí školního věku pouze s instrukcí (Lechta, 2004).

U koktavých dětí se často psychická tenze spojuje s konkrétními situacemi. V tomto případě bývá účinná systematická desenzibilizace, což je behaviorální psychoterapeutická technika, která spočívá v odstranění iracionálních obav z určitých věcí (Lechta, 2004).

3.4. Specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení jsou součástí logopedie, proto tato problematika spadá i do kompetence logopeda. Navíc velmi často také dochází ke kombinaci některých vývojových poruch řeči se specifickými poruchami učení.

Pokorná (2000) uvádí, že terminologie specifických poruch učení není jednotná. V odborné literatuře se setkáváme s termíny specifické vývojové poruchy učení, specifické poruchy učení, vývojové poruchy učení. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí WHO je zakotven termín specifické poruchy školních dovedností (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2013). V naší diplomové práci jsme se rozhodli, užívat termínu specifické vývojové poruchy

učení.

„Specifické vývojové poruchy učení označují heterogenní skupinu obtíží, které se objevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy. Ačkoliv se poruchy učení mohou objevovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. sensorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (např. kulturní odlišnosti, nedostatečné, pop. neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ (Perspektives on Dyslexia, 1991, in Zelinková, 2003, s. 10). Na této definici je podstatné zdůraznění, že specifické poruchy učení znamenají souhrn různých symptomů, kdy jedinec má potíže při osvojování a užívání výše uvedených dovedností, jeho potíže jsou vždy zcela individuální. Další skutečností je, že specifické poruchy učení vznikají na podkladě dysfunkce centrální nervové soustavy (Zelinková, 2003).

Označení „specifické“ odděluje tyto poruchy od skupiny „nespecifických“ tzv. „nepravých“ či „pseudo“ poruch učení, které mohou být kupříkladu způsobeny: nedostatečně podnětným prostředím, sníženým intelektem, neurotizací či úzkostnými stavy (Vitásková, 2006). Přídavným jménem „vývojové“ je naznačeno, že ačkoliv je porucha založená dávno dříve, projeví až na určitém stupni vývoje dítěte, zpravidla po nástupu do prvního ročníku základní školy (Matějček, 1995). Příznivé je to, že vlivem vyžívání dětského organismu dochází ve většině případů ke zlepšení stavu (Peutelschmiedová, 2005).

3.4.1. Etiologie

Etiologie specifických vývojových poruch učení je multifaktoriální. Příčiny exogenní (vnitřní) i endogenní (vnější) se mohou kombinovat, což v konečném důsledku vytváří individuální symptomatický obraz poruchy (Vitásková, 2006). Mezi exogenní příčiny patří: dysfunkce centrální nervové soustavy, vliv dědičných predispozic, odchylná organizace cerebrálních aktivit, deficity ve vnímání (syntéza, členění, diferenciaci, prostorová orientace), nepříznivá konstelace laterality, poruchy exekutivních funkcí, narušení jazykových schopností. Exogenní příčiny specifické vývojové poruchy učení samy nezpůsobí, pokud se nevyskytují společně s endogenními. Vnější etiologické faktory pouze umocňují vliv příčin vnitřních. Mezi vnější příčiny řadíme především tzv. didaktogenní vlivy (nevhodný výběr didaktických metod, nepoměr mezi výukovým stylem pedagoga a učebním stylem žáka), postoj rodičů ke škole a vzdělávání apod. (Pokorná, 2003).

3.4.2. Symptomatologie

Česká odborná literatura rozlišuje tyto základní typy specifických vývojových poruch učení dyslexii, dysgrafií, dysortografií a dyskalkulií. K méně častým, ne až tak běžně diagnostikovaným typům řadíme dysmúzií a dyspínxii, zvláště vyčleňujeme dyspraxii. Odlišné členění najdeme v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace. Tato klasifikace nerozlišuje specifické poruchy psaní od pravopisu a nezmiňuje poruchy projevující se ve výchovných předmětech (Vitásková, 2006).

Přepona dys-, označuje, že jde o částečnou poruchu funkce, nebo poruchu vývojovou zatímco předpona a- znamená, že se jedná o ztrátu již nabyté dovednosti například alexie, agrafie (Peutelschmiedová, 2005).

Dyslexii můžeme charakterizovat jako specifickou poruchu osvojování si čtenářských dovedností pomocí běžných výukových metod (Matějček, 2003). Tato specifická vývojová porucha učení není primárně způsobena poruchou intelektu, smyslovou, pohybovou vadou či vnějšími sociálními činiteli, ale může se vyskytovat souběžně s nimi (Matějček, 1995). Dyslexie se projevuje tzv. specifickými obtížemi ve čtení (děti čtou pomalu, zaměňují zrakově a sluchově podobné hlásky, vynechávají slabiky a slova, komolí slova, domýšlí si text, čtou bez porozumění) (Jucovičová, Žáčková, 2014). Jde o nejrozšířenější specifickou poruchu učení, která se velmi často kombinuje s dysgrafií a dysortografií (Fischer, Škoda, 2008).

Dysgrafie je definována jako porucha projevující se výraznými obtížemi v oblasti osvojování si psaní. Postihuje grafickou stránku písemného projevu, čitelnost a úpravu. Dítě má problémy s osvojováním tvarů jednotlivých písmen, nepamatuje si je, zrcadlově je obrací, zaměňuje je. Písmo bývá často neupravené, neuspořádané, nečitelné, typický je přítlak a křečovitě držení tužky (Zelinková, 2003).

Dysortografie je poruchou osvojování pravopisu, velmi často bývá diagnostikována společně s dyslexií. Tato porucha nepostihuje celou oblast gramatiky, ale týká se tzv. specifických dysortografických jevů. Osvojování a aplikace gramatických pravidel je postižena druhotně (Zelinková, 2003).

Dyskalkulie je definována jako porucha osvojování si matematických dovedností. Dítě s dyskalkulií není schopno rozeznat geometrické tvary, porovnat čísla dle velikosti, chybí při pojmenování počtu předmětů a symbolů, má problémy s řešením slovních úloh, zaměňuje číslice, nezvládá základní matematické operace (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012).

Dysmúzie je specifická porucha postihující schopnost vnímat a reprodukovat hudby. Dítě s dysmúzií nerozlišuje tóny, nepamatuje si melodii, obtížně reprodukuje rytmus (Bartoňová, 2004).

Dyspinxie je specifická porucha kresebného aktu, charakteristická nízkou úrovní kresby. Typickými znaky mohou být neobratné zacházení s tužkou, neschopnost převést svou představu z trojrozměrného prostoru na dvojrozměrný papír, potíže s pochopením perspektivy (Bartoňová, 2004).

Dyspraxie je specifická vývojová porucha obratnosti nebo porucha motorické funkce. Projevuje obtížemi v oblasti hrubé i jemné motoriky a při koordinaci složitějších pohybů (Vitásková, 2006).

Odhaduje se, že v populaci je přibližně 2-4 % jedinců, trpících některou z těchto poruch, přičemž u chlapců je výskyt asi třikrát vyšší (Bartoňová, 2004).

U dětí se specifickými vývojovými poruchami učení se objevuje i zvýšená unavitelnost, emoční labilita, obtíže v pozornosti, paměti, motorice, časoprostorové a pravolevé orientaci, sensorické integraci, jazyce a řeči ve smyslu snížené úrovně jazykového citu, artikulační neobratnost a specifické asimilace (Vitásková, 2006). Artikulační neobratnost znamená, že dítě umí správně vyslovit hlásky i celá slova, ale nedaří se mu vyslovit složitější slova např. nejkrásnější, lokomotiva (Žlab, Škodová, 2003). Specifické asimilace postihují především sykavky a měkčení. Dítě místo sešit např. vysloví [šešit] nebo [sesit], místo děda [deda] či [děďa] (Matějček, 2003).

3.4.3. Terapie

Dětem se specifickými vývojovými poruchami učení je třeba věnovat speciálně pedagogickou péči. Žáci se specifickými vývojovými poruchami učení mohou být zařazeni do běžné základní školy (integrovány), do specializované třídy pro žáky se specifickými vývojovými poruchami učení nebo mohou navštěvovat školy zaměřené na vzdělávání žáků se specifickými vývojovými poruchami učení (Klenková, 2000). Speciální péči těmto dětem poskytuje speciální pedagog či pedagogický pracovník, který absolvoval program akreditovaný MŠMT v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků na problematiku specifických poruch učení (Vitásková, 2006).

V současné době se v edukaci žáků se specifickými vývojovými poruchami učení využívají různé metody, popisované například v odborné literatuře od Matějčka, Zelinkové, Pokorné. Nové koncepty či komplexní zahraniční projekty (Pokorná, 2001) u nás nejsou

využívány v plném rozsahu. Jedním z důvodů může být problematičnost transferu metodiky původně určené pro jiný jazykový systém. Je třeba mít ale na paměti, že práce s jedincem se specifickými vývojovými poruchami učení by měla být, pro odlišnost příčin a symptomů, značně individualizována, jinak ztrácí účinnost. Využitím moderních technologií a speciálně vyvíjených pomůcek lze předejít tomu, že dítě začne ztrácet motivaci k učení se školním dovednostem (Vitásková, 2006).

Důležitou podmínkou je kvalitně provedená diagnostika a výstupy z ní adresované jednotlivým odborníkům a dalším zainteresovaným (Vitásková, 2006).

3.5. Rinolalie

Nosovost neboli nazalita je rezonance nosní dutiny. Výsledný akustický dojem hlásek je ovlivněn vzájemný poměr nazality a orality (rezonancí dutiny ústní). Na základě toho, můžeme hlásky rozdělit na orály a nazály. U orálních hlásek je artikulační výdechový proud vzduchu směřován z hrtanu do dutiny ústní, u nazálních hlásek se zapojuje dutina nosní i nosohltanová. Ovládání orality a nazality je podmíněno především správnou funkcí patrohltanového (velofaryngeálního) mechanismu, ale také průchodností a prostorností rezonančních dutin, polohou jazyka, velikostí čelistního úhlu, intenzitou a tlakem výdechového proudu vzduchu (Zezulková, 2014).

Nedostatečná funkce patrohltanového mechanismu a všech struktur, které se na funkci patrohltanového uzávěru podílí, je nazývá velofaryngeální insuficiencí. Velofaryngeální dysfunkce vzniká na podkladě vrozených či získaných organických (centrálních či periferních neurogenních onemocnění, anatomických změn), funkčních nebo kombinovaných příčin. Důsledkem velofaryngeální insuficience je porucha zvuku řeči, která je označována jako rinolalie (Zezulková, 2014).

Kerekrétiová (in Lechta, 2003) uvádí, že rinolalie je patologicky změněná nosovost. Jedná se o sníženou či zvýšenou nazalitu v mluvené řeči, změnu zvuku jednotlivých hlásek, a tedy i mluvené řeči jako celku.

Patologickou nazalitu lze rozdělit do tří skupin a to na hypernazalitu, hyponazalitu a smíšenou nazalitu.

Hypernazalita (otevřená huhňavost) je zvýšená nosní rezonance. Vzniká tehdy, je-li dutina ústní a nosní spojena při produkci nosovek, ale i orálních hlásek. Proud vzduchu při artikulaci směřuje do nosu nikoli do úst. Všechny hlásky pak znějí nosově (Klenková, 2006).

Hyponazalita (zavřená huhňavost) je snížení nebo chybění nosovosti při nosovkách.

Zavřená huhňavost vzniká, jestliže výdechový proud nemůže při nosovkách volně procházet nosní a nosohltanovou dutinou. Volnému průchodu vzduchu brání překážky. V důsledku toho nosovky m, n, ň znějí přibližně jako p, b, d' (Kerekrétiová in Lechta, 2003).

Smíšená huhňavost je kombinací hypernazality a hyponazality (Kerekrétiová in Lechta, 2003).

3.5.1. Etiologie

Hypernazalitu mohou způsobovat orgánové či funkční příčiny. K orgánovým příčinám patří: rozštěpové vady tvrdého nebo měkkého patra, podslizniční rozštěp, zkrácené či nedostatečně vyvinuté patro, obrny měkkého patra, zkrácení či poškození velárního svalstva po seřiznutí či vynětí nosohltanové mandle, po operačních zásazích v oblasti měkkého patra, proděravění měkkého patra. Mezi funkční příčiny řadíme nápodobu nesprávného mluvního vzoru, nedbalou mluvu, sluchové postižení vzhledem k nedostatečné zpětné sluchové vazbě (Kerekrétiová in Lechta, 2003).

Příčiny hyponazality mohou být orgánové či funkční příčiny. K orgánovým příčinám patří: úzké nosní průduchy, vybočená nosní přepážka, zduřelá sliznice v dutině nosní při akutní, chronické rýmě, nádory, cysty, polypy, zvětšená nosohltanová mandle. Mezi funkční příčiny hyponazality řadíme poruchy svalstva měkkého patra způsobující zvýšenou činnost velofaryngeálního mechanismu (Kerekrétiová in Lechta, 2003).

Smíšená huhňavost vzniká, je-li velofaryngeální mechanismus insuficientní z příčin uvedených v otevřené huhňavosti a zároveň je v nosní a nosohltanové dutině překážka, která brání volnému průchodu vzduchu, při tom je patologicky zmenšený prostor v nosní a nosohltanové dutině (Kerekrétiová in Lechta, 2003)

Rinolalie se objevuje přibližně u 18 % dětí předškolního a mladšího školního věku (Kerekrétiová, 1990).

3.5.2. Terapie

Na terapii rinolalie se podílí odborníci z řad lékařských i nelékařských oborů (Škodová a Jedlička, 2007).

Při terapii hypernazality se provádí cvičení, jenž mají zlepšit funkci patrohltanového uzávěru. Cvičení lze rozdělit na pasivní a aktivní. Mezi pasivní cvičení řadíme: mechanické napínání měkkého patra – vyvolaný dávivý reflex vede k posílení svalstva patrohltanového závěru, digitální masáže měkkého patra s fonací (prstem prováděná masáž, krouživým

pohybem). Mezi aktivní cvičení foukání, sání, pití slámkou, kloktání, dechová cvičení, zívání, pískání, polykání (Škodová a Jedlička, 2007).

U hyponazality může být logopedická terapie zahájena až po ošetření příslušným lékařem. Logoped s dítětem nacvičuje dýchání nosem (v klidu i při pohybových aktivitách), správnou artikulaci nosovek ve slabikách i slovech (Škodová a Jedlička, 2007).

Při terapii smíšené huhňavosti je třeba nejprve zjistit, která složka převládá, dle toho pak volíme způsob úpravy (Škodová a Jedlička, 2007).

3.6. Mutismus

Mutismus představuje hraniční problematiku mezi psychiatrií, psychologii, foniatrií a logopedií. Tichá (2009, in Klenková, 2012) definuje mutismus jako získanou ztrátu řeči na funkčním podkladě, která není podmíněna organickým poškozením centrální nervové soustavy. Jedná se o nepřítomnost či ztrátu řečových projevů, která se objeví po ukončeném vývoji řeči. Základní charakteristikou mutismu dle Peutelschmiedové (2005) je, že jedinec má vůli a snahu orálně komunikovat, ale přes psychické obtíže se mu to nedaří. V psychiatrické literatuře je mutismus chápán jako příznak rozmanitých klinických stavů, nejčastěji jako součást depresivního symptomu (Pečeňák in Lechta, 2003).

V současné době je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994) je zařazena jen jedna forma mutismu, a to elektivní (výběrový) mutismus (Pečeňák, 2003).

3.6.1. Etiologie

Elektivní mutismus je považován za primárně psychogenně podmíněnou poruchu. Ve všeobecné rovině jej lze interpretovat jako maladaptivní obranný mechanismus, který je reakcí na akutní psychotraumatizující podnět nebo chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte (například potřeba bezpečí, podnětné prostředí, osamostatnění se od rodičů, začlenění se mezi vrstevníky). Elektivní mutismus může vzniknout i jako reakce na nepřiměřené nároky, jež jsou na dítě kladeny, na nesprávný výchovný styl a při těžkých stresových situacích na základě určité konstituce a osobnostní dispozice jedince. S elektivním mutismem se nejčastěji setkáváme u dětí v předškolním a mladším školním věku, mírně převažuje u děvčat. U disponovaných dětí se častěji vyskytuje zvýšená nesmělost, vyhýbaní se sociálním kontaktům, silná vazby na rodiče a opoziční chování (Pečeňák, 2003).

3.6.2. Symptomatologie

Hlavním příznakem elektivního mutismu je ztráta řečových projevů, které je vázané na určitou situaci, prostředí, osobu. Děti například nemluví ve škole s paní učitelkou, ale s kamarády, rodiči i sourozenci komunikují bez obtíží. Neverbální komunikace je u některých dětí zachována, může být přítomen šepot nebo jednoslovné odpovědi. Tento typ mutismu se diagnostikuje tehdy, mají-li projevy stabilní charakter a trvá-li oněmění nejméně čtyři týdny, avšak tento časový údaj se nevztahuje na první měsíc školní docházky (Pečeňák, 2003). Sekundárními důsledky může být izolace dítěte, výsměch ze strany spolužáků, trestání rodiči, případně učiteli, pocity viny, nátlak, aby dítě mluvilo (Pečeňák, 2003).

Pečeňák (2003) podrobněji rozebírá další označení mutismu. Perzistentní mutismus je oněmění, které přetrvává delší dobu. Tranzientní mutismus představuje přechodné oněmění, obvykle souvisí s počátkem školní docházky a většinou se spontánně upraví. Situační mutismus je například přechodná nemluvnost v novém prostředí či nemluvnost v souvislosti s trémou. Jako reaktivní mutismus se označuje stav, který vznikl v souvislosti s psychotraumatizujícím zážitkem. Při totálním mutismu dítě nemluví v žádné situaci. Traumatický mutismus vzniká jako reakce na závažné emocionální trauma. Termín Surdomutismus označuje stav, při němž je kromě ztráty schopnosti komunikovat mluvenou řečí útlum rozšířen i na oblast slyšení.

3.6.3. Terapie

Mutismus je chápán spíše jako psychická porucha, než porucha řeči. Psychoterapie proto hraje důležitou roli v terapeutickém přístupu (Škodová, 2007). Optimální bývá kombinace psychoterapie rodinné, individuální a skupinové. Po překonání vlastního mutismu se doporučuje v psychoterapii i nadále pokračovat, z důvodu vyváženějšího osobnostního vývoje jedince (Klenková, 2006).

Na terapii se podílí celý tým odborníků. Základem je lékařské vyšetření (psychiatrické, pedopsychiatrické, foniatické, případně neurologické). Součástí týmu by měl být i logoped, rodiče a pedagog, který dítě učí. Terapie mutismu i elektivního mutismu je záležitostí dlouhodobou a vyžaduje velkou míru trpělivosti (Škodová, 2007).

Každý z týmu zastává určitou úlohu. *Foniatr vyloučí organický podklad a vybaví hlas. Klinický psycholog při terapii odstraní příčinu. Klinický logoped naváže na foniatické metody, vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov a vět* (Škodová, 2007, s. 207).

3.7. Breptavost

Weissová (1964 in Tarkowski, 2003, s. 282) uvádí: „*Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formulování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.*“

Tarkowski (2003) se domnívá, že breptavost není izolovaný příznak, ale spíše připomíná syndrom. Tumultus sermonis tedy může představovat kombinaci narušení psychických (poruchy koncentrace pozornost a chaotičnost myšlení), lingvistických (neplynulost řeči, dysgramatismus) a fyziologických (narušení dýchání). Jde tedy o různorodou poruchu, která se projevuje od raného dětství a přetrvává do období dospívání a dokonce i déle. Breptavost se může vyskytovat izolovaně, někdy dochází ke kombinaci breptavosti s koktavostí (Klenková, 2012).

3.7.1. Etiologie

Příčiny breptavosti se nepovedlo dosud plně objasnit. Weissová (1964 in Tarkowski, 2003) se domnívá, že breptavost má dědičný základ. Svě tvrzení dokládá tím, že poruchy jako opožděný vývoj řeči, dyslalie, koktavost, obtíže při čtení a psaní, narušení rytmu a muzikálnosti, mají společný patologický základ nazývaný centrální poruchy řeči. Na organický podklad poukázali Hirsch dle (Weissové, 1984) dále Seeman (1970) i Brandford (1970). Seeman, Subirana, Wile Brain in Tarkowski (2003) soudí, že příčinou breptavosti je minimální poškození lokalizované v podkorové oblasti. Dle výzkumů se v EEG v zápisech u jedinců s breptavostí objevily nepravidelnosti. Tarkowski (2003) uvažuje o polyfaktoriální etiologii.

3.7.2. Symptomatologie

Breptavost má charakter syndromu tedy souboru příznaků. Charakteristickým symptomem je jednak rychle, ale i nerovnoměrné tempo řeči. Akcelerace mohou být dle Seemana (1955) intraverbální (uvnitř slova) a interverbální (mezi slovy). Breptavost je tedy nejvýraznější v dlouhých slovech a dlouhých větách. Dále se objevují redukce souhláskových shluků, samohlásek, vynechávání či opakování slabik. Artikulace je nepřesná či setřelá, srozumitelnost mluvy se snižuje. Dýchání je narušeno a v důsledku nesprávné koordinace

respirace a fonace mohou vznikat funkční hlasové poruchy. Mluvní projev může působit monotónně (Škodová, Jedlička, 2003).

Projevy neplynulosti řeči u osob s breptavostí bývají doprovázeny slabou koncentrací, zúženou pozorností, těžkostmi při formulování myšlenek (Tarkowski, 2003). V některých případech se může projevit také motorická instabilita, problémy ve vzdělávání a poruchy učení (Klenková, 2012).

3.7.3. Terapie

Protože příčina breptavosti není přesně známá, je terapie symptomatická. Metody a techniky je třeba volit vždy individuálně (Mlčáková in Michalík, 2010).

Dle Tarkowského (2005) se tradiční terapie breptavosti soustředí na strukturu vnější výpovědi. Jejím hlavním cílem je:

- stabilizace tempa řeči – lze využít tyto techniky: společné čtení textu, hlasité čtení, vokalizaci (zpomalení řeči prodlužováním vokálů, řeč by ale měla být společensky únosná), popis předmětu, osoby, činnosti, referování o události, shrnutí obsahu článku, knížky
- zvýšení koncentrace pozornosti - odčítání stále stejného čísla nebo přičítání, střídavé odečítání nejdříve jednoho a poté druhého čísla
- rozvoj hudebních schopností - zpívání písní, rytmickou reprodukci
- odstranění obtíží při čtení - současné čtení a psaní, čtení s okénkem
- rozvíjení vyjadřovacích schopností - aktivní zpracování textu, nejprve vše komentujeme, než začneme číst (obrázky, délku textu, o čem text asi bude) poté až začneme číst

Hedge (in Lechta 2009) uvádí, že je třeba naučit jedince kontrolovat svůj řečový projev. Pokud breptavý překročí běžnou rychlost řeči, je třeba ho na to upozornit, například dohodnutým gestem (Lechta, 2009).

3.8. Poruchy hlasu

Klenková (2004) vymezuje hlas jako zvukový prostředek lidské komunikace, zvuk, který vznikne průchodem hrtanového tónu vniklého na hlasivkách rezonančními dutinami nad hrtanem tzv. násadní trubicí.

Hlas je charakteristickým, individuálním znakem každého z nás, je také nositelem velkého množství informací, například o pohlaví, věku, fyzickém a psychickém stavu mluvčího (Klenková, 2012). Zdravý lidský hlas je čistý, zvučný, volně tvořený a stabilní (Kučera, 2010).

Medicínským oborem, který se na hlas a jeho poruchy specializuje, je foniatrie. Jestliže se léčení hlasových poruch doplňuje hlasovou reedukací, spolupracovníkem týmu se stává i logoped (Sovák 1981, in Klenková, 2006).

Poruchy hlasu definuje Sovák (1978 in Kerekrétiová 2003, s. 142) jako „*patologickou změnu v individuální struktuře hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření hlasu, přičemž v hlase se mohou vyskytnout i vedlejší přídavné zvuky.*“ More (1982 in Kerekrétiová, 2003) považuje za poruchy hlasu případy, kdy se objeví určitá odchylka ve výšce, síle a kvalitě hlasu, přitom zohledňuje věk, pohlaví a společensko-kulturní prostředí.

Obecně se poruchy hlasu nazývají dysfonie, afonie představuje úplnou ztrátu hlasu. (Kerekrétiová, 2003).

Poruchy hlasu se mohou vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s jinými řečovými poruchami, například s dysartrií, koktavostí, afázií, palatolálií. Mohou být součástí somatických (choroby plic, průduškové astma) či psychických onemocnění (Šurina, 1989 in Kerekrétiová, 2003).

3.8.1. Etiologie

U dětí se mohou vyskytovat orgánové poruchy hlasu, které mají původ v onemocnění hlasového ústrojí a bývají způsobeny akutními či chronickými záněty, úrazy, poruchami inervace hrtanu, vrozenými anomáliemi hrtanu, stavy po operacích hrtanu, zhoubnými či nezhojnými nádory a hormonálními změnami (Kerekrétiová, 2003).

K orgánovým hlasovým poruchám patří nedomykavost hlasivek, uzlíky, vrozené vady a anomálie, nádorová onemocnění (Zezulková, 2014).

Nedomykavostí hlasivek rozumíme nedostatečný, neúplný závěr hlasivek při fonaci. Projevuje se změnou kvality i síly hlasu, od zastřenosti až po bezhlasí. Subjektivně převládá pocit námahy při tvorbě hlasu a snadné unavitelnosti, pálení v krku, sucho v krku, dráždění ke

kašli, bolest krčního svalstva. K příčinám nedomykavosti hlasivek patří např. obrna vnitřních svalů hrtanu, nadměrné přepínání hlasu, nerovný okraj hlasivky (Zezulková, 2014).

Uzlíky jsou drobné útvary, které se vyskytují zejména na vnitřním okraji hlasivek, jde o nezhoubný novotvar. Uzlíky brání vytvoření správného hlasového závěru, hlas je dyšný, chraptivý, slabší, tvořený s námahou. Původ vzniku uzlíků není zcela jednoznačný, může se jednat o překříknutí apod. (Zezulková, 2014).

Druhou, čtenější skupinou jsou funkční poruchy hlasu. Funkční poruchy hlasu vznikají v důsledku narušené funkce hlasového ústrojí, většinou k poruchám hlasu dochází přemáháním hlasového orgánu. Při dlouhodobém nesprávném užívání hlasu může docházet k orgánovým změnám na hlasivkách, tedy i k orgánovým poruchám hlasu (Zezulková, 2014).

Mezi funkční hlasové poruchy patří: poruchy hlasu z přemáhání (například dětská hyperkinetická dysfonie), psychogenní poruchy hlasu (například mutační poruchy hlasu, fistulový hlas) a hlasové neurózy (spastická dysfonie, hysterická spastická dysfonie, fonastenie) (Zezulková, 2014).

U dětí se nejčastěji vyskytuje dětská hyperkinetická dysfonie. Děti často mluví nadměrně hlasitě, svým hlasovým projevem se chtějí prosadit mezi vrstevníky, upoutat na sebe pozornost, či často se snaží napodobit své okolí (například zvuk silných motorů) (Zezulková, 2014). Častěji se dětská hyperkinetická dysfonií objevuje u chlapců, děti neklidných či s poruchami koncentrace pozornosti. K rizikovým faktorům v dětském věku řadíme i kolektivní sporty (například karate) a sborový zpěv. Děti mají více či méně zastřený hlas, později i se zřetelnou dyšnou příměsí eventuálně chrapotem (Dlouhá, Černý, 2012).

Moran a Zylla-Jones (1998) uvádí, že výskyt poruch hlasu se u dětí mladšího školního věku pohybuje v rozpětí od 24 do 38%. Překvapující je, že pouze 1% z těchto dětí podstoupí hlasovou terapii.

3.8.2. Symptomatologie

Základním příznakem poruch hlasu je chrapot. Hlas při něm může být lehce zastřený, silně chraptivý. Při úplném bezhlasí mluvíme o afonii. Chrapot vzniká dvojím způsobem, buď změnou hmoty hlasivek, dochází k nepravidelným kmitáním nebo změnou závěru hlasivkové štěrbinou, kdy slyšíme šelest, nebo zastření způsobené vzduchem pronikající štěrbinou (Jedlička, 2003).

K dalším symptomům dysfonie dle Kerekrétiové (2009) patří: hlasová únava, hlas se šelesty, snížený hlasový rozsah, změny ve výšce, hlas tvořený s napětím a tremor neboli třes.

3.8.3. Hlasová hygiena

Léčbou hlasových poruch se zabývají lékaři (foniatri, otorinolaryngologové). Po léčbě následují hlasová cvičení, ta vede logoped. Nezbytnou součástí péče o hlas je hlasová hygiena (Klenková, 2006). Hlasovou hygienou se rozumí užívání správné hlasové techniky a hygiena prostředí (Vaniaková, Frostová, 1995). Je nutné s ní začít již od raného věku. Mezi zásady hlasové hygieny patří: redukce mluvení, snížení hlasitosti, nepřekračování hranic hlasového rozsahu, hlasový klid při onemocnění dýchacího ústrojí a hlasivek, užívání měkkých hlasových začátků¹. Děti by se v kolektivu vrstevníků neměly překřičovat, stejně tak by neměly zneužívat hlasu při hrách, či sportovních akcích. Vzor správné hlasové tvorby by měly mít v rodičích a učitelích. Důležité jsou i dobře větrané místnosti, bezprašné, nezakouřené prostředí a hygienická nezávadnost místností (Hanáková, 2012).

¹Měkký hlasový začátek - je nejšetrnější způsob tvorby hlasu. Hlas vzniká plynule. Hlasivky jdou do střední čáry klidněji a přikládají se pozvolna (Hájková, 2011).

4. Přístupy k jedincům s poruchami řečové komunikace

Ve čtvrté kapitole diplomové práce se věnujeme přístupům, které mohou podpořit komunikaci s žákem s poruchou řečové komunikace. Uvědomujeme si, že nic z uvedeného neplatí absolutně, neboť každý jedinec je jiný, takže je třeba volit individuální přístupy.

4.1. Přístupy k dítěti s dyslalií

Dyslalií řadíme k lehčím poruchám řeči, avšak ve školním prostředí může tato porucha řečové komunikace přerůst do mnohem složitějšího problému. Z tohoto důvodu velmi záleží na tom, jak k dítěti přistupuje jeho okolí. Pedagog by měl při práci s dítětem s dyslalií dodržovat několik zásad, které mohou jeho řeč pozitivně ovlivnit (Králíková in Lechta, 2010).

- Pamatujte, že vývoj výslovnosti je ovlivněn několika faktory, především úrovní motoriky mluvních orgánů, schopností fonemické diferenciaci, intelektovými schopnostmi, řečovým vzorem a sociálním prostředím, v němž dítě vyrůstá (Klenková, 2006).
- Pokud žák neumí vyslovit správně některou hlásku, neměli byste po něm vyžadovat, aby po vás dané slovo správně zopakoval. Obvykle žák slovo vysloví opět nesprávně. Vhodnější je, když nepřesně vyslovené slovo správně zopakujete, ovšem bez jakýchkoli komentářů. Čímž poskytnete žákovi zpětnou vazbu o zvukové podobě slova (Mlčáková, 2012b).
- V zájmu dítěte by vás rodiče měli informovat o tom, zda jejich dítě chodí na logopedii či ne. Pokud tyto informace neobdržíte, je na místě, abyste se sami na ně zeptali (Mlčáková, 2012b).
- Výše uvedená pravidla platí i u žáka s artikulační neobratností a se specifickými asimilacemi hlásek (Mlčáková, 2012b).
- Je dobré také vědět, ve které fázi se hláska nachází, zda je ve fázi přípravné, ve fázi upevňovací nebo v etapě automatizace. Není-li hláska vyvozená a vy dítěti připomínáte jeho problémy s výslovností a chcete po něm, aby slovo zopakoval, obvykle k lepší výslovnosti nedojde. Naopak tento přístup může vyvolat nechuť žáka mluvit (Mlčáková, 2012b).
- Začne-li se dyslalie promítat do čtení a psaní, je třeba situaci konzultovat se speciálním pedagogem, popřípadě s psychologem (Bendová, 2011).

- Dítě s dyslalií se může stát terčem posměchu ze strany spolužáků. Posměch může vyústit v reakci, kdy se dítě do školy netěší. Aby se této situaci předešlo, měli byste ostatním žákům vysvětlit, že znevýhodněným se může stát každý a že nelze dyslalií odstranit ze dne na den (Králíková in Lechta, 2010).

4.2. Přístupy k dítěti s vývojovou dysfázií

Vývojová dysfázie ovlivňuje úspěšnost dítěte víceméně ve všech předmětech ve škole, i následný výběr povolání. Proto velmi záleží na podmínkách, v kterých jsou žáci s vývojovou dysfázií vzděláváni (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Mlčáková (2011) uvádí doporučení, která mohou příznivě podpořit komunikaci žáka s vývojovou dysfázií:

- Zpomalte vlastní tempo řeči.
- Otázky i pokyny formulujte jednoznačně. Vždy si ověřte, zda jim žák rozumí.
- Nepokládejte otázky rychle za sebou. Dítě potřebuje určitý čas na jejich zpracování. Položíte-li žákovi ihned další otázku, může se stát, že na váš dotaz bude reagovat neadekvátně či vůbec, protože vám neporozuměl. Nastane-li tato situace, zopakujte znovu svůj dotaz, klad'te důraz na klíčová slova.
- S odpovědí vyčkejte, sledujte neverbální reakci dítěte.
- Vytvořte klidné prostředí, aby se žák mohl lépe koncentrovat na sdělení.
- Respektujte aktuální úroveň komunikačních schopností žáka. Otázky formulujte tak, aby zpočátku umožňovali dětem jednoslovné, jednoznačné odpovědi. Postupně zvyšujte obtížnost otázek a pokynů. Nedostanete-li odpověď, odpovězte modelově sami. Pokud se v odpovědi objeví dysgramatismy, poskytněte žákovi informaci, jak by sdělení mělo znít správně.
- Podporu rozvoje komunikačních schopností žáků, nám umožní i rytmizace např. slov, vět. Cennými pomůckami jsou flétna, klavír, bzučák, ale i hra na tělo.

Zásady, pro komunikaci s žákem s vývojovou dysfázií podává i Bendová (2011):

- Při komunikaci je na místě trpělivost a empatičnost.
- Žák by měl mít možnost prezentovat své znalosti i jiným způsobem než jen verbálně.
- Pro zprostředkování významu sdělení sociálnímu okolí je možné přechodně použít i systémy alternativní a augmentativní komunikace.

- Vzhledem k obtížím ve foneticko - fonologické rovině lze za optimální výukovou metodu čtení považovat globální metodu čtení.
- Aby se dítě lépe orientovalo v textu, podtrhejte mu klíčová slova, popřípadě použijte obrázky a symboly.
- Časová schémata, grafická znázornění dějového rámce pomohou zmírnit sníženou schopnost udržet dějovou linii, jakož i problémy v časoprostorové orientaci.
- Zábavnou formou se snažte u žáka s vývojovou dysfázií rozvíjet krátkodobou paměť a aktivní slovní zásobu. Zaměřte se i na hmat, jemnou motoriku a kresbu.

4.3. Přístupy k dítěti s koktavostí

U každého žáka jsou projevy koktavosti značně proměnlivé a jiné. Učitelé, si často nejsou jisti, jak se mají k jedinci s koktavostí chovat, jak mají reagovat na jeho řečový problém (Mlčáková, 2012b).

Lechta (2010) dává jistá doporučení, kterými by se měl pedagog řídit při komunikaci s žákem s koktavostí:

- Podněcujte žáka s koktavostí k verbálnímu projevu, zvláště během plynulých fází.
- Pozorně poslouchajte, když balbutik mluví. Zaměřte se spíše na to, co říká a ne, jak to říká.
- Nevyvolávejte pocit časové tísně (Peutelschmiedová, 1994).
- Udržujte zrakový kontakt s žákem i v momentě zakoktání.
- V okamžiku dysfluence poskytněte žákovi dostatek času. Nepomáhejte mu najít ta správná slova. Jen balbutik ví, co chce říci. Bez projevů netrpělivosti počkejte, než žák s koktavostí překoná neplynulost a dokončí sdělení.
- Neopravujte balbutika, nepřerušujte ho radami: „Mluv pomaleji“; „Nadechni se.“; „Uvolni se.“; „Ještě jednou.“ Čím více budete žáka upozorňovat na řeč, tím hůře bude mluvit (Peutelschmiedová, 1994).
- Mluvte klidně, uvolněně, pomalým, ale přirozeným tempem řeči.
- Sledujte, v jakých situacích se plynulost řeči zlepšuje a kdy naopak zhoršuje.
- Během horších dní je lepší nenutit žáka s koktavostí odpovídat nahlas před celou třídou.

- Máte-li ve třídě žáka s koktavostí, raději nezařazujte do výuky soutěže pod časovým tlakem („kdo nejrychleji vypočítá...“, „kdo první řekne...“). Ty obvykle výrazně zvyšují psychickou tenzi u balbutiků.
- Vhodné je informovat ostatní děti ve třídě o řečovém problému jejich spolužáka. Je třeba jim vysvětlit, jak se k němu mají chovat. Koktavost by tedy neměla být tabuizovaným tématem. Ostatní žáci by však neměli mít pocit, že jejich spolužák je nějakým způsobem zvýhodňován ve školních povinnostech. Nastavení jiných podmínek pro žáka s koktavostí by mělo být založeno na získání empatie ostatních žáků. Pedagogický takt je tu zásadní podmínkou.
- Pamatujte na to, že rozhodující pro žáka s koktavostí je jeho psychická pohoda (Peutelschmiedová, 2005).

4.4. Přístupy k dítěti se specifickými poruchami učení

Pomozte dítěti skloubit zájmy s požadavky reality. Poskytněte mu stálou podporu, povzbuzujte ho, chvalte ho a odměňujte ho. Zvolte realistické cíle, kterých může jedinec dosáhnout (Žlab, Škodová in Škodová, Jedlička, 2007).

4.5. Přístupy k dítěti s rinolalií

Poskytněte dítěti s rinolalií správný řečový vzor. Řeč jedince s rinolalií bývá zpravidla pro okolí srozumitelná. Pokud tomu tak není, můžete přechodně využít prostředky alternativní a augmentativní komunikace ať již v symboly či znaky nebo gesta (Hanáková, 2012).

4.6. Přístupy k dítěti s breptavostí

Při komunikaci s žákem s breptavostí je vhodné dodržovat níže uvedená doporučení, která zlepšují komunikaci s jedincem a současně působí i podpůrně terapeuticky (Bendová, 2001).

- Poskytněte dítěti vhodný řečový a hlasový vzor. Zpomalte vlastní tempo řeči lehkým prodloužením vokálů tak, aby promluva byla přirozená. Mluvte klidně, s měkkým hlasovými začátky. Při komunikaci udržujte zrakový kontakt (Mlčáková, 2011).
- Vytvářejte pohodovou, neuspěchanou atmosféru (Mlčáková, 2011).
- Pokládejte otázky otevřené i uzavřené. Vždy poskytněte žákovi dostatek času pro formulaci odpovědi (Mlčáková, 2011).

- Soustředte se na to, co jedinec říká. Snažte se porozumět sdělení hned na poprvé. Empatickým parafrázování můžete dát najevo, že jsme řečenému rozuměli.
- Žáka vedte k tomu, aby se soustředil na svůj mluvní projev, zpravidla se jeho tempo řeči zpomalí, současně dojde i ke zlepšení plynulosti a srozumitelnosti jeho projevu (Mlčáková, 2011).
- Tempo řeči dítěte s breptavostí lze zvolnit vedle vokalizace i rytmičnými cvičeními, členěním řečového projevu na takty pomocí vyťukávání a nácvikem správného čelistního úhlu, který je u breptavých extrémně malý. Při čtení využívejte rytmického čtení či čtení s okénkem (Bendová, 2011).
- Vybízejte žáka k co nejdůkladnější výslovnosti. Pokud je u jedince narušeno dýchání a tvorba hlasu, je možné zařadit dechová a fonační cvičení (Bendová, 2011).
- K pochopení rytmu a modulačních faktorů řeči lze využít rytmická cvičení. Dále je vhodné realizovat komunikační a řečová cvičení, díky nimž si jedinec trénuje pozornost, aktivní naslouchání a vyprávění. Nezapomínejte ani na motorická a grafomotorická cvičení (Bendová, 2011).

4.7. Přístupy k dítěti s elektivním mutismem

Mutismus patří k méně obvyklým poruchám řečové komunikace. Žák s mutismem mlčí, ačkoliv má schopnost mluvit a řeč je u něho rozvinutá. Učitelé si často nejsou jisti, jak mají k dítěti s mutismem přistupovat, jak reagovat na to, že žák nemluví. Někteří dokonce mlčení mylně považují za projev vzdoru (Hartman, Lange, 2008).

- Jedním z klíčů k překonání mlčení je dodat dítěti odvalu a sebevědomí, které je často u těchto jedinců nedostatečné (Hartman, Lange, 2008).
- Dovolte dítěti používat jakýkoliv způsob komunikace. Žák s mutismem se pak cítí jako rovnocenný komunikační partner (Hartman, Lange, 2008).
- Na začátku školního roku ostatním žákům ve třídě vysvětlíte chování jejich spolužáka, řekněte jim, že dítě nemůže za to, že nemluví (Hartman, Lange, 2008).
- Nevystavujte žáka tlaku. Pokud s vámi nechce mluvit, tvařte se, že je vše v pořádku, že se nic neděje. Rozhodně jedince ke komunikaci nepřemlouvejte, nenuťte ani neslibujte odměny, za verbální projev (Mlčáková, 2011).
- Akceptujete všechny formy projevu, včetně šepotu, který je považován za mezistupeň k běžné komunikaci (Tichá, 2009).

- Ve výuce dávejte přednost skupinovým formám práce. Hess (in Tichá, 2009) uvádí, že právě při skupinové práci se dítě poprvé verbálně projeví.
- Zadávejte žákovi úkoly, které nejsou spojeny s mluvením, tím dítěti umožníte aktivní účast ve skupině (např. pověřte ho rozdáváním sešitů) (Tichá, 2009).
- Dítě s mutismem nestavte do centra pozornosti. Nemá rádo, když jej ostatní pozorují (Hartman, Lange, 2008).
- Pokud žák promluví, nevěnujte tomu moc pozornost. Přehnaná reakce na promluvu totiž může žáka nepříjemně zaskočit (Hartman, Lange, 2008).

4.8. Přístupy k dítěti s poruchami hlasu

Ze strany foniatra je většinou zavedena léčba hlasového klidu. Umožněte dítěti používat jakoukoliv formu komunikace např. gesta, malování, psaní (Hanáková, 2012).

5. Organizace logopedické intervence v České republice

Logopedická intervence je poskytována v rámci rezortu ministerstva zdravotnictví, resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Může být zajišťována v zařízeních státních, soukromých i nestátních (Fukanová in Škodová, Jedlička, 2007).

Pro potřeby naší diplomové práce se zaměříme pouze na logopedickou intervenci v rámci ministerstva zdravotnictví a ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, protože naší cílovou skupinou jsou děti mladšího školního věku.

5.1. Logopedická intervence v rezortu ministerstva zdravotnictví

Odbornou logopedickou intervenci, tzn. logopedickou diagnostiku, terapii a prevenci poskytují dětem s poruchami řečové komunikace v rezortu ministerstva zdravotnictví logopedi zejména v privátních logopedických ambulancích, popřípadě logopedi na logopedických pracovištích např.: na foniatrických odděleních a klinikách, na klinikách ORL, na neurologických odděleních a klinikách, na soukromých klinikách. Součástí logopedické intervence je i poradenská činnost, která je poskytována jak dětem s poruchami řečové komunikace, tak i jejich zákonným zástupcům, příbuzným apod. Logopedická ambulance jsou většinou zřizovány jako nestátní zdravotnická zařízení, při městských poliklinikách se smluvním vztahem ke zdravotním pojišťovnám. Podmínkou k zřízení vlastní privátní praxe v rezortu zdravotnictví je absolvování specializační přípravy zakončené úspěšnou atestační zkouškou. Po složení atestační zkoušky logopedem získává přívlastek klinický (Klenková, 2006).

5.2. Logopedická intervence v rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Logopedická intervence je v rámci ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy zajištěna speciálně pedagogickými centry pro žáky s vadami řeči (SPC logopedická). Tato centra jsou obvykle součástí škol logopedického typu. Zabezpečují péči o děti ve věku od tří let do nástupu na střední školu. Odborný tým tvoří - speciální pedagogové logopedi, psycholog a sociální pracovníce (Mlčáková in Michalík, 2011). Speciálně pedagogická centra logopedická zajišťují: poradenské a konzultační služby, logopedické depistáže, komplexní

logopedickou i psychologickou diagnostiku, logopedickou intervenci, půjčování odborné literatury a pomůcek. Pracovníci ve speciálně pedagogickém centru zpracovávají i odborné podklady a posudky pro zařazování dětí do školského systému, poskytují pomoc při integraci a vytvářejí návrhy individuálně vzdělávacích plánů (Michalík, 2013).

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují logopedickou péči, v případě, že je logoped kmenovým pracovníkem. Nicméně je nutné zdůraznit, že výše zmiňovaná pracoviště se zaměřují pouze na diagnostiku, terapie není jejich primárním úkolem (Peutelschmiedová, 2005). Kompetence speciálně pedagogického centra i pedagogicko - psychologické poradny jsou aktuálně stanoveny vyhláškou č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v souladu se zákonem č. 82/2015 Sb., což je novela zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Ve škole může být zajištěna logopedická péče školním logopedem. Školní logoped provádí logopedickou diagnostiku a intervenci. Součástí logopedické intervence je i poradenská činnost. Školní logoped poskytuje i logopedickou podporu při výuce, případně může vyučovat žáky se zdravotním postižením. Avšak zatím není školní logoped běžnou součástí pedagogického sboru v našich školách (Vrbová, 2015).

Dětem s poruchami řečové komunikace, jejichž postižení je závažnějšího charakteru, jsou určeny základní školy logopedické. Z důvodu obtížné dostupnosti těchto škol je však stále více dětí integrováno do hlavního vzdělávacího proudu. Jedná se o individuální integraci. Škola musí být schopna danému žákovi zajistit vhodné podmínky pro integraci. Eventuálně tito žáci mohou navštěvovat logopedické třídy při školách jiného typu (tj. základní školy pro žáky se sluchovým postižením, základní školy pro žáky se zrakovým postižením, případně základní školy běžného typu). Smyslem logopedických škol, logopedických tříd je rozvinout komunikační schopnosti žáků, pomoci jim upravit, minimalizovat jejich obtíže. Obsah výuky na základní škole logopedické odpovídá obsahu výuky základní školy, navíc jsou zařazeny hodiny individuální logopedické péče (Mlčáková, in Michalík, 2011).

Mnozí žáci s poruchami řečové komunikace, nebo spíše jejich zákonní zástupci využívají k logopedické intervenci současně zařízení z rezortu ministerstva zdravotnictví i ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (Bendová, 2011).

6. Pedagog na prvním stupni základní školy

Pedagog, je člověk, který soustavně odborně vzdělává, vychovává žáky, mládež, ale i dospělé. Je rozhodující složkou ve výchovně-vzdělávacím procesu. Řídí, organizuje, jak svoji vlastní pedagogickou činnost, tak i činnost žáků, podílí se i na rozvoji jejich osobnosti. Rovněž pečuje o tělesný, rozumový, morální, citový a volní rozvoj dětí. Přípravují žáky i na to, aby uměli přijímat a reagovat na změny ve společnosti (Holoušová, 2008).

Průcha (2011) uvádí, že pedagog je jedním z činitelů vzdělávacího procesu. Je to kvalifikovaný pedagogický pracovník. Plánuje a organizuje výchovně-vzdělávací proces, upevňuje jeho výsledky, ověřuje je a hodnotí. Učitel také spoluvytváří edukační prostředí, klima třídy. K výkonu této profese je nutná pedagogická způsobilost.

Potřebná kvalifikace pedagogických pracovníků je vymezena v zákoně č. 379/2015 Sb., což je novela zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, který upravuje předpoklady a způsoby získávání odborné kvalifikace, tento zákon vymezuje i požadavky na kvalifikaci dle jednotlivých úrovní vzdělávání, v nichž učitelé působí. Předpoklady a způsoby získávání odborné kvalifikace učitele prvního stupně jsou uvedeny v tomto zákoně v § 7 odstavci 1. Pedagog, na prvním stupni základní školy, získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu. Nicméně zákon stanovuje pouze úroveň potřebné kvalifikace, bez hlubšího rozboru náplně studijních programů v přípravném vzdělávání (Holoušová, Petrová, 2010). To vede ke značné nejednotnosti v pregraduální přípravě pedagogů, neboť na každé z devíti pedagogických fakult v České republice koexistují modely velmi rozdílné (Spilková, 2008).

Tento systém vysokoškolské přípravy pedagogů se ukazuje jako nedostatečný a sílí snahu o sjednocení studia budoucích učitelů, tedy stanovení alespoň minimálního standardu učitelské přípravy, jenž by obsahoval rámcové požadavky na podobu pregraduální přípravy pedagogů a profil absolventů. Mareš (2004) uvádí tři možnosti definování standardu a to: vymezení složek učitelské přípravy a jejich základních proporcí, vymezení základních kompetencí učitele a jejich struktury, vymezení základního obsahu učitelské přípravy. Na základě toho pak mohou být dodrženy požadavky na kvalitní a efektivní přípravu pedagoga v celorepublikovém kontextu (Holoušová, Petrová, 2010).

7. Výzkumné šetření

V teoretické části diplomové práce se zabýváme vymezením základních termínů v oblasti komunikace, úrovní komunikační schopností žáků při vstupu do základní školy, nejčastějšími druhy poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy, vhodnými přístupy k žákům s poruchami řečové komunikace, pedagogy prvního stupně.

V praktické části nás bude zajímat, jaké poruchy řečové komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni základní školy, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace, jakými formami sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace, zda jsou připraveni na vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace.

7.1. Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce s názvem Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace je zjistit jaké poruchy řečové komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni běžných základních škol, dále zjistit, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace.

Dále byly vytyčeny i cíle parciální, které směřují ke zjištění, jakými formami učitelé sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace, zda jsou připraveni ke vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace.

Vzhledem k vytyčeným cílům výzkumného šetření jsme si stanovili tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké poruchy řečové komunikace jsou nejčastěji zastoupeny u žáků na prvním stupni?

Výzkumná otázka č. 2: Jakými formami sami učitelé na prvním stupni získávají informace o problematice poruch řečové komunikace?

Výzkumná otázka č. 3: Jsou učitelé prvního stupně připraveni ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace?

Výzkumná otázka č. 4: Na které instituce by se učitelé prvního stupně obrátili, pokud by měli ve své třídě žáka vzdělávaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

7.2. Metodologie výzkumného šetření

Výzkumné šetření mělo kvantitativní charakter. Stěžejní technikou sběru dat byl dotazník. Je to velmi oblíbená výzkumná metoda, která umožňuje získat v relativně krátké době potřebné informace od velkého počtu respondentů. Gavora (2000) uvádí, že se jedná o písemný způsob kladení otázek a získávání písemných odpovědí.

Každý prostředek měření, tedy i dotazník by měl splňovat základní požadavky kladené na dobré měření. Jsou to zejména tři vlastnosti: validita, reliabilita a praktičnost. Validita jinými slovy pravdivost či přesnost znamená, že výzkumný nástroj zjišťuje skutečně to, k čemu je určen. Reliabilita neboli spolehlivost vyjadřuje do jaké míry je měření konzistentní. Výsledky výzkumy by měly být tedy při každém použití měřicí metody u téhož jedince relativně shodné. Praktičností se rozumí snadná proveditelnost, časová nenáročnost, hospodárnost atd. (Gavora, 2000).

Dotazník je seznam otázek (položek). Otázky v dotazníku mohou být uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřené otázky nabízí hotové alternativní odpovědi, z nichž respondent vybírá. Tento typ otázek je vhodný, zná-li výzkumník možné odpovědi, orientuje-li se v dané problematice. Výhodou těchto otázek je jejich rychle vyplnění. Nevýhodou je náročnost sestavování. Polouzavřené otázky vznikají kombinací uzavřené a otevřené otázky. K uzavřené otázce se přidá varianta „jiné“. Otevřené otázky dávají respondentovi volnost v odpovědi, podněcují respondenta k hlubšímu uvažování o tématu. Avšak tento typ otázek má i své nevýhody: na odpověď je potřeba větší množství času, různorodé odpovědi se i hůře zpracovávají (Gavora, 2000).

Dotazník vlastní konstrukce obsahuje celkem 20 položek a je členěn na čtyři základní části: první část otázek se zaměřuje na základní informace o respondentovi (pohlaví, délku pedagogické praxe, vzdělání), druhá část zjišťuje, zda jsou učitelé obeznámeni s problematikou poruch řečové komunikace, třetí část je zaměřena na výskyt a aktuální stav poruch řečové komunikace u žáků na prvním stupni základní školy. Poslední část zjišťuje připravenost respondentů ke vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace.

7.3. Organizační zajištění výzkumného šetření

Výzkum byl realizován v období září - říjen 2015. Osobně jsme oslovili vedení sedmi základních škol běžného typu v Pardubickém kraji (ZŠ U Dvora Letohrad, ZŠ Komenského Letohrad, ZŠ Komenského Ústí nad Orlicí, ZŠ Bratři Čapků Ústí nad Orlicí, ZŠ Nádražní Česká Třebová, ZŠ Jablonné nad Orlicí, ZŠ Žamberk) a jednu základní školu v Olomouckém kraji (ZŠ Boženy Němcové Zábřeh). Pokud ředitelé souhlasili s provedením výzkumného šetření na jejich škole, předali jsme jim dotazníky, které pak rozdali pedagogům na prvním stupni. Po vyplnění je učitelé prvního stupně vrátili zpět vedení. Celkem bylo distribuováno 90 dotazníků do základních škol, navraceno bylo 71 dotazníků, tj. 78,9%.

7.4. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného soubor tvořili učitelé prvního stupně základních škol běžného typu v Pardubickém a Olomouckém kraji. Tyto kraje jsme zvolili z důvodu dopravní dostupnosti.

Empirického šetření se zúčastnilo celkem 71 respondentů. Bližší informace o výzkumném souboru (např. délku jejich pedagogické praxe, nejvyšší dosažené vzdělání) uvádíme v podkapitole Vyhodnocení dotazníkového šetření.

7.5. Vyhodnocení dotazníkového šetření

V rámci výzkumného šetření jsme provedli vyhodnocení všech dotazníkových položek, které jsme pro přehlednost graficky znázornili. Pro úplnost jsme připojili i krátký komentář.

Položka dotazníku č. 1

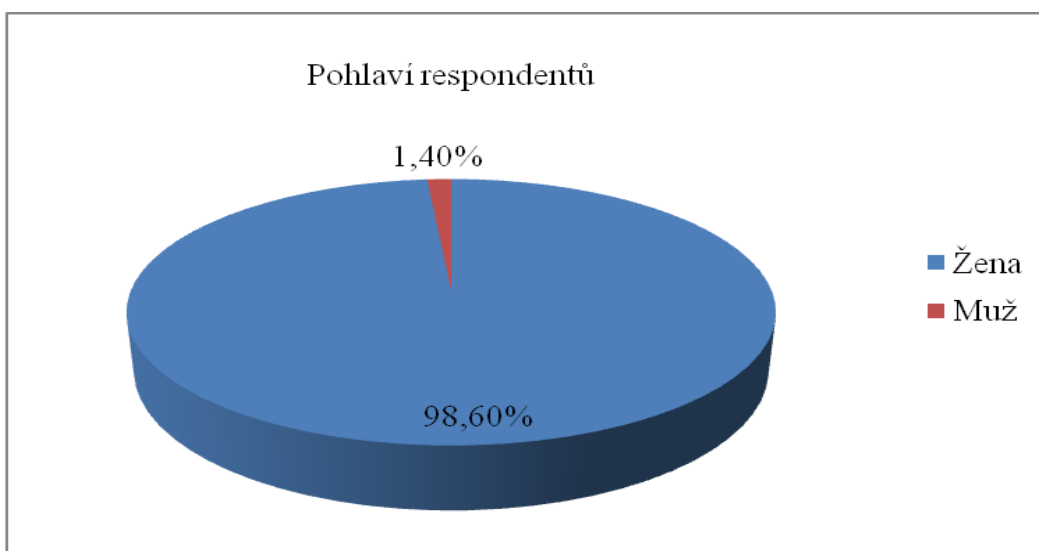
Vaše pohlaví:

a) žena

b) muž

V první položce jsme zjišťovali pohlaví respondentů.

Graf 1: Pohlaví respondentů



Komentář k položce č. 1:

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 70 žen (tj. 98,60%) a 1 muž (tj. 1,40%) (graf 1).

Položka dotazníku č. 2

Jaká je délka vaší pedagogické praxe?

a) méně než 5 let

b) 5-10 let

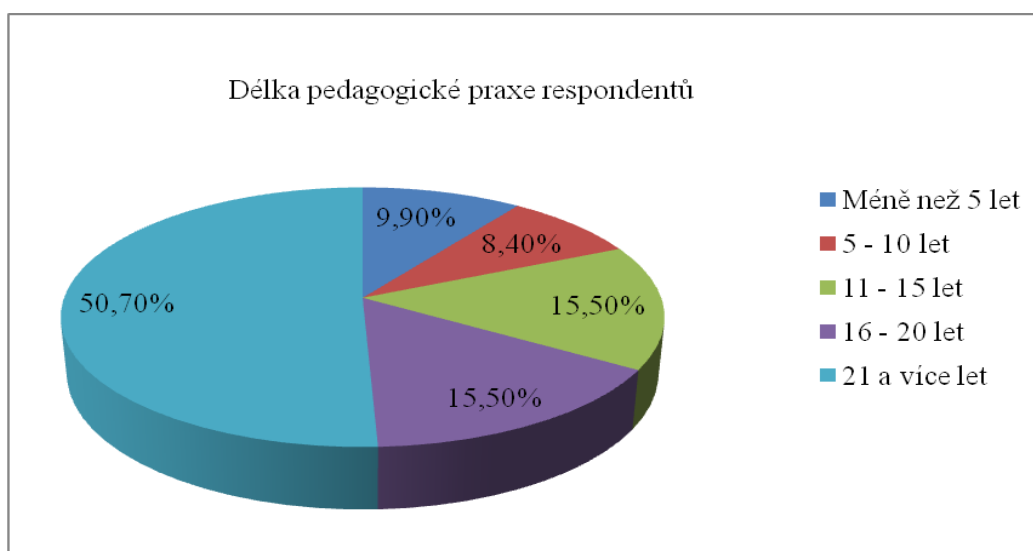
c) 11-15 let

d) 16-20 let

e) 21 a více let

Ve druhé položce nás zajímala délka pedagogické praxe respondentů. Délka pedagogické praxe, může ovlivnit množství získaných zkušeností v oblasti vzdělávání žáků.

Graf 2: Délka pedagogické praxe



Komentář k položce č. 2:

Z grafu 2 je patrné, že z celkového počtu 71 respondentů nejvíce pedagogů uvedlo délku své pedagogické praxe 21 a více let (36 respondentů, tj. 50,70%). V menší míře délku praxe 16-20 let (11 respondentů, tj. 15,50%), délku praxe 11-15 let (11 respondentů, tj. 15,50%), délku praxe 5-10 let (6 respondentů, tj. 8,4%) a délku praxe do 5 let (7 respondentů, tj. 9,90%).

Položka dotazníku č. 3

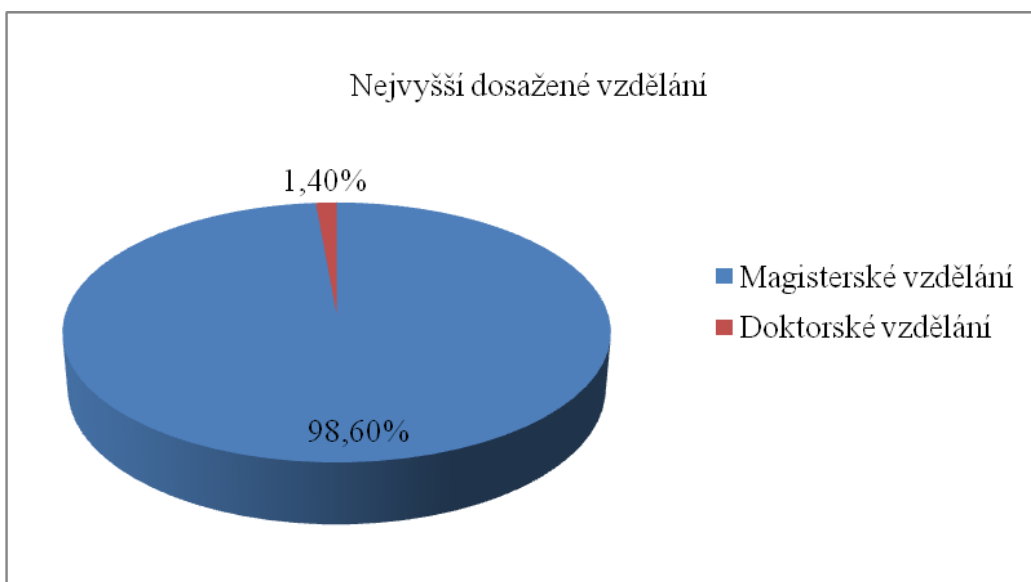
Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) vysokoškolské magisterské

b) jiné, prosím, uveďte.....

Ve třetí položce jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Respondenty výzkumného šetření byli učitelé prvního stupně základní školy. Předpokladem k vykonávání této profese je dokončené vysokoškolské vzdělání magisterského stupně, eventuálně vzdělání vyšší.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Komentář k položce č. 3:

Z grafu 3 je patrné, že tato podmínka je v praxi naplňována. Z celkového počtu 71 respondentů má magisterské vzdělání celkem 70 pedagogů (tj. 98,60%), 1 pedagog (tj. 1,40%) má doktorské vzdělání.

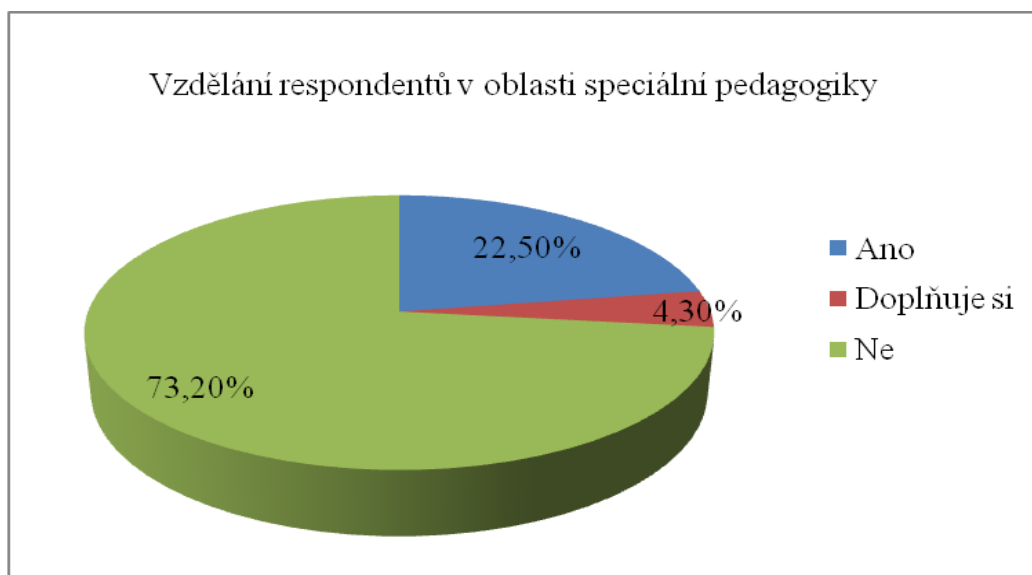
Položka dotazníku č. 4

Máte vzdělání v oblasti speciální pedagogiky?

- a) ano,
- b) doplňuji si vzdělání
- c) ne

Ve čtvrté položce nás zajímalo, zda mají respondenti vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Vzhledem k tomu, že roste počet integrovaných žáků s různými druhy zdravotního postižení či znevýhodnění, je vzdělání v oblasti speciální pedagogiky přínosné i pro pedagogy základních škol běžného typu.

Graf 4: Vzdělání respondentů ve speciální pedagogice



Komentář k položce č. 4:

Z celkového počtu 71 respondentů má vzdělání v oblasti speciální pedagogiky celkem 16 pedagogů (tj. 22,50%), 3 pedagogové (tj. 4,30%) uvedli, že si vzdělání doplňují a 52 pedagogů (tj. 73,20%) vzdělání v oblasti speciální pedagogiky nemá (graf 4).

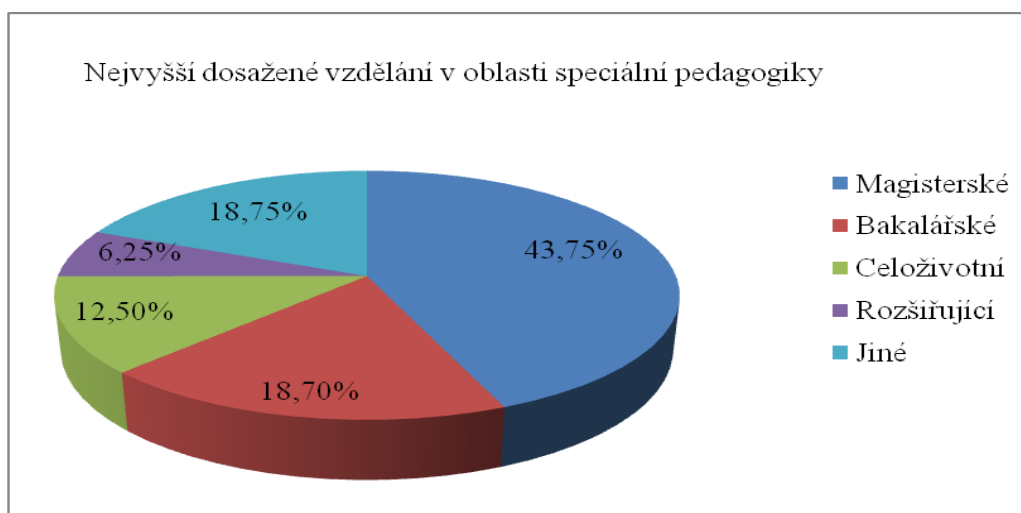
Položka dotazníku č. 5

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti speciální pedagogiky?

- a) *bakalářské*
- b) *magisterské*
- c) *celoživotní*
- d) *rozšiřující*
- e) *jiné, prosím, uveďte.....*

V páté položce dotazníku jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oblasti speciální pedagogiky. Na tuto položku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli kladnou odpověď v otázce č. 4.

Graf 5: Nejvyšší dosažení vzdělání v oblasti speciální pedagogiky



Komentář k položce č. 5:

Ze skupiny respondentů, kteří mají vzdělání v oblasti speciální pedagogiky tj. 16 pedagogů, uvedlo 7 pedagogů (tj. 43,75%) magisterské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, 3 pedagogové (tj. 18,75%) mají bakalářské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, celoživotní vzdělání v oblasti speciální pedagogiky uvedli 2 pedagogové (tj. 12,5%) a 1 pedagog (tj. 6,25%) má rozšiřující vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, 3 pedagogové (tj. 18,75%) uvedli jiné vzdělání - učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika (graf 5).

Položka dotazníku č. 6

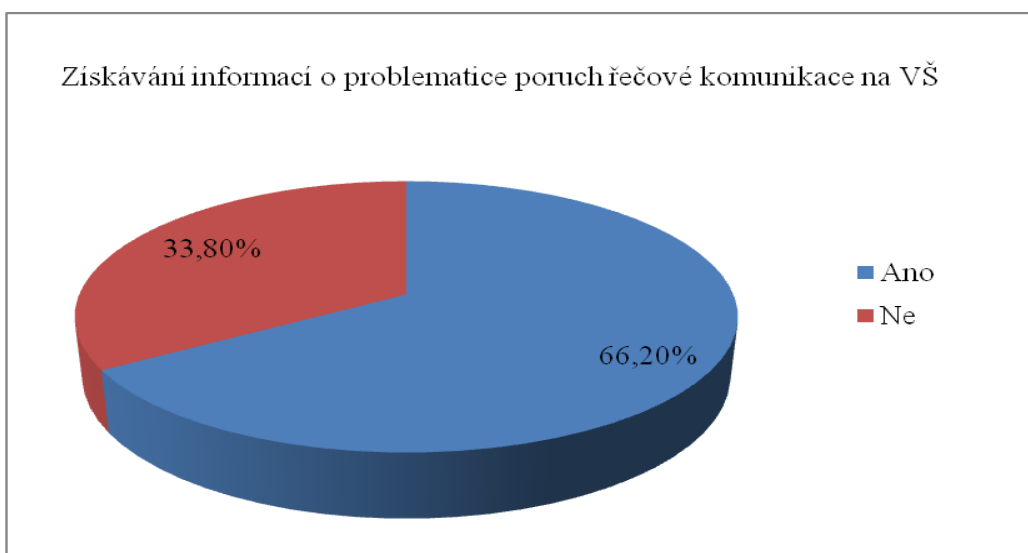
Měli jste možnost, v rámci svého studia na vysoké škole, seznámit se s problematikou poruch řečové komunikace?

a) ano

b) ne

V této položce nás zajímalo, zda respondenti na vysoké škole získali informace o problematice poruch řečové komunikace.

Graf 6: Získávání informací o problematice poruch řečové komunikace na VŠ



Komentář k položce č. 6:

Z celkového počtu 71 respondentů získalo informace o problematice poruch řečové komunikace na vysoké škole celkem 47 pedagogů (tj. 66,20%), 24 pedagogů (tj. 33,80%) tyto informace nezískalo (graf 6).

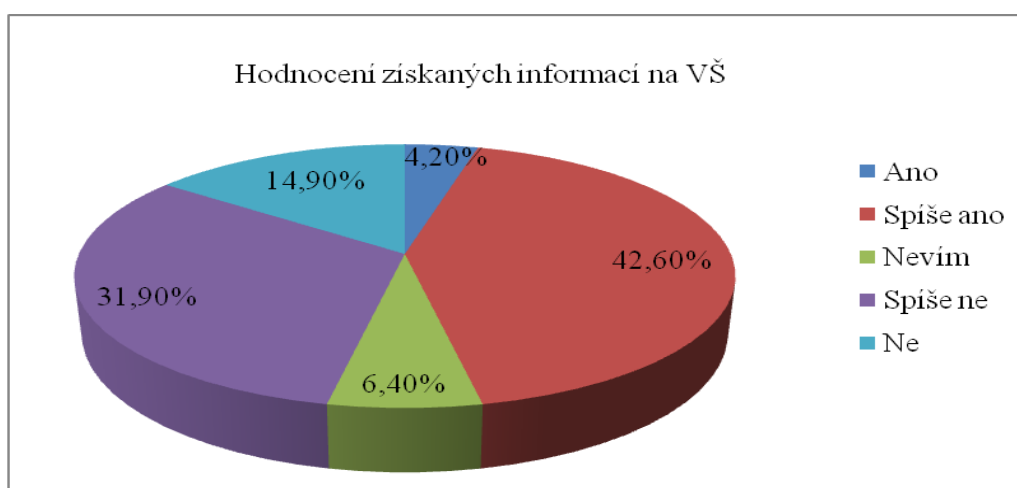
Položka dotazníku č. 7

Pokud ano, byly tyto informace dostačující?

- a) *ano*
- b) *spíše ano*
- c) *nevím*
- d) *spíše ne*
- e) *ne*

V sedmé položce jsme zjišťovali, zda respondenti získané informace během vysokoškolského studia považují za dostatečné. Na tuto položku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli kladnou odpověď v otázce č. 6.

Graf 7: Hodnocení získaných informací na VŠ



Komentář k položce č. 7:

Ze 47 respondentů, kteří uvedli, že získali v rámci vysokoškolského studia informace o problematice poruch řečové komunikace, 2 pedagogové (tj. 4,20%) pokládají tyto informace za dostačující, 20 pedagogů (tj. 42,60%) spíše dostačující, 3 pedagogové (tj. 6,40%) neví, zda jsou informace dostačující či nedostačující, 15 pedagogů (tj. 31,90%) si myslí, že získané informace jsou spíše nedostatečné a 7 pedagogů (tj. 14,90%) je toho názoru, že získané informace jim nestačí (graf 7). Z výpovědi respondentů nelze zcela určit, zda získané informace jsou dostačující, protože procentuální zastoupení kladných odpovědí (ano, spíše ano) je shodné s počtem negativních odpovědí (ne, spíše ne).

Položka dotazníku č. 8

Jakou formou sami získáváte informace o problematice poruch řečové komunikace?
(Bylo možné označit více odpovědí)

a) dalším vzděláváním na pedagogické fakultě

d) čtením odborné literatury

b) formou logopedických kurzů

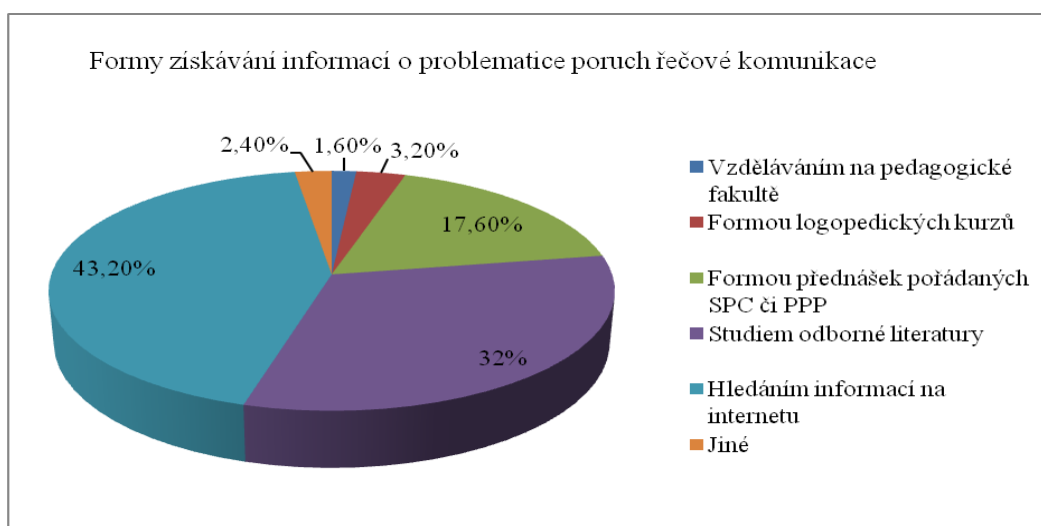
e) hledáním informací na internetu

c) formou přednášek pořádaných SPC či PPP

f) jiné, prosím, uveďte.....

Osmou položkou dotazníku jsme se snažili zjistit, jakou formou respondenti sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace.

Graf 8: Formy získávání informací o problematice poruch řečové komunikace



Komentář k položce č. 8:

Respondenti uvedli celkem 127 odpovědí, které v grafu 8 považujeme za 100%.

Z grafického znázornění je patrné, že nejčastěji respondenti hledají informace na internetu, tato možnost byla označena respondenty 54 krát (tj. 43,20%). Druhou nejčastější formou je studium odborné literatury, tato možnost byla označena respondenty 40 krát (tj. 32%). V menší míře respondenti získávají informace formou přednášek pořádaných SPC či PPP, tato možnost byla označena respondenty 22 krát (tj. 17,60%), formou logopedických kurzů, tato možnost byla označena respondenty 4 krát (tj. 3,20%) a dalším vzdělání na pedagogické fakultě, tato možnost byla označena respondenty 2 krát (tj. 1,60%). Možnost jiné odpovědi byla využita 3 krát (tj. 2,40%), respondenti získávají informace i od svých kolegů, kteří mají s problematikou zkušenosti a od školního speciálního pedagoga (graf 8).

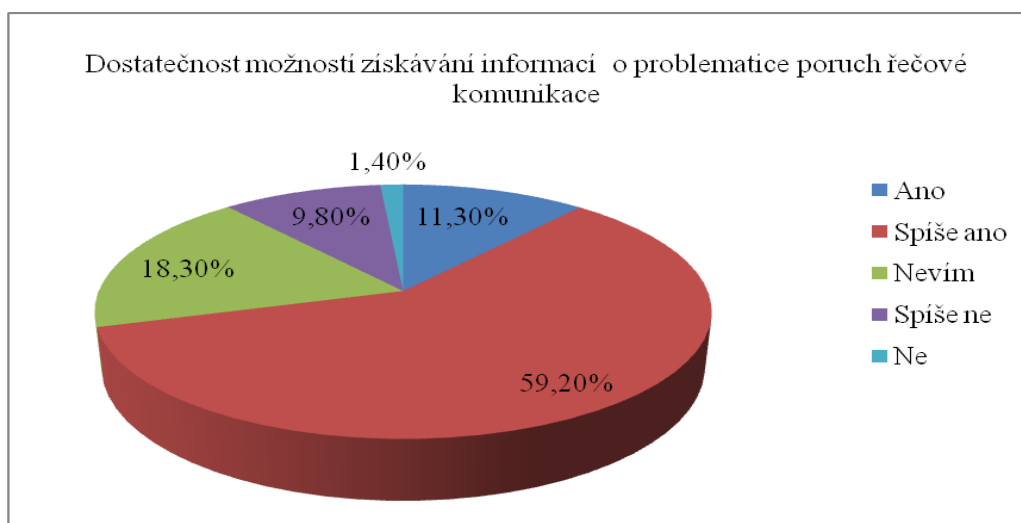
Položka dotazníku č. 9

Myslíte si, že máte dostatek možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

V této dotazníkové položce nás zajímal názor respondentů na dostatek možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace.

Graf 9: Dostatečnost možností získávání informací o problematice poruch řečové komunikace



Komentář k položce č. 9:

Z celkového počtu 71 respondentů 8 pedagogů (tj. 11,30%) si myslí, že možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace je dostatek, 42 pedagogů (tj. 59,20%) uvádí, že je spíše dostatek možností získat informace o této problematice, 13 pedagogů (tj. 18,30%) neví, 7 pedagogů (tj. 9,80%) si myslí, že je spíše nedostatek možností získat informace o této problematice a 1 pedagog (tj. 1,40%) je toho názoru, že není dostatek možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace (graf 9).

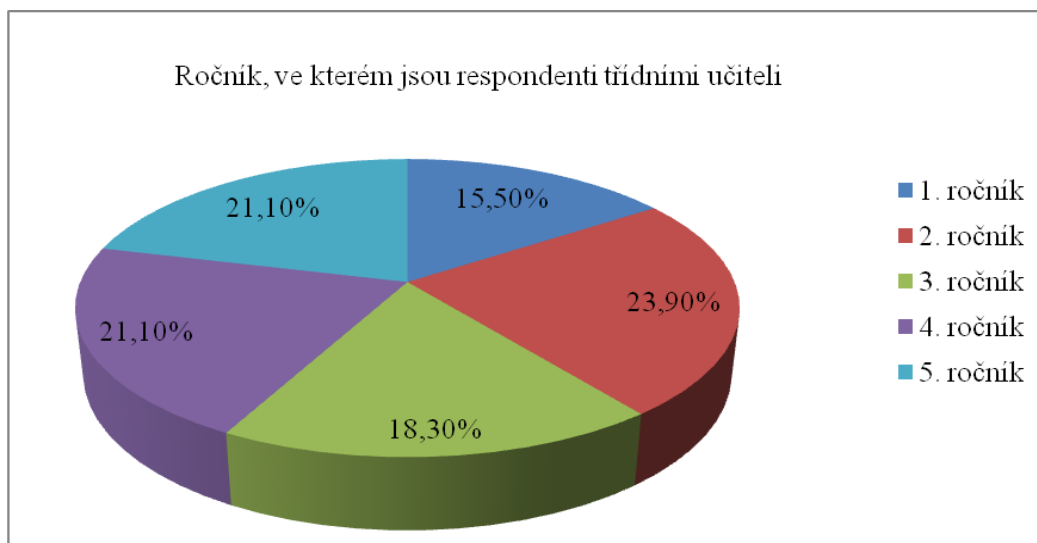
Položka dotazníku č. 10

Prosím, uveďte ročník, ve kterém jste třídním učitelem:

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý
- e) pátý

Touto dotazníkovou položkou jsme zjišťovali, ve kterém ročníku jsou respondenti třídními učiteli.

Graf 10: Ročník, ve kterém jsou respondenti třídními učiteli



Komentář k položce č. 10:

Z celkového souboru 71 respondentů, je 11 pedagogů (tj. 15,50%) třídním učitelem v první ročníku, 17 pedagogů (tj. 23,90%) třídním učitelem v druhém ročníku, 13 pedagogů (tj. 18,30%) třídním učitelem ve třetím ročníku, 15 pedagogů (tj. 21,10%) třídním učitelem ve čtvrtém ročníku a 15 pedagogů (tj. 21,10%) třídním učitelem v pátém ročníku (graf 10).

Položka dotazníku č. 11

Uveďte prosím, počet žáků ve vaší třídě

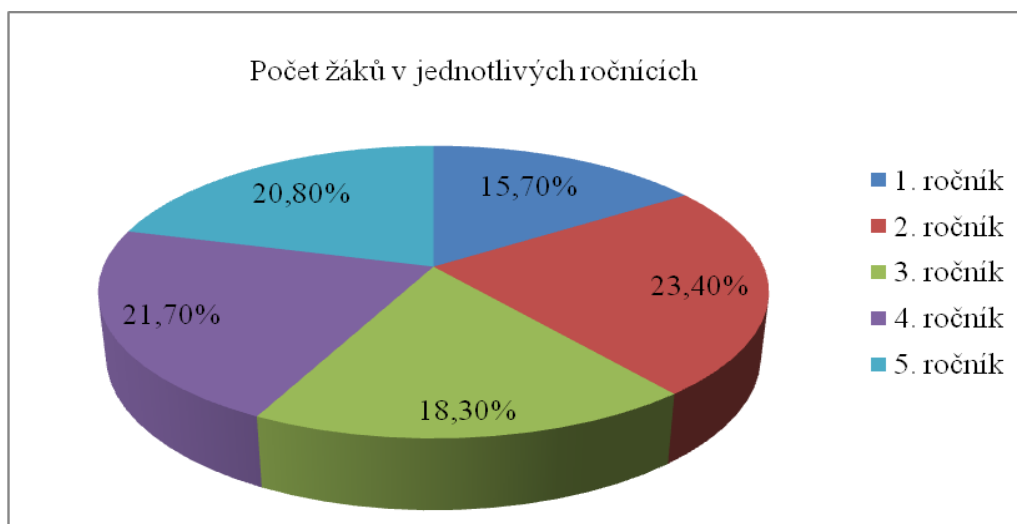
celkem.....

z toho dívek.....

chlapců.....

V této dotazníkové položce nás zajímal celkový počet žáků, dívek a chlapců, jenž respondenti vyučují.

Graf 11: Počet žáků v jednotlivých ročnících



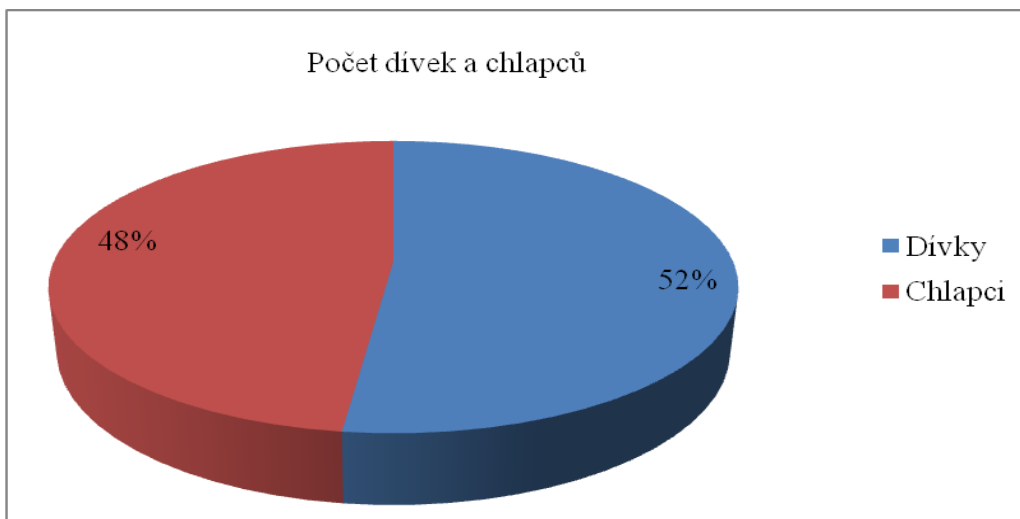
Komentář k položce č. 11:

Celkový počet žáků, který ve svých odpovědích respondenti uvedli, je 1685, tento údaj v grafech 11, 12 považujeme za 100%.

Respondenti uvedli, že v prvním ročníku je celkem 265 žáků (tj. 15,7 %), v druhém ročníku 394 žáků (tj. 23,4%), ve třetím ročníku 309 žáků (tj. 18,3%), ve čtvrtém ročníku 366 žáků (tj. 21,7%) a v pátém ročníku 351 žáků (tj. 20,8%) (graf 11). Odlišný počet žáků v jednotlivých ročnících komplikuje vyslovení jakýchkoliv závěrů na základě nižších a vyšších ročníků.

Vzhledem k pohlaví je z celkového počtu 1685 žáků 877 dívek (tj. 52%) a 808 chlapců (tj. 48%) (graf 12). Rozdílný počet dívek a chlapců nám opět nedovoluje vyslovení jakýchkoliv závěrů na základě pohlaví.

Graf 12: Počet dívek a chlapců



Položka dotazníku č. 12

Uveďte prosím, počet žáků ve vaší třídě, kteří mají diagnostikovanou poruchu řečové komunikace:

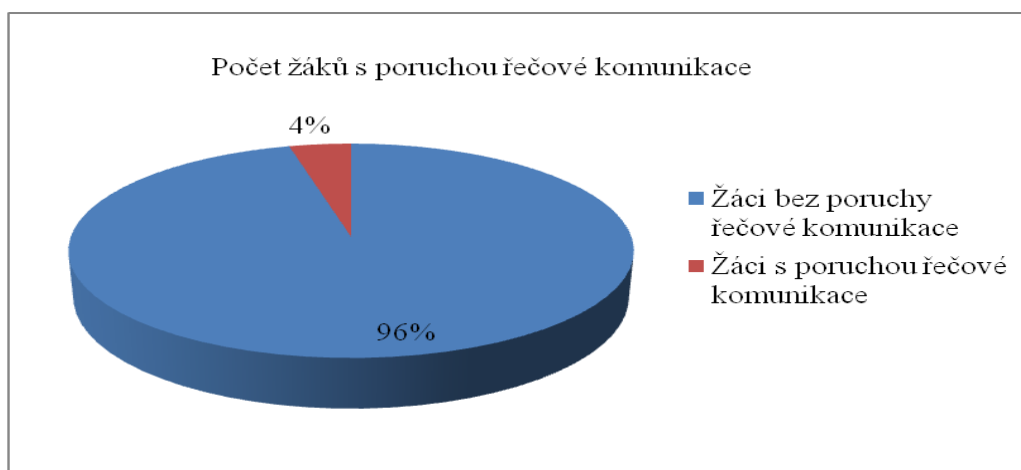
celkem.....

z toho dívek.....

chlapců.....

Touto položkou dotazníku jsme zjišťovali, kolik žáků má poruchu řečové komunikace.

Graf 13: Počet žáků s poruchou řečové komunikace



Komentář k položce č. 13:

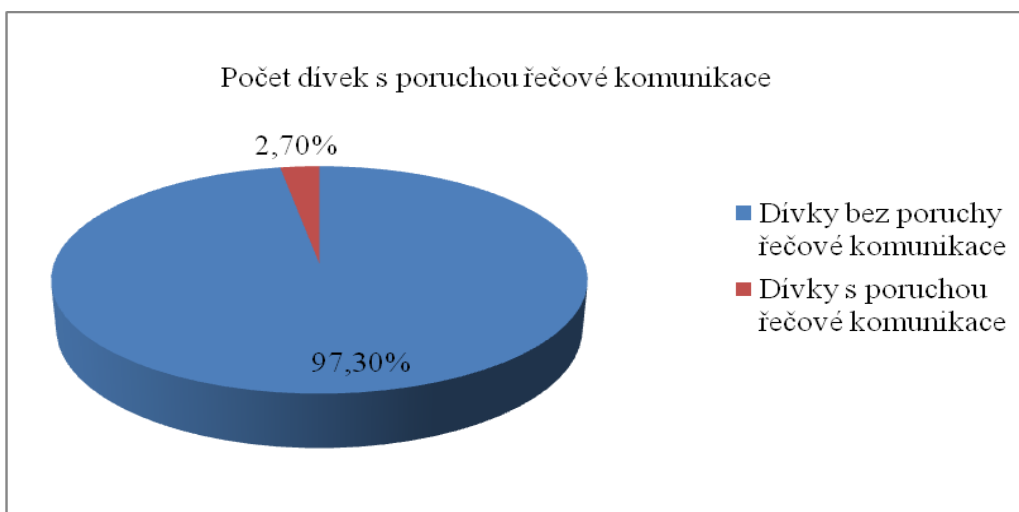
Vycházeli jsme ze souboru 1685 žáků, které v grafu 13 považujeme za 100%. Poruchu řečové komunikace má dle respondentů 66 žáků (tj. u 4%), u 1619 žáků (tj. 96%) se žádná porucha řečové komunikace nevyskytuje (graf 13).

V rámci komplexního pohledu na problematiku uvádíme i počet dívek a chlapců s poruchou i bez poruchy řečové komunikace.

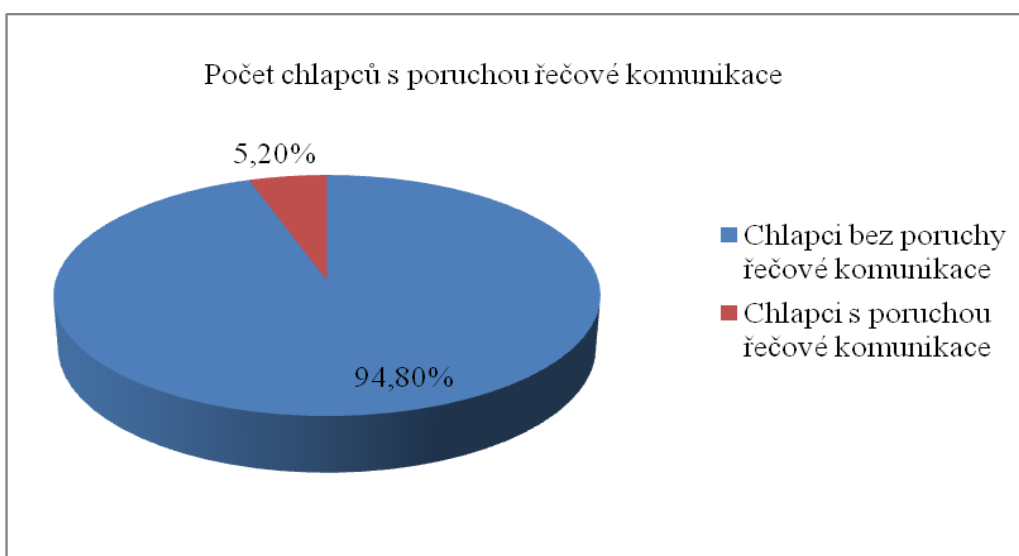
Z celkového počtu 877 dívek, které v grafu 14 považujeme za 100%, má poruchu řečové komunikace 24 dívek (tj. 2,70%), u 853 dívek (tj. 97,3%) se žádná porucha řečové komunikace nevyskytuje.

Z celkového počtu 808 chlapců, které v grafu 15 považujeme za 100%, má poruchu řečové komunikace 42 chlapců (tj. 5,20%), u 766 chlapců (tj. 94,80%) se žádná porucha řečové komunikace nevyskytuje.

Graf 14: Počet dívek s poruchou řečové komunikace



Graf 15: Počet chlapců s poruchou řečové komunikace



Položka dotazníku č. 13

Jaké diagnostikované poruchy řečové komunikace se u žáků ve vaší kmenové třídě vyskytují?

a) dyslalie

e) mutismus

b) koktavost

f) vývojová dysfázie

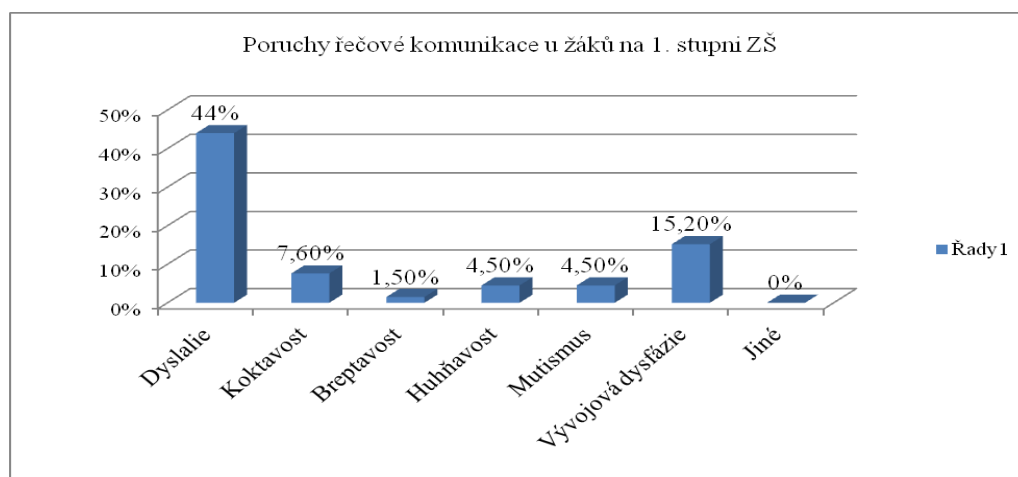
c) breptavost

g) jiné, prosím, uveďte.....

d) huhňavost

Jednou ze stěžejních dotazníkových položek je tato otázka. Prostřednictvím této položky jsme chtěli zjistit, jaké poruchy řečové komunikace se u žáků na prvním stupni běžných základních škol vyskytují.

Graf 16: Poruchy řečové komunikace u žáků na 1. stupni ZŠ



Komentář k položce č. 16:

Vycházíme z celkového počtu 66 žáků s poruchou řečové komunikace, které ve svých odpovědích, respondenti uvedli. Tento počet v grafu 16 považujeme za 100%.

Z grafického znázornění vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří žáci s dyslalií, což potvrzuje skutečnost, že je dyslalie nejčastějším druhem poruch řečové komunikace vyskytujícím se v dětské populaci. Respondenti uvádí dyslalii u 44 žáků (tj. 66,7%), vývojovou dysfázi u 10 žáků (tj. 15,2%), koktavost u 5 žáků (tj. 7,6%), rhinolalii (huhňavost) u 3 žáků (tj. 4,5%), mutismus u 3 žáků (tj. 4,5%) a u 1 žáka breptavost (tj. 1,5%). Jiné poruchy řečové komunikace respondenti neuvádí (graf 16).

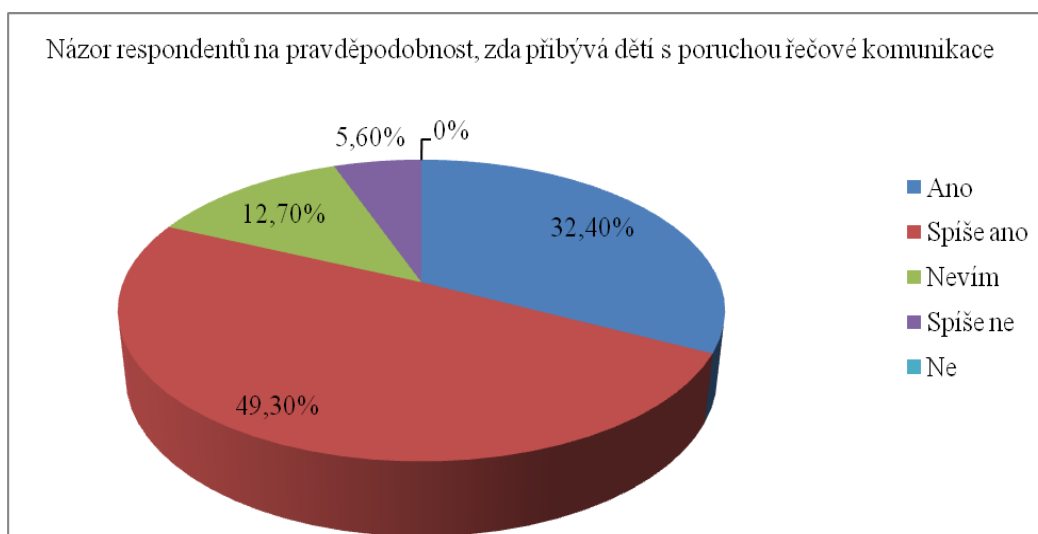
Položka dotazníku č. 14

Přibývá dle Vás dětí s poruchou řečové komunikace?

- a) *ano*
- b) *spíše ano*
- c) *nevím*
- c) *spíše ne*
- d) *ne*

V této dotazníkové položce nás zajímal názor respondentů na pravděpodobnost, zda přibývá dětí s poruchou řečové komunikace.

Graf 17: Názor respondentů na pravděpodobnost, zda přibývá dětí s poruchou řečové komunikace



Komentář k položce č. 17:

Z celkového počtu 71 respondentů 23 pedagogů (tj. 32,40%) je toho názoru, že se počet dětí s poruchou řečové komunikace zvyšuje, 35 pedagogů (tj. 49,30) si myslí, že se počet dětí s poruchou řečové komunikace spíše zvyšuje, 9 pedagogů (tj. 12,70%) neví, jestli se počet dětí s poruchou řečové komunikace zvyšuje či nezvyšuje, 4 pedagogové (tj. 5,60%) se domnívají, že se počet dětí s poruchou řečové komunikace spíše nezvyšuje, nikdo z pedagogů si nemyslí, že by se počet dětí s poruchou řečové komunikace nezvyšoval (graf 17).

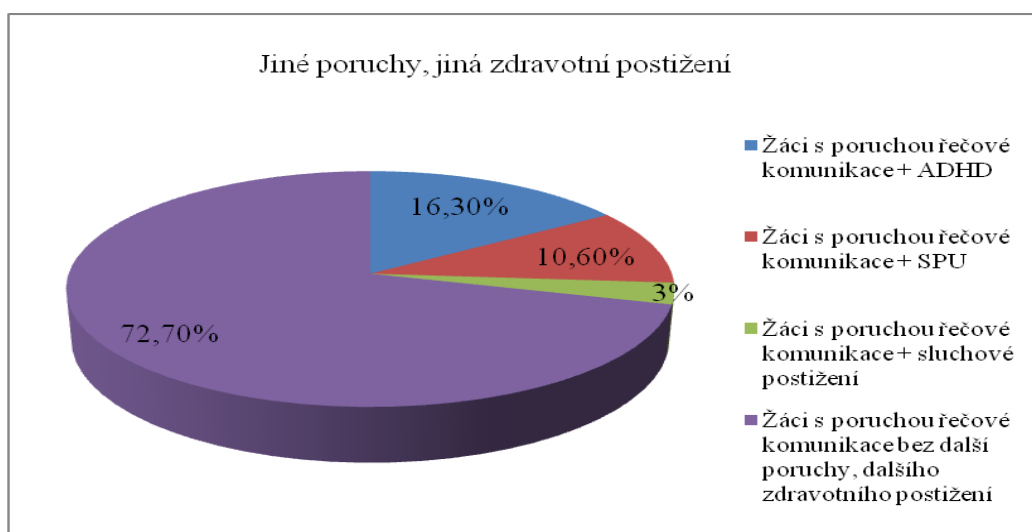
Položka dotazníku č. 15

Uveďte počet žáků s diagnostikovanou poruchou řečové komunikace, kteří mají:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| a) ADHD | f) poruchu autistického spektra |
| b) SPU | g) kombinované postižení |
| c) tělesné postižení | h) sluchové postižení |
| d) zrakové postižení | ch) jiné, prosím, uveďte |
| e) mentální postižení | |

V této položce jsme zjišťovali, zda se u žáků s poruchou řečové komunikace objevují i jiné poruchy, jiná zdravotní postižení.

Graf 18: Jiné poruchy, jiná zdravotní postižení



Komentář k položce č. 15:

Vycházeli jsme z celkového počtu 66 žáků s poruchou řečové komunikace, ty v grafu 18 považujeme za 100%.

Respondenti uvedli, že se u 9 žáků (tj. 13,60%) kromě poruchy řečové komunikace objevuje i porucha pozornosti s hyperaktivitou, specifické poruchy učení se objevují u 7 žáků (tj. 10,60%) a 2 žáci (tj. 3%) mají sluchové postižení, 48 žáků (tj. 72,7%) jinou poruchu, jiné zdravotní postižení dle respondentů nemá (graf 18).

Položka dotazníku č. 16

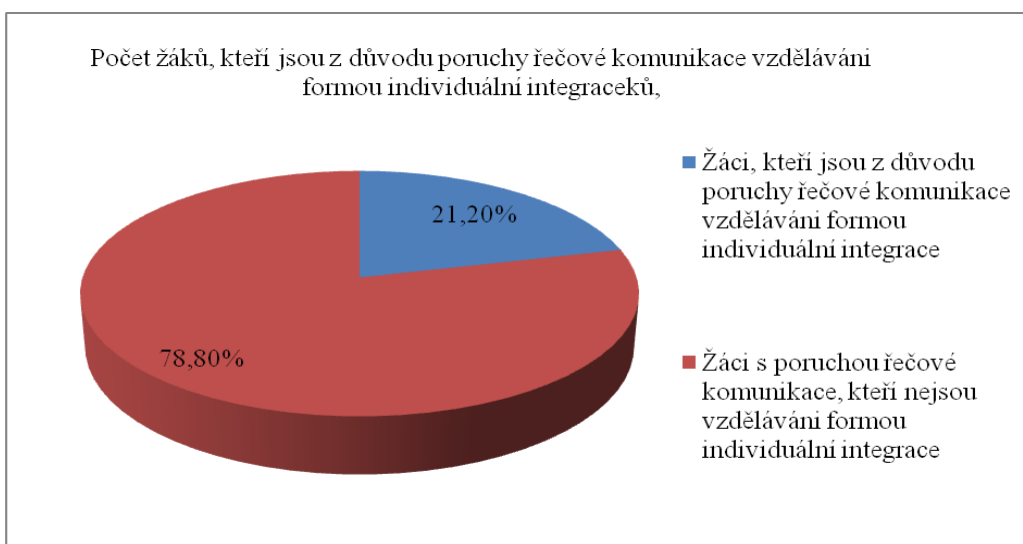
Máte ve své třídě žáka, který je vzděláván formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

a) ano

b) ne

V této dotazníkové položce jsme zjišťovali počet žáků, kteří jsou z důvodu poruchy řečové komunikace vzdělávání formou individuální integrace.

Graf 19: Počet žáků, kteří jsou z důvodu poruchy řečové komunikace vzdělávání formou individuální integrace



Komentář k položce č. 16:

Vycházeli jsme z celkového počtu žáků s poruchou řečové komunikace tj. 66 žáků. Tento počet v grafu 19 považujeme za 100%.

Respondenti uvedli, že z důvodu poruchy řečové komunikace je vzděláváno formou individuální integrace 14 žáků (tj. 21,2%). Zbýlých 52 (tj. 78,80%) žáků má sice poruchu řečové komunikace, ale nejsou vzdělávání formou individuální integrace (graf 19).

Položka dotazníku č. 17

Jaký druh poruchy řečové komunikace má žák, který je vzděláván formou individuální integrace?

a) dyslalie

e) mutismus

b) koktavost

f) vývojová dysfázie

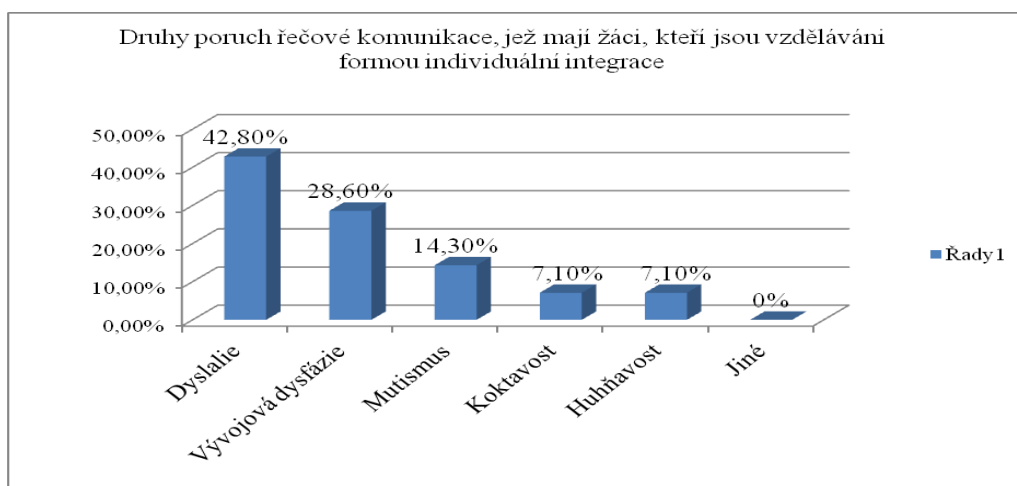
c) breptavost

g) jiné, prosím, uveďte.....

d) huhňavost

Touto otázkou jsme se snažili zjistit, jaká porucha řečové komunikace je nejčastěji důvodem pro vzdělávání dítěte formou individuální integrace. Na tuto položku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli kladnou odpověď v otázce č. 16.

Graf 20: Druh poruchy řečové komunikace, jež mají žáci, kteří jsou vzděláváni formou individuální integrace



Komentář k položce č. 17:

Vycházeli jsme z celkového počtu integrovaných žáků tj. 14 žáků, které v grafu 20 považujeme za 100%.

Z grafického znázornění vyplývá, že z důvodu poruchy řečové komunikace jsou nejčastěji vzděláváni formou individuální integrace děti s dyslalií. Respondenti uvádí dyslalii u 6 žáků (tj.42,80%), vývojovou dysfázií uvádí respondenti u 4 žáků (tj. 28,60%), mutismus u 2 žáků (tj. 14,30%), koktavost u 1 žáka (tj.7,10%) rhinolalii (huhňavost) u 1 žáka (tj.7,10%), jiné poruchy řečové komunikace respondenti neuvádí (graf 20).

Položka dotazníku č. 18

Jak si myslíte, že jste připraveni ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace?

a) *velmi dobře*

d) *spíše špatně*

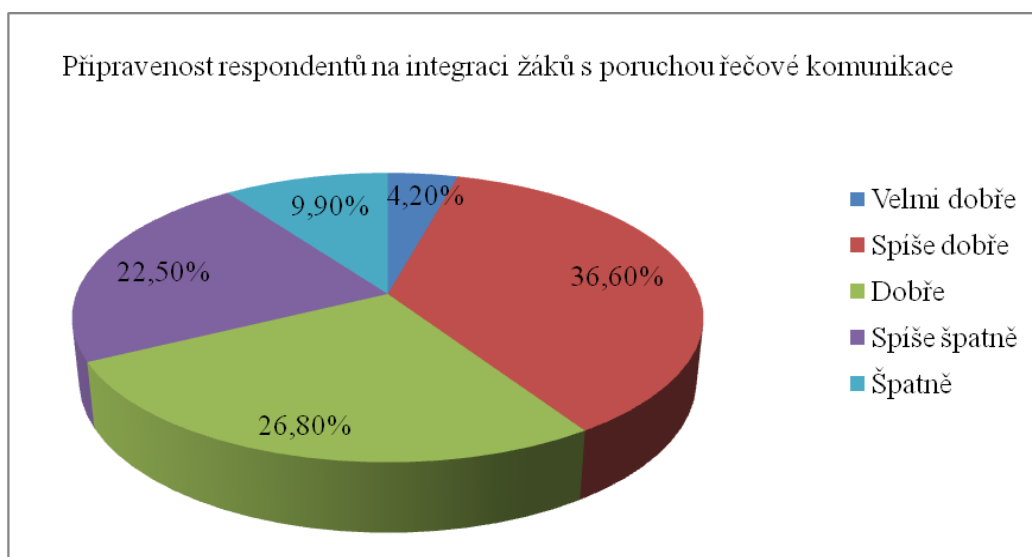
b) *spíše dobře*

d) *špatně*

c) *dobře*

Osmnáctou položkou jsme zjišťovali připravenost respondentů na integraci žáků s poruchou řečové komunikace.

Graf 21: Připravenost respondentů na integraci žáků s poruchou řečové komunikace



Komentář k položce č. 18:

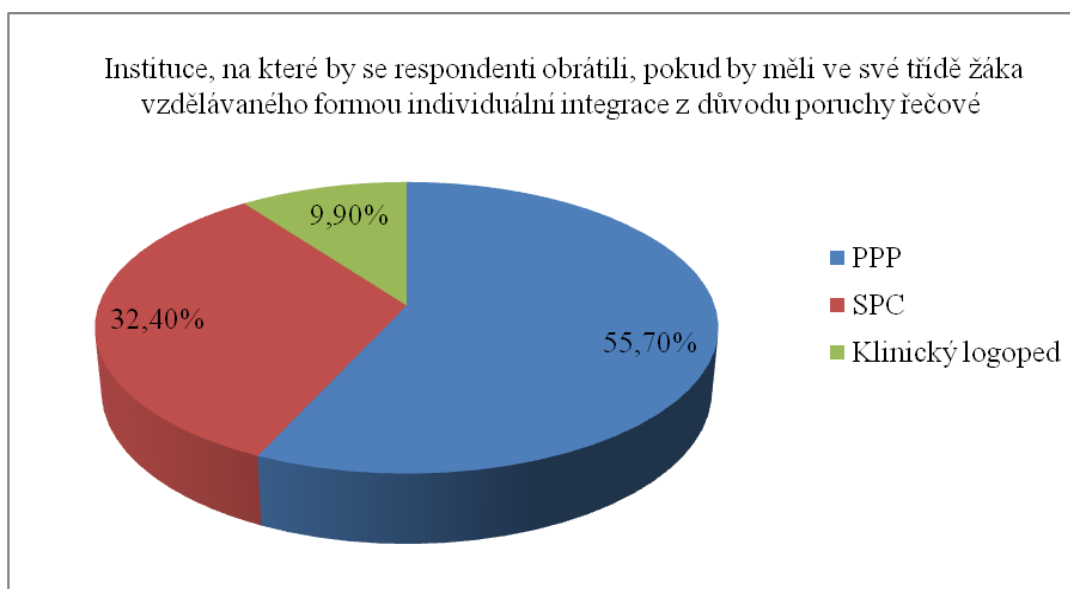
Z celkového souboru 71 respondentů uvedli 3 pedagogové (tj. 4,20%), že se cítí být velmi dobře připraveni ke vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace, 26 pedagogů (tj. 36,60%) se považuje být spíše dobře připraveno v této oblasti, 19 pedagogů (tj. 26,80%) se cítí být dobře připraveno, 16 pedagogů (tj. 22,50%) se považuje být spíše špatně připraveno, 7 pedagogů (tj. 9,90%) má pocit, že jsou špatně připraveni k integraci žáků s poruchou řečové komunikace (graf 21).

Položka dotazníku č. 19

Na které instituce byste se obrátil (a), aby Vám poskytly podporu, pokud ve své třídě budete mít žáka vzdělávaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

Pomocí této otevřené položky jsme zjišťovali, na jaké instituce by se respondenti obrátili, pokud by měli ve své třídě žáka vzdělávaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace.

Graf 22: Instituce, na které by se respondenti obrátili, pokud by měli ve své třídě žáka vzdělávaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace



Komentář k položce č. 19:

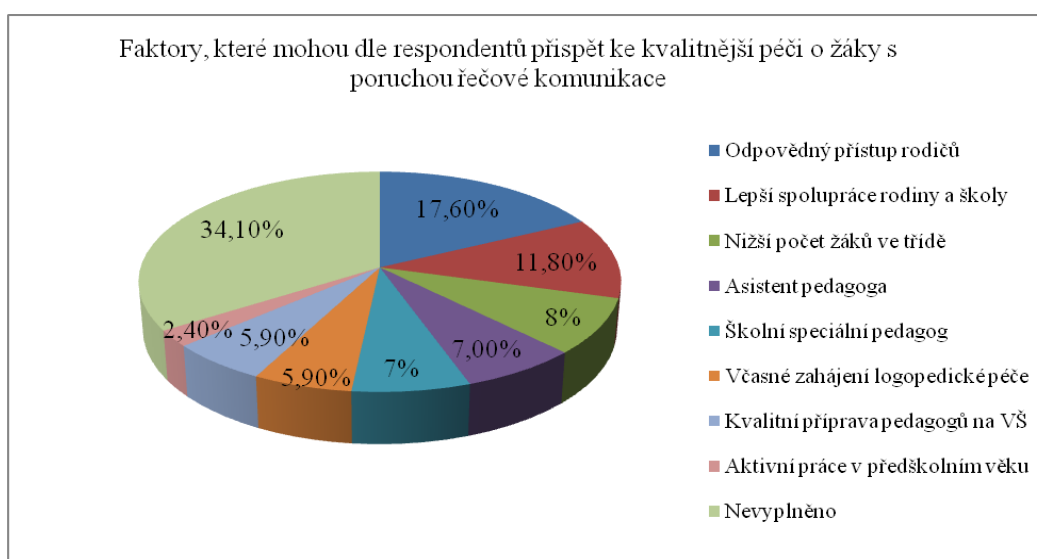
Z celkového počtu 71 respondentů 41 pedagogů (tj. 57,7%), by se obrátilo na pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) 23 pedagogů (tj. 32,4%) na speciálně-pedagogické centrum (SPC) a 7 pedagogů (tj. 9,9%) na klinického logopeda (graf 22).

Položka dotazníku č. 20

Co by, dle vašeho názoru, mohlo přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace?

Poslední položku dotazníku jsme rovněž koncipovali jako otevřenou, respondenty jsme požádali, aby napsali, co by dle nich mohlo přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace.

Graf 23: Faktory, které mohou dle respondentů přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace



Při vyhodnocování této položky jsme se snažili provést dostatečnou kategorizaci, abychom zajistili přehlednost údajů. Respondenti uvedli celkem 85 odpovědí, které v grafu 24 považujeme za 100%.

V odpovědích respondentů se objevil odpovědný přístup rodičů, ten byl uveden 15krát (tj. 17,60%), lepší spolupráce rodiny a školy, uvedeno 10 krát (tj. 11,80%), nižší počet žáků ve třídě, uvedeno 7 krát (tj. 8,2%), asistent pedagoga, uvedeno 6 krát (tj. 7%), školní speciální pedagog, uvedeno 6 krát (tj. 7%), včasné zahájení logopedické péče, uvedeno 5 krát (tj. 5,9%), kvalitní příprava pedagogů na VŠ, uvedeno 5 krát (tj. 5,9%), aktivní práce v předškolním věku, uvedeno 2 krát (tj. 2,40%). Tato položka dotazníku nebyla vyplněná 29 krát (tj. 34,10%) (graf 23).

7.6. Analýza výsledků

Před samotným výzkumným šetřením jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky. Na základě výzkumného šetření a následného zpracování výsledků jsme došli k těmto závěrům:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké poruchy řečové komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni?

Z výsledků empirického šetření je patrné, že nejčastějším druhem poruch řečové komunikace je dyslalie. Respondenti uvádí dyslalii u 44 žáků (tj. 66,7%), vývojovou dysfázií u 10 žáků (tj. 15,2%), koktavost u 5 žáků (tj. 7,6%), rinolalii (huhňavost) u 3 žáků (tj. 4,5%), mutismus u 3 žáků (tj. 4,5%) a u 1 žáka breptavost (tj. 1,5%). Jiné poruchy řečové komunikace respondenti neuvádí (graf 16).

Výzkumná otázka č. 2: Jakými formami sami učitelé na prvním stupni získávají informace o problematice poruch řečové komunikace?

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji respondenti hledají informace o problematice poruch řečové komunikace na internetu, tato možnost byla označena respondenty 54 krát (tj. 43,20%). Druhou nejčastější formou je studium odborné literatury, tato možnost byla označena respondenty 40 krát (tj. 32%). V menší míře respondenti získávají informace formou přednášek pořádaných SPC či PPP, tato možnost byla označena respondenty 22 krát (tj. 17,60%), formou logopedických kurzů, tato možnost byla označena respondenty 4 krát (tj. 3,20%) a dalším vzdělání na pedagogické fakultě, tato možnost byla označena respondenty 2 krát (tj. 1,60%). Možnost jiné odpovědi byla využita 3 krát (tj. 2,40%), respondenti získávají informace i od svých kolegů, kteří mají s problematikou zkušenosti a od školního speciálního pedagoga (graf 8).

Výzkumná otázka č. 3: Jsou učitelé prvního stupně připraveni ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace?

Z empirického šetření je patrné, že nejvíce respondentů se cítí být spíše dobře připraveno ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace - 26 respondentů (tj. 36,60%), 19 respondentů (tj. 26,80%) si myslí, že je dobře připraveno v této oblasti, 16 respondentů (tj. 22,50%) se cítí být spíše špatně připraveno, 7 pedagogů (tj. 9,90%) má pocit, že jsou špatně připraveni a 3 respondenti (tj. 4,20%) uvedli, že se cítí být velmi dobře připraveni k integraci žáků s poruchou řečové komunikace (graf 21).

Výzkumná otázka č. 4: Na které instituce by se učitelé prvního stupně obrátili, pokud by měli ve své třídě žáka vzdělávaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

Z celkového počtu 71 respondentů 41 pedagogů (tj. 57,7%), by se obrátilo na pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) 23 pedagogů (tj. 32,4%) na speciálně-pedagogické centrum (SPC) a 7 pedagogů (tj. 9,9%) na klinického logopeda (graf 22).

Je překvapivé, že na speciálně pedagogické centrum by se obrátil tak malý počet respondentů.

7.7. Závěry z výzkumného šetření, diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké poruchy řečové komunikace se u žáků na prvním stupni běžných základních škol vyskytují, zjistit, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace.

Díličními cíly bylo zjistit, jakými formami učitelé sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace, zda jsou připraveni ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace.

Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 71 respondentů má magisterské vzdělání - 70 pedagogů (tj. 98,60%), 1 pedagog má doktorské vzdělání (tj. 1,40%), jiné vzdělání nikdo z pedagogů neuvedl (graf 3). Vzdělání v oblasti speciální pedagogiky má z celkového počtu respondentů 16 pedagogů (tj. 22,50%), 3 pedagogové (tj. 4,30%) uvedli, že si vzdělání v oblasti speciální pedagogiky doplňují a 52 pedagogů (tj. 73,20%) vzdělání v oblasti speciální pedagogiky nemá (graf 4). Ze skupiny respondentů, kteří mají vzdělání

v oblasti speciální pedagogiky, uvedlo 7 pedagogů (tj. 43,75%) magisterské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, 3 pedagogové (tj. 18,75%) mají bakalářské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, celoživotní vzdělání v oblasti speciální pedagogiky uvedli 2 pedagogové (tj. 12,5%) a 1 pedagog (tj. 6,25%) má rozšiřující vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, 3 pedagogové (tj. 18,75%) uvedli jiné vzdělání - učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika (graf 5).

Informace o problematice poruch řečové komunikace získalo na VŠ 47 respondentů (tj. 66,20%). Tyto informace neobdrželo 24 respondentů (tj. 33,80%) (graf 6). Z výpovědi respondentů nelze určit, zda získané informace jsou dostačující, protože procentuální zastoupení kladných odpovědí (tj. 46,80%) je shodné s počtem negativních odpovědí (tj. 46,80%) (graf 7).

Po ukončení studia na VŠ pedagogové nejčastěji hledají informace o problematice poruch řečové komunikace na internetu, tato možnost byla označena respondenty 54 krát (tj. 43,20%). Druhou nejčastější formou je studium odborné literatury, tato možnost byla označena respondenty 40 krát (tj. 32%). V menší míře respondenti získávají informace formou přednášek pořádaných SPC či PPP, tato možnost byla označena respondenty 22 krát (tj. 17,60%), formou logopedických kurzů, tato možnost byla označena respondenty 4 krát (tj. 3,20%) a dalším vzdělání na pedagogické fakultě, tato možnost byla označena respondenty 2 krát (tj. 1,60%). Možnost jiné odpovědi byla využita 3 krát (tj. 2,40%), respondenti získávají informace i od svých kolegů, kteří mají s problematikou zkušenosti a od školního speciálního pedagoga (graf 8).

Z výsledků empirického šetření vyplývá, že nejčastějším druhem poruch řečové komunikace je dyslalie. Respondenti uvedli, že z celkového počtu 66 žáků s poruchou řečové komunikace má dyslalii 44 žáků (tj. 66,7%). Následuje vývojová dysfázie, ta se objevuje dle respondentů u 10 žáků (tj. 15,2%), koktavost u 5 žáků (tj. 7,6%), porucha zvuku řeči (huhňavost) u 3 žáků (tj. 4,5%), mutismus u 3 žáků (tj. 4,5%) a u 1 žáka se objevuje breptavost (tj. 1,5%). Jiné poruchy řečové komunikace se na prvním stupni základní školy nevyskytují (graf 16). Ve skupině jiné poruchy, jiná zdravotní postižení respondenti uvedli, že se u 9 žáků (tj. 13,60%) kromě poruchy řečové komunikace objevuje i porucha pozornosti s hyperaktivitou, specifické poruchy učení se objevují u 7 žáků (tj. 10,60%) a 2 žáci (tj. 3%) mají sluchové postižení, 48 žáků (tj. 72,7%) jinou poruchu, jiné zdravotní postižení nemají (graf 18).

V České republice byla realizována především výzkumná šetření u dětí předškolního věku. V rámci výzkumného záměru (MSM0021622443) Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu byl proveden v roce 2007-2008 výzkumným týmem VT9 dílčí výzkum v oblasti komunikačních kompetencí žáků základní školy a obtíží, které se projevují ve vzdělávacím procesu u žáků s narušenou komunikační schopností. Bylo prokázáno, že se nejčastěji se u žáků na prvním stupni vyskytuje dyslalie, následuje opožděný vývoj řeči, koktavost, vývojová dysfázie, huhňavost, breptavost, mutismus a poruchy hlasu. Ve třídě jsou průměrně 2 žáci s narušenou komunikační schopností. Poměr chlapců a dívek přibližně odpovídá poměru 2:1 (Klenková, 2008).

Vzdělávání formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové jsou nejčastěji žáci s dyslalií - 6 žáků (tj. 42,80%), následují 4 žáci (tj. 28,60%) s vývojovou dysfázií. Méně často žáci s mutismem - 2 žáci (tj. 14,30%), koktavostí - 1 žák (tj. 7,10) a huhňavostí - 1 žák (tj. 7,10) (graf 20).

Z výsledků empirického šetření je patrné, že nejvíce pedagogů se cítí být spíše dobře připraveno ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace - 26 pedagogů (tj. 36,60%), 19 pedagogů (tj. 26,80%) se považuje být dobře připraveno, 16 pedagogů (tj. 22,50%) se cítí být spíše špatně připraveno, 7 pedagogů (tj. 9,90%) má pocit, že jsou špatně připraveni a 3 pedagogové (tj. 4,20%) uvedli, že se cítí být velmi dobře připraveni k integraci žáků s poruchou řečové komunikace (graf 21).

Výzkumné šetření také zjišťovalo, co by dle respondentů mohlo přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace. Respondenti jsou toho názoru, že především odpovědný přístup rodičů by mohl přispět ke kvalitnější péči. Tato odpověď se objevila v dotaznících 15 krát (tj. 17,6%), dále lepší spolupráce rodiny a školy, uvedeno 10 krát (tj. 11,8%), nižší počet žáků ve třídě, uvedeno 7 krát (tj. 8,2%), asistent pedagoga, uvedeno 6 krát (tj. 7%), školní speciální pedagog, uvedeno 6 krát (tj. 7%), včasné zahájení logopedické péče, uvedeno 5 krát (tj. 5,9%), kvalitní příprava pedagogů na VŠ, uvedeno 5 krát (tj. 5,9%), aktivní práce v předškolním věku, uvedeno 2 krát (tj. 2,40%). Tato položka dotazníku nebyla vyplněná 29 krát (tj. 34,10%) (graf 23). Ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace by mohla přispět, dle našeho názoru, i lepší spolupráce s poradenskými zařízeními a dalšími odborníky.

Všechny výše zmiňované poznatky nám umožnily lépe rozkrýt specifika řečového projevu u žáků na prvním stupni základní školy, zjistit zda jsou učitelé prvního stupně

informování o problematice poruch řečové komunikace. Jsme si vědomi toho, že nelze výsledky vzhledem k rozsahu souboru zobecnit.

V dalším výzkumném šetření by bylo vhodné zjistit jakým způsobem je poskytována logopedická intervence dětem s poruchou řečové komunikace. Zajímavé by bylo zaměřit se i na dosavadní zkušenosti pedagogů se vzděláváním žáků s poruchou řečové komunikace. Potenciální oblastí výzkumu by mohla být i spolupráce pedagoga, který vyučuje žáka s poruchou řečové komunikace, s poradenskými pracovišti s poradenskými pracovišti.

Závěr

Pro úspěšné osvojování školních znalostí a dovedností je třeba, aby dítě disponovalo komunikačními kompetencemi na adekvátní úrovni. Poruchy řečové komunikace mohou dítěti znesnadňovat jeho vzdělávání. Právě oblast poruch řečové komunikace byla součástí i naší diplomové práce s názvem Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace. Cílem práce bylo zjistit, jaké poruchy řečové komunikace se u žáků na prvním stupni běžných základních škol vyskytují, dále zjistit, zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace, jakými formami sami získávají informace o problematice poruch řečové komunikace, zda jsou připraveni na vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace.

Z výsledků šetření vyplývá, že nejčastějším druhem poruch řečové komunikace je dyslalie, dále se u žáků na prvním stupni základní školy objevuje vývojová dysfázie, kóktavost, huhňavost, mutismus a breptavost. Dle údajů pedagogů se počet žáků s poruchou řečové komunikace zvyšuje.

Zjistili jsme, že informace o problematice poruch řečové komunikace získalo na vysoké škole 47 respondentů (tj. 66,20%). Tyto informace neobdrželo 24 respondentů (tj. 33,80%). Z výpovědi respondentů nelze určit, zda získané informace jsou dostačující, protože procentuální zastoupení kladných odpovědí je shodné s počtem negativních odpovědí.

Po ukončení studia na vysoké škole pedagogové sami získávají informace nejčastěji hledáním na internetu, druhou nejčastější formou je studium odborné literatury. V menší míře respondenti získávají informace formou přednášek pořádaných speciálně-pedagogickými centry či pedagogicko-psychologickými poradnami, formou logopedických kurzů, dalším vzděláním na pedagogické fakultě, od svých kolegů, kteří mají s problematikou zkušenosti a od školního speciálního pedagoga. Dle respondentů možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace je spíše dostatek.

Empirické šetření také potvrdilo, že i když, je vysokoškolské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky přínosné i pro pedagogy základních škol běžného typu, má toto vzdělání jen malá část pedagogů.

Na integraci žáků s poruchou řečové komunikace se cítí být pedagogové spíše dobře připraveni. Avšak my jsme narazili na jisté problémy v oblasti spolupráce pedagogů s poradenskými zařízeními.

Všechny výše zmiňované poznatky nám umožnily lépe rozkrýt specifika řečového projevu u žáků na prvním stupni základní školy, zjistit zda jsou učitelé prvního stupně informováni o problematice poruch řečové komunikace. Jsme si vědomi toho, že nelze výsledky vzhledem k rozsahu souboru zobecnit.

Na závěr lze tedy říci, že je třeba zlepšit přípravu pedagogů v oblasti vzdělávání žáků s poruchou řečové komunikace. Prohlubovat znalosti učitelů na prvním stupni základní školy o poruchách řečové komunikace.

Domníváme se, že cíle, které jsme si v rámci diplomové práce stanovili, se nám podařilo splnit.

Seznam použitých zkratk

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPU	Specifické poruchy učení
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
VŠ	Vysoká škola
ZŠ	Základní škola

Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

- BARTOŇOVÁ, M. 2004. *Kapitoly ze specifických poruch učení I*. Brno: Masarykova univerzita. 128 s. ISBN 80-210-3613.
- BEDNÁŘOVÁ, J.; ŠMARDOVÁ, V. 2010. *Školní zralost: Co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press. 100 s. ISBN 978-80-251-2569-4.
- BENDOVIÁ, P. 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada Publishing. 150 s. ISBN 978-80-247-3853-6.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. 2012. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3008-0.
- DLOUHÁ, O.; ČERNÝ, L. 2012. *Foniatric*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
- DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
- FISCHER, S.; ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GAVORA, E. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 261 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HÁJKOVÁ, E. 2011. *Rétorika pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-1990-0.
- HANÁKOVÁ, A. Komunikace a osoby s narušenou komunikační schopností. In REGEC, V. a kol. 2012. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého. 36-51 s. ISBN 978-80-244-3203-8.
- HARTMANN, B.; LANGE, M. 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: TRITON. 82 s. ISBN 978-80-7387-021-8.

- HOLOUŠOVÁ, D. Osobnost učitele. In: KANTOROVÁ, J. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z obecné pedagogiky I*. Olomouc: Hanex. 163-201 s. ISBN 978-80-7409-024-0.
- HORÁKOVÁ, A. Lexikálně-sémantická jazyková rovina. In: VRBOVÁ, R. a kol. 2012. *Katalog posuzování míry speciálně vzdělávacích potřeb – část II. (Diagnostické domény pro žáky s narušenou komunikační schopností)*. Olomouc: Univerzita Palackého. 27-28 s. ISBN 978-80-244-3056-0.
- JEDLIČKA, I. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu. In ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 427-436 s. ISBN 80-7178-546-6.
- JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. 2014. *Reedukace specifických poruch učení u dětí*. 2., vyd. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-262-0645-3.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. 1990. Rinolália. In LECHTA, V a kol. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 129-149 s. ISBN 80-08-00447-9.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. 344 s. ISBN 978-80-223-2574-5.
- KLENKOVÁ, J. 2000. *Logopedie I*. Brno: Paido. 94 s. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie: Text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 103 s. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KRAHULCOVÁ, B. 2003. *Dyslalie -patlavost*. Hradec Králové: Gaudeamus. 195 s. ISBN 80-7041-413-8.
- KRÁLIKOVÁ, B. 2010. Dyslalie. In LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál. 296-302 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- KUČERA, M.; FRIČ, F.; HALÍŘ, M. 2010. *Praktický kurz hlasové rehabilitace a reedukace*. Opočno. 57 s. ISBN 978-80-254-6592-9.
- KUTÁLKOVÁ, D. 2002. *Opožděný vývoj řeči, dysfázie – metodika reedukace*. Praha: septima. 104 s. ISBN 80-7216-177-6.

- LECHTA, V. a kol. 1987. *Logopedické repetitívum*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 278 s. ISBN: 80-08-00447-9
- LECHTA, V. a kol. 2003. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. 231 s. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, V. a kol. 2005. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. 2010. *Koktavost: integratívny přístup*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Portál. 333 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
- MATĚJČEK, Z. 1995. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. 3., upr. a rozš. vyd. Jinočany: H & H. 269 s. ISBN 80-85787-27-X.
- MATĚJČEK, Z. Diagnostika poruch čtená a psané řeči. In LECHTA, V. a kol. 2003. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál. 298-315 s. ISBN 80-7178-801-5.
- Mezinárodní klasifikace nemocí: 10 revize*. 2013. Poruchy duševní a poruchy chování. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-904259-0-3.
- MICHALÍK, J., a kol. 2013. *Speciálně pedagogické centru: informační brožura o činnosti speciálně pedagogických center*. 2., rozš. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 116 s. ISBN 978-80-244-3487-2.
- MIKULAJOVÁ, M.; RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči*. Bratislava: vlastním nákladem. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.
- MLČÁKOVÁ, R. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, J., a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 409-460 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MLČÁKOVÁ, R. Osoby s narušenou komunikační schopností. In MICHALÍK, J. a kol. 2012a. *Osoby se zdravotním postižením - speciálně pedagogické aspekty komunikace*. Ústí nad Labem: EdA. 165-218 s. ISBN 978-80-904927-6-9.

- MLČÁKOVÁ, R. Specifika komunikace s žáky s narušenou komunikační schopností. In VRBOVÁ, R. a kol. 2012b. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: Univerzita Palackého. 30-38 s. ISBN 978-80-244-3312-7.
- MORAN, J.; ZYLLA-JONES, E. 1998. *Learning about voice*. Albany: Singular Publishing Group. 1st edition. 172 p. ISBN 1-56593-942-5.
- NEUBAUER, K. 2007a. *Logopedie*. 2., přepr. a rouš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 107 s. ISBN 978-80-7041-093-6.
- NEUBAUER, K. 2007b. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 227 s. 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, K. 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. 107 s. ISBN 80-7041-098-1.
- PEČEŇÁK, J. 2003. Diagnostika mutismu. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 251-261 s. ISBN 80-7178-801-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 1994. *Etiologie a terapie koktavosti*. Olomouc: Univerzita Palackého. 117 s. ISBN 80-7067346-X.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2000. *Koktavý žák ve škole*. Olomouc: Univerzita Palackého. 33 s. ISBN 80-7178-546-6.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. 89 s. ISBN 80-244-0258-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Organizace logopedické péče. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 142-151 s. ISBN 80-244-1088-5.
- POKORNÁ, V. 2000. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., upr. a rozš. vyd. Praha: Portál. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2001. *Pedagogický slovník*. 3., upr. a rozš. vyd. Praha: Portál. 322 s. ISBN 80-7178-579-2

SALOMONOVÁ, A. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 328-335 s. ISBN 80-7178-546-6.

SEEMAN, M. 1995. *Poruchy dětské řeči*. Praha: SZdN. 265 s.

SPILOVÁ, V. 2004. *Současné proměny vzdělávání učitelů*. Brno: Paido. 271 s. ISBN 80-7315-081-6.

ŠAUEROVÁ, M.; ŠPAČKOVÁ, K.; NECHLEBOVÁ, E. 2012. *Speciální pedagogika v praxi. Komplex péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠKODOVÁ, E. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 203-209 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. narušení plynulosti řeči. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 257-288 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. Vývojová dysfázie. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 106-142 s. ISBN 80-7178-546-6

TARKOWSKI, Z. Diagnostika breptavosti. In LECHTA, V. a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 280-279 s. ISBN 80-7178-801-5.

TARKOWSKI, Z. Terapie breptavosti. In LECHTA, V. a kol. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 335-353 s. ISBN 80-7178-961-5.

TICHÁ, E. Mutizmus. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského. 273-289 s. ISBN 978-80-223-2574-5.

VANIAKOVÁ, M.; FROSTOVÁ, J. 1995. *Základy hlasové výchovy pro učitele I. st. základní školy*. Brno: Masarykova univerzita. 55 s. ISBN 80-210-1229-3.

VITÁSKOVÁ, K. Narušený vývoj řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 41-52 s. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. 2006. *Specifické poruchy učení pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého. 49 s. ISBN 80-244-1216-0.

VRBOVÁ, R. a kol. 2012. *Metodika práce s žákem s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: Univerzita Palackého. 126 s. ISBN 978-80-244-3312-7.

VRBOVÁ, R. Školní logoped. In MICHALÍK, J. a kol. 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého. 221 s. ISBN 978-80-244-4654-7.

VYBÍRAL, Z. 2000. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

ŽLAB, Z.; ŠKODOVÁ, E. Narušení grafické stránky řeči. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 357-384 s. ISBN 80-7178-546-6.

Seznam elektronických zdrojů

ZEZULKOVÁ, E. 2004. *Žák s narušenou komunikační schopností v procesu edukace*. Ostrava: Ostravská univerzita. [online]. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z WWW: <http://projekty.osu.cz/svp/opory/54-pdf-adaptace.pdf>.

Legislativní dokumenty

Zákon č.379/2015 Sb., o pedagogických pracovnících ve znění pozdějších předpisů. [online]. [citováno 2016-04-27]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich>

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf 2: Délka pedagogické praxe

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4: Vzdělání respondentů ve speciální pedagogice

Graf 5: Nejvyšší dosažení vzdělání v oblasti speciální pedagogiky

Graf 6: Získávání informací o problematice poruch řečové komunikace na VŠ

Graf 7: Hodnocení získaných informací na VŠ

Graf 8: Formy získávání informací o problematice poruch řečové komunikace

Graf 9: Dostatečnost možností získávání informací o problematice poruch řečové komunikace

Graf 10: Ročník, ve kterém jsou respondenti třídními učiteli

Graf 11: Počet žáků v jednotlivých ročnících

Graf 12: Počet dívek a chlapců

Graf 13: Počet žáků s poruchou řečové komunikace

Graf 14: Počet dívek s poruchou řečové komunikace

Graf 15: Počet chlapců s poruchou řečové komunikace

Graf 16: Poruchy řečové komunikace u žáků na 1. stupni ZŠ

Graf 17: Názor respondentů na pravděpodobnost, zda přibývá dětí s poruchou řečové komunikace

Graf 18: Jiné poruchy, jiná zdravotní postižení

Graf 19: Počet žáků, kteří jsou vzděláváni formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace

Graf 20: Druh poruchy řečové komunikace, jež mají žáci, kteří jsou vzděláváni formou individuální integrace

Graf 21: Přípravenost respondentů na integraci žáka s poruchou řečové komunikace

Graf 22: Instituce, na které by se respondenti obrátili, pokud by měli ve své třídě žáka vzdělaného formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace

Graf 23: Faktory, které mohou dle respondentů přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1

Vážená paní učitelko, Vážený pane učiteli,

Jmenuji se Kateřina Johnová a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Speciální pedagogika - Logopedie na Univerzitě v Hradci Králové. V rámci své diplomové práce jsem si vybrala téma: „Přítomnost komunikačních poruch na prvním stupni základní školy a povědomí pedagogů o poruchách komunikace.“ Cílem diplomové práce je zjistit jaké typy poruch komunikace se vyskytují u žáků na prvním stupni základní školy v předem vytypovaných základních školách a zmapovat povědomí pedagogů o poruchách komunikace. Tímto bych Vás, chtěla poprosit o spolupráci, která spočívá ve vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění Vám nezabere více než 10 minut. Získané údaje poslouží pouze jako podklad pro mou praktickou část. **Předem Vám, moc děkuji za Vaši spolupráci.**

S pozdravem Kateřina Johnová

Instrukce: Dotazník vyplňte následujícím způsobem: u otevřených otázek prosím **vpisujte odpovědi do volného místa přímo pod příslušnou otázku**, u **uzavřených otázek Vámi vybranou odpověď zakroužkujte** a vpisujte odpověď pouze u nabídky „jiné“, bude - li to třeba.

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Jaká je délka vaší pedagogické praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) vysokoškolské magisterské
- b) Jiné, prosím, uveďte.....

4. Máte vzdělání v oblasti speciální pedagogiky?

- a) ano
- b) doplňuji si vzdělání
- c) ne

5. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti speciální pedagogiky?

- a) magisterské
- b) bakalářské
- c) celoživotní
- d) rozšiřující
- e) jiné, prosím, uveďte.....

6. Měli jste možnost, v rámci svého studia na vysoké škole, seznámit se s problematikou poruch řečové komunikace?

- a) ano
- b) ne

7. Pokud ano, byly tyto informace dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

8. Jakou formou sami získáváte informace o problematice poruch řečové komunikace?

(Můžete označit více možností.)

- a) dalším vzděláváním na pedagogické fakultě
- b) formou logopedických kurzů
- c) formou přednášek pořádaných SPC či PPP
- d) čtením odborné literatury
- e) hledáním informací na internetu
- f) jiné, prosím, uveďte.....

9. Myslíte si, že máte dostatek možností získat podrobnější informace o problematice poruch řečové komunikace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

10. Prosím, uveďte ročník, ve kterém jste třídním učitelem:

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý
- e) pátý

11. Uveďte prosím, počet žáků ve vaší třídě

Celkem.....

Z toho dívek.....

chlapců.....

12. Uveďte prosím, počet žáků ve vaší třídě, kteří mají diagnostikovanou poruchu řečové komunikace:

celkem.....

Z toho dívek.....

chlapců.....

13. Jaké diagnostikované poruchy řečové komunikace se u žáků ve vaší kmenové třídě vyskytují?

- a) dyslalie
- b) koktavost
- c) breptavost
- d) huhňavost
- e) mutismus
- f) vývojová dysfázie
- g) jiné, prosím, uveďte.....

14. Přibývá dle Vás dětí s poruchami komunikace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- c) spíše ne
- d) ne

15. Uveďte počet žáků s diagnostikovanou poruchou řečové komunikace, kteří mají:

- a) ADHD
- b) SPU
- c) tělesné postižení
- d) zrakové postižení
- e) mentální postižení
- f) poruchu autistického spektra
- g) kombinované postižení
- h) sluchové postižení
- ch) jiné, prosím, uveďte

16. Máte ve své třídě žáka, který je vzděláván formou individuální integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

- a) ano
- b) ne

17. Jaký druh poruchy řečové komunikace má žák, který je vzděláván formou individuální integrace?

- a) dyslalie
- b) koktavost
- c) breptavost
- d) huhňavost
- e) mutismus
- f) vývojová dysfázie
- g) jiné, prosím, uveďte.....

18. Jak si myslíte, že jste připraveni ke vzdělávání integrovaných žáků s poruchou řečové komunikace?

a) velmi dobře

b) spíše dobře

c) dobře

d) spíše špatně

d) špatně

19. Na které instituce byste se obrátil (a), aby Vám poskytly podporu, pokud ve své třídě budete mít žáka vzdělávaného formou integrování integrace z důvodu poruchy řečové komunikace?

.....

.....

.....

20. Co by, dle vašeho názoru, mohlo přispět ke kvalitnější péči o žáky s poruchou řečové komunikace?

.....

.....

.....

Děkuji za spolupráci. ☺