

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Veronika Eliášová

Logopedická diagnostika a intervence poruch artikulace
prealveolárních konsonantů

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury dané práce

V Olomouci dne

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé diplomové práce, jakož i za věnovaný čas a ochotu.

Děkuji také ředitelům za možnost realizovat v jejich školách výzkumné šetření, rodičům za jejich spolupráci a hlavně dětem za to, že ochotně plnily všechny mé požadavky.

.....

Obsah

Úvod	7
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Artikulace hlásek	10
----------------------------------	-----------

1.1 Předpoklady fyziologického vývoje artikulace	11
--------------------------------------------------------	----

1.2 Vlastní vývoj artikulace	13
------------------------------------	----

1.3 Klasifikace českých hlásek	15
--------------------------------------	----

1.3.1 Klasifikace českých samohlásek	16
--------------------------------------------	----

1.3.2 Klasifikace českých souhlásek	17
-------------------------------------------	----

1.4 Artikulace prealveolárních konsonantů	21
-------------------------------------------------	----

2 Terminologie v oblasti narušené artikulace řeči	24
----------------------------------------------------------------	-----------

2.1 Dysartrie	24
---------------------	----

2.2 Fonetické a fonologické poruchy artikulace	27
------------------------------------------------------	----

3 Narušení artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického	30
------------------------------------------------------------------------	-----------

3.1 Klasifikace narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického	30
-------------------------------------------------------------------------------	----

3.1.1 Klasifikace z vývojového hlediska	30
-----------------------------------------------	----

3.1.2 Klasifikace z etiologického hlediska	30
--------------------------------------------------	----

3.1.3 Klasifikace ze symptomatologického hlediska	31
---------------------------------------------------------	----

3.1.4 Klasifikace z hlediska rozsahu	32
--------------------------------------------	----

3.2 Etiologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického	32
-----------------------------------------------------------------------------	----

3.3 Symptomatologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického	36
-----------------------------------------------------------------------------------	----

3.3.1 Odchytky v artikulaci prealveolárních konsonantů	38
--------------------------------------------------------------	----

3.4 Diagnostika narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického	41
-------------------------------------------------------------------------------	----

3.4.1 Komplexní logopedická diagnostika	43
-----------------------------------------------	----

3.4.2 Diagnostika narušené artikulace z hlediska fonetického	46
--------------------------------------------------------------------	----

3.5 Intervence prealveolárních konsonantů	47
-------------------------------------------------	----

3.5.1	Vyvozování prealveolárních konsonantů	48
4	Narušená artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického	52
4.1	Etiologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického	52
4.2	Symptomatologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického	53
4.3	Diagnostika narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického	55
4.4	Intervence narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického	57
5	Vlastní výzkumné šetření	60
5.1	Předmět a cíl práce	60
5.2	Metody výzkumného šetření	60
5.2.1	Dotazník pro rodiče	60
5.2.2	Vyšetření výslovnosti	61
5.2.3	Diktát	62
5.3	Organizace šetření	63
5.4	Charakteristika výzkumného souboru	64
5.4.1	Výběr výzkumného souboru	64
5.4.2	Popis výzkumného souboru	65
6	Výsledky šetření	68
6.1	Výsledky vyšetření výslovnosti	68
6.1.1	Vyšetření výslovnosti z hlediska fonetického	68
6.1.1.1	Výsledky vyšetření artikulace z hlediska fonetického u dětí běžných základních škol	68
6.1.1.2	Výsledky vyšetření artikulace z hlediska fonetického u dětí základní školy logopedické	75
6.1.1.3	Porovnání výsledků vyšetření artikulace získaných na základních školách a na základní škole logopedické	81
6.1.2	Vyšetření výslovnosti z hlediska fonologického	83
6.1.2.1	Výsledky vyšetření specifických asimilací	84
6.1.2.2	Výsledky vyšetření artikulační neobratnosti	86

6.1.3 Stav artikulace u dětí druhých ročníků běžných základních škol a základní školy logopedické	87
6.2 Výsledky diktátu	88
6.3 Výsledky dotazníkového šetření	90
7 Diskuze.....	92
7.1 Stav artikulace prealveolárních konsonantů	92
7.2 Stav výskytu fonetických a fonologických poruch.....	93
7.3 Celkový stav artikulace u dětí druhých ročníků základních škol	93
7.4 Dopad narušené artikulace na školní dovednosti.....	95
Závěr	97
Použitá literatura	99
Seznam příloh	102
Přílohy	
Anotace	

Úvod

V několika posledních letech stále častěji slyšíme ve svém okolí podobné výroky, ať už je to v médiích, na školách nebo mezi laickou veřejností. Jedná se o výroky typu: „To je hrůza, jak dnešní děti neumí mluvit. Počet dětí se špatnou výslovností stále narůstá.“ apod. Autorka si tedy položila otázku, zda tomu tak skutečně je. Jsou opravdu tyto výroky pravdivé? Skutečně počet dětí s narušenou artikulací narůstá? A právě na tyto otázky se pokusíme v rámci této diplomové práce odpovědět. Peutelschmiedová (2005) uvádí, že udávaná vysoká procenta výskytu narušené artikulace není možné považovat za příliš pravdivé, neboť v posledních několika desetiletích nebyl v České republice realizován rozsáhlejší výzkum zjišťující četnost výskytu narušené artikulace. Ani naše výzkumné šetření, realizované v rámci této diplomové práce, nezaplní tuto mezeru, ale umožní nám alespoň částečně nahlédnout do této problematiky a odhalit skutečný obraz úrovně výslovnosti u dětí na základních školách, i když pouze v regionálním měřítku.

Tato diplomová práce se nezaměřuje pouze na celkový stav výskytu narušené artikulace u dětí základních škol, ale jejím primárním úkolem je zjistit četnost výskytu narušené artikulace prealveolárních konsonantů, jejichž narušená výslovnost se uvádí jako nejčastější mezi dětskou populací.

Jak již bylo uvedeno, tato diplomová práce je realizována pouze na regionální úrovni. Výzkumné šetření se uskutečnilo na 5 základních školách okresů Svitavy, Šumperk a Olomouc. Pro zajímavost bylo šetření realizováno také na základní škole logopedické, abychom mohli porovnat výsledky z běžných škol s výsledky ze základní školy logopedické.

V teoretické části diplomové práce se věnujeme teoretickému vymezení problematiky narušené artikulace. V první kapitole se věnujeme fyziologickému vývoji artikulace u dětí a klasifikaci českých hlásek, v druhé kapitole pojednáváme o teoretickém vymezení narušené artikulace, ve třetí kapitole se zaměřujeme na narušenou artikulaci z hlediska fonetického a ve čtvrté kapitole na narušenou artikulaci z hlediska fonologického, jejich klasifikaci, etiologii, symptomatologii, diagnostiku a intervenci, přičemž diagnostika a intervence jsou předmětem praktické části.

Cílem praktické části bylo zjistit aktuální stav artikulace prealveolárních konsonantů u dětí druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické. Kromě fonetických

poruch jsme se zaměřili také na poruchy fonologické, konkrétně na specifické asimilace a artikulační neobratnost. Dále jsme se snažili zjistit, zda rodiče dětí s poruchami artikulace využívají služeb logopeda a v jakém průměrném věku dítěte je zahájena logopedická péče. V této části diplomové práce jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření. Tyto výsledky byly získány formou dotazníku, rozhovorem s dítětem, vyšetřením výslovnosti a diktátem. Výzkumné šetření proběhlo v období od 5. června do 26. června roku 2012 a celkem bylo vyšetřeno 100 dětí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Artikulace hlásek

Schopnost dorozumívat se prostřednictvím zvukových signálů byla vědci prokázána u mnoha živočišných druhů, například delfinů či kosatek. Ale schopnost dorozumívat se artikulovanou řečí byla dána pouze jedinému živočišnému druhu a to člověku. Člověk je tvor společenský, a proto má potřebu s ostatními lidmi komunikovat. Lechta (2011, str. 13) definuje komunikační schopnost jako „*schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách, za účelem realizace komunikačního záměru.*“

Odborná terminologie odlišuje pojem řeč a jazyk. Protože se tyto pojmy často zaměňují, je dobré si tyto dva pojmy vymezit. Peutelschmiedová (2001) definuje **řeč** jako schopnost užívat sdělovací nebo dorozumívací prostředky. Řeč může být psaná a čtená, ale také vnitřní tedy na úrovni myšlenek. Pokud své myšlenky vtělíme do slov, stává se z řeči mluva. Zatímco **jazyk** je souhrn sdělovacích a dorozumívacích prostředků užívaných určitou skupinou lidí, obvykle se jedná o vymezení teritoriální nebo národnostní. Dvořák (2007) vymezuje řeč jako formu dorozumívání, která je založena na používání slovních (mluva, písmo) a neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace. Jazyk je dle Dvořáka (2007) soubor zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy užívaných lidmi ke komunikaci.

Vyštejn (1991, str. 12) zdůrazňuje, že „*řeč je výkon individuální na rozdíl od jazyka, který je jevem a procesem společenským.*“

Peutelschmiedová (2005) uvádí, že počátky vývoje artikulované řeči u člověka se datuje do dob před 3, 5 miliony let. Vznik a vývoj artikulovaných zvukových signálů však zůstává stále neprozkoumaný a nejasný. Pohybujeme se tedy pouze ve sféře hypotéz.

Co způsobuje, že člověk má možnost komunikovat artikulovanou řečí, zatímco ostatní zvířecí druhy tuto schopnost postrádají? K anatomickým předpokladům tvorby artikulované řeči uvádí Peutelschmiedová (2001) tvar spodiny lebeční a s ní související poloha hrtanu, a jazyka. Čím je spodina lebeční plošší, tím jsou úpony, které upínají jazyk méně pohyblivé a tedy možnost artikulace je zde ztížena. Významný je také pokles hrtanu, ke kterému v průběhu vývoje člověka dochází (Peutelschmiedová, 2001).

Artikulace (vyslovnost) spočívá ve vytváření hlásek mluvidly neboli řečovým ústrojím, které se skládá z ústrojí dechového (respiračního), ústrojí hlasového (fonačního) a hláskotvorného (artikulačního) (Dvořák, 2007). Hláskotvorné ústrojí tvoří tři dutiny a to

dutina ústní, nosní a hltanová. V dutině ústní mají podíl na artikulaci rty, zuby, tvrdé patro, měkké patro, čípek a jazyk (Kutálková, 2009). Nesmíme samozřejmě zapomenout na rezonanční dutiny, které mají v tvorbě artikulované řeči také velice důležitou úlohu.

1.1 Předpoklady fyziologického vývoje artikulace

Vývoj artikulace je úzce spjat s vývojem řeči. Dle Vyštejna (1991) je řeč produkt vyšší nervové činnosti lidského jedince. Podobně jako Vyštejn uvádí Klenková (2006), že řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů, ale hlavně mozku a jeho hemisfér. Schopnost řeči nám není vrozené, na svět však přicházíme s určitými predispozicemi, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím (Klenková, 2006). Je velice zajímavé, že vývoj této schopnosti patří v rámci ontogeneze člověka k těm, jež mají nejprudší průběh. Komunikační schopnost člověka se vyvíjí a zdokonaluje po celý jeho život, avšak nejdůležitějším obdobím je období do 6. roku života (Lechta, 2011).

Lechta (2011), jenž se velice podrobně zabýval ontogenezí lidské řeči, určuje množství a rozmanitost činitelů ovlivňujících ontogenezi řeči. Vývoj řeči je úzce spjat s ostatními faktory limitujícími celkový vývoj dítěte. Mezi těmito faktory existuje složitá vzájemná souvislost. V průběhu ontogeneze řeči nelze postřehnout všechny proměnné, které ve své nesmírné rozmanitosti a ve vzájemné spojitosti determinují vývoj řeči z kvalitativního a kvantitativního hlediska. Ze všech faktorů, které ovlivňují vývoj řeči se Lechta podrobněji věnoval motorice, myšlení, sensorické a sociální sféře. Stejně jako na vývoj řeči mají tyto faktory značný vliv také na vývoj artikulace.

Rozvoj **motoriky** je pro řeč mimořádně důležitý. Jak uvádí Lechta (2011): „*Jestliže budeme proces mluvení, tj. promluvu, chápat jako mechanický akt, zjistíme, že především jde o velmi precizně koordinovaný proces jemné motoriky řečového aparátu.*“ Vazba mezi vývojem řeči a motorikou je tak velká, že u dětí s narušeným vývojem motoriky se často objevuje opožděný řečový vývoj a naopak u dětí s narušenou komunikační schopností (např. děti s opožděným vývojem řeči) zaznamenáváme sníženou úroveň motorických dovedností. Ve vývoji řeči dítěte představuje proces artikulace hlásek (zejména souhlásek) jeden z nejnáročnějších procesů jemné motoriky člověka. Proto se správné koordinace motoriky artikulačního aparátu dosáhne jen pečlivým učením a procvičováním (Lechta, 2011).

Sluch má ve vývoji řeči velice důležité postavení. Prostřednictvím sluchu dítě vnímá řeč ze svého okolí a současně prostřednictvím sluchu kontroluje svou vlastní řečovou

produkci. Jak uvádí Lechta (2011) hraje sluch mimořádně důležitou roli ve vývoji řeči zejména v období napodobujícího žvatlání, tedy v období mezi 6. – 8. měsícem života, kdy se vlivem sluchové kontroly při napodobování zvuků ze svého prostředí začínají z rozmanitého spektra zvuků vyčleňovat hlásky mateřského jazyka. V této době se současně začíná rozvíjet schopnost fonemické diferenciaci, jež má pro rozvoj artikulace značný vliv. Jedná se o schopnost sluchovou cestou rozlišovat distinktivní znaky fonémů mateřského jazyka a současně rozlišovat jejich správné a chybné znění (Lechta, 2011). Tato schopnost se vyvíjí poměrně dlouho a vývoj by měl být ukončen mezi 6. – 8. rokem věku dítěte.

Ze senzoričtých faktorů je pro osvojování řeči důležitý také **zrak**. Význam zraku pro rozvoj artikulace spočívá především v tom, že dítě prostřednictvím zraku vnímá pohyby mluvidel a mimické pohyby od dospělých a tyto pohyby se snaží napodobovat. Dokladem toho je fakt, že první hlásky, které se ve vývoji řeči dětí objevují, patří hlásky obouřetné, které dítě umí z matčiných úst nejlépe odezírat. Stejně jako sluch má i zrakové vnímání důležitou úlohu při osvojování řeči v období napodobujícího žvatlání, kdy se dítě snaží kromě napodobování slyšených zvuků napodobovat také pohyby mluvidel a mimiku lidí kolem sebe. Dokladem těchto tvrzení jsou výzkumy dokazující, že u nevidomých dětí se napodobování zvuků objevuje později než u dětí vidoucích (Lechta, 2011).

Rozvoj řeči je úzce spjat s rozvojem **myšlení**. Lechta (2011) uvádí, že ve vývoji dítěte dochází v určitém období, přesněji kolem 3. roku života, k prudkému kvalitativnímu vzestupu myšlenkových projevů jedince. Tento prudký vývoj myšlenkových procesů však může mít negativní vliv na řeč dítěte. Obvykle se tento obrovský vývojový krok projeví určitými fyziologickými těžkostmi v řeči. Vlivem značného úsilí vyjádřit se dochází k různým neplynulostem při mluvení (zadrhávání, opakování slov, slabik atd.). Při přiměřených postojích okolí však dítě toto období překoná bez následků.

Na rozvoj řeči nemají vliv pouze faktory endogenní, ale současně také faktory exogenní tedy **sociální prostředí** (rodina, mateřská a základní škola,...). Bezchybnou artikulaci si může dítě osvojit jen v takovém řečovém prostředí, které poskytuje správný mluvní vzor. V raném věku dítěte je nejdůležitějším mluvním vzorem matka, později učitelka mateřské a základní školy. Z hlediska kvality se jedná o prostředí, v němž se hovoří spisovným jazykem a jehož členové netrpí poruchou komunikačních schopností. Z hlediska kvantity je důležité, aby dítě netrpělo nedostatkem verbálních podnětů (Lechta, 2011).

1.2 Vlastní vývoj artikulace

Ontogenezi řeči se u nás zabývala celá řada autorů zejména V. Příhoda, F. Čáda, M. Sovák a V. Lechta. Ke zkoumání řečového vývoje lze přistupovat z mnoha aspektů. Někteří autoři popisují jednotlivá stádia, jiný líčí vývoj řeči z pohledu jednotlivých jazykových rovin (foneticko – fonologická, gramatická, lexikální, sémantická, pragmatická) (Lechta, 2011). Sovák (1974) řadí před vlastní vývoj řeči celou řadu přípravných období, která začínají hned po narození dítěte a nejsou časově přesně oddělena, navzájem se prostupují a probíhají i současně vedle sebe. Lechta (2011) uvádí pro orientační posouzení úrovně vývoje řeči schéma obsahující pět období:

1. období pragmatizace (asi do 1. roku života)
2. období sématicizace (1. – 2. rok života)
3. období lexémizace (2. – 3. rok života)
4. období gramatizace (3. – 4. rok života)
5. období intelektualizace (po 4. roce života)

Nejčastěji se však v literatuře setkáme s Kussmaulovým dělení na dvě období – přípravné (předřečové) období a období vlastního vývoje řeči (Peutelschmiedová, 2005)

Přípravné období trvá zhruba do 1. roku života dítěte a začíná již v prenatálním období. Důležitou úlohu pro rozvoj artikulace hraje v tomto období sání, dumlání a žvýkání, díky nimž si dítě procvičuje pohyby mluvidel (Lechta, 1989). Významným obdobím pro rozvoj artikulace je období žvatlání. Nejprve nastupuje pudové žvatlání bez zjevného přelomu oproti předcházejícím zvukovým projevům. Jedná se o jakousi experimentaci s mluvidly, kdy dítě manipuluje s mluvidly jako při jídle a tyto pohyby doprovází hlasem (Lechta, 2011). Čáda nazval tyto žvatlavé zvuky jako tzv. *dětské zvučky*. Druhou fází stádia žvatlání je tzv. napodobovací žvatlání, kdy dítě začíná napodobovat jednak zvuky své vlastní, jednak zvuky vydávané jinými osobami (Sovák, 1974). Tato fáze nastupuje kolem 6. měsíce věku dítěte a úzce souvisí s vlastním vývojem artikulace. Dítě se snaží odezírat pohyby mluvidel, díky čemuž se ze širokého spektra zvučků začínají stávat hlásky mateřského jazyka (Lechta, 2011). Zpočátku lépe než jednotlivé hlásky mateřského jazyka dokáže dítě napodobovat jeho melodii a rytmus. Proces upevňování artikulace jednotlivých hlásek je individuální, některé hlásky se ustalují až okolo pátého nebo šestého roku věku dítěte. Jedná se zejména o hlásky R a Ř (Lechta, 1990).

Počátek **vývoje vlastní řeči** se datuje okolo 1. roku života dítěte. Tento vývoj je zcela individuální a nepostupuje rovnoměrně: období zdánlivého klidu se střídá s období rychlého rozvoje (Sovák, 1974). Ať už však vývoj řeči u dítěte postupuje jakkoliv rychle, projde vždy všemi stádií vývoje, které na sebe postupně navazují. Žádné z těchto období není ve vývoji řeči dítěte vynecháno. Klenková (2006) uvádí nejčastější dělení na čtyři stádia:

1. stádium emocionálně – volní
2. stádium asociačně reprodukční
3. stádium logických pojmů
4. stádium intelektualizace

Pro účely naší práce bude však lepší se zaměřit na vývoj řeči z hlediska jednotlivých jazykových rovin. Vývoj artikulace v tomto případě spadá do roviny foneticko – fonologické. Rozvoji této roviny věnovali mnozí odborníci zvýšenou pozornost. Výzkumná šetření se mnohdy rozcházela ve výsledcích, která se týkala pořadí hlásek, jejichž výslovnost si dítě postupně osvojuje. Podle Schulze platí *pravidlo nejmenší námahy*, kdy dítě nejprve tvoří hlásky, které vyžadují nejmenší námahu, až později hlásky artikulačně náročnější. Podle tohoto pravidla by dítě mělo nejprve tvořit samohlásky, poté retné souhlásky a postupně až hlásky hrdelní. S tím nesouhlasili jiní autoři a dokazovali, že děti dávno vyslovují hlásky artikulačně obtížnější a hlásky jednodušší nejsou schopni vyslovit (Klenková, 2006). Ohnesorg a Pačesová shodně uvádějí následující pořadí fixace jednotlivých hlásek. Nejprve dítě začíná tvořit samohlásky, poté souhlásky závěrové, úžinové jednoduché a na konec souhlásky polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření (Lechta, 1990). Podle Ohnesorga je samohláska **a** artikulačním základem s největší frekvencí, poté následuje samohláska **u** a **o**. Složitější je vývoj samohlásky **e** a **i**. Dvojhlaska **au** se ustaluje dříve než dvojhlaska **ou**. Ze souhlásek si dítě nejprve osvojuje souhlásky **p**, **b**, **m**, které jsou snadno odezíratelné. Dále jsou to souhlásky **t**, **d**, **n** a **f**, **v**. Obtížnější bývá artikulace hlásek **k** a **g**, které bývají dlouho nahrazovány hláskami **t** a **d**. Také souhlásku **l** dítě zvládá až později. Nejdéle trvá vývoj sykavek, polosykavek a hlásek **r** a **ř**, přičemž **ř** dítě zvládá zpravidla jako poslední (Vyštejn, 1991).

Ohnesorg (1948) se domnívá, že artikulace souhlásek dělá dětem větší problémy než artikulace samohlásek z toho důvodu, neboť při tvoření samohlásek se jazyk podílí na artikulaci celou svojí masou, zatímco u souhlásek artikuluje většinou jen některá jeho část. Tím dochází k nepřesnostem v artikulaci souhlásek mnohem častěji než při tvoření samohlásek.

Holmanová (2003) uvádí, že by dítě mělo kolem třetího a čtvrtého roku věku zvládat výslovnost hlásek *b, p, m, v, h, l, š, j*. Hlásky *k, g, t, d, n, s, r* dítě v tomto věku používá, ale nemusí je ještě plně ovládat.

Lechta (1990) uvádí, že dítě správně vyslovuje hlásky nejprve na začátku a uprostřed slova, na konci slova až později. Dále ve své publikaci uvádí hlavní zákonitosti vývoje výslovnosti, které formuloval Schulz a Kapras přepracoval na naše hlásky:

- dítě zaměňuje některé hlásky za jiné, které umí lépe vyslovit (např. Brno = Bino)
- hlásky, které mu způsobují těžkosti, vynechává (např. čevivý = červivý)
- některé hlásky zaměňuje a současně jiné vynechává (např. atousi = Rakousy)
- často zaměňuje hlásku hláskou již vyslovenou obvykle v jednoslabičných slovech (např. tat = tak)
- hlásky, které se dítěti mimořádně líbí, vyslovuje víckrát (např. asasa = abeceda)
- někdy se vyskytují osobitě náhodné napodobeniny (hatili = jahody)

Jak uvádí Vyštejn (1991) zvládnutí artikulace jednotlivých hlásek ještě neznamená, že je dokáže spontánně užívat v běžné řeči. Trvá ještě určitou dobu, než začne hlásky běžně užívat.

Nesprávná výslovnost hlásek je do určitého věku jevem fyziologickým. Po překročení tohoto věku již označujeme nesprávnou výslovnost jako vadu tedy jev patologický. Avšak názory na vymezení takového věku se značně odlišují, i když určení tohoto věku je důležité pro včasnost logopedického zásahu. V současnosti se uvádí, že by vývoj výslovnosti dítěte měl být ukončen do 5 let. V případě chybné výslovnosti některé hlásky v tomto věku je potřeba zahájit logopedickou péči, aby při nástupu do školy byla výslovnost dítěte již v pořádku (Klenková, 2006).

1.3 Klasifikace českých hlásek

Hláška je nejjednodušší, nejmenší a nedělitelný element lidské artikulované řeči. Počet hlásek je v každém jazyce omezený, ale jejich kombinací vzniká množství vyšších zvukových jednotek (slabiky, slova, věty) (Dvořák, 2003). Český jazyk disponuje 25 souhláskami, 10 samohláskami a jednou dvojhláskou.

Klenková (2006) uvádí, že hlavní rozdíly mezi souhláskami (konsonanty) a samohláskami (vokály) jsou z hlediska:

- **Artikulačního** – při samohláskách prochází výdechový proud rezonančními dutinami volně, zatímco při souhláskách se výdechovému proudu staví do cesty překážka. Při samohláskách jsou ústa více nebo méně otevřená, při souhláskách přivřená nebo zavřená.
- **Akustického** – z tohoto hlediska je charakteristickým rysem samohlásek *tónovost* a souhlásek *šumivost*. Tento rozdíl vyplývá ze způsobu artikulace.

1.3.1 Klasifikace českých samohlásek

Inventář českých samohlásek je poměrně malý. Rozlišujeme pět krátkých samohlásek (*a, e, i, o, u*), pět dlouhých samohlásek (*á, é, í, ó, ú*), dvojhlásku *ou*, v citoslovcích a ve slovech přejatých dvojhlásky *au* a *eu* (Krahulcová, 2003). Jednotlivé samohlásky jsou při artikulaci navzájem dobře odlišeny a ve všech slabikách slova se vyslovují plně, nepodléhají redukci. Na artikulaci samohlásek se jazyk podílí celou svou hmotou, výdechovému proudu se nestaví do cesty žádná překážka, tím se v nadhrtanových dutinách vytváří rezonanční prostor žádoucí velikosti a tvaru. Díky tomu vnímáme samohlásky jako zvuky tónové. Z artikulačních pohybů, které ovlivňují zvuk samohlásek, jsou v češtině důležité čtyři základní: posun jazyka ve směru vertikálním, posun jazyka ve směru horizontálním, tvar retní štěrbinu a postavení měkkého patra (Palková, 1994).

Podle **posunu jazyka ve směru horizontálním** rozdělujeme samohlásky na tři skupiny: **přední, střední a zadní**. Východiskem je střední poloha jazyka při artikulaci samohlásky *a*. Při tvoření samohlásek *i* a *e* se jazyk posunuje směrem dopředu, při tvoření samohlásek *o* a *u* se naopak posunuje směrem dozadu a přední část dutiny ústní zůstává volná. U **posunu jazyka ve směru vertikálním** rozlišujeme také tři stupně: **nízké, středové a vysoké**. Opět je zde východiskem nízká poloha jazyka při artikulaci samohlásky *a*, kdy je největší čelistní úhel. U samohlásek *e* a *o* se jazyk posunuje směrem nahoru do polohy středové. U samohlásek *i* a *u* je jazyk nejvýše a nejtěsněji se přibližuje k tvrdému patru. U **postavení rtů** rozlišujeme při artikulaci samohlásek dva tvary retní štěrbinu: **úzké a zaokrouhlené**. Samohlásky přední a střední mají retní štěrbinu úzkou, samohlásky zadní jsou vyslovovány se zaokrouhlením rtů (Palková, 1994).

Pro lepší přehlednost se systém českých samohlásek znázorňuje pomocí tzv. **Hellwagova vokálního trojúhelníku**, který znázorňuje postavení jazyka v dutině ústní při jejich artikulaci. Vokální trojúhelník je znázorněn v tabulce č. 1 a doplněn o postavení rtů.

Tab. 1: Hellwagův vokalický trojúhelník (Krahulcová, 2003)

Hellwagův vokalický trojúhelník			
Podle polohy jazyka	<i>přední</i>	<i>střední</i>	<i>zadní</i>
<i>vysoké</i>	í i		u ú
<i>středové</i>		é e	o ó
<i>nízké</i>		a á	
Podle postavení rtů	Nezaokrouhlené		Zaokrouhlené

Všechny samohlásky v českém jazyce jsou ústní tedy bez rezonance dutiny nosní. Měkké patro zaujímá aktivní polohu, je zvednuté a přitisknuté k zadní stěně hltanu a tím uzavírá vstup do dutiny nosní (Palková, 1994).

V českém jazyce existují paralelně vedle sebe samohlásky dlouhé a krátké (tzv. kvantita vokálů). Kvantita samohlásek se liší především v délce jejich trvání. Trvání dlouhých samohlásek je přibližně dvojnásobné než u samohlásek krátkých (Vyštejn, 1991). Kvantita samohlásek je funkční, významotvorná, s jejichž pomocí se rozlišují slova foneticky totožná (např. dráha – drahá) (Krahulcová, 2003).

Dvojhhláska je spojením dvou samohlásek v jedné slabice. Jedinou českou dvojhhláskou je *ou*, při jejímž tvoření se přesunuje jazyk a rty z pozice pro hlásku *o* do pozice pro hlásku *u*. V české slovní zásobě nalezneme ještě dvojhhlásky *au* a *eu*, která se vyskytují u slov přejatých. Dvojhhlásky jsou v češtině klesavé a polohové (Palková, 1994).

1.3.2 Klasifikace českých souhlásek

Souhlásky (konsonanty) jsou hlásky, jejichž podstatou je šum vznikající nárazem výdechového proudu na překážku, kterou tvoří mluvní orgány. Překážka vznikající na různých artikulačních místech a s rozličným artikulačním dějem má podobu závěru nebo úžiny (Dvořák, 2003). Čeština obsahuje celkem 25 souhlásek a 6 souhláskových dvojic tvořící varianty jednoho fonému (Klenková, 2006).

Palková (1994) dělí české souhlásky podle čtyř kritérií:

- *podle místa artikulace* – místa, kde se výdechovému proudu stává do cesty překážka;
- *podle způsobu artikulace* – charakteru překážky;

- *podle postavení měkkého patra* – přítomnosti nosní rezonance při artikulaci souhlásek;
- *podle činnosti hlasivek* – přítomnost nebo nepřítomnost základního tónu ve spektru hlásky (znělost – neznělost).

Krahulcová (2003) rozšířila klasifikaci o dělení souhlásek *podle sluchového dojmu a podle artikulačního orgánu*.

Pro snadnější orientaci v klasifikaci českých souhlásek uvádíme tabulku, kde jsou přehledně rozděleny všechny souhlásky podle výše uvedených kritérií (viz tabulka č. 2).

Tab. č. 2: Přehledné rozdělení českých souhlásek (Palková, 1994).

Přehledné rozdělení českých souhlásek																
Podle způsobu tvoření		Podle místa tvoření													Podle sluchového dojmu	
		retoretné		retozubné		dásňové				tvrdopatrové		měkkopatrové		hrtanové		
						přední		zadní								
		N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	
závěrové	ústní	p	b			t	d			ť	d'	k	g			
	nosní		m				n				ň					
polozávěrové						c										
úžinové	středové			f	v	s	z	š	ž		j	ch		h		
	bokové						l									
	kmitavé						ř									
podle tzv. tvrdosti		tvrdé						měkké		tvrdé						
podle účasti artikulačního orgánu		retné				jazyčné						hlasivkové				

N – souhláska neznělá, Z – souhláska znělá

Podle místa artikulace

Podle toho, ve kterém místě se výdechovému proudu staví do cesty překážka, dělí Klenková (2006) české souhlásky na:

- hlásky **obouretné (bilabiální)** – P, B, M
 - artikulují oba rty proti sobě.

- hlásky **retozubné (labiodentální)** – F, V
 - artikuluje spodní ret proti horním řezákům.
- hlásky **předodásňové (prealveolární)** – T, D, N, L, R, Ř, S, Z, C
 - artikuluje hrot jazyka horní plochou proti přední části alveolárního výběžku.
- hlásky **zadodásňové (postalveolární)** – Š, Ž, Č
 - artikuluje přední část hřbetu jazyka proti zadní straně alveolárního výběžku.
- hlásky **tvrdopatrové (palatální)** – Ť, Ď, Ň, J
 - artikuluje střední část hřbetu jazyka proti tvrdému patru. Pro sluchový dojem se nazývají měkké.
- hlásky **měkkopatrové (velární)** – K, G, CH
 - artikuluje zadní část hřbetu jazyka proti měkkému patru.
- hlásky **hrtanové (laryngální)** – H
 - tvoří se přímo v hrtanu, kde artikulují hlasivky.

Podle způsobu artikulace

Při artikulaci souhlásek naráží výdechový proud na překážku tvořenou mluvnidly. Překážka může být buď úplná, nebo neúplná (Vyštejn, 1990). Podle charakteru překážky dělí Klenková (2006) souhlásky na:

- **závěrové (okluzivy)** – P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K, G
 - při artikulaci hlásky dojde k okamžitému úplnému závěru (okluzi) a jeho následnému okamžitému uvolnění.
- **polozávěrové (semiokluzivy)** – C, Č
 - v první artikulační fázi obsahují souhlásky prvek závěrový a v druhé fázi prvek úžinový.
- **úžinové (konstriktivy)** – F, V, L, R, Ř, S, Z, C Š, Č, Ž, J, CH, H
 - překážka výdechovému proudu není úplná, průchod je jen zúžený

Podle postavení měkkého patra

Podle činnosti velofaringeálního mechanismu dělíme souhlásky na **nosové (nazály)** a **ústní (orály)**. Při artikulaci souhlásek nosových je měkké patro v klidové pozici a tudíž s volným průchodem do dutiny nosní. Čeština má tři hlásky nosové – *m, n, ň*. Všechny ostatní

hlásky jsou ústní. Při artikulaci orálních hlásek je velofaringeální mechanismus aktivní, měkké patro je zvednuté a přitisknuté k zadní stěně hltanu (Palková, 1994).

Podle činnosti hlasivek

Přítomnost nebo nepřítomnost hlasu (základního tónu) ve stavbě hlásky je v češtině významnou charakteristikou. Hlas vzniká kmitáním hlasivek. Pokud hlasivky nekmitají, základní tón není přítomen. Souhlásky, při jejich tvoření hlasivky kmitají, se nazývají **znělé**. Souhlásky, při jejichž tvoření není přítomen hlas, se nazývají **neznělé**. Podle tohoto kritéria, tedy přítomnosti nebo nepřítomnosti základního tónu, dělíme souhlásky na:

- **párové (nesonorní)** – objevují se ve dvojicích, které mají stejný charakter překážky a podobné artikulační místo, jediným rozdílem je právě přítomnost základního tónu u jedné z nich (Palková, 1994). Výčet párových souhlásek je uveden v tabulce č. 3.

Tab. 3: Výčet párových souhlásek

Výčet párových souhlásek								
neznělé	p	f	t	s	š	t'	k	ch
znělé	b	v	d	z	ž	d'	g	h

- **jedinečné (sonorní)** – J, R, M, L, N, Ň
 - jsou vždy znělé, nemají neznělý protějšek.
- **jen neznělé** – sem patří souhlásky C, Č
- **souhláska Ř** – tato souhláska je výjimečná tím, že se objevuje ve variantě jak znělé, tak i neznělé. Znělé ř stojí na začátku slova před vokálem (např. řeka), mezi vokály (např. kuře) a v sousedství znělé souhlásky (např. dřevo, Dařbuján). Neznělé ř se vyslovuje na konci slova (např. kouř) nebo v sousedství neznělé souhlásky (např. tři, uvařte) (Palková, 1994).

Podle sluchového dojmu

Podle sluchového dojmu dělí Krahulcová (2003) souhlásky na:

- souhlásky výbuchové (explozivy) – P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K, G, C, Č
 - jejich sluchový dojem výbuchu vzniká náhlým prudkým uvolněním závěru.
- souhlásky třené (frikativy) – F, V, L, S, Z, Š, Ž, J, CH, H
 - při artikulaci třených souhlásek trvá sluchový dojem po celou dobu jejich trvání.

- souhlásky kmitavé (vibranty) – R, Ř
 - typické hrčení vzniká střídavým uvolňováním a tlumením hlasu.
- souhlásky měkké (palatální) – Ť, Ď, Ň, J
 - slyšený tón měkkých souhlásek je vyšší než při ostatních souhláskách.
- souhlásky sykavé (sibilanty) – S, Z a souhlásky polosykavé (afrikáty) – C, Č

Podle artikulačního orgánu

Podle účasti artikulačního orgánu při tvoření souhlásek dělí Krahulcová (2003) tyto souhlásky na:

- souhlásky **retné (labiální)** – P, B, M, F, V
 - tvořené rty, přičemž jazyk je nečinný.
- souhlásky **hlasivkové (glotální)** – tvořené hlasivkami. Jazyk je opět nečinný. Patří sem jediná souhláska H.
- souhlásky **jazyčné (lingvální)** – tvořeny různým postavením jazyka. Patří sem všechny ostatní souhlásky.

1.4 Artikulace prealveolárních konsonantů

Abychom v pozdějších kapitolách lépe pochopili problematiku poruchy výslovnosti některých hlásek, je potřeba si nejprve upřesnit, jakým způsobem se hlásky tvoří. Protože je však naše práce zaměřena na prealveolární konsonanty, zaměříme se v této kapitole pouze na tvoření této skupiny hlásek. Mezi prealveolární konsonanty se řadí hlásky **t, d, n, l, r, ř, s, z, c** (viz tabulka č. 2).

Hlásky t, d, n

Konsonanty *t, d, n* jsou hláskami závěrovými. Hlásky *t* a *d* jsou párové – *d* je znělá, *t* neznělá. Hláska *n* se řadí mezi hlásky jedinečné, nosové (Salomonová, 2003).

Při artikulaci *t* a *d* je hrot jazyka opřen o alveoly za horními řezáky, čímž vytváří závěr spolu se závěrem patrohltanovým. Současným uvolněním závěru vzniká exploze, která je u *t* silnější než u *d*, u něhož je na rozdíl od *t* přítomen hlas. Artikulace hlásky *n* je obdobná, ale s nosní rezonancí tedy bez patrohltanového uzávěru (Vyštějn, 1991).

Hlásky *t, d, n* dítě ovládá již v době napodobivého žvatlání, ale artikulační vývoj bývá ukončen až kolem třetího roku věku dítěte (Salomonová, 2003).

Nedokončení artikulačního vývoje hlásek *t* a *d* je jednou z příčin chybného tvoření *r* a *ř* a může ovlivnit i tvoření sykavek. Proto je velice důležité věnovat správné artikulaci těchto hlásek zvýšenou pozornost (Salomonová, 2003).

Hlásk *l*

Konsonant *l* je hláskou laterální, jedinečnou, úžinovou, bokovou. Při artikulaci je hrot jazyka opřen o alveoly za horními řezáky, okraje jazyka se k patru netisknou, ale ponechávají po stranách volné průchody. Výdechový proud uniká bočně oboustranně, v závěrečné fázi padá jazyk na spodinu ústní. Artikulační vývoj hlásky *l* bývá zahájen kolem dvou a půl let a ukončen přibližně ve třech a půl letech (Salomonová, 2003).

Hlásk *r*

Konsonant *r* se řadí mezi souhlásky úžinové, kmitavé a jedinečné. Artikulace této hlásky je velice náročná a velmi často vadně tvořená jak dětskou tak i dospělou populací. Ve fyziologickém vývoji ji dítě nejčastěji nahrazuje hláskou *l* (Salomonová, 2003).

Při artikulaci *r* jsou okraje jazyka přitisknuty k patru, hrot jazyka je volný a je rozkmitáván výdechovým proudem vzduchu. Takto vzniká střídavé uvolňování a utlumování hlasu, čímž vzniká typický hrčivý zvuk (Vyštejn, 1991).

Správná artikulace hlásky *r* je náročná na přesné artikulační postavení a přesnou výslovnost hlásek *l*, *n*, *d*, *t*. Velice důležitá je také dobrá motorika jazyka (Salomonová, 2003).

Hlásk *ř*

Konsonant *ř* patří mezi hlásky úžinové, kmitavé, nepárové, znělé i neznělé (viz podkapitola 1.3). Je to hlásk s podobným artikulačním mechanismem jako *r*, na rozdíl od ní je jazyk více posunutý dopředu a jeho konec je více napjatý. Výdechový proud vzduchu je silnější, proto jsou kmity přesnější, ale s menší amplitudou. Čelistní úhel je menší a dolní čelist je posunutá více vpřed. Jedná se o typickou českou hlásku s vysokou frekvencí narušené výslovnosti (Vyštejn, 1991).

Hlásky *s*, *z*

Konsonanty *s* a *z* patří mezi hlásky úžinové, párové – *s* je hlásk neznělá, *z* je znělá. Základ artikulace hlásek *s* a *z* je stejný. Retní štěrbin je prodloužena „do úsměvu“, hrot jazyka se opírá o zadní stranu dolních řezáků, přední část jazyka vytváří úžinu proti alveolárnímu výběžku za horními řezáky. Boční okraje jazyka se zvedají a uzavírají zubní štěrbinu. Výdechový proud vzduchu je veden úžinou na ostří kolmo na sebe postavených

řezáků, kde vznikne vzdušný vír ostrého sykavého zvuku. Při artikulaci hlásky *z* je přítomen hlas (Vyštejn, 1991).

Hlásky c

Konsonant *c* patří mezi hlásky polozávěrové, nepárové a neznělé. Patří mezi nejčastější narušené hlásky jak u dětské, tak i u dospělé populace (Salomonová, 2003). Artikulační postavení je u této hlásky shodné s artikulačním postavením hlásek *s* a *z*. Rozdíl spočívá v tom, že místo úžiny se přiblížením přední části hřbetu jazyka k alveolárním výběžkům za horními řezáky vytvoří nejprve lehký závěr, který se postupně oslabuje, až vznikne úžina jako u *s* a *z* (Vyštejn, 1991). Hláska *c* je zvukově i artikulačně velmi náročná a nejčastěji bývá zaměňována za hlásku *č*.

2 Terminologie v oblasti narušené artikulace řeči

Problematiku narušené artikulace mluvené řeči řadíme v rámci deseti okruhů narušené komunikační schopnosti do oblasti narušení článkování řeči. Do této skupiny narušené komunikační schopnosti se řadí dyslalie a dysartrie. Dyslalii lze chápat jako narušenou artikulaci v užším slova smyslu a dysartrii jako narušenou artikulaci v širším slova smyslu. Protože se jedná o narušení, která mají značně podobné symptomy (u obou je narušeno článkování řeči) a liší se pouze etiologií, zaměříme se v následující kapitole na vymezení těchto dvou typů narušené artikulace.

2.1 Dysartrie

Jak již bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, řadí se dysartrie v rámci deseti okruhů NKS do skupiny narušení článkování řeči. Existuje řada definic tohoto narušení, pro ukázkou si uvedeme některé z nich:

- *„porucha článkovací (artikulační) složky mluvy. Je to celková porucha vyslovování (na rozdíl od dyslalie, při níž jde o porušenou výslovnost jen některých hlásek) (Sovák, 2000, str. 78)*
- narušení procesu artikulace jako celku při organickém poškození nervového systému, které je doprovázeno narušeným dýcháním, fonací a prozodií (Lechta, 1990)
- porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy, při níž jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modality motorické realizace řeči – respirace, fonace, artikulace a rezonance (Neubauer, 2003).

Dysartrie zahrnuje řadu typů a syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řadí se do oblasti motorických řečových poruch (Neubauer, 2003). Rozlišujeme **dysartrii vývojovou** vyskytující se nejčastěji jako symptom dětské mozkové obrny a **dysartrii získanou** postihující zejména dospělou populaci například při degenerativním poškození CNS (Lechta, 1990).

Na rozdíl od vžitě terminologie neoznačuje v tomto případě předpona dys- vývojovou poruchu, ale vyjadřuje její míru: v případě lehké až středně těžké poruchy celkové artikulace

se užívá termín **dysartrie**, při úplné neschopnosti artikulovat se užívá termín **anartrie** (Lechta, 2003).

Etiologie

Příčinou vzniku dysartrie je organické poškození CNS způsobující narušení inervace výkonného aparátu řeči (Cséfalvay, Marková, 2009). K poškození mozku a mozkových drah může dojít v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. V prenatálním období jsou nejčastější příčinou úrazy matky, infekční onemocnění matky, Rh – inkompatibilita, nedonošenost různého stupně apod. V perinatálním období se jedná o asfyxii během porodu, krvácení různého stupně během porodu. V raně postnatálním období (do dvou let života) mohou být příčinou poškození motorických oblastí mozku meningitida, encefalitida, intoxikace a horečnatá onemocnění (Klenková, 2006).

V pozdějším věku způsobuje dysartrii nejčastěji cévní mozková příhoda, dále zánětlivé onemocnění mozku, nádory, metastázy, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění CNS, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, toxická poškození CNS (Klenková, 2006).

Symptomatologie

Dysartrie se dělí na různé typy podle lokalizace léze v CNS. Každý tento typ se vyznačuje určitými symptomy. Je tedy patrné, že dysartrie představuje variabilní a rozmanitý komplex symptomů. Někteří autoři vyčleňují tzv. všeobecné symptomy dysartrie, které jsou v různé míře přítomny u všech typů dysartrie. Arnold zdůrazňuje, že symptomy dysartrie jsou vždy podmíněny místem a rozsahem poškození CNS, z čehož vyplývá, že při stejných onemocněních CNS se mohou vyskytovat různé symptomy a naopak při onemocněních různé etiologie se mohou vyskytovat symptomy stejné (Lechta, 1990). Z důvodu rozsahu a zaměření naší práce se nebudeme podrobněji zabývat symptomy jednotlivých typů dysartrie. Co však můžeme říct, je to, že u všech typů dysartrie je v různé míře vždy postižena respirace, fonace, artikulace, rezonance a prozodie řeči.

Diagnostika a terapie

Diagnóza dysartrie se stanoví na základě komplexního vyšetření, které provádí tým odborníků (neurolog, foniatr, oftalmolog, psycholog a logoped) (Klenková, 2006). Logoped se opírá především o vyšetření neurologické, které stanoví místo a rozsah léze.

Jak uvádí Klenková (2006), logopedické vyšetření se poté zaměřuje především na hodnocení:

1. motorických funkcí artikulačních orgánů
2. výslovnosti jednotlivých hlásek
3. respirace
4. rezonance
5. fonace
6. prozodických faktorů řeči

Pro vyšetření dysartrie existuje celá řada diagnostických metodik. V zahraničí se nejčastěji užívá Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby, 1983) a Dysarthria Profile (Robertson, 1982). Struktura těchto diagnostických metodik je značně podobná, neboť každý postup má v podstatě tentýž základní cíl: hodnocení dýchání, fonace, artikulace apod. (Cséfalvay, 2003). Na stejném principu byl u nás sestaven Test 3F – dysartrický profil, jehož autory jsou Hedánek a Roubíčková (2011). Test 3F (F1 - faciokinéze, F2 - fonorespirace, F3 - fonetika) je určen pro vyšetření dysartrie u dospělých a starších dětí. Test primárně sleduje hloubku a charakter dysartrického postižení. Diagnostikuje a diferencuje 6 druhů dysartrie u dospělých (Roubíčková, 2011). Pro vyšetření dysartrie u dětí s DMO vytvořil Kábele metodiku hodnocení komunikačních schopností u dětí s DMO. Dále se užívá, a to zejména na Slovensku, překlad Heidelberského protokolu vyšetření dysartrie publikované Cséfalvayem a Lechtou. Cséfalvay kromě toho vytvořil ještě Metodiku vyšetření dysartrie, která je určená jak pro děti, tak i pro dospělé (Cséfalvay, 2003).

Terapie

V naší odborné literatuře jsou nejčastěji uváděny metody užívané při terapii vývojové dysartrie. V posledních letech se však začínají objevovat také postupy určené pro terapii získané dysartrie (Klenková, 2006). Neubauer (2011) uvádí výčet oblastí, jež jsou zahrnuty ve využívaných prostředcích při terapii dospělých dysartriků. Tento výčet převzal Neubauer ze zahraniční literatury. Jedná se tedy o tyto oblasti:

- ovlivnění mluvy přiměřeným svalovým tonusem a relaxací
- obnovení hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti
- modifikace dechových cvičení
- modifikace rezonančních a fonačních cvičení
- modifikace artikulačních cvičení

- stimulace variací v prozódii řeči a jejím využití, zaměřující se především na větnou intonaci
- rytmizační cvičení
- využití neverbální komunikace a komunikačních pomůcek u osob s přetrvávající nesrozumitelnou řečí nebo anartrií
- využití skupinových forem terapie

V rehabilitaci postižení hybnosti i narušené komunikační schopnosti existuje široká nabídka rehabilitačních metod. Jak uvádí Klenková (2006), mezi ty nejznámější, které lze po absolvování kurzu užít i v logopedické praxi, patří:

- Vojtova metodika reflexní lokomoce
- Metodika manželů Bobathových
- Terapie Petöho
- Kábelova metodika

Rozvojem hybnosti a řeči u dětí s DMO se dlouhodobě zabýval Kábele, který rozpracoval metodiku, jež shrnul do zásad pro rozvoj hybnosti a řeči (Lechta, 1990).

Nejvýznamnějším přínosem v této oblasti je metoda Crickmayové, která vychází z teorie manželů Bobathových (Lechta, 1990).

Přímo pro oblast dutiny ústní a tváří je určena Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti vytvořená jazykovědcem Volkmarem a čelistní ortopedkou Renate Clausnitzerovou (Klenková, 2006).

2.2 Fonetické a fonologické poruchy artikulace

Tyto pojmy nejsou v České republice dosud příliš známé. Jedná se o pojmy, které se začali objevovat v 70. a 80. letech, kdy se vlivem lingvistických teorií začaly artikulární poruchy diferencovat do dvou velkých skupin podle těžiště problémů ve zvukové rovině řeči: na poruchy fonetické a poruchy fonologické. I přesto, že je to již více jak třicet let, kdy se tyto pojmy poprvé objevily, stále v naší odborné literatuře převládá pojem dyslalie. Určitý pokrok však můžeme spatřovat v samotném vymezení pojmu dyslalie. Ve 30. letech minulého století definoval Rudolf Kratochvíl, autor první učebnice logopedie Vady řeči, dyslalii neboli patlavost jako neschopnost vytvořit nebo správně vyslovit jednotlivé hlásky nebo shluky hlásek. Takto podobně definoval dyslalii také Seeman (1955) a Sovák (1981). Změna přichází v 90. letech, kdy se začala dyslalie vymezovat širěji, ne pouze jako neschopnost vyslovovat,

ale také jako neschopnost používat hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem. Takto definoval dyslalii Lechta v roce 1990 (Gúthová, 2009).

V zahraniční literatuře se s pojmem dyslalie již příliš nesetkáme. A anglické literatuře se užívá souhrnný pojem **Speech Soun Disorders**, který označuje poruchy zvukové stránky řeči (artikulační poruchy a fonologické deficity). V německé literatuře se poruchy dělí na fonetické a fonologické označované společným pojmem **Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern** (Gúthová, 2009).

Určité změny však můžeme spatřovat v posledních letech i u nás. Již v roce 1995 Nádvořníková uvádí, že se dyslalie projevuje ve dvou rovinách – fonetické a fonologické (Gúthová, 2009).

Nádvořníková (2003) uvádí, že hlavní rovinou, která dyslalii charakterizuje, je rovina fonetická vztahující se k užívání jednotlivých hlásek a představující analytickou stránku řeči. Fonologická úroveň se týká používání elementárních mluvních zvuků spojených do slabik, slov a vět, které jsou základem další, lingvistické úrovně řeči, morfologicko – syntaktické, lexikálně – sémantické a pragmatické.

Také Mlčáková (2011) uvádí v rámci dělení dyslalie hledisko fonetické, které srovnává s dyslalií hláskovou, a hledisko fonologické, kterým označuje kontextovou dyslalii.

Gúthová a Šebianová (2011) definují fonologické poruchy jako neschopnost osvojit si pravidla, jak spojit jednotlivé zvuky při tvoření slov, jedná se tedy o poruchu na jazykové bázi.

Na fonetické úrovni se porucha řeči projevuje vynecháváním hlásek – **eliminací**, zaměňováním nebo nahrazováním hlásek – **substitucí** a nepřesným vyslovováním – **distorzí** (Nádvořníková, 2003). Výsledkem artikulace je výslovnost hlásek, která může být správná, nesprávná nebo chybná. **Správná výslovnost** hlásek je výslovnost podle kodifikované normy mateřského jazyka. **Nesprávná výslovnost** je fyziologická vývojová odchylka od kodifikované normy mateřského jazyka, kdy dítě hlásky artikulačně náročnější vzhledem k věku vynechává, nebo nahrazuje jinou artikulačně méně náročnou hláskou. Je to jev přechodný, který se během vývoje dítěte ve většině případů spontánně upraví. **Chybná výslovnost** je přetrvávající nesprávná výslovnost po 7. roce věku dítěte, nebo výslovnost, která se odlišuje od kodifikované normy z hlediska akustického a estetického nezávisle na věku, např. chybná výslovnost hlásky R a Ř (Gúthová, 2009).

Na fonologické úrovni se poruchy projevují v plynulosti řeči, kdy jsou jednotlivé hlásky ovlivňovány předcházejícími nebo následujícími hláskami, nebo důsledkem pauzy, přízvuku, melodie, rytmu (Nádvorníková, 2003). Fonologické deficity se váží na jazyk a v současné době se ukazuje, že nesouvisí s inteligencí (Gúthová, 2009).

Gúthová (2009) upozorňuje na terminologickou nejednotnost v oblasti narušené artikulace řeči, kdy se v odborné terminologii stále používá pojem dyslalie jako souhrnný termín pro fonetickou a fonologickou NKS. Zastává názor, že by bylo ku prospěchu věci, kdyby se terminologie sjednotila, a navrhuje, aby se jak ve slovenské tak i české odborné literatuře užívaly dva termíny na označení poruch zvukové jazykové roviny shodně se zahraniční literaturou, a to fonetické poruchy a fonologické poruchy.

Zajímavé je, že Gúthová společně se Šebianovou uvádějí již ve starší literatuře z roku 2003 (český překlad z roku 2011) termín fonologické poruchy, odlišují je však od dyslalie. Zásadní rozdíl spatřují v etiologii, kdy se u fonologických poruch na rozdíl od dyslalie vylučuje jakákoliv organická patologie, která by mohla být považována za příčinu poruch výslovnosti. Vzhledem k výše uvedenému můžeme usuzovat, že pojmem dyslalie v tomto případě označuje fonetické poruchy, které jsou etiologií odlišné od poruch fonologických.

3 Narušení artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického

Fonetické poruchy se vztahují na rovinu konkrétních artikulačně – motorických realizací, kdy výslovnost konkrétní hlásky sice neodpovídá kodifikované normě mateřského jazyka, ale je jednoznačně poznatelné, kterou hlásku dítě vyslovuje (Gúthová, 2009).

3.1 Klasifikace narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického

3.1.1 Klasifikace z vývojového hlediska

Výslovnost jednotlivých hlásek se v průběhu vývoje dítěte zdokonaluje. Nejprve se musí naučit rozlišovat a pohybově napodobovat slyšené zvuky řeči. Přesné zvládnutí zvukové stránky řeči trvá u každého dítěte různě dlouhou dobu. Pokud dítě do 5. roku věku nesprávně vyslovuje, je to považováno za jev přirozený a je označován jako *fyzilogická dyslalie*. Někdy však tato výslovnost přetrvává mezi 5. – 7. rokem věku a poté hovoříme o tzv. *prodloužené fyziologické dyslalii*. V tomto věku se stále může v lehčích případech nesprávná výslovnost spontánně upravit. Pokud se však do konce 7. roku výslovnost neupraví, jedná se o vadnou výslovnost. Odchylka ve výslovnosti je již zafixována a diagnostikujeme ji jako *vadnou (pravou) dyslalii* (Klenková, 2006).

Rozlišení těchto typů narušené artikulace má zásadní význam pro volbu vhodné doby zahájení logopedické péče. Základními kritérii pro hodnocení těchto typů dyslalie je věk dítěte, pohlaví a inteligence (Salomonová, 2003).

3.1.2 Klasifikace z etiologického hlediska

Z etiologického hlediska (podle příčiny) se narušená artikulace tradičně dělí na *orgánovou* a *funkční*.

Při *funkční dyslalii* nejsou zjištěny žádné organické odchylky na dostředivých a odstředivých drahách řeči, příčina je tedy neznámá. Rozlišujeme dva typy: **senzorickou** (narušena schopnost sluchové diferenciacce) a **motorickou** (motorická, artikulační neobratnost) (Gúthová, 2009). Klenková (2006) uvádí, že za skutečně funkčně podmíněnou narušenou artikulaci se považuje dyslalie způsobená napodobením nesprávného mluvního vzoru, zanedbáním ze strany prostředí, dědičnými vlivy (vrozená řečová slabost). Někdy se

také užívá termín *psychogenní dyslalie*, pokud je narušená artikulace symptomem regresivní formy chování nebo když se napodobuje vzor, s kterým se chce jedinec identifikovat.

Orgánová dyslalie je podmíněna rozličnými příčinami v jednotlivých částech reflexního okruhu. Podle toho rozlišujeme dyslalii **impresivní** (v dostředivé části), **centrální** (v centrální části) a **expresivní** (odstředivé části reflexního okruhu) (Gúthová, 2009). Podle lokalizace konkrétní příčiny dělí Klenková (2006) orgánovou dyslalii na:

- akustickou – při vadách sluchu
- labiální – při defektech rtu
- dentální – při defektech zubů
- palatální – při anomáliích patra
- lingvální – při anomáliích jazyka
- nazální – při narušení rezonance

3.1.3 Klasifikace ze symptomatologického hlediska

Toto dělení je v české logopedii poměrně zažitě. Jde o dělení podle příznaků na *dyslalii hláskovou, kontextovou a specifické asimilace* (Vyštejn, 1991; Lechta, 1990).

Při *dyslalii hláskové* jsou vadně vyslovovány izolované hlásky. Jak uvádí Vyštejn (1991), může se vyskytovat ve formách:

1. **mogilálická** – hláska je vynechávána, většinou nejde o doslovné vynechání hlásky nýbrž o nahrazení neurčitým nehláskovým vokálem.
2. **paralálická** – dítě hlásku, kterou neumí vyslovit, nahrazuje jinou artikulačně méně náročnou hláskou (např. hlásku *r* nahrazuje hláskou *l*)
3. **deformovaná** – hláska se vytváří, ale na jiném artikulačním místě a jinak, vytvořená hláska je zvukově deformovaná.

Kontextová dyslalie může být buď slabiková, nebo slovní. Dítě nemá s artikulací izolovaných hlásek problémy, obtíže mu však činí výslovnost hlásek ve slabikách nebo slovech. Dítě hlásky vynechává, zaměňuje, přesmykuje, řeč může být komolená až nesrozumitelná (Vyštejn, 1990).

Specifické asimilace jsou zvláštním druhem narušené artikulace, kdy dítě dokáže určité hlásky vyslovit izolovaně i ve slovech, kde se vyskytují jednotlivě. Pokud se však v jednom slově objeví jejich varianty, dochází k asimilaci (připodobnění) jedné k druhé. Nejvíce se vyskytují u sykavek (např. sušenka, šosy, závaží), dále dochází k asimilacím u tvrdých a

měkkých slabik (např. nyní, hodiny, prázdniny) a ve slovech, kde se současně vyskytuje hláska L a R (např. rohlík, Klára, Laura) (Vyštejn, 1990).

3.1.4 Klasifikace z hlediska rozsahu

Posledním dělení, se kterým se v české a slovenské odborné literatuře setkáme, je dělení podle rozsahu, kdy počet chybně vyslovených hlásek ovlivňuje srozumitelnost řeči (Gúthová, 2009).

Nejzávažnější formou je *dyslalie univerzalis* (mnohočetná dyslalie), kdy je postižena výslovnost většiny hlásek a řeč se stává téměř nesrozumitelnou. Nejčastěji jsou souhlásky nahrazovány hláskou T, proto se někdy hovoří o tzv. *tetizmus* (z původního *hotentotizmus*), dnes jsou již oba termíny považovány za zastaralé a v odborné literatuře se již nevyužívají (Klenková, 2006).

Dalším typem je *dyslalie multiplex* (gravis), kdy je rozsah vadně tvořených hlásek relativně menší v porovnání s předcházející skupinou, lepší je také srozumitelnost řeči (Klenková, 2006). Gúthová (2009) uvádí, že počet chybně vyslovených hlásek je v tomto případě 3 – 5.

A posledním typem je *dyslalie parciální* (dyslalia levis, simplex). Jedná se o vadu výslovnosti jedné nebo několika hlásek. Dle Gúthové (2006) je rozsah chybně vyslovených hlásek 1 – 2. Můžeme ji třídit na monomorfní, kdy jsou vadně vyslovené hlásky z hlediska místa artikulace v jedné artikulační oblasti, nebo polymorfní, kdy jsou vadně vyslovené hlásky z více artikulačních oblastí (Klenková, 2006).

3.2 Etiologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického

Při vzniku fonetických poruch nejde většinou jen o jednu příčinu, ale o komplex příčin, které ji primárně způsobují, nebo vadnou výslovnost sekundárně fixují nevhodným přístupem. Jednotlivé příčiny se často prolínají a ne vždy se podaří příčinu jednoznačně určit (Gúthová, 2009).

V některých literárních pramenech nacházíme dělení příčin narušené artikulace podle toho, zda je funkčně nebo organicky podmíněna. Seeman (1955) definuje *funkční dyslalii* jako vývojovou poruchu řeči. Při této formě narušené artikulace se na vjemových a expresivních drahách řeči nevyskytují organické změny. U těžké a dlouhotrvající narušené artikulaci je

nejčastější příčinou porucha intelektu a výskyt v rodině (častěji u otce než u matky). Téměř vždy se u této formy narušené artikulace vyskytuje opožděný vývoj řeči. Seeman (1955) rozlišuje motorický a senzorický typ funkční dyslalie:

- U *motorického typu* se jedná o důsledek motorické neobratnosti, které se může projevit na artikulačním svalstvu, které je ochablé, a pohyby jsou neobratné. Dítě tak nedovede napodobovat a vykonávat artikulační pohyby jazyka a rtů.
- *Senzorický typ* se vyznačuje neschopností rozlišovat zvuky hlásek vlivem nedostatečné schopnosti fonemické diferenciaci. Dítě se naučí hlásky správně vyslovovat, ale nedokáže je sluchově rozlišit.

Organicky podmíněná dyslalie je způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech, popřípadě jako následek sluchových vad (Sovák, 1974).

Uvedené rozdělení však nevyčerpává všechny možné příčiny a není ani dostatečně spolehlivé, neboť se vyskytují funkcionální poruchy, které vedou k organickým změnám a na druhou stranu se objevují případy organických změn na mluvních orgánech a přitom je výslovnost zcela správná. Není tedy možné vést lineární hranici mezi organicky a funkčně podmíněnou dyslalií (Sovák, 1974). Vyštejn (1991) považuje toto dělení za příliš schematické a doporučuje vycházet při výkladu příčin ze Sovákovy teorie **reflexního okruhu** sdělovacího procesu. Podle této teorie řadí Gúthová (2009) mezi příčiny narušené artikulace:

1. Vliv výchovného prostředí – jedná se především o nesprávné mluvní vzory v prostředí dítěte.
2. Receptory – narušené sluchové a zrakové vnímání
3. Porušení dostředivých nebo odstředivých nervových drah – ovlivňuje narušenou produkci a percepci řeči.
4. Poškození centrální části reflexního oblouku – způsobují velmi vážná postižení s různými symptomy, z nichž jedním může být i dyslalie.
5. Pohybová neobratnost – může být celková nebo omezená pouze na oblast artikulace.
6. Anomálie řečových orgánů – mezi nejrozšířenější anomálie řečových orgánů patří vady skusu a chrupu. Příčinou narušené artikulace může být i přirostlá jazyková uzdička, která omezuje pohyb konečku jazyka.
7. Nesprávný postoj okolí dítěte k jeho řečovému vývoji – patří sem neustálé upozorňování dítěte na jeho neúspěchy s výslovností.

Nádvorníková (2003) dělí příčiny fonetických poruch na **vnější** a **vnitřní**. *Vnitřní příčiny* jsou do značné míry shodné se Sovákovým výkladem příčin podle reflexního okruhu. Patří sem poruchy sluchu, poruchy fonemického sluchu, poškození centrální nervové soustavy, pohybová neobratnost, anatomické odchylky artikulačních orgánů, vliv dědičnosti.

Nádvorníková (2003) uvádí, že vnitřní příčiny jsou málokdy zřejmé a je tedy nutné po nich pátrat klinickými korelacemi mezi uživateli řeči. Vysoká korelace se např. objevuje mezi artikulací a mírou **intelligence**. Samotná korelace však příčinu ještě přímo neurčuje, z čehož vyplývá, že i jedinci s nižší inteligencí mohou mít řeč foneticky i fonologicky bezchybnou a naopak. Podobný názor zastává také Lechta (2011). Poukazuje na to, že i když je patrné, že s klesající úrovní IQ stoupá počet dětí s nesprávnou výslovností, snížený intelekt nemusí automaticky determinovat i úroveň výslovnosti (zejména v lehčích případech). Těžká forma narušené artikulace se vyskytuje zejména u dětí s kretenismem a u dětí s Downovým syndromem, kterou pro jejich nápadně drsný a hluboký hlas nazývají odborníci „laringeální dyslalíí“ (Lechta, 2011).

Mezi faktory, které ovlivňují artikulaci, dominuje **schopnost slyšet**. Při nedostatečně vyvinutém sluchu je řeč vnímána deformovaně. Velice důležitý je věk, v němž porucha sluchu nastala. Při vrozené ztrátě sluchu se naruší akvizice jazyka včetně jeho fonologické, fonetické, gramatické a zvláště sémantické úrovně (Nádvorníková, 2003). Nedoslýchavost, hlavně percepčního typu, kdy trpí slyšení vysokých tónů, naopak způsobuje, že dítě nerozlišuje správně jednotlivé hlásky. Jedná se zejména o sykavky. Narušeny jsou i modulační faktory řeči (Klenková, 2006).

Jednou z hlavních příčin dyslalie je porucha **fonemického sluchu**. Jedná se o poruchu, kdy dítě sice dobře slyší, ale špatně rozeznává jednotlivé zvuky řeči. Při této formě dyslalie bývá častý nedostatek hudebního nadání až amuzie (Sovák, 1974).

Mezi méně významné příčiny patří anatomické odchylky artikulačních orgánů. Patří sem vady skusu a chrupu, přirostlá jazyková uzdička, které však mají jen malý vliv na vznik dyslalie a dají se relativně snadno odstranit. Mezi vážnější anatomické odchylky, které způsobují chybnou artikulaci, patří zejména orofaciální rozštěpy. Nádvorníková (2003) uvádí potřebu rozlišit vrozené vady měkkého patra od neurogenních poruch svalů účastnících se artikulace např. u dysartrie. Při neúplném patrohltanovém uzávěru uniká vzduch nosem, což ovlivňuje orální hlásky hypernasalitou.

Na **dědičnost** jako příčinu dyslalie jsou značně protichůdné názory. Jedni ji jako příčinu popírají (např. Sovák), jiní dokazují u některých dyslaliků výskyt poruch komunikační

schopnosti u někoho v rodině, často u otce (Klenková, 2006). Lechta (1990) hovoří o tzv. *nespecifické dědičnosti*, kdy nejde o zdědění konkrétního typu dyslalie, ale o zdědění artikulační neobratnosti, nebo o vrozenou řečovou slabost, která způsobuje vadnou výslovnost.

Weinrichová a Zehnerová (In Gúthová, 2009) rozšířily příčiny narušené artikulace o **orofaciální dysfunkce**, v praxi často označované jako myofunkční porucha, při které je přítomna orofaciální svalová nevyváženost spojená s poruchami polykání a dýchání. Svalové skupiny jazyka, rtů a tváří vykazují změněné svalové napětí, což vede k tomu, že se kompenzačně napínají jiné svalové skupiny. Následkem poruchy funkce dýchání a polykání dochází k deformaci horní čelisti a patra, což způsobuje narušenou výslovnost zejména sykavek. Gúthová (2009) dále uvádí zjištění Kaplakové, Horňákové a Mikulajové, že dlouhodobé nesprávné dýchání ústy způsobené většinou zvětšenou nosní mandlí, způsobuje změnu klidové polohy jazyka a tím i změnu tvaru ústní dutiny a postavení zubů, což ovlivňuje výslovnost.

Z vnějších příčin se uplatňují především **psychosociální vlivy**, které ovlivňují artikulační schopnosti v závislosti na věku a pohlaví dítěte (Nádvorníková, 2003). Nádvorníková (2003) však uvádí, že biologické vlivy stejně jako socioekonomické faktory nejsou v rozvoji řeči dítěte tím rozhodujícím. Uplatňuje se hlavně osobnost dítěte a jeho mentalita, která se projevuje v jeho chování a osobních vlastnostech, pokud však tyto vlastnosti nejsou odrazem osobnosti rodičů.

Do vnějších příčin lze také zařadit vliv **prostředí** a **nedostatek citu**. Velmi důležitý je správný mluvní vzor zejména v době napodobivého žvatlání, kdy dítě napodobuje výslovnost druhých osob a osvojuje si tak fonémy mateřského jazyka. Mluví-li rodiče v tomto období deformovanou výslovností („šišlají“), osvojí si dítě takový způsob výslovnosti (Sovák, 1974). Také v nevhodném prostředí, kde se zanedbává výchova, dochází u dětí k nedostatkům ve výslovnosti. Trestání, napomínání, výsměch v období, kdy ještě není výslovnost dítěte ustálená, může fixovat nesprávnou výslovnost. Také dítě citově deprimované se opoždí ve vývoji řeči a tím dochází k nedostatkům ve výslovnosti (Klenková, 2006).

Lechta (1990) připouští také jako možnou příčinu vzniku nesprávné výslovnosti některých hlásek **bilingvistické prostředí** a odkazuje na porovnání odlišné výslovnosti některých hlásek v různých jazycích, např. hláska R. Na bilingvální výchovu jako na příčinu vzniku dyslalie existují dva rozdílné názory. Ten starší ji odsuzuje a považuje ji za příčinu vzniku vad a poruch řeči. Ten druhý naopak podporuje bilingvální výchovu v rodině.

Zastáncem tohoto názoru je i Peutelschmiedová (2001), která přímo doporučuje dopřát dětem již v nejužším věku cizojazyčnou tetu nebo babičku, která by s dítětem komunikovala pouze jazykem jiným, než kterým hovoří rodiče dítěte.

Vyštejtn (1991) shrnuje všechny faktory, které mohou zapříčinit vznik narušené artikulace, ale které sami o sobě nemusí vždy nutně vést ke vzniku vadné výslovnosti, závažná je však jejich kombinace.

3.3 Symptomatologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického

Dyslalie se projevuje v rovině foneticko – fonologické. Během vývoje foneticko – fonologické roviny si dítě musí osvojit dvě pravidla. První je pravidlo **výslovnosti hlásek** mateřského jazyka a druhým pravidlem, které si musí osvojit, je pravidlo **užívání těchto hlásek v řeči**. Dítě si tedy v průběhu vývoje řeči osvojuje **fonetický a fonologický inventář**. *Fonetický inventář* obsahuje zvuky, které dítě musí zvládnout po stránce motorické. *Fonologický inventář* tvoří zvuky, o kterých dítě ví, že mají schopnost rozlišovat význam (Gúthová, 2009).

V této kapitole se zaměříme na rovinu fonetickou, kdy se dyslalie může projevit v artikulaci jedné nebo více hlásek. V tomto případě hovoříme o **poruše fonetické**, jejíž starší termín je hlásková dyslalie (viz kap. 2.2).

Dítě si osvojuje hlásky mateřského jazyka postupně napodobováním svého okolí. Zvládnutí artikulace jednotlivých hlásek je pro dítě značně náročné. Pokud dítě hlásku nedokáže vyslovit, není v jeho fonetickém inventáři, tak ji ve slově vynechává (Gúthová, 2009). Vyštejtn (1991) uvádí, že se nejedná o doslovné vynechání hlásky, nýbrž nahrazení neurčitým nehláskovým vokálem. Vynechávání hlásky se ve starší odborné literatuře označuje termínem **mogilálie** (srov. Sovák, 1974; Vyštejtn, 1991; Lechta, 1990). Novějším termínem je **eliminace** (srov. Gúthová, 2009; Nádvořníková, 2003). Druhou možností je hlásku, jež dítě neumí vyslovit, nahradit hláskou artikulačně méně náročnou. Tento jev se označuje starším termínem **paralálie**, novějším **substituce**. Oba tyto symptomy jsou do určitého věku jevem fyziologickým. Pokud dítě do čtvrtého roku věku hlásku vynechává nebo nahrazuje jinou hláskou, nemusíme se znepokojovat. Jedná se o přirozenou odchylku v tvoření hlásek, která se postupně spontánně upraví. Pokud však tyto příznaky

přetrvávají i po čtvrtém roce věku, jedná se již o jev patologický a rodiče dítěte by měli vyhledat logopedickou péči (Gúthová, 2009).

Třetím příznakem fonetické poruchy je **distorze**, dříve označovaná jako patologická forma patlavosti (Vyštejn, 1991) nebo dyslalie v užším slova smyslu (Lechta, 1990). Jedná se o jev, kdy dítě danou hlásku ve svém fonetickém inventáři má, ale její výslovnost neodpovídá kodifikované normě. V tomto případě jde vždy o jev patologický bez ohledu na věk (Gúthová, 2009). Kromě obecného termínu distorze lze označit tento jev spojením řeckého názvu hlásky a přípony **-ismus** (např. rotacismus, lambdacismus, sigmatismus). Většinou se připojuje ještě latinský název místa, kde je hláska tvořena (např. hláska *r* tvořená vibrací měkkého patra se označuje jako rotacismus velární) (Vyštejn, 1991). Lechta (1990) považuje tento symptom za nejtěžší. Pokud dítě totiž hlásku vynechává nebo nahrazuje hláskou jinou, existuje ještě možnost, že si časem osvojí spontánně správnou výslovnost této hlásky. Pokud však již má zafixovanou chybnou artikulaci určité hlásky, existuje jen malá naděje, že se spontánně upraví.

Oyer, Crowe a Haas (in Gúthová, 2009) navrhli, aby se poruchy artikulace v dětském věku označovali zkratkou **S.O.D.A.** podle jednotlivých symptomů:

S = substitution (nahrazování hlásky)

O = omission (vynechání hlásky)

D = distorsion (chybná výslovnost hlásky)

A = addition (přidávání hlásky ke slovu)

U fonetických poruch (u hláskové dyslalie) se nejčastěji objevují symptomy:

S = substitution (nahrazování artikulačně náročné hlásky, kterou dítě ještě nemá ve svém fonetickém inventáři, za hlásku artikulačně méně náročnou)

O = omission (vynechávání hlásky, kterou dítě ještě neumí vyslovit)

D = distorsion (chybná výslovnost hlásky, kterou dítě ve svém fonetickém inventáři má, ale její výslovnost neodpovídá kodifikované normě)

U každého dítěte se může objevovat různé kombinace těchto symptomů, které ovlivňují srozumitelnost produkovaných slov, přičemž distorze považována z akustického hlediska za nejrušivější, ovlivňuje paradoxně srozumitelnost nejméně (Gúthová, 2009).

3.3.1 Odchytky v artikulaci prealveolárních konsonantů

Hlásky t, d, n

Chybná výslovnost hlásky *d* se nazývá **deltacismus**. Nejčastěji je nahrazována neznělým *t*. Hláska *t* je u dětí obvykle tvořena hrotem jazyka přitisknutým na vnitřní stranu dolních řezáku. Tato vada je označována termínem **thetacismus** (Sovák, 1974). Hlásky *t, d, n*, mohou být také tvořeny interdentalně, tzn. hrot jazyka je vkládán mezi řezáky. Setkáme se také s tvořením hlásek *t, d, n* zadní částí hřbetu jazyka na rozhraní měkkého a tvrdého patra za současné rezonance dutiny nosní, kdy zvukově připomínají *g* (Vyštejn, 1991). U hlásky *n* se nejčastěji setkáme se sníženou nosní rezonancí (zavřená huhňavost), v takovém případě hláska *n* zní jako *d*. Často se také setkáme s eliminací hlásky *n* (Krahulcová, 2003).

Hláska l

Narušená výslovnost hlásky *l* se nazývá **lambdacismus**. Často se setkáme s eliminací nebo substitucí, kdy je hláska *l* nahrazována hláskami *j, v, h* (Hála, Sovák, 1941). Setkáme se také s bilabiálním lambdacismem, labiodentálním lambdacismem nebo palatálním lambdacismem, kdy hlásku *l* tvoří přitisknutím hřbetu jazyka na tvrdé patro, přičemž hrot jazyka je za dolními řezáky (Krahulcová, 2003). Častou chybou je také tvoření hlásky *l* bočními pohyby dolní čelisti, kdy je hrot jazyka „vyhazován“ z úst (Vyštejn, 1990).

Hláska r

Artikulace hlásky *r* je velmi náročná, a proto jsou její vady časté a vyskytují se všechny formy tedy eliminace, substituce, kdy bývá hláska *r* nahrazována hláskami *l, j, h*, a distorze. Distorze hlásky *r* se označuje termínem **rotacismus**. Mezi nejčastěji se vyskytující rotacismy Vyštejn (1991) řadí:

- *Rotacismus bilabiální* (obouretný) – dochází k rozkmitání obou rtů, které jsou prudce rozraženy výdechovým proudem a vyšpuleny.
- *Rotacismus labiodentální* (retozubní) – vyskytuje se jen zřídka, je tvořen závěrem horního rtu a dolních řezáků nebo dolního rtu a horních řezáků, závěr je opět rozražen výdechovým proudem vzduchu.
- *Rotacismus interdentalní* (mezizubní) – je tvořen buď rozkmitáním hrotu jazyka mezi zuby, nebo prudkým vyvrstvením hrotu jazyka a jeho stažení zpět do úst.
- *Rotacismus laterální* (bočný) – proud vzduchu uniká na jednu stranu mezi jazyk a tvář, kmity jsou na tváři dobře viditelné.

- *Rotacismus palatální* (tvrdopatrové) – hrot jazyka se stáčí vzhůru proti patru a vzad.
- *Rotacismus velární* (měkkopatrový) – dochází k rozkmitání měkkého patra, bývá nejčastější. Variantou je *rotacismus uvulární*, kdy místo měkkého patra kmitá čípek.
- *Rotacismus nazální* (nosový) – vzduch proráží při rozkmitání zadní okraj měkkého patra nosem.
- *Rotacismus hyperkinetický* – vyznačuje se prudkým zacvaknutím čelistí jako náhradu kmitání.

Vzácně se můžeme setkat s rotacismem glossofaryngeálním (jazykohltanovým) a laryngálním (hrtanovým) jako náhradní hrčivé zvuky při palatolalii (Krahulcová, 2003).

Častá bývá přílišná tvrdost, nadměrný počet kmitů a následná výrazná hrčivost. V takovém případě tato hláska nápadně vystupuje v plynulém mluvním projevu (Krahulcová, 2003).

Hláska ř

Nejčastěji se vyskytuje substitute, kdy je hláska ř nahrazována hláskami *j, h, z, ž, d, d'*. Setkáme se však i s distorzí. Distorze hlásky ř se označuje termínem **rotacismus bohemicus**. Vyštejn (1991) opět uvádí ty nejčastěji se vyskytující:

- *Rotacismus bohemicus labiodentální* – artikuluje se mezi dolním rtem a horními řezáky, přičemž u znělého ř připomíná hlásku *v* a u neznělého ř hlásku *f*.
- *Rotacismus bohemicus bilabiální* – vyskytuje se řídce a má obdobný artikulační mechanismus jako bilabiální rotacismus.
- *Rotacismus bohemicus velární* – vzniká kmitáním okraje měkkého patra nebo čípku (*rotacismus bohemicus uvulární*).
- *Rotacismus bohemicus laterální* – vyskytuje se často s laterálním sigmatismem, zejména pokud jsou postiženy obě řady sykavek.
- *Rotacismus bohemicus nazální* – mechanismus obdobný jako u nasálního rotacismu. Jeho výskyt je vzácný.

Častým artikulačním nedostatkem je tvrdá výslovnost ř s ostrým sykavkovým zvukem a více kmity. Problém činí také neschopnost rozlišit znělou a neznělou variantu výslovnosti hlásky ř, což je způsobeno nedokonalou fonematickou diferenciací (Krahulcová, 2003).

Hlásky *s, z, c*

Hlásky *s, z, c* patří mezi sykavky, které jsou velmi náročné na přesné postavení a motoriku mluvidel a na přesnou akustickou diferenciaci. Proto patří k nejčastěji se vyskytujícím porušeným hláskám. Společný název pro distorzi sykavek je **sigmatismus**. Rozlišujeme několik typů sigmatismu. (Krahulcová, 2003).

Sigmatismus interdentalní neboli mezizubní, při němž je hrot jazyka vkládán mezi horní a dolní řezáky. Seeman (1955) uvádí jako možnou příčinu zvyk dítěte vysouvat jazyk při potížích s nosním dýcháním nebo při otevřeném skusu. Jedná se o nejčastěji se vyskytující typ sigmatismu.

Sigmatismus addentální (přízubní) vzniká tak, že se hrot jazyka opírá o horní řezáky, čímž je znemožněno řízení výdechového proudu vzduchu na ostří dolních řezáků (Seeman, 1955).

Při *sigmatismu labiodentálním* (retozubní) se sykavky podobají souhlásce *f*, protože se tvoří v úžině mezi spodním rtem a horními řezáky (Vyštejn, 1990).

Uniká-li výdechový proud úžinou mezi sevřenými rty, hovoříme o *sigmatismu bilabiálním* (obouretném) (Vyštejn, 1990).

Při *sigmatismu laterálním* (bočním) uniká proud vzduchu po jedné nebo po obou stranách jazyka a tím vzniká nepříjemný sykot. Příčinou je nesprávné postavení jazyka. Rozlišujeme pravostranný a levostranný laterální sigmatismus. Příčinou bývají odchylky v utváření chrupu a skusu (Vyštejn, 1990).

O *sigmatismu nazálním* (nosním) hovoříme tehdy, pokud výdechový proud uniká nosem. Nejčastější příčinou bývá špatné postavení jazyka, které uzavírá vstup do dutiny nosní a oslabená funkce velofaringeálního mechanismu. Výsledkem je nepříjemný nosový šelest.

Pokud jsou sykavky příliš ostré a nápadné, jedná se o *sigmatismus stridens*. Je to sykavost návyková, která je zvýrazněna zejména při šepotu (Vyštejn, 1990).

Ve výjimečných případech se setkáme se *sigmatismem aspiračním* (vdechovým), při němž dítě při artikulaci sykavek vtahuje vzduch do sebe, místo aby ho vyfukoval z dutiny ústní ven (Krahulcová, 2003).

Pokud je hrot jazyka nadzvednut a posunut směrem dozadu, výdechový proud prochází mezi takto postaveným jazykem a patrem ven. Hovoříme o *sigmatismu palatálním* (tvrdopatrovém) (Krahulcová, 2003).

Sigmatismus laryngální (hrtanový) se vyznačuje ostrým šelestem vznikajícím v hrtanu. Jedná se o sigmatismus typický pro palatolalii (Vyštejn, 1990).

Eliminace sykavek se objevuje jen zřídka. Častější je substituce, kdy jsou sykavky nahrazovány hláskami *t*, *ch*, popřípadě jsou zaměňovány jedna za druhou (např. *c* je zaměněno za *s* a naopak) (Vyštejn, 1990).

3.4 Diagnostika narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonetického

Diagnostika je důležitou součástí logopedické intervence. Její důležitost spočívá v co nejpřesnějším určení narušené komunikační schopnosti pro správný výběr a aplikaci intervenčních metod. Na základě logopedické diagnostiky se vypracovává plán logopedické intervence, podle které se poté postupuje při terapii nerušené komunikační schopnosti. Logopedická diagnostika je důležitá také pro stanovení logopedické prognózy (Klenková, 2006).

Lechta (2003) stanovil základní **cíle** logopedické diagnostiky takto:

- určit, zda se jedná o narušení nebo o jev fyziologický, či o přijatelnou odchylku a identifikovat typ tohoto narušení;
- zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti (pokud je to možné);
- určit, zda se jedná o trvalé nebo přechodné narušení a stanovit prognózu;
- určit, zda jde o narušení vrozené nebo získané;
- zjistit, zda narušená komunikační schopnost dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení (symptomatická porucha řeči);
- zjistit, zda si jedinec své narušení uvědomuje či nikoliv;
- určit stupeň narušení – zda jde o totální nebo parciální narušení;

Pro úspěšnost diagnostiky je nejdůležitější dodržovat zásadu komplexnosti vyšetření a co nejobektivnější posouzení komunikační schopnosti. Při vyšetření je také důležité si uvědomit, že nehodnotíme pouze mluvní projev klienta, ale jeho celkovou osobnost (Lechta, 2003).

V roce 1990 publikoval Lechta model komplexního logopedického vyšetření. Obsahuje kroky, z nichž některé se v logopedické diagnostice realizují vždy, jiné jen v určitých případech. Tento model doporučuje následující postup:

- navázání kontaktu;
- anamnéza (osobní, rodinná);
- vyšetření sluchu (orientační vyšetření sluchu, vyšetření fonematické diferenciacce);
- vyšetření receptivní složky řeči (tj. porozumění řeči);
- vyšetření expresivní složky řeči (tj. řečové produkce);
- vyšetření motoriky (celkové motoriky, jemné motoriky a oromotoriky);
- vyšetření laterality;
- prozkoumání sociálního prostředí.

Při vyšetření narušené artikulace postupujeme přesně podle tohoto modelu, tzn. shromáždíme anamnestické údaje, provedeme vyšetření sluchové percepce, fonematické diferenciacce, celkové a jemné motoriky a oromotoriky, impresivní a expresivní složky řeči, laterality (Klenková, 2006).

Diagnóza narušené artikulace se stanovuje nejen na základě vyšetření logopeda, ale ve spolupráci s psychologem a foniatrem. Úkolem foniatra je zjistit u vážnějších poruch artikulace, zda není narušená komunikační schopnost symptomem jiného onemocnění, pomáhá zpřesnit diagnózu a navrhuje léčebné metody. Psycholog se snaží vyšetřit psychický stav klienta. Logoped by měl dále spolupracovat s učitelkou v mateřské škole nebo třídním učitelem na základní škole. Tato spolupráce je důležitá, neboť všichni, kteří se podílejí na výchově dítěte, musí být obeznámeni s tím, jak mají s dítětem, u něhož byla diagnostikována narušená artikulace, zacházet a mohou být nápomocni při terapii (Klenková, 2006).

Součástí diagnostiky narušené artikulace je také **diferenciální diagnostika**. Sovák (1978) doporučuje odlišit prostou narušenou artikulaci od narušené artikulace: při poruchách sluchu, při onemocnění bazálních ganglií a extrapyramidového systému a při mozečkových poruchách, při snížených rozumových schopnostech, při neurologických syndromech (např. dysartrii), při lehké mozkové dysfunkci, jako následek deformace sociálních vztahů, při výchovné zanedbanosti, při žargonových a dialektických zvláštnostech, v cizojazyčném prostředí.

3.4.1 Komplexní logopedická diagnostika

Lechta v roce 1990 sestavil model komplexní logopedické diagnostiky sestávající se z osmi kroků (jejich výčet je uveden výše). V této kapitole si podrobně jednotlivé kroky popíšeme, neboť při vyšetření narušené artikulace postupujeme přesně podle tohoto modelu.

Navázání kontaktu

Na počátku každé diagnostiky je důležité správné **navázání kontaktu**, neboť již první kontakt může výrazně ovlivnit průběh celého procesu. Pacient musí od počátku vnímat diagnostika jako člověka, který ho chápe a chce mu pomoci a ne jako někoho, kdo ho chce zkoušet a sankcionovat za chybný výkon (Lechta, 2003). Stančák (In Lechta, 2003) doporučuje při první návštěvě ihned po vkročení do místnosti podat ruku a nabídnout židli popřípadě se omluvit, čekal-li klient dlouho v čekárně. Takovýto respekt je dobré vyjadřovat i starším dětem, menší děti spíše pohladiť. U dětí od 10. roku věku se vyhýbat zdobnělinám jejich křestních jmen. Prvotní rozhovor by měl být klientovi příjemný, klidný a trpělivý.

Zejména u malých dětí nemůžeme očekávat, že ihned při prvním kontaktu naváže logoped s dítětem verbální kontakt. Lechta (2003) doporučuje při prvním setkání komunikovat spíše s rodiči a nechat dítě, aby si kreslilo nebo hrálo s hračkami a tím se adaptovalo na prostředí ambulance a při dalších setkáních se postupně odbourávala komunikační bariéra. Důležité je nezapomínat na fakt, že menší děti frustruje bílý plášť a proto se při kontaktu s dítětem bílému plášti vyhnout.

Sestavení anamnézy

Cílem anamnézy je co nejpřesněji zachytit údaje a činitele, které se mohli podílet na vzniku nebo fixaci narušené artikulace (Lechta, 2003). Kondáš (In Lechta, 2003) rozlišuje *heteroanamnézu*, při níž se údaje o vyšetřované osobě získávají od jiných lidí, nejčastěji příbuzných, a *autoanamnézu*, kdy se informace získávají přímo od vyšetřované osoby. V praxi se však spíše ujaly termíny *objektivní anamnéza* (= heteroanamnéza) a *subjektivní anamnéza* (= autoanamnéza). Při diagnostice narušené artikulace se užívají oba uvedené typy anamnéz (objektivní anamnéza v případech, kdy máme dětského klienta a subjektivní u dospělých klientů). Anamnestické údaje získává logoped formou přátelského rozhovoru, nikoliv způsobem připomínajícím výsledk (Lechta, 2003).

Vyšetření sluchu

Vyšetření sluchu je v diagnostice narušené artikulace velice důležité. Logoped provádí pouze orientační vyšetření sluchu, jehož výsledky musí být potvrzeny audiologickým vyšetřením (Lechta, 2003). Lechta (2003) uvádí Mašurovo orientační vyšetření sluchu, které lze uskutečnit buď zvukovými hračkami (zvoneček, řehačka, píšťalka), nebo speciálním souborem slov obsahující slova s hlubokými (o, u, b, l, p, m, n, v), vysokými (é, i, c, č, s, š, z, ž, t, k, f) a středními hláskami (a, e, d, g, h, ch, r, j). Při vyšetření zvukovými hračkami sedí dítě na klíně matky nebo vedle ní. Několik osob různě rozmístěných po místnosti manipuluje se zvukovými hračkami, přičemž dítě by se mělo obrátit za zdrojem zvuku. Při slovně – orientačním vyšetření sluchu stojí vyšetřovaná osoba bokem k vyšetřujícímu, přičemž má jedno ucho zakryté dlaní. Slova vyšetřovaný vyslovuje jak šepem tak nahlas. Pokud má klient problém se slyšením vysokých tónů, jedná se o percepční poruchu, pokud špatně slyší hluboké tóny a nedělá mu problémy slyšet šeptaná slova, jedná se o převodní poruchu.

Důležitou součástí vyšetření sluchu je vyšetření fonemické diferenciací, jejíž porucha je jednou z hlavních příčin vzniku narušené artikulace. Jedná se o schopnost rozlišovat sluchem distinktivní rysy fonémů mateřského jazyka (pro vyšetření se užívá dvojice slov lišící se jedním protikladným fonémem, např. *kosa – koza, pije – bije*) nebo schopnost rozeznat správné a chybné znění fonémů (při vyšetření se střídavě artikulují obě varianty, přičemž vyšetřovaný má signalizovat třeba zvednutím ruky, kdy uslyšel chybnou variantu (Lechta, 2003).

Vyšetření receptivní složky řeči

K vyšetření porozumění řeči se využívají předměty denní potřeby, obrázky a pokyny k určité činnosti. Pokud pracujeme s předměty denní potřeby, rozložíme před vyšetřovaného asi deset předmětů a jeho úkolem je identifikovat předmět, který mu pojmenujeme. Při vyšetření pomocí obrázků se využívají obrázky s jedním předmětem nebo obrázky situační (Lechta, 2003). Wirth (In Lechta, 2003) doporučuje nezaměřit se pouze na vyšetření porozumění slovům, ale také na to, jak vyšetřovaný rozumí větám. K tomu slouží vyšetření pomocí pokynů, které má vyšetřovaný realizovat.

Vyšetření expresivní složky řeči

Při vyšetření řečové produkce v rámci diagnostiky narušené artikulace hodnotíme jednak výslovnost izolovaných hlásek, ale zároveň i jejich užití ve slovech. Zaměřujeme se tedy na hledisko fonetické i fonologické. Diagnostikou narušené artikulace z fonetického hlediska

se budeme podrobně zabývat v kapitole 3.4.2. Podrobný popis diagnostiky narušené artikulace z hlediska fonologického naleznete v kapitole 4.3.

Vyšetření motoriky

Správný vývoj motoriky je pro vývoj artikulace velice důležitý. Vždyť bezchybná výslovnost každé hlásky závisí na přesných pohybech mluvních orgánů. Proto je vyšetření motoriky při diagnostice narušené artikulace velice důležité. Kromě vyšetření celkové motoriky jde především o cílené vyšetření motoriky mluvních orgánů. U menších dětí probíhá vyšetření tak, že se jim požadovaný pohyb ukáže před zrcadlem a dítě pouze pohyb napodobí. U starších dětí užíváme slovní instrukce (pohyb dítěti slovně popíšeme). V současnosti existuje celá řada jednoduchých schémat rozvoje motoriky od nejtělejšího věku, které pomohou i nelékaři určit, zda není vývoj motoriky dítěte opožděný. Z vyšetřovacích metod lze použít *test izolovaných orálních pohybů* nebo *test orálních sekvencí*, jejichž autory jsou La Poite a Wertz. Široké uplatnění nabízí *vyšetření aktivní mimické psychomotoriky* podle Kwinta (Lechta, 2003).

Vyšetření laterality

Protože poměrně často bývá v pozadí vzniku narušené komunikační schopnosti nevhodný typ laterality (nevyhraněná či zkřížená laterality) nebo násilné přecvičování leváků, patří vyšetření laterality k často užívaným postupům logopedické diagnostiky (Lechta, 2003). Také Salomonová (2003) doporučuje provést v rámci diagnostiky narušené artikulace orientační vyšetření laterality, pokud jsme na pochybách ve výkonech klienta. Nejrozšířenější metodou vyšetření laterality je *zkouška laterality od Matějčka a Žlaba*, která je zaměřena hlavně na zjištění laterality horních končetin, ale také oka, ucha a dolních končetin (Lechta, 2003).

Průzkum sociálního prostředí

V některých případech narušené artikulace je potřeba v rámci diagnostiky zjistit, zda jednou z příčin vzniku narušené artikulace není špatný mluvní vzor nebo špatný přístup okolí k osobě s narušenou artikulací (např. trestání, napomínání, výsměch, nucení k opakování slov apod.) (Lechta, 2003).

Nádvorníková (2003) dále uvádí jako součást diagnostiky narušené artikulace **vyšetření artikulačních orgánů**, které má interdisciplinární charakter. Orientačně se prohlédne dutina ústní, zuby, nosohltan, patro a zkouší se také funkce patrohrtanového uzávěru.

3.4.2 Diagnostika narušené artikulace z hlediska fonetického

Vyšetření expresivní složky řeči v rámci diagnostiky narušené artikulace je založeno především na komunikaci. Vyšetření začíná již při prvním setkání prvními slovy **rozhovoru**, po němž následuje spontánní projev vyšetřovaného (Klenková, 2006). Ne vždy je dítě ochotné s logopedem komunikovat, proto se využívají pro úvodní rozhovor různé situační obrázky, které má dítě popsat, nebo vyprávění na dané téma, popřípadě popis předmětů denní potřeby. V průběhu rozhovoru se zaměřujeme na to, zda se ve spontánním projevu dítěte neprojevuje chybná výslovnost některé hlásky. Při rozhovoru se dítě tolik nesoustředí na výslovnost jednotlivých hlásek jako u vyšetření izolovaných slov a tudíž se při souvislém projevu lépe projeví chybná výslovnost dané hlásky. Nevýhodou rozhovoru je, že se nepodaří vyšetřit všechny hlásky. I přesto je rozhovor důležitou součástí diagnostiky nejen narušené artikulace, ale i všech ostatních narušení komunikační schopnosti. Rozhovor je dobré zahájit konkrétními otázkami (např. Co jste dnes dělali ve školce? S čím si rád hraješ? apod.), aby se dítě uvolnilo a zmírnil se jeho strach z cizího prostředí. Je dobré si rozhovor nahrát na magnetofonový záznam nebo videozáznam, tak aby o tom dítě nevědělo (rodiče však musí souhlasit).

Po rozhovoru následuje vyšetření izolovaných slov, které obsahují vyšetřovanou hlásku na začátku (v iniciální pozici), uprostřed (mediální pozici) a na konci (finální pozici) slova. I v případě, že chcete zjistit stav artikulace pouze určité skupiny hlásek jako v našem případě, kdy jsme se zaměřili pouze na artikulaci prealveolárních konsonantů, je dobré provést diagnostiku všech hlásek. Získáme tak ucelený přehled o stavu artikulace klienta. Pořadí vyšetřovaných hlásek může být různé: někteří autoři doporučují vyšetřovat hlásky podle místa tvoření, tedy v tomto pořadí: B, P, M, F, V, T, D, N, L, R, Ř, S, Z, C, Š, Ž, Č, Ť, Ď, Ň, J, K, G, CH, H; jiní doporučují nejdříve vyšetřit explozivy, potom třené hlásky a sykavky, dále hlásky L, R, Ř a nakonec Ť, Ď, Ň. Nesmíme však zapomenout na vyšetření samohlásek a dvojhásek (Klenková, 2006). Při výběru slov dáváme pozor na to, aby se v daném slově nevyskytovaly dvě artikulačně obtížné hlásky (např. *kostra* – zde se vyskytuje artikulačně náročné *k* a *r*) (Vyštejn, 1990).

Klenková (2006) uvádí faktory, na něž se při vyšetření zaměřujeme:

- zda dítě hlásku vyslovuje chybně na začátku, uprostřed či na konci slova;
- zda se jedná o eliminaci, substituci či distorzi hlásek;
- v případě distorze určit místo, kde je hláska chybně tvořena.

Výsledky vyšetření zaznamenává logoped do speciálních archů a tabulek, kterých je celá řada (Klenková, 2006).

U dětí probíhá vyšetření izolovaných slov formou pojmenování obrázků, kdy se dítěti předkládají obrázky, jejichž pojmenování obsahuje hlásky, u nichž lze bezpečně zjistit, jaký je jejich zvuk na začátku, na konci a uprostřed slova (Nádvorníková, 2003). U dospělých a starších dětí je možné vyšetření realizovat formou opakování slov, kdy se vyšetřovanému předřikávají slova a on je po vyšetřujícím opakuje. Nádvorníková (2003) metodu opakování slov odmítá z toho důvodu, že se tím nezíská reálný obraz výslovnosti, protože vyšetřovaný napodobuje výslovnost vyšetřujícího. Stejného názoru je i Lechta (1990). Je tedy pouze na logopedovi, kterou metodu si vybere.

Při diagnostice narušené artikulace se využívají také přístrojové metody, například *fonograf* a *spektograf*. Jedná se o přístroje, které automaticky vyhodnocují frekvenci hlásek pomocí frekvenční analýzy. Dále je možné využít nejrůznější indikátory (S – indikátory, N – indikátory apod.) a počítačové metody (Klenková, 2006).

3.5 Intervence prealveolárních konsonantů

Klenková (2006) uvádí, že terapie narušené artikulace by měla začít již v předškolním věku dítěte, aby po nástupu do školy umělo všechny hlásky správně artikulovat. I když někteří odborníci tvrdí, že dítě v předškolním věku má ještě dost času a naučí se to ve škole. Klenková však těmto názorům oponuje slovy, že ve škole se má dítě plně soustředit na osvojování dovedností čtení, psaní a počítání a nemělo by být zatěžováno návštěvami logopedické ambulance a nácvikem správné výslovnosti hlásek.

V popředí terapie zaměřené na odstraňování fonetických poruch je hláska a její produkce. Cílem je osvojit si správnou motorickou realizaci hlásky (Gúthová, 2009).

Při terapii fonetických poruch není vhodné užívat pojem *náprava* výslovnosti, protože my hlásku „nenapravujeme“, ale tvoříme (vyvozujeme) hlásky nové. V současné terminologii se tedy užívá termín **korekce** výslovnosti (Klenková, 2006). Lechta (1990) dělí průběh terapie do čtyř etap:

1. přípravná cvičení
2. vyvozování hlásky
3. fixace hlásky
4. automatizace hlásky

Vzhledem k rozsahu naší práce se zaměříme pouze na etapu vyvozování hlásek, konkrétně prealveolárních konsonantů. Při vyvozování hlásek můžeme využít dva typy: metody přímé a nepřímé. **Nepřímé metody** jsou cvičení, při kterých se napodobují různé zvuky přírodní nebo technické (hlasy zvířat, zvuky dopravních prostředků apod.). Tuto metodu volíme zejména u malých dětí (Klenková, 2006). Mezi **přímé metody** se řadí *metody substituční*, kdy danou hlásku vyvozujeme z hlásky artikulačně blízké buď místem, nebo způsobem tvoření. Tyto hlásky nazýváme hláskami pomocnými a je vždy důležité mít potřebnou pomocnou hlásku k dispozici (např. dříve než začneme cvičit sykavky, musíme mít k dispozici hlásku *t*, hlásku *d* musíme upravit před vyvozováním hlásky *r* apod.) (Vyštejn, 1990). Další metody, které se řadí mezi metody přímé, jsou metody mechanické, při nichž využíváme různých pomůcek (špátle, sondy, rotavibrátor apod.) (Vyštejn, 1990).

3.5.1 Vyvozování prealveolárních konsonantů

Hlásky t, d, n

Hlásku *t* lze vyvodit odezíráním její artikulace v logopedickém zrcadle, kdy dítě dle našeho vzoru sleduje artikulační postavení jazyka této hlásky. Pokud se nedaří tímto způsobem hlásku vyvodit, využijeme metody substituční. Pomocnou hláskou v tomto případě je hlásky *d*. Dítě necháme vyslovovat šepem hlásku *d* nebo *da*, až se ozve zvuk podobný hláске *t*. Takto vytvořenou hlásku je nutno diferencovat od hlásky *d*. Hlásku lze vyvodit také z onomatopoií, kdy dítě napodobuje zvuk motoru v tichém chodu - *ttt* (Vyštejn, 1990).

Také hlásku *d* lze vyvodit odezřením její artikulace v zrcadle nebo z onomatopoií, kdy dítě napodobuje zvuk motoru v hlasitějším chodu – *ddd*. Pokud dítě umí artikulovat *t*, tak hlásku *d* vytvoříme pouze přidáním hlasu, který dítě nejlépe odhmatá rukou na hrdle. Pomocnou hláskou pro vyvození hlásky *d* je hlásky *n*, kdy dítě necháme prodlouženě vyslovovat *n*, přičemž mu stiskneme nosní chřípí (Vyštejn, 1990).

Hlásku *n* lze vyvodit nápodobou artikulačního postavení, kdy se hrot jazyka opírá o alveoly za horními řezáky a prstem kontrolujeme na chřípí nosu chvění (výdechový proud) (Salamonová, 2003).

Hláska ř

Hláska *ř* je artikulačně blízká hlásce *r*, z níž ji nejčastěji vyvozujeme. Dítě vyslovuje co nejtíšeji prodloužené *r* při současném stisknutí zubů. Současně se doporučuje zaostřit rty do úsměvu. Tím se hrot jazyka více přiblíží k přední části tvrdého patra a tím zmenšíme kmity a hláska *ř* se stane jemnější (Vyštejn, 1990). Salamonová (2003) doporučuje k usnadnění nácviku použít kombinaci vyvozované hlásky se samohláskami v pořadí *u, o, a, e, i*. Současně uvádí, že je vhodné nejprve nacvičovat *ř* po znělých souhláskách a postupně přejít k nácviku *ř* po hláskách neznělých.

Další možností je souhlásku *ř* vyvodit ze souhlásky *d*, kdy dítě vyslovuje sykavě prodloužené *d* a pomocí sondy mu přisuneme hrot jazyka do artikulačního postavení hlásky *š*, až se ozve zvuk podobný jemnému *ř* (Vyštejn, 1990).

Poslední metodou je metoda mechanická pomocí vibrátoru, který se přiloží na konec hrotu jazyka a dítě při tom vyslovuje hlásku *š* nebo *ž*, až se ozve zvuk podobný hlásce *ř* (Vyštejn, 1990).

Hláska c

Nejběžnější postup vyvozování hlásky *c* je metodou substituční využitím pomocné hlásky *t*. Pomocí zvýrazněné artikulační mimiky, kontrolovaného usměrnění jazyka vyvozujeme z šeptaného *t* zvuk, který identifikujeme sluchem a odhmatáním jako *c*. Dítě přiblíží řezáky k sobě asi na 1 – 2 mm, současně oddálíme koutky úst do stran, do úsměvu, buď napodobením, nebo manuálně pomocí prstů logopeda. Hrot jazyka usměrníme za dolní řezáky napodobením nebo pomocí logopedické sondy (Krahulcová, 2003). Po identifikaci začneme novou hlásku spojovat nejprve se samohláskami *e* a *i*, které mají shodný artikulační obraz, později připojujeme samohlásky *o, a* a nakonec *u* (Salamonová, 2003).

Pokud dítě zvládá artikulaci tupých sykavek, tak můžeme hlásku *c* vyvodit pomocí hlásky *č*. Necháme dítě vyslovovat co nejtíšeji opakovaně hlásku *č* a současně upravujeme postavení rtů silným roztažením do stran, do úsměvu (Vyštejn, 1990).

Hláska s a z

Na začátku nácviku je nutné dítě upozornit na neznělost hlásky *s*, což si dítě ověří přiložením ruky na hrtan logopeda a poté si to kontroluje na svém hrtanu. Odhmatáním na dlani ruky si dítě uvědomuje, že výdechový proud vzduchu je studený, zatímco u tupých sykavek je teplý (Krahulcová, 2003).

Nejběžnější metodou vyvozování *s* je metoda substituční z pomocného *t*. Dítě šeptem několikrát za sebou vyslovuje *tttttt*. Hrot jazyka vykonává co nejmenší pohyb. Během artikulace zatlačí logoped špátlí nebo sondou hrot jazyka dolů za spodní řezáky. Tím vznikne *csssss* (Krahulcová, 2003).

Další možností je vyvození hlásky *s* z hlásky *ch*, kdy tuto hlásku spojíme ještě se souhláskou *j* (*jch*). Dítě prodlužuje jejich artikulaci při lehce otevřených ústech za současného zmenšování čelistního úhlu. Tím postupně vzniká sykavý zvuk podobný hlásce *s*. Pokud dítě ovládá výslovnost hlásky *c*, lze ji užít jako pomocnou hlásku pro vyvození *s*, kdy dítě hlásku *c* prodlužuje až do sykavého zvuku *cssss* (Vyštejn, 1990).

Hlásku *s* můžeme vyvodit také metodou nepřímou z onomatopoií. Dítě napodobuje sykot hada, únik páry nebo zvoláme: „Bud' tiše!“ – *pst!* (Vyštejn, 1990). Stejným způsobem můžeme vyvodit i hlásku *z*, kdy dítě napodobuje bzukot včely nebo mouchy – *bzzzz*, hrajeme na basu – *bzum, bzum* (Vyštejn, 1990).

Hlásku *z* nejlépe vyvodíme z hlásky *s* a to pouhým přidáním hlasu. Přítomnost hlasu si dítě může odhmatat na hrdle nebo pod bradou, kde ucítí jemné chvění hlasivek (Krahulcová, 2003).

4 Narušená artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického

Narušená artikulace z hlediska fonetického se týkala motoricky správného tvoření izolovaných hlásek. Bohužel samotná schopnost správně artikulovat jednotlivé hlásky nestačí pro bezchybný a srozumitelný mluvní projev. Dítě si zároveň musí osvojit řadu fonologických pravidel, tzn. že se dítě musí naučit, kdy má kterou hlásku použít, aby vyslovil žádané slovo (Gúthová, 2009). Pokud má dítě problémy užívat určité hlásky ve slabikách a slovech, i přesto že tyto hlásky izolovaně vyslovuje správně, hovoříme o tzv. narušené artikulaci z hlediska fonologického, jinak také označované jako **fonologické poruchy**. Ve starší literatuře se setkáme s pojmem **kontextová dyslalie**.

Gúthová (2009) hovoří o tzv. **nekonsekventní výslovnosti**, kdy určité slovo není vysloveno vždy stejně. Do druhého roku věku je to jev fyziologický a je odůvodněn vysokými nároky na neustálé osvojování nových slov a hlásek. Koncem druhého roku by se měla nekonsekventní dyslalie stabilizovat a dítě by mělo začít vykazovat jednoznačné vzory vynechávání a nahrazování hlásek. Tímto systematickým nahrazováním si dítě zjednodušuje náročná slova dospělých. Tyto procesy zjednodušování se v odborné literatuře označují pojmem **fonologické procesy**, které by se měly postupně vytrácet. Tyto fonologické procesy můžeme z vývojového hlediska rozdělit na **rané**, které by měly vymizet do třetího roku věku a **pozdní**. Mezi rané procesy patří *vynechávání nepřízvučné slabiky* (telefon – tefon), *vynechávání koncové souhlásky* (pes – pe), *posun velárních hlásek dopředu* (káva – táva, guma – duma). Do pozdních procesů se řadí *zjednodušení souhláskových skupin* (slon – son) a *závěrovost* neboli nahrazování úžinových hlásek závěrovými (čaj – taj, zima – dima).

Věkem by měly být tyto fonologické procesy nahrazeny dospělou formou produkce zvuků. Pokud však do určitého věku tyto procesy nevymizí, jedná se o fonologickou poruchu (Gúthová, 2009).

4.1 Etiologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického

Gúthová (2009) uvádí, že nelze zjistit žádné jednoznačné příčiny fonologických poruch, neboť děti s fonologicky narušenou artikulací netvoří homogenní skupinu.

Šebianová (2011) hovoří o tzv. funkčních fonologických poruchách, jejichž příčina není známa. U těchto dětí je přítomen normální sluch, inteligence, sociální a emoční chování.

Nebyla zde nalezena přítomnost žádné organické patologie ani anatomické či fyziologické abnormality, žádná významná neurologická porucha ani porucha sluchového vnímání.

4.2 Symptomatologie narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického

Jak jsme již uvedli v úvodu této kapitoly, dítě si musí osvojit řadu fonologických pravidel, což pro něj není nic jednoduchého. Výsledkem jsou viditelné změny (symptomy), kterými si dítě výslovnost celých slov ulehčuje (Gúthová, 2009).

Neundlinger (In Lechta, 1990) uvádí jako symptomy fonologické narušené artikulace **elizi** (vypouštění hlásek), **metatezi** (přesmykování hlásek), **kontaminaci** (směšování hlásek), **anaptixi** (vkládání hlásek), **asimilaci** (připodobňování hlásek) a jiné změny hláskové struktury slov.

Nádvorníková (In Gúthová, 2009) uvádí členění symptomů podle Bernthala a Banksona:

- fonologické příznaky ve struktuře slova a slabiky (např. kečup – kepuč, chodba – chobda, telefon – tefón, pes – pe)
- asimilační procesy (např. Dano - Dado nebo Nano)
- změny v segmentech slov neboli substituce – zvuk jedné hlásky se nahradí druhým a náhrada si vyžádá změnu artikulačního místa (např. dom – gom, káva – táva) nebo způsobu artikulace (čaj – taj, sova – tova)

Pokud se zaměříme na členění symptomů z pohledu autorů Oyera, Croweho a Hasse (In Gúthová, 2009), kteří označili příznaky narušené artikulace zkratkou S. O. D. A (viz kap. 3.3), tak fonologické hledisko narušené artikulace zahrnuje tyto tři symptomy:

S = *substitution* – nahrazování skupiny hlásek hláskami, které si ve vývoji osvojuje dítě dříve (nahrazování úžinových hlásek závěrovými)

O = *omission* – vynechávání cílové hlásky, kterou dítě již má ve svém fonologickém inventáři, nejčastěji na konci slova (nos – no).

A = *addition* – přidávání hlásky k cílovému slovu, nejčastěji na konci slabiky nebo slova.

V rámci symptomatologie fonologicky narušené artikulace je potřeba zmínit také tzv. **specifický logopedický nález** neboli **specifické poruchy výslovnosti**, na které upozornil

začátkem šedesátých let Žlab v souvislosti s obtížemi dysortografického a dyslektického charakteru. Patří sem **artikulační neobratnost** a **specifické asimilace** (Matějček, 1988).

„*Artikulační neobratnost je taková vada řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé hlásky i celá slova, artikulace je však namáhavá, těžkopádná, nápadně neobratná a je proto i někdy těžko srozumitelná*“ (Matějček, 1988, str. 98). Artikulační neobratnost se projevuje u slov složených, které se skládají ze dvou částí samostatně dobře srozumitelných a vyslovitelných, ale při vyslovení těchto částí v rámci jednoho slova dochází k jejich zkomolení mnohdy až k nepoznání (např. lichokopytník dítě vysloví jako likopytník). Velké problémy činí slova s předponou „nejne-“, kterou dítě většinou zkrátí na „nej-“ (např. místo nejnebezpečnější dítě vysloví nejbezpečnější). Poslední skupinou slov, která se sem řadí, jsou slova se shluky souhlásek a slova víceslabičná (např. nepolapitelný, plukovník), která jsou mnohdy zkomolená, nebo dítě marně pokusy toto slovo vyslovit vzdá. Z namáhavých pohybů mluvidel je patrné, že se jedná o neschopnost složitější koordinace artikulačních pohybů (Matějček, 1988).

Specifické asimilace lze definovat jako neschopnost vyslovit dobře slova, v nichž se vyskytují hlásky artikulačně nebo zvukově blízké. Asimilace obecně znamená přizpůsobení, připodobnění hlásek. Dvořák (2007) rozlišuje specifické asimilace:

- **sykavek** – obtíže při artikulaci slov, v nichž se střídají ostré a tupé sykavky a polosykavky, přičemž artikulaci sykavek a polosykavek dítě v běžných slovech zvládá. Může být *progresivní* (hláska ovlivňuje výslovnost následující hlásky, např. švestka – šveštka) nebo *regresivní* (hláska ovlivňuje výslovnost předchozí hlásky, např. švestka – svestka).
- **alveolár a palatál** – obtíže při artikulaci slov, v nichž se střídají hlásky t, d, n a t', d', ň. Opět rozlišujeme progresivní (např. hodiny – hodini) a regresivní (např. hodiny – hodyny).
- **hlásek l a r** – obtíže v artikulaci slov, v nichž se tyto dvě hlásky vyskytují současně. Rozlišujeme progresivní (Klára – Klála) a regresivní (Klára – Krára).

Dvořák (1999) považuje artikulační neobratnost a specifické asimilace za dílčí projevy tzv. **verbální dyspraxie** (ve starší terminologii označovaná jako slovní patlavost). Definuje ji jako specifickou vývojovou odchylku mluvního projevu na úrovni slov bez ohledu na to, zda dítě zvládá artikulaci hlásky nebo ne. Jedná se o poruchu v souvislosti s plánováním, programováním a realizací řeči.

Plán lze chápat jako určitou celkovou představu např. o slově. Vytváří se a zpřesňuje v průběhu vývoje řeči dítěte. Souvisí s vývojem fonemického sluchu, sluchové analýzy a syntézy a se sluchovou pamětí. **Program** jsou dílčí kroky, pomocí nichž se slovo realizuje (výběr hlásek, jejich posloupnost, modulační faktory mluvené řeči). Tím se vytváří systém motorických schémat, jež umožňuje dítěti imitovat lidskou řeč. Na základě akustické a kinestetické zpětné vazby se program koriguje a upřesňuje podle plánu (Dvořák, 1999).

Dítě může mít narušený plán i program, nebo pouze plán či naopak je plán v pořádku a narušený je jen program. Ve všech případech dochází ke zkomolení slova. Pokud je však postižený pouze plán a dítě tvoří program dobře, i když podle špatného plánu, není samo schopno posoudit špatnou činnost. Jestliže je postižený pouze program, tak je dítě schopno na základě zpětné vazby porovnat program se správným schématem a snaží se své projevy korigovat (Dvořák, 1999).

4.3 Diagnostika narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického

Při diagnostice narušené artikulace z fonologického hlediska nevnímáme narušené zvuky izolovaně, ale jako součást celého zvukového systému, ve kterém se jednotlivé zvuky navzájem ovlivňují (Gúthová, 2009).

Diagnostika fonologických projevů navazuje na vyšetření výslovnosti jednotlivých hlásek (viz kap. 3.4). Součástí diagnostiky je vyšetření specifických asimilací, artikulační neobratnosti a verbální dyspraxie.

Diagnostika narušené artikulace z fonologického hlediska začíná již úvodním rozhovorem, ve kterém se kromě výslovnosti jednotlivých hlásek zaměřujeme také na spád řeči, intonaci, přízvuk a důkladně sledujeme skladbu slabik a slov (Nádvořníková, 2003). Zjišťujeme, zda se v projevu klienta neobjevují některé z výše uvedených symptomů, tedy zda dítě hlásky nevynechává, nepřesmykuje, nepřidává, nezaměňuje či nepřipodobňuje (viz kap. 4.2).

Specifické asimilace, artikulační neobratnost a verbální dyspraxii vyšetřujeme pomocí izolovaných slov, která klient opakuje po logopedovi. Opět může být vyšetření doplněno pojmenováváním obrázků, což působí dynamičtěji. Specifické asimilace můžeme vyšetřit např. pomocí slov:

- Sykavky – SŠ (sešit, sušenka, listonoš), ŠS (šosy, švestka, šest), ZŽ (závaží, zážitek, zboží), ŽZ (železo, žaluzie, žezlo), CČ (cvička, tělocvična, cvrček), ČC (čepice, babičce, v krabičce).
- R a L – RL (rohlík, královna, rulík), LR (Klára, klavír, Laura)
- Alveolár a palatál – prázdniny, narozeniny, u Martiny, hodiny, plodiny, nyní atd.

Artikulační neobratnost můžeme vyšetřit pomocí slov víceslabičných, složených, se shluky souhlásek a s předponou „nejne-“ (např. lichokopytník, paroplavba, nepolapitelný, třičtvrtě, nejnebezpečnější apod.)

Dvořák (1999) uvádí, jakým způsobem rozlišíme verbální dyspraxii od narušené artikulace z fonetického hlediska. Vše vysvětluje na případu čtyřletého dítěte, u kterého pozorujeme odchýlnou výslovnost hlásky *t*. Pokud dítě hlásku *t* pravidelně vynechává nebo nahrazuje rázem (např. taje [a.je], bota [bo.a]), jedná se o fonetickou poruchu, konkrétně **eliminaci**. Pokud dítě hlásku pravidelně nahrazuje hláskou jinou (např. taje [kaje], bota [boka]), jedná se o fonetickou poruchu, konkrétně **substituci**. Když dítě hlásku v určité části slova pravidelně nahrazuje jinou hláskou nebo ji vadně vyslovuje (např. bota [boka], Ota [oka]), jedná se o nedokončenou fixaci a automatizaci této hlásky a označili bychom ji za narušenou artikulaci **nekonstantní**. Pokud dítě vysloví hlásku *t* ve stejném slově různým způsobem (jednou fyziologicky, podruhé patologicky), opět se jedná o nedokončený vývoj artikulace a hovoříme o dyslalii **nekonsekventní**. Poslední možností je, že dítě hlásku *t* v některých slovech užívá, obtíže pozorujeme pouze v určité části slova (např. uprostřed), popřípadě dítě redukuje souhláskové shluky (např. tma [ma]), či koncové *t* vynechává (např. med [me]). Charakteristické však je, že tyto určité části slova realizuje obdobně, i když tuto hlásku neobsahují (např. redukuje jiné souhláskové shluky, vynechává jiné souhlásky na konci slova apod.). Může se objevit pouze jeden typ odchylky, ale mohou se také kombinovat nebo se mohou objevit všechny. V takovém případě hovoříme o **verbální dyspraxii**.

Je důležité si uvědomit, že se projevy narušené artikulace z fonetického a fonologického hlediska mohou navzájem prolínat a jejich rozlišení je mnohdy velice složité (Dvořák, 1999).

4.4 Intervence narušené artikulace mluvené řeči z hlediska fonologického

Cílem této terapie je snaha ovlivnit fonologický systém jazyka a navodit v něm potřebnou změnu. Jedná se o širokou systémovou změnu, která ovlivní nejen nacvičovaný zvuk, ale i zvuky, jež mají s daným zvukem něco společného. Pracujeme tedy na úrovni kognitivně – lingvistické, zatímco u fonetických poruch jsme se pohybovali v rovině motorické (Gúthová, 2009).

Vzhledem k rozsahu naší práce se zaměříme v této podkapitole pouze na tzv. specifické poruchy výslovnosti (viz podkapitola 4.2), neboť specifické asimilace a artikulační neobratnost jsou předmětem praktické části této diplomové práce.

Jak již bylo uvedeno výše, Dvořák považuje specifické asimilace a artikulační neobratnost za dílčí projevy verbální dyspraxie. A právě terapii verbální dyspraxie je věnována jeho publikace Slovní patlavost (1999), v níž naleznete nejen návod k tomu, jak při terapii verbální dyspraxie postupovat, ale také bohatý doprovodný materiál sestávající se ze souborů slov a k nim náležící skupiny barevných obrázků.

Dvořák (1999) uvádí, že nejúčinnější nápravou poruch v oblasti foneticko – fonologické roviny je v přirozeném kontextu. Vždy postupujeme od kontextu (významu pojmu) ke zvukové a artikulační realizaci. Nikdy nevyžadujeme imitaci ani pojmenování obrázků bez kontextu.

Vždy začínáme nacvičovat nejprve jednoduchá slova, posléze složitější, případně slovní vazby a věty. Naším konečným cílem je však dosáhnout toho, aby dítě užívalo nacvičené stereotypy spontánně bez mluvního vzoru nejprve podle obrázků, posléze i v běžné situaci. Usilujeme tedy o **automatizaci** nacvičených slov (Dvořák, 1999).

Automatizaci slov v řeči dítěte má umožnit právě obrázkové zpracování daných slov. Je dobré, pokud je obrázek doplněn o požadované slovo, které dítě zpočátku může opakovat po dospělém, po určité době by však mělo obrázky pojmenovávat spontánně. Pokud dítě nezná význam slova, je nutné mu jej vysvětlit. Tím rozvíjíme i slovní zásobu (Dvořák, 1999).

Dvořák uvádí v publikaci Slovní patlavost (1999) soubory slov určených právě pro terapii verbální dyspraxie. Soubory jsou uspořádané od jednoslabičných slov až po slova víceslabičná a se shluky souhlásek. Součástí jsou i soubory slov určených pro korekci specifických asimilací a artikulační neobratnosti. Soubory slov jsou opatřeny obrázkovým materiálem.

Při nápravě specifických asimilací je nutné si uvědomit, že dítě zvládá výslovnost sykavek většinou až po pátém roce života. Při korekci specifických asimilací se dítě nejprve učí střídavě vyslovovat jednotlivé sykavky, poté pohotově střídat slabiky a následně i slova, vždy několikrát po sobě (Dvořák, 1999).

V rámci terapie je dobré se zaměřit také na cvičení sluchové diferenciacce. Někdy se setkáme s tím, že dítě slovo dobře vysloví, ale špatně napíše. V takovém případě zapojíme do terapie také nácvik psaní, čtení a nácvik sluchové analýzy a syntézy (Dvořák, 1999).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Vlastní výzkumné šetření

5.1 Předmět a cíl práce

Předmětem této diplomové práce bylo, jak název napovídá, logopedická diagnostika a intervence v oblasti narušení artikulace hlásek, se zaměřením na prealveolární konsonanty, a souhláskových skupin – tedy nejen narušení artikulace z hlediska fonetického, ale také fonologického.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit aktuální stav artikulace prealveolárních konsonantů u dětí druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické. Kromě fonetických poruch jsme se zaměřili také na poruchy fonologické, konkrétně na specifické asimilace a artikulační neobratnost.

Dalším cílem bylo určit, zda v současné době rodiče dětí s poruchami artikulace využívají služeb logopeda a v jakém průměrném věku dítěte je zahájena logopedická péče. V této práci jsme se zaměřili nejen na mluvní projev dětí, ale součástí šetření byl také písemný projev žáků s cílem zjistit, jak moc se mluvní projev liší od písemného a zda se případné obtíže v artikulaci projeví také v písemném projevu dítěte.

5.2 Metody výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření bylo za hlavní metodu použito vyšetření výslovnosti u dětí sledovaného souboru. Kromě této metody jsme ve výzkumném šetření uplatnili metodu dotazníku a diktát.

5.2.1 Dotazník pro rodiče

Chráska (2007, s. 163) definuje dotazník jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“

Skalková (1985, s. 86) vymezuje dotazník jako „*metodu, která shromažďování dat zakládá na dotazování osob; charakterizuje se tím, že je určena pro hromadné získávání údajů.*“

Výhodou dotazníku je to, že nám umožňuje získat data od velkého počtu respondentů a to poměrně rychle a ekonomicky. Nevýhodou je, že respondenti často neodpovídají

objektivně, ale volí takové odpovědi, které si myslí, že jsou správně, ale ne pravdivé. (Horák, Chráska, 1989). „*Data získaná dotazníkem mají tedy vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují vždy velmi obezřetnou interpretaci, abychom odloučili objektivní zjištění od subjektivních soudů.*“ (Horák, Chráska, 1989, s. 115)

V dotazníku se můžeme setkat s třemi typy položek – otevřené, uzavřené a polouzavřené.

U otevřených položek si respondent volí délku odpovědi i její obsah. Polouzavřené se využívají k přesnějšímu vymezení obsahu odpovědi, její délky i struktury. Otevřené položky nabízejí respondentovi volbu mezi dvěma nebo více alternativami (Skalková, 1985).

Dotazník vytvořený za účelem našeho šetření obsahoval položky zjišťující fakta. Jednalo se o položky otevřené, uzavřené i polouzavřené. V jednotlivých položkách dotazníku jsme zjišťovali:

- pohlaví a přesný věk dítěte;
- který typ základní školy navštěvuje, zda běžnou ZŠ, ZŠ logopedickou či jiný; typ ZŠ a přesný název ZŠ
- zda má dítě komunikační obtíže;
- zda má dítě problémy s výslovností hlásek T, D, N, L, R, Ř, S, Z, C;
- zda dítě navštěvuje či navštěvovalo logopeda a v případě kladné; odpovědi uvést podrobnější informace
- v kolika letech začalo dítě logopeda navštěvovat;

Celkové znění dotazníku naleznete v příloze č. 3.

5.2.2 Vyšetření výslovnosti

Vyšetření výslovnosti bylo zahájeno rozhovorem s dítětem. K rozhovoru bylo využito situačního obrázku, kdy dítě mělo nejprve popsat, co vidí na obrázku a poté mělo odpovědět na několik subjektivních otázek, např. „Co rád děláš ve volném čase?“ Cílem bylo zjistit, jaká je výslovnost dítěte ve spontánním projevu a také snaha navodit příjemnou atmosféru, aby se dítě uvolnilo a nemělo strach.

Na spontánní projev navazovalo vyšetření výslovnosti jednotlivých hlásek, kdy dítě reprodukovalo sérii slov, které obsahovaly vyšetřované hlásky a to v pozici iniciální (na začátku slova), mediální (uprostřed slova) a finální (na konci slova). Kromě vokálů a konsonantů byly vyšetřeny také diftongy EU, AU, OU, a slabiky BĚ, PĚ, VĚ, MĚ. Vyšetření

probíhalo tak, že vyšetřující vyslovoval jednotlivá slova a dítě po něm tato slova opakovalo. Pro oživení některá slova vyšetřující nevyslovoval, ale ukázal dítěti obrázek a dítě mělo říct, co je na obrázku. Všechny obrázky, které byly při vyšetření výslovnosti použity, pochází z publikace *Obrázky pro nejmenší* od autorky Beaumont a kol. (2004).

Výše popsané vyšetření bylo zaměřeno na poruchy artikulace z fonetického hlediska. Další část vyšetření výslovnosti byla věnována poruchám artikulace z hlediska fonologického, konkrétně specifickým asimilacím a artikulační neobratnosti. Specifické asimilace byly vyšetřovány opět tak, že dítě reprodukovalo po vyšetřujícím slova, která obsahovala sledovaný jev. Každá oblast byla vyšetřena pomocí tří slov, oblast měkkých a tvrdých slabik pak skupinou devíti slov. Na závěr této části jsme zařadili vyšetření výslovnosti slov, která obsahovala současně znělé i neznělé sykavky S, Z a polosykavku C.

Na závěr byla vyšetřena artikulační neobratnost. Dítě opět po vyšetřujícím reprodukovalo řadu slov. Jednalo se o slova složená, víceslabičná, slova se shluky souhlásek a slova s předponou nejne-.

V příloze č. 4, v příloze č. 5 a v příloze č. 6 uvádíme výčet slov a obrázky, kterých bylo při vyšetření použito.

5.2.3 Diktát

Diktát je jedním z odborných termínů z oblasti didaktiky českého jazyka. Diktát se nečastěji užívá v hodinách českého jazyka k ověření znalostí z pravopisu. Z tohoto hlediska dělíme diktáty na cvičné a kontrolní, na speciální a souhrnné, s přípravou a bez přípravy, diktát izolovaných slov a izolovaných vět (Brabcová a kol., 1990).

Diktát se rovněž využívá v diagnostice specifických poruch učení. Jedná se o komplexní dovednost, u které se předpokládá dostatečně rozvinutá sluchová a zraková percepce, grafomotorika, znalost spojení hláska – písmeno a nejen znalost, ale také aktivní aplikaci gramatických pravidel.

V poradenské praxi jsou nejčastěji používány diktáty, které obsahují ve zvýšené míře specifické jevy, které převažují nad jevy pravopisnými (Zelinková, 2009). Tak je tomu i v našem případě. Pravopisným jevům jsme v diktátech nevěnovali pozornost. Pro potřeby našeho výzkumu jsme využili diktát ke zjištění, zda se poruchy výslovnosti projeví také v psaném projevu dětí. Podle výše uvedeného dělení se tedy jednalo o diktát izolovaných slov, kontrolní a bez přípravy.

Diktát se skládal z deseti slov, která byla vybrána z výše uvedeného vyšetření specifických asimilací a artikulační neobratnosti. Celkové znění diktátu naleznete v příloze č. 4.

Diktát byl dětem nadiktován v závěru vyšetření. Děti psaly tužkou na připravený kousek papíru bez linek. Doba psaní diktátu nebyla nijak omezena.

5.3 Organizace šetření

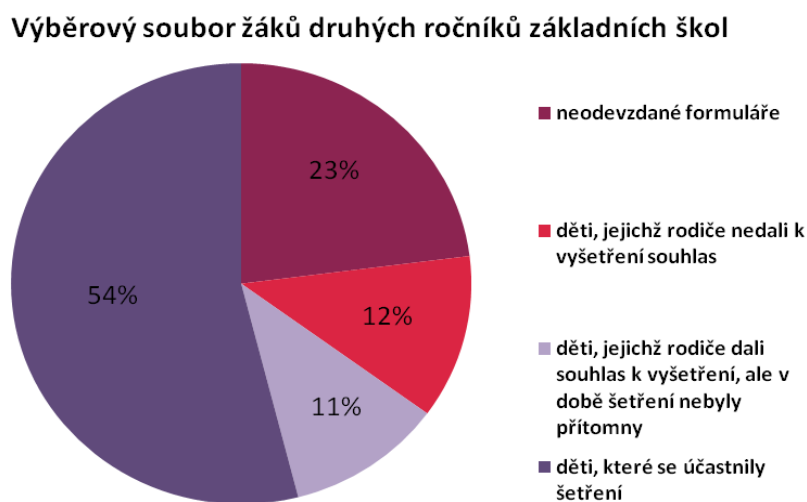
Před zahájením šetření byli osobně osloveni ředitelé čtyř základních škol a jedné základní školy logopedické, zda by byli ochotni, aby se jejich škola zapojila do výzkumného šetření. Všichni ředitelé souhlasili. Ředitelé dvou základních škol si na závěr šetření vyžádali zprávu o výsledcích výzkumu na jejich škole.

Rodičům (zákonným zástupcům) žáků druhých ročníků byl zaslán prostřednictvím třídního učitele formulář (viz příloha č. 1), ve kterém rodiče vyjadřovali svůj souhlas s vyšetřením svého dítěte. Formuláře byly rodičům zaslány v zalepených obálkách z důvodu ochrany důvěrných informací. Autorka se ve formuláři zavazuje, že veškeré informace budou zpracovány anonymně a pouze pro účely této diplomové práce. Návratnost formulářů činila 142 tedy 77 %. Rodičům, kteří s vyšetřením souhlasili, byl opět prostřednictvím třídního učitele zaslán krátký dotazník (viz příloha č. 3). Dotazník byl opět zaslán v zalepených obálkách. Návratnost dotazníku byla 95 ze 112, tedy 85 %.

Šetření tedy probíhalo pouze u dětí, jejichž rodiče dali k vyšetření svého dítěte souhlas. Ze 142 souhlasilo s vyšetřením 120 rodičů, tedy 85 %. Těmto rodičům byl před samotným vyšetřením předán prostřednictvím třídního učitele dopis, v němž jsou rodiče informováni o době konání výzkumného šetření na škole, kterou navštěvují jejich děti. Znění dopisu naleznete v příloze č. 2.

Samotné šetření probíhalo s každým dítětem individuálně. Pro realizaci vyšetření byla potřebná tichá, nikým nerušená místnost. Tato podmínka byla ve všech školách splněna. Samotné šetření bylo velice časově náročné. Práce s každým dítětem trvala minimálně 15 minut. Ve všech školách nám bylo umožněno pracovat v době vyučování, díky čemuž jsme celé výzkumné šetření zvládli v relativně krátkém čase. Vyšetření jsme prováděli v době od 5. 6. 2012 do 26. 6. 2012. Z celkového počtu 120 dětí, u nichž rodiče dali ke spolupráci s dítětem souhlas, bylo bohužel v době probíhání výzkumného šetření 20 nepřítomných.

Celkem bylo tedy vyšetřeno 100 dětí. Celý soubor dětí určených pro vyšetření nám popisuje graf č. 1.



Graf č. 1 Výběrový soubor žáků druhých ročníků základních škol

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

5.4.1 Výběr výzkumného souboru

Abychom mohli uskutečnit naše výzkumné šetření, potřebovali jsme určitý výzkumný vzorek. Při výběru vzorku je důležité, aby jeho vlastnosti byly pokud možno stejné jako vlastnosti celé skupiny lidí, kterou zkoumáme (Chráška, 2007). V našem případě se jednalo o žáky druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické.

V rámci výběru jedinců do výzkumného vzorku užívá Chráška (2007) pojmy základní soubor a výběrový soubor (výběr). Pojmeme základní soubor rozumíme všechny prvky, které patří do skupiny, jež zkoumáme. Výběr zahrnuje jen určitou část prvků ze základního souboru, která tento soubor reprezentuje. Základním souborem v našem výzkumném šetření byli všichni žáci druhých ročníků základních škol a výběrovým souborem bylo 178 žáků druhých ročníků čtyř vybraných základních škol a jedné základní školy logopedické.

Výběr jedinců byl uskutečněn pomocí skupinového výběru. Chráška (2007) uvádí, že se tato technika používá v případě, pokud je základní soubor uspořádán do jednotlivých skupin. V našem případě je základní soubor dětí druhých ročníků základních škol rozdělen

do určitého počtu tříd, přičemž do výběrového souboru byli vybráni žáci z 10 náhodně zvolených tříd.

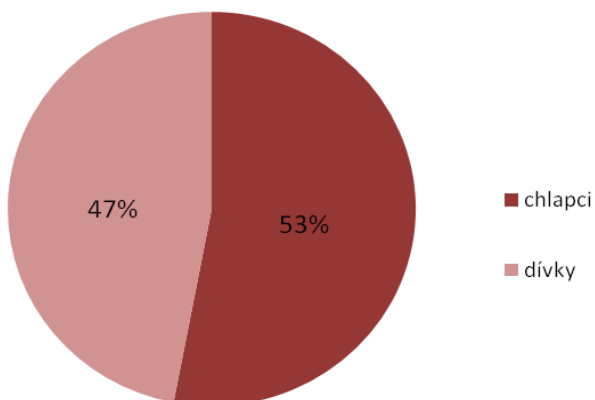
5.4.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumný vzorek (soubor dětí, které se zúčastnily šetření) tvořil 100 žáků druhých ročníků ze čtyř základních škol a jedné základní školy logopedické. Výzkumný soubor charakterizujeme dále z hlediska pohlaví a věku.

Popis výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 100 dětí, z toho 53 chlapců, což je 53 %, a 47 dívek, což je 47 %. Počet dětí u obou pohlaví byl poměrně vyrovnaný, jak můžeme vidět na grafu č. 2.

Struktura výzkumného souboru z hlediska pohlaví



Graf č. 2: Struktura výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Na základních školách se výzkumu zúčastnilo celkem 42 chlapců a 39 dívek. Na základní škole logopedické bylo vyšetřeno celkem 11 chlapců a 8 dívek.

Popis výzkumného souboru z hlediska věku

V druhých ročnících základních škol bývají zpravidla děti ve věku sedmi či osmi let. V našem výzkumném souboru činil průměrný věk 8 let a 1 měsíc, přičemž spodní věkovou hranici tvořil věk 7 let a horní věkovou hranici věk 9 let a 3 měsíce.

V základní škole logopedické se často vyskytují děti, jimž byla z důvodu narušené komunikační schopnosti odložena povinná školní docházka. To je patrné i z výsledků našeho

výzkumného šetření. Průměrný věk dětí v základní škole logopedické byl 8 let 9 měsíců, přičemž spodní věkovou hranici tvořil věk 8 let a horní věkovou hranici věk 9 let a 4 měsíce. Tabulka č. 4 shrnuje údaje o věku dětí z našeho výzkumného vzorku. Pro porovnání jsou údaje rozděleny podle typu školy, kterou děti navštěvovaly.

Tab. 4: Popis výzkumného souboru z hlediska věku

Popis výzkumného souboru z hlediska věku			
Typ školy	Průměrný věk	Spodní věková hranice	Horní věková hranice
Běžná ZŠ	8 let 1 měsíc	7 let	9 let 3 měsíce
ZŠ logopedická	8 let 9 měsíců	8 let	9 let 4 měsíce

Jak je z tabulky patrné, průměrný věk dětí z běžné ZŠ a ZŠ logopedické je téměř shodný s rozdílem osm měsíců. Ovšem ve spodní věkové hranici jsou značné rozdíly. Nejmladší vyšetřené dítě ze základní školy logopedické mělo 8 let, což je o jeden celý rok více než věk nejmladšího vyšetřeného dítěte z běžné základní školy.

V tabulce č. 5 můžeme sledovat, jaká je četnost dětí ve věku 7 let – 7 let 11 měsíců, 8 let – 8 let 11 měsíců a 9 let a více v druhých ročnících na běžné základní škole a v tabulce č. 6 na základní škole logopedické. Data jsou pro lepší přehlednost rozdělena dle pohlaví.

Tab. 5: Struktura výzkumného souboru z hlediska věku na běžné základní škole

Struktura výzkumného souboru z hlediska věku na běžné základní škole						
Věk dětí na běžné ZŠ	7 let – 7 let 11 měs.		8 let – 8 let 11 měs.		9 a více let	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
chlapci	13	31	28	67	1	2
dívky	10	26	27	69	2	5

Jak je patrné z tabulky, chlapců ve věku 7 let – 7 let a 11 měsíců bylo více než dívek, zatímco ve věku 9 let a výše bylo více dívek. Největší četnost dětí tedy byla ve věku 8 let – 8 let a 11 měsíců.

Tab. 6: Struktura výzkumného souboru z hlediska věku na ZŠ logopedické

Struktura výzkumného souboru z hlediska věku na ZŠ logopedické						
Věk dětí na ZŠ logopedické	7 let – 7 let 11 měs.		8 let – 8 let 11 měs.		9 let a více	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
chlapci	-	-	6	55	5	45
dívky	-	-	6	75	2	25

V této tabulce vidíme, že ve věku 7 – 7 let a 11 měsíců se nevyskytovalo ani jedno dítě u obou pohlaví. Zajímavé je, že u chlapců byl počet v obou zbývajících věkových kategoriích téměř vyrovnaný s rozdílem jednoho žáka, zatímco u dívek výrazně převládala věková kategorie 8 let – 8 let a 11 měsíců. Z toho vyplývá, že odklad povinné školní docházky je u dětí s narušenou komunikační schopností častější u chlapců.

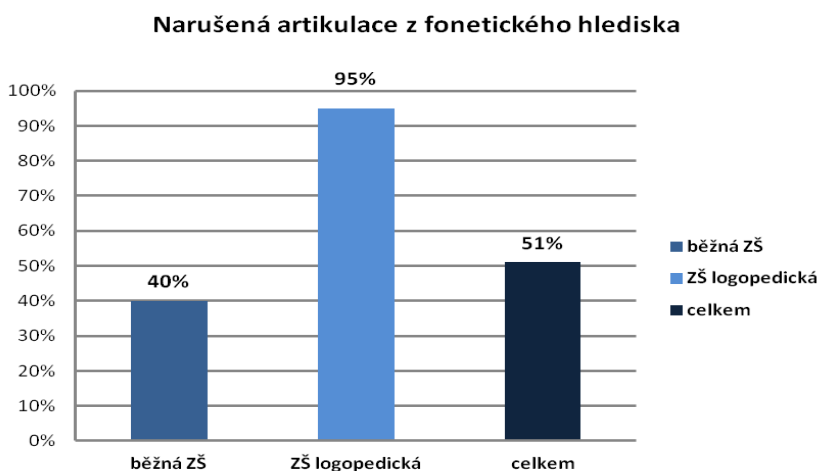
6 Výsledky šetření

6.1 Výsledky vyšetření výslovnosti

V rámci našeho šetření jsme zkoumali četnost výskytu narušené artikulace. Součástí vyšetření byl, jak je uvedeno výše, i diktát, abychom zjistili, jaký dopad má výslovnost na psaný projev dětí. Vyšetření bylo zaměřeno nejen na poruchy fonetické, ale také na poruchy fonologické. Primárně jsme se však zaměřili na stav výslovnosti prealveolárních konsonantů. Vyšetření bylo realizováno v běžných základních školách a na základní škole logopedické.

6.1.1 Vyšetření výslovnosti z hlediska fonetického

Narušená artikulace mluvené řeči z fonetického hlediska, která je v České republice známa pod pojmem hlásková dyslálie se celkově vyskytovala u 51 dětí ze 100, tedy 51 %. V běžných základních školách byla četnost narušené artikulace hlásek u 32 dětí, což je 40 % z 81 dětí. V základní škole logopedické nebyla narušená artikulace hlásek diagnostikována pouze u jednoho dítěte. Četnost výskytu tedy byla 95 % z 19 dětí (viz graf č. 3).



Graf č. 3: Narušená artikulace z fonetického hlediska

6.1.1.1 Výsledky vyšetření artikulace z hlediska fonetického u dětí běžných základních škol

Výsledky vyšetření artikulace prealveolárních konsonantů

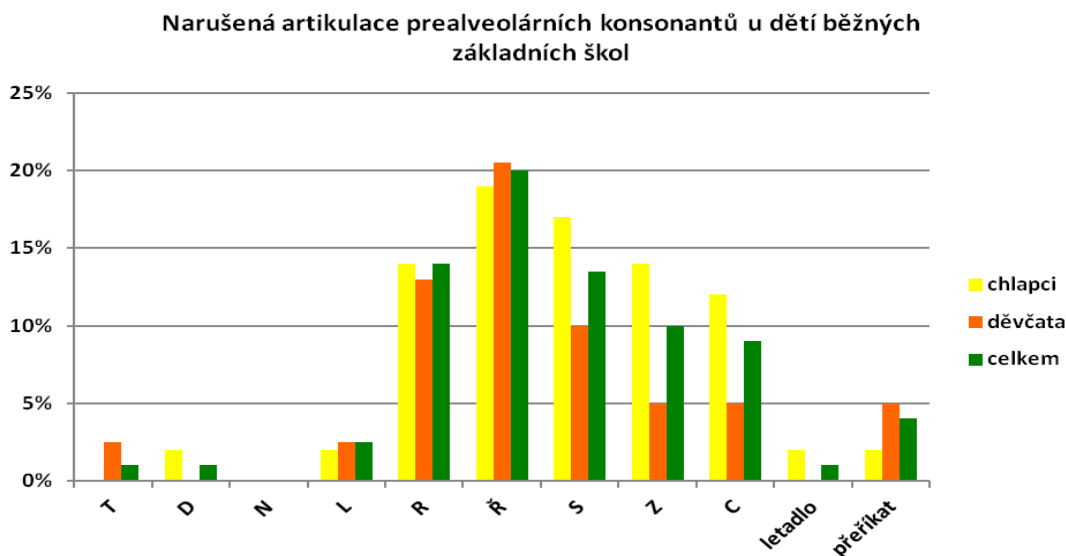
V rámci vyšetření výslovnosti z hlediska fonetického jsme sledovali správnou výslovnost všech hlásek, diftongů AU, EU, OU a slabik BĚ, PĚ, VĚ, MĚ. Naše výzkumné

šetření je zaměřeno především na prealveolární konsonanty (T, D, N, L, R, Ř, S, Z, C), jejichž diagnostika obsahovala nejen vyšetření dané hlásky ve všech třech pozicích ve slově, ale také vyšetření výslovnosti slov, které danou hlásku obsahovaly dvakrát (viz příloha č. 4). Na běžných základních školách se nejčastěji vyskytovala porucha výslovnosti vibrantu Ř a to u 16 % z celkového počtu 81 vyšetřených dětí. Vibrantu R špatně vyslovovalo 14 % dětí. Další nejčastější byla porucha výslovnosti konstriktiv S, Z, (u 10 % dětí) a semiokluzivu C (u 10 % dětí). Nejnižší výskyt poruchy výslovnosti je u okluzivů T, D (u 1 % dětí) a laterálního konstriktivu L (u 2,5 % dětí). Porucha výslovnosti okluzivu N nebyla diagnostikována u žádného dítěte.

Pokud se zaměříme na výslovnost slov, která obsahovala prealveolární konsonanty dvakrát, tak největší problém dětem dělala výslovnost slov PŘEŘÍKAT (u 5 % dětí) a LETADLO (u 1 % dětí). Výslovnost slov TRAKTOR, SYSEL a ZUZANA nedělala dětem problémy. Jednalo se ovšem o děti, které hlásky L, R, Ř, S, Z uměly vyslovit. Nebyly tam započítány děti, u nichž artikulace těchto hlásek byla celkově narušena. Slova obsahující hlásky T, D, N dvakrát nebyla ve vyšetření použita. Celkové výsledky vyšetření výslovnosti prealveolárních konsonantů na běžných základních školách shrnuje tabulka č. 7 a graf č. 4, kde je možno sledovat, jaké jsou výsledky u chlapců a u dívek.

Tab. 7: Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí běžných základních škol

Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí běžných základních škol						
Prealveolární konsonanty	chlapci		dívký		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
T	-	-	1	3	1	1
D	1	2	-	-	1	1
N	-	-	-	-	-	-
L	1	2	1	3	2	2
R	6	14	5	13	11	14
Ř	8	19	8	21	16	20
S	7	17	4	10	11	14
Z	6	14	2	5	8	10
C	5	12	2	5	7	9
Letadlo	1	2	-	-	1	1
Přeříkat	1	2	2	5	3	4



Graf č. 4 Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí běžných základních škol

Při hodnocení výslovnosti jsme se zaměřili nejen na odhalení narušené artikulace, ale také jsme se snažili o určení jejích projevů. Všechny hlásky byly vyšetřeny ve třech pozicích ve slově tedy v pozici iniciální, mediální a finální (viz tabulka č. 8)

U hlásek S, Z, C, T, L se vadná výslovnost vyskytovala bez ohledu na pozici ve slově. U hlásek R a Ř byla častější narušená výslovnost uprostřed slova, hlavně ve shluku souhlásek, a to po hláskách T a B. Hlávka D byla chybně vyslovena pouze v jednom případě, v pozici na začátku slova.

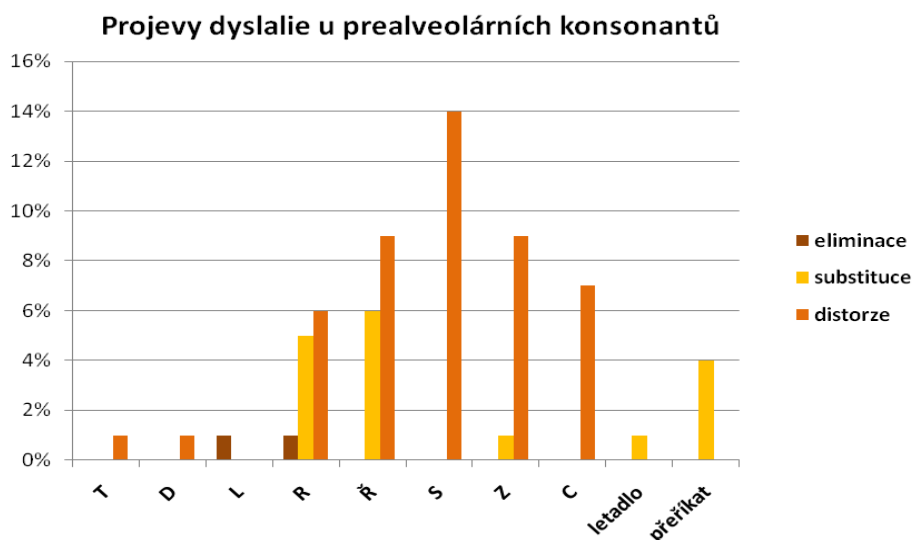
Podle projevů narušené artikulace jsme rozlišovali eliminaci, substituci nebo distorzi hlásek. Eliminace a substituce se vyskytovala jen ojediněle. Eliminaci jsme zaznamenali v jednom případě u hlásky R a L a substituci u hlásek R, Ř a Z, kdy hlávka R byla nahrazována ve dvou případech hláskou L a J, hlávka Ř byla nahrazena ve dvou případech hláskou Ž a Z a v jednom případě hláskou Č, hlávka Z byla v jednom případě nahrazena hláskou S.

Nejčastějším typem dyslalie byla distorze hlásek. U hlásek R a Ř jsme zaznamenali velární dyslalii ve dvou případech. V ostatních případech nebylo možné určit bližší typ dyslalie. V jednom případě byla hlávka D vyslovena addentálně. V jednom případě byla chybně vyslovena hlávka T, nebylo však možné určit bližší typ dyslalie. Nejčastějším typem byla interdentální výslovnost hlásek S, Z, C.

Hlásky L, R a Ř jsme, jak je uvedeno výše, vyšetřovali také ve slovech, kde se vyšetřovaná hláska vyskytovala dvakrát. Jednalo se o substituci, kdy děti místo Ř vyslovovaly Ž a místo L vyslovovaly V. Veškeré údaje jsou shrnuty v tabulce č. 8 a grafech č. 5 a 6.

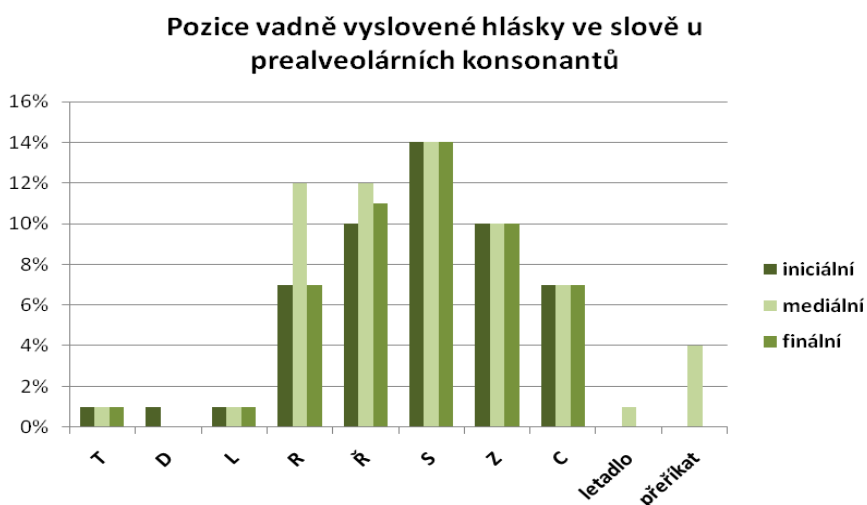
Tab. 8: Výsledky vyšetření narušené artikulace prealveolárních konsonantů u dětí běžných základních škol

Výsledky vyšetření narušené artikulace prealveolárních konsonantů u dětí běžných základních škol						
Vadně vyslovené hlásky	Pozice vadně vyslovené hlásky			Projevy dyslalie		
	iniciální	mediální	finální	eliminace	substituce	distorze
T	1	1	1	-	-	ostatní: 1
D	1	-	-	-	-	addentální: 1
L	1	1	1	1	-	-
R	6	10	6	1	J – 2 L – 2	velární: 2 ostatní: 3
Ř	8	10	9	-	Ž – 2 Č – 1 Z – 2	velární: 4 ostatní: 3
S	11	11	11	-	-	interdentální: 11
Z	8	8	8	-	S – 1	interdentální: 7
C	6	6	6	-	-	interdentální: 6
Letadlo	-	1	-	-	V – 1	-
Přeríkat	-	3	-	-	Ž – 3	-



Graf č. 5: Projevy dyslalie u prealveolárních konsonantů

Jak je patrné z grafu č. 5, eliminace se vyskytovala pouze u dvou hlásek a to u laterálního konstriktivu L a vybrantu R. Všechny projevy dyslalie, tedy eliminace, substitute a distorze se objevily pouze u jediné hlásky, u vibrantu R. Nejčetnější byla distorze konstriktivu S. Jednalo se konkrétně o interdentalní sigmatismus.



Graf č. 6: Pozice vadně vyslovené hlásky ve slově u prealveolárních konsonantů

Graf č. 6 ukazuje, jak četný byl výskyt narušené výslovnosti příslušné hlásky v pozici ve slově. Téměř u všech prealveolárních konsonantů se vyskytovala chybná výslovnost příslušné hlásky ve všech pozicích ve slově (v iničiální, mediální i finální). Vyjimkou je pouze hláska D a slova LETADLO a PŘEŘÍKAT. U těchto slov se však ani nemohla chybná výslovnost vyskytovat v jiné pozici, neboť u těchto slov se příslušná hláska vyskytovala

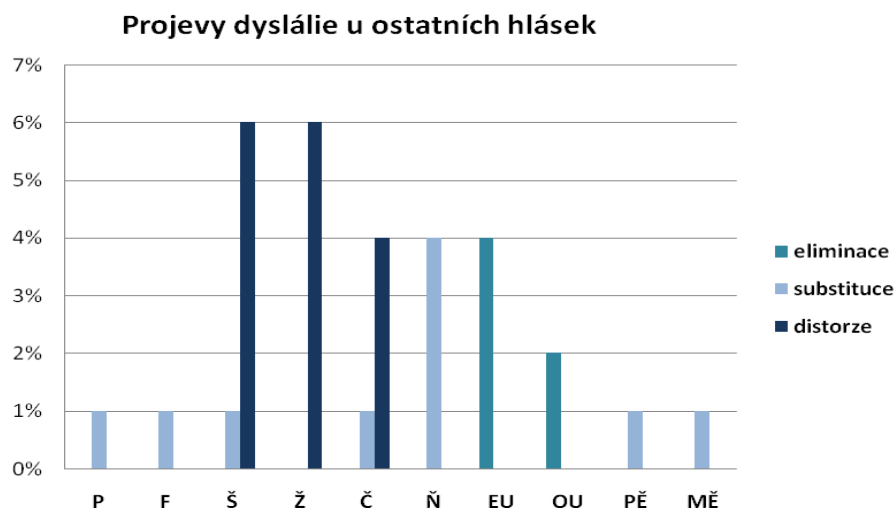
pouze v pozici mediální. V grafu není uvedena hláska N, neboť narušená artikulace této hlásky nebyla zaznamenána u žádného dítěte.

Výsledky vyšetření artikulace ostatních hlásek

I přesto, že je naše výzkumné šetření zaměřené na prealveolární konsonanty, zařadili jsme sem i vyšetření ostatních hlásek. Jejich výsledky se však budeme zabývat pouze okrajově. Během vyšetření jsme zaznamenali narušenou artikulaci hlásek P, F, Š, Ž, Č, Ň; diftongů EU a OU; a slabik PĚ, MĚ. Hlásku Š jsme vyšetřovali také ve slově, které tuto hlásku obsahovalo dvakrát. Jednalo se o slovo ŠAŠEK. Toto slovo bylo chybně vysloveno v jediném případě, kdy bylo nahrazeno hláskou S. Nejčastější byl výskyt narušené artikulace u postalveolárních konstruktivů Š, Ž, Č. Vadná výslovnost hlásky Š se vyskytovala u 6 dětí, tedy u 7 % z celkového počtu 81 vyšetřených dětí. Narušená artikulace hlásky Ž byla zaznamenána u 5 dětí, tedy u 6 % a hláska Č u 4 dětí, tedy u 5 %. Vadná výslovnost hlásky Ň a diftongu EU byla zjištěna u 3 dětí, tedy 4 %. Narušená výslovnost ostatních hlásek byla zaznamenána pouze v jednotlivých případech. Veškeré údaje jsou shrnuty v tabulce č. 9, která obsahuje i analýzu narušené artikulace jednotlivých hlásek.

Tab. 9: Výsledky vyšetření narušené artikulace hlásek P, F, Š, Ž, Č, Ň; diftongů EU a OU; a slabik PĚ, MĚ u dětí běžných základních škol

Výsledky vyšetření narušené artikulace hlásek P, F, Š, Ž, Č, Ň; diftongů EU a OU; a slabik PĚ, MĚ u dětí běžných základních škol						
Vadně vyslovené hlásky	Pozice vadně vyslovené hlásky			Projevy dyslalie		
	iniciální	mediální	finální	eliminace	substituce	dystorze
P	1	-	-	-	D – 1	-
F	-	-	1	-	S – 1	-
Š	4	5	5	-	S – 1	interdentální: 5
Ž	4	5	5	-	-	interdentální: 5
Č	3	4	4	-	C – 1	interdentální: 3
Ň	1	-	2	-	N – 3	-
EU	-	3	-	3	-	-
OU	2	2	2	2	-	-
PĚ	-	-	1	-	PE – 1	-
MĚ	1	-	-	-	ME – 1	-



Graf č. 7: Projevy dyslálie u ostatních hlásek

Na grafu č. 7 můžeme vidět, že na rozdíl od prealveolárních konsonantů, kde se distorze objevovala u téměř všech hlásek, se u ostatních hlásek objevila pouze ve třech případech. Zatímco výskyt substituce byl v tomto případě vyšší než u prealveolárních konsonantů.



Graf č. 8: Pozice vadně vyslovené hlásky ve slově u ostatních hlásek

Pokud porovnáme graf č. 6 s grafem č. 8, zjistíme, že zatímco u prealveolárních konsonantů byly všechny hlásky kromě hlásky D vysloveny chybně ve všech pozicích. U ostatních hlásek se to týká pouze postalveolárních hlásek a diftongu OU.

6.1.1.2 Výsledky vyšetření artikulace z hlediska fonetického u dětí základní školy logopedické

Výsledky vyšetření artikulace prealveolárních konsonantů

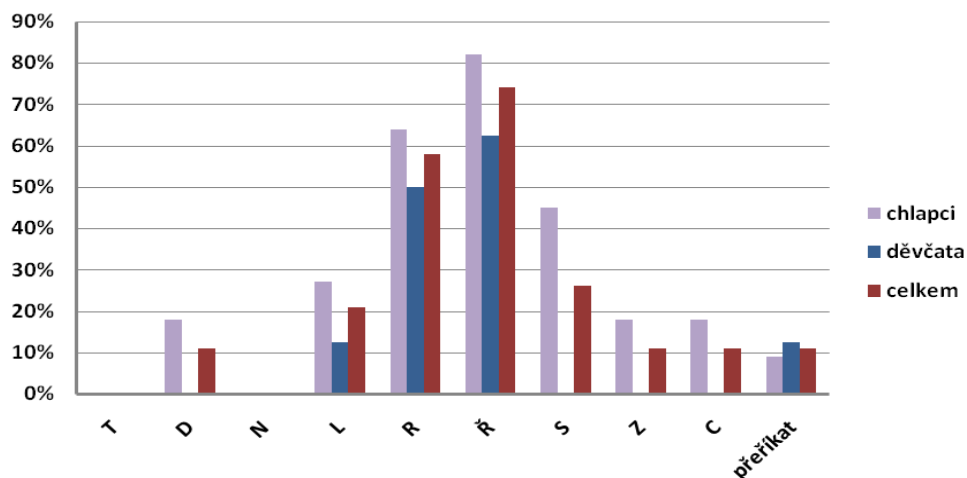
Na základní škole logopedické bylo celkem vyšetřeno 19 dětí. Nejčastější byla porucha výslovnosti vibrantu Ř, a to u 74 % vyšetřených dětí. Vibrantu R vadně vyslovovalo 58 % dětí. Další nejčastější byla narušená artikulace konstriktivu S (26 %) a laterálního konstriktivu L (21 %). Nejnižší byl výskyt narušené artikulace konstriktivu Z, semiokluzivu C a okluzivu D, která byla zaznamenána u 11 % dětí.

Pokud se zaměříme na výslovnost slov, která obsahovala hlásky L, R, Ř, S, Z, C dvakrát, tak zjistíme, že narušená byla výslovnost pouze u slova, které obsahovalo hlásku Ř, tedy u slova PŘEŘÍKAT. Chybná výslovnost tohoto slova byla zaznamenána u 11 % dětí. Nepočítáme ovšem děti, které hlásky L, R, Ř, S, Z, C vyslovovaly chybně. Celkové výsledky vyšetření výslovnosti prealveolárních konsonantů na základní škole logopedické shrnuje tabulka č. 10 a graf č. 9, kde je možno sledovat jak rozdílné jsou výsledky u chlapců a u dívek.

Tab. 10: Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické.

Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické.						
Prealveolární konsonanty	chlapci		dívký		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
T	-	-	-	-	-	-
D	2	18	-	-	2	11
N	-	-	-	-	-	-
L	3	27	1	12,5	4	21
R	7	64	4	50	11	58
Ř	9	82	5	62,5	14	74
S	5	45	-	-	5	26
Z	2	18	-	-	2	11
C	2	18	-	-	2	11
přeříkat	1	9	1	12,5	2	11

Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické



Graf č. 9: Narušená artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické.

Nyní se zaměříme na projevy narušené artikulace prealveolárních konsonantů. Jak bylo uvedeno výše, jednotlivé hlásky byly vyšetřeny ve třech pozicích ve slově.

U hlásek S, Z, C, se narušená výslovnost vyskytovala bez ohledu na pozici ve slově. U hlásek R a Ř byla častější chybná výslovnost uprostřed slova, hlavně ve shluku souhlásek, a to po hlásce T. Hlávka D byla vadně vyslovena ve dvou případech, přičemž v jednom případě byla narušena artikulace hlásky D pouze v pozici iniciální, ve druhém případě ve všech třech pozicích ve slově. Hlávka L byla v jednom případě chybně vyslovena pouze v pozici mediální, v ostatních případech byla její artikulace narušena bez ohledu na pozici ve slově.

Podle projevů narušené artikulace jsme rozlišovali eliminace, substituce nebo distorze hlásek. Eliminace se vyskytovala jen ojedinele. Zaznamenali jsme ji pouze u hlásky L ve třech případech a S v jednom případě. Častější byla substituce, která se vyskytovala u všech prealveolárních konsonantů kromě D. Vibranta R byla v tomto případě nahrazována hláskou L u 16 % vyšetřených dětí, vibranta Ř byla nahrazena hláskou Ž u 21 % vyšetřených dětí, konstriktiv S hláskou Š a Č u 5 % vyšetřených dětí, konstriktiv Z hláskou Ž u 10 % vyšetřených dětí, semiokluziv C hláskou Č a Š u 5 % vyšetřených dětí a laterální konstriktiv L hláskou J v jednom případě.

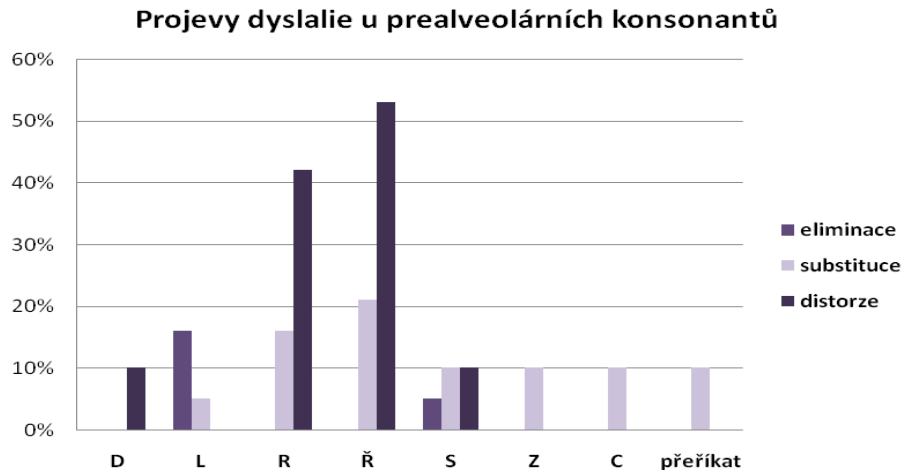
Nejčastějším typem dyslalie byla distorze hlásek. U hlásek R a Ř jsme zaznamenali velární dyslalii, a to u 26 % vyšetřených dětí u každé hlásky, a v několika případech byla hlávka R a Ř tvořena vícekmitně, a to u 16 % vyšetřených dětí u hlásky Ř a v jednom případě u hlásky R. V ostatních případech nebylo možné určit bližší typ dyslalie. Ve dvou případech

byla hláska D vyslovena addentálně. Hláska S byla ve dvou případech vyslovena interdentalně.

Hlázky L, R, Ř a S jsme, jak je uvedeno výše, vyšetřovali také ve slovech, kde se vyšetřovaná hláska vyskytovala dvakrát. Zaznamenali jsme pouze chybnou výslovnost slova PŘEŘÍKAT u dvou dětí. Jednalo se o substituci, kdy děti místo Ř vyslovovaly Ž. Údaje jsou shrnuty v tabulce č. 11 a grafech č. 10 a 11.

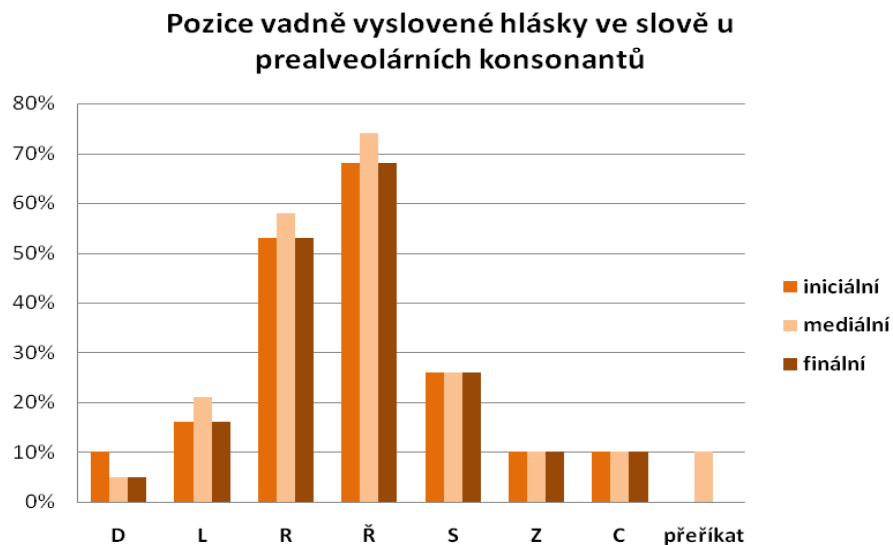
Tab. 11: Výsledky vyšetření narušené artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické.

Výsledky vyšetření narušené artikulace prealveolárních konsonantů u dětí základní školy logopedické						
Vadně vyslovené hlásky	Pozice vadně vyslovené hlásky			Projevy dyslalie		
	iniciální	mediální	finální	eliminace	substituce	dystorze
D	2	1	1	-	-	addentální: 2
L	3	4	3	3	J – 1	-
R	10	11	10	-	L – 3	velární: 5 ostatní: 2 víceksmitové: 1
Ř	13	14	13	-	Ž – 4	velární: 5 ostatní: 2 víceksmitové: 3
S	5	5	5	1	Š – 1 Č – 1	interdentalní: 2
Z	2	2	2	-	Ž – 2	-
C	2	2	2	-	Č – 1 Š – 1	-
přeříkat	-	2	-	-	Ž – 2	-



Graf č. 10: Projevy dyslalie u prealveolárních konsonantů

Jak je z grafu č. 10 patrné, substituce se vyskytovala až na jediný případ u všech hlásek. Nejčastější byl výskyt distorze hlásky Ř a R. Hlásky T a N v grafu nejsou uvedeny, protože narušená výslovnost těchto hlásek nebyla během vyšetření zaznamenána.



Graf č. 11: Pozice vadně vyslovené hlásky ve slově u prealveolárních konsonantů

V grafu č. 11 můžeme vidět, že všechny prealveolární konsonanty byly chybně vysloveny ve všech pozicích ve slově. Nejčastější byl výskyt vadné výslovnosti u hlásky Ř v pozici mediální. Hlásky T a N v grafu nejsou uvedeny, protože chybná výslovnost těchto hlásek nebyla během vyšetření zaznamenána.

Narušená artikulace ostatních hlásek

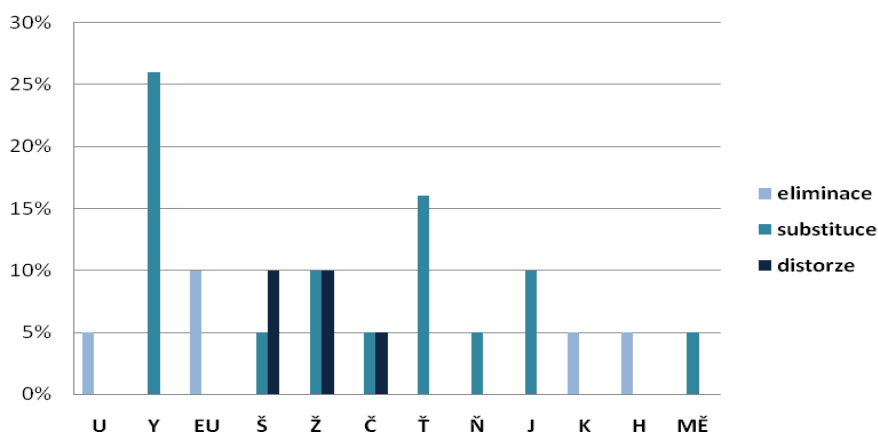
U dětí ze základní školy logopedické se vyskytovala narušená artikulace vokálů U, Y; diftongu EU; postalveolárních konstriktiv Š, Ž a semiokluzivu Č; palatálních okluziv Ť, Ň a konstriktiv J; velární okluzivy K a laringeální konstriktiv H a slabiky MĚ.

Nejčastější byl výskyt narušené artikulace vokálu Y, kdy dětem dělalo problémy vyslovit slova *tóny, kanystř, dým, týden*. Tato porucha výslovnosti byla zaznamenána u 26 % dětí. Druhá nejčastější byla narušená artikulace hlásky Ž (21 %), Š (16 %) a J (16 %). Vadná výslovnost hlásky Č a diftongu EU se vyskytovala u 11 % dětí. Nejnižší byl výskyt narušené výslovnosti hlásek U, Ť, Ň, K, H a slabiky MĚ a to pouze u 5 % dětí.

Tab. 12: Výsledky vyšetření narušené artikulace hlásek U, Y, Š, Ž, Č, Ť, Ň, J, K, H; diftongů EU; a slabik MĚ u dětí základní školy logopedické.

Výsledky vyšetření narušené artikulace hlásek U, Y, Š, Ž, Č, Ť, Ň, J, K, H; diftongů EU; a slabik MĚ u dětí základní školy logopedické						
Vadně vyslovené hlásky	Pozice vadně vyslovené hlásky			Projevy dyslalie		
	iniciální	mediální	finální	eliminace	substituce	dystorze
U	-	-	1	1	-	-
Y	-	4	1	-	I po N – 2 I po D – 1 I po T - 2	-
EU	-	2	-	2	-	-
Š	2	3	2	-	Č – 1	interdentální: 2
Ž	3	2	2	-	DŽ - 2	interdentální: 2
Č	2	2	2	-	Š - 1	interdentální: 1
Ť	-	1	-	-	T – 3	-
Ň	1	-	-	-	N – 1	-
J	-	2	-	-	L - 2	-
K	-	-	1	1	-	-
H	1	-	-	1	-	-
MĚ	1	1	1	-	ME - 1	-

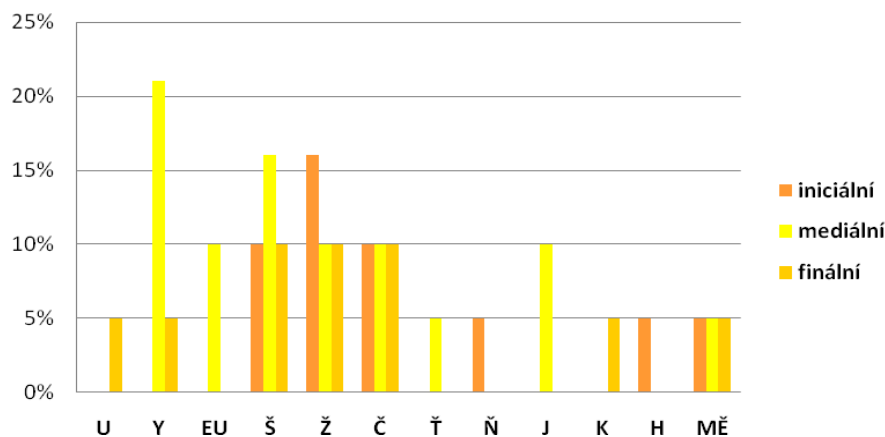
Projevy dyslalie u ostatních hlásek



Graf č. 12: Projevy dyslalie u ostatních hlásek

Z grafu č. 12 vyplývá, že nejčetnější byl výskyt substituce vokálu Y, kdy žáci místo Y vyslovovali I a to po hláskách T, D, N. Distorze se, stejně jako u dětí z běžných základních škol, vyskytovala pouze u postalveolárních konsonantů.

Pozice vadně vyslovené hlásky ve slově u ostatních hlásek



Graf č. 13: Pozice vadně vyslovené hlásky ve slově u ostatních hlásek

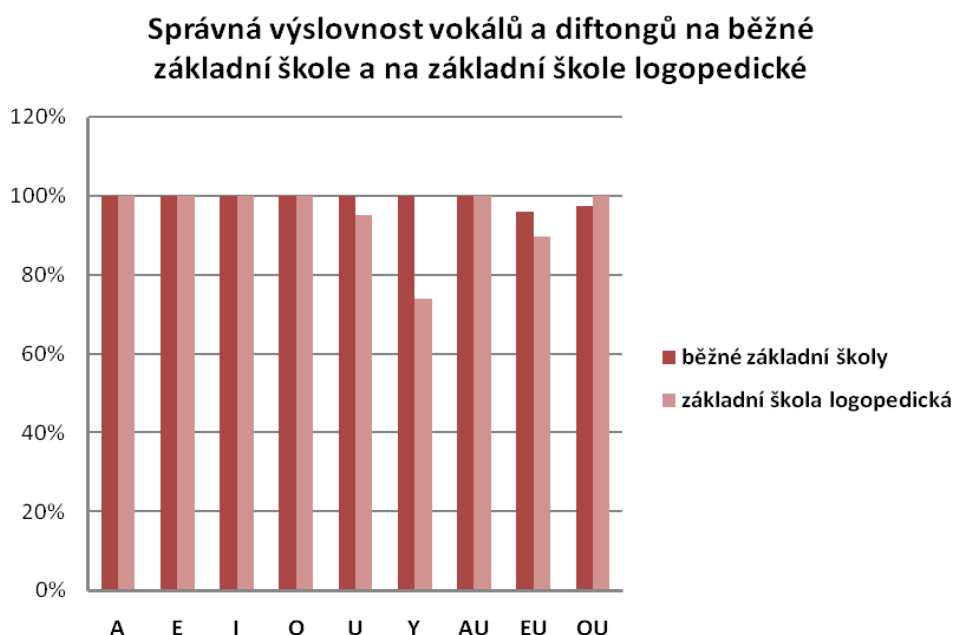
Jak můžeme vidět na grafu č. 13, chybná výslovnost ve všech třech pozicích ve slově byla zaznamenána pouze u postalveolárních konsonantů a slabiky MĚ. Nejčetnější byl výskyt vadné výslovnosti vokálu Y v pozici mediální.

6.1.1.3 Porovnání výsledků vyšetření artikulace získaných na základních školách a na základní škole logopedické

Během našeho výzkumu jsme vyšetřili 81 dětí ze základních škol a 19 dětí ze základní školy logopedické. Pokud porovnáme výsledky z těchto dvou typů škol, tak jednoznačně vyšší počet dětí s narušenou artikulací z hlediska fonetického bylo v základní škole logopedické. Poruchou výslovnosti hlásek zde trpí 95% dětí, jen jediné dítě mělo narušenou artikulaci pouze z fonologického hlediska. V základních školách byla diagnostikována narušená artikulace hlásek u 40 % dětí (viz graf č. 3)

Pokud se zaměříme na vokály a diftongy, tak u dětí z běžných základních škol nebyla zaznamenána narušená výslovnost žádného vokálu, zatímco v základní škole logopedické byla zaznamenána porucha výslovnosti vokálu U v jediném případě a vokálu Y u 26 % dětí. Narušená artikulace diftongů byla četnější opět u dětí ze základní školy logopedické, a to 10 %, zatímco na běžných základních školách byla četnost výskytu 6 %. Na základní škole logopedické však byla zaznamenána narušená artikulace pouze jednoho diftongu EU. Na běžných základních školách se naopak vyskytovala chybná výslovnost diftongů EU a OU.

Výsledky správné výslovnosti vokálů a diftongů znázorňuje graf č. 14.

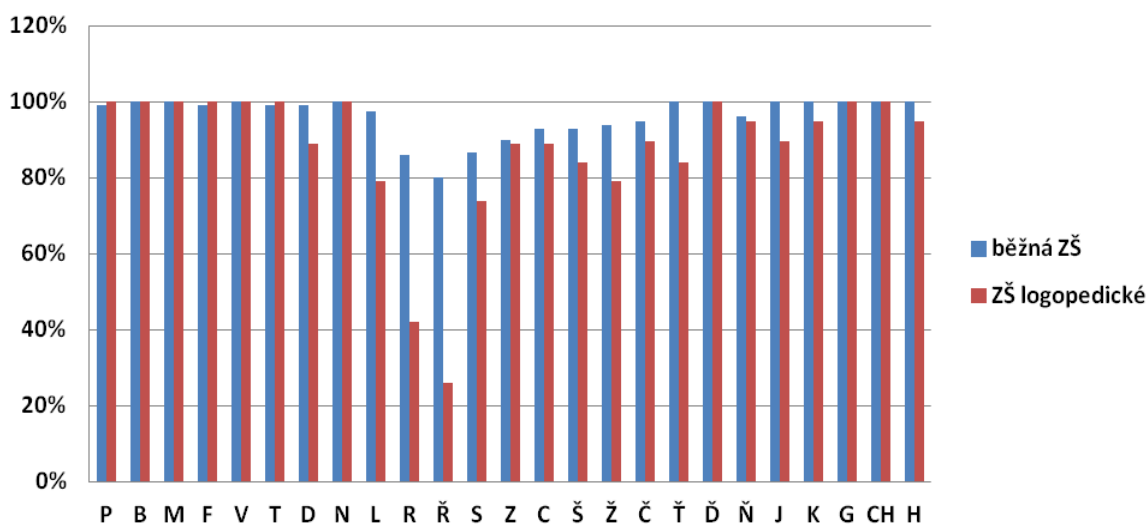


Graf č. 14: Správná výslovnost vokálů a diftongů na běžné základní škole a na základní škole logopedické.

Při vyšetření výslovnosti konsonantů jsme zaznamenali narušenou výslovnost hlásek P, F, T, D, L, R, Ř, S, Z, C, Š, Ž, Č, Ě, Ť, Ň, J, K, H. Nejčtenější byl výskyt narušené artikulace hlásek R, Ř, S a to v obou typech škol. Lišila se pouze četnost, která byla na běžných základních školách podstatně nižší. Chybná výslovnost hlásek P, F, T se vyskytovala pouze na základních školách, zatímco narušená výslovnost hlásek Ě, J, K, H se naopak vyskytovala pouze na základní škole logopedické.

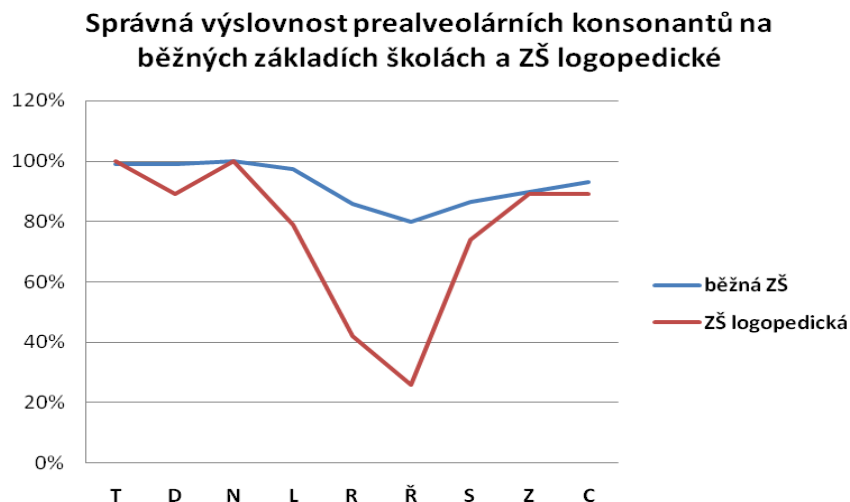
Četnost výskytu správné výslovnosti konsonantů na obou typech škol shrnuje graf č. 15.

**Správná výslovnost konsonantů na běžných základních školách
a na základní škole logopedické.**



Graf č. 15: Správná výslovnost konsonantů na běžných základních školách a na základní škole logopedické.

Pro lepší přehlednost je zde uveden ještě graf č. 16, který porovnává výslovnost prealveolárních konsonantů na obou typech škol.



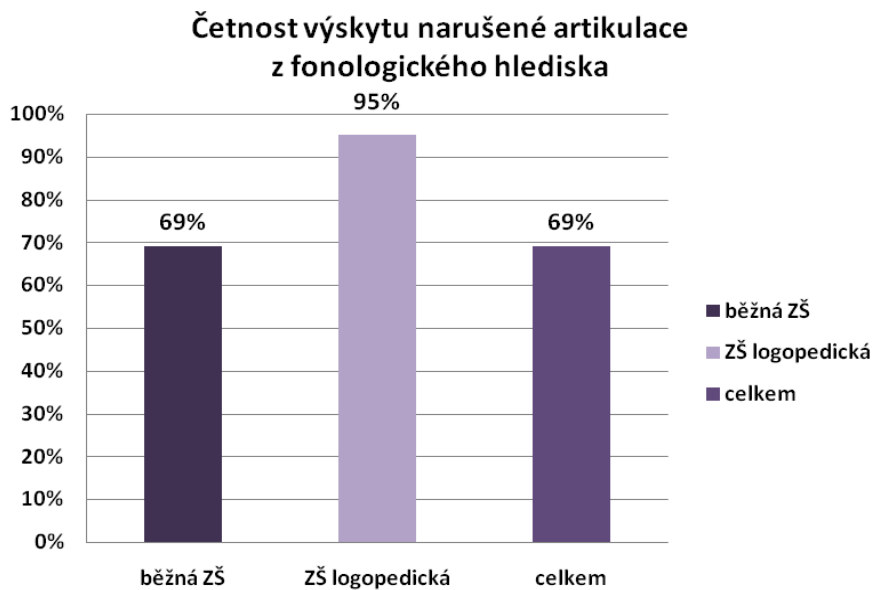
Graf č. 16: Správná výslovnost prealveolárních konsonantů na běžných základních školách a základní škole logopedické.

Poslední částí vyšetření fonetických poruch bylo vyšetření slabik BĚ, PĚ, VĚ, MĚ. V obou typech základních škol se vyskytovala narušená artikulace slabiky MĚ, v obou případech pouze u jediného dítěte. Při vyšetření na běžné základní škole byla ještě zaznamenána chybná výslovnost slabiky PĚ a to v jediném případě.

6.1.2 Vyšetření výslovnosti z hlediska fonologického

Z hlediska fonologického byla za účelem našeho výzkumu vyšetřena u dětí druhých ročníků běžných základních škol a základní školy logopedické četnost výskytu specifických asimilací a artikulační neobratnosti. Seznam slov užitých při vyšetření naleznete v příloze č. 4.

Porucha výslovnosti z hlediska fonologického, která je v České republice známá pod pojmem kontextová dyslalie, byla zaznamenána u 69 % všech vyšetřených dětí. Na běžných základních školách byla četnost výskytu kontextové dyslalie 63 %, na základní škole logopedické 95 % (viz graf č. 17).



Graf č. 17: Četnost výskytu narušené artikulace z fonologického hlediska

6.1.2.1 Výsledky vyšetření specifických asimilací

V rámci vyšetření specifických asimilací jsme sledovali správnou výslovnost slov, která obsahovala vždy dvě problémové hlásky, a to SŠ, ŠS, ZŽ, ŽZ, CČ, ČC, LR, RL a slova obsahující současně tvrdou a měkkou slabiku. Na závěr byly děti vyšetřeny, jak dokáží vyslovit slova, která obsahovala současně znělé i neznělé sykavky S, Z a polosykavku C (viz příloha č. 4).

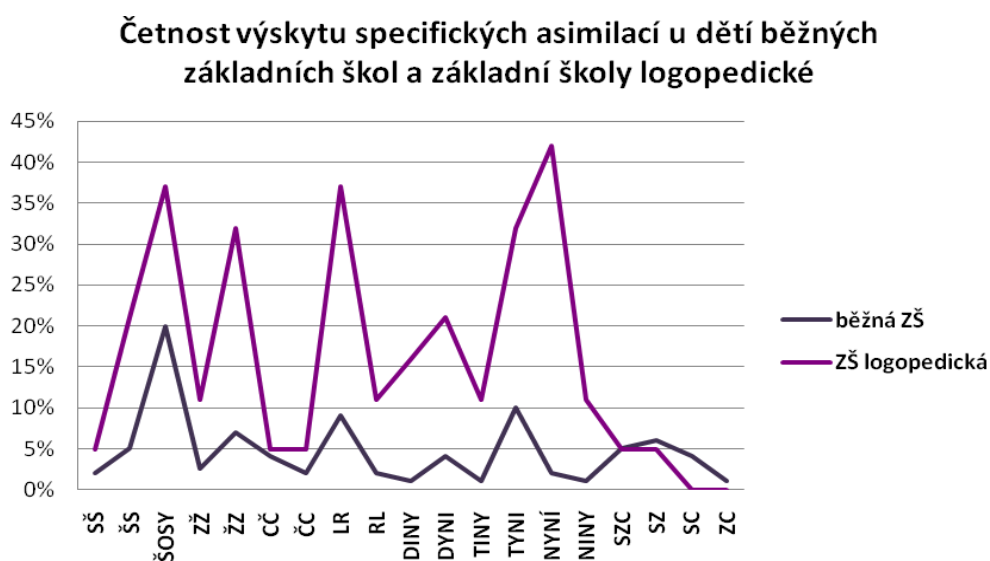
Na běžných základních školách byly zaznamenány specifické asimilace u 31 % vyšetřených dětí. Největší problém měly děti s výslovností slova ŠOSY i přesto, že ostatní slova obsahující hlásky ŠS vyslovily dobře. Děti nejčastěji místo ŠOSY vyslovovaly SOŠI. Tento problém se vyskytoval u 20 % vyšetřených dětí. Kromě problému s výslovností slova ŠOSY byl nejčastější výskyt narušené artikulace slova KRISTÝNINO, a to u 10 % vyšetřených dětí. Děti místo KRISTÝNINO vyslovovaly KRISTÍNINO nebo pouze KRISTÝN. Vysoká četnost výskytu narušené artikulace byla dále u slov obsahující hlásky LR (9 %), ŽZ (7 %) a SZ (6%). Děti v těchto případech místo LR vyslovovaly RR (např. místo klavír vyslovily kravír), místo ŽZ vyslovovaly ŽŽ (např. místo žaluzie vyslovily žalužie) a místo SZ vyslovovaly ZZ tedy místo Suzuky vyslovily Zuzuky. U slov obsahující ostatní zkoumané jevy byl výskyt narušené artikulace jen nepatrný, a to od jednoho až po čtyři případy.

Na základní škole logopedické byly specifické asimilace zjištěny u 90 % vyšetřených dětí. Nejvyšší výskyt byl zaznamenán u slova NYNÍ, kdy děti vyslovovaly NINÍ. Tento jev se

vyskytoval u 42 % vyšetřených dětí. Stejně jako u dětí z běžných základních škol, i zde dělalo dětem značné problémy slovo ŠOSY, i přesto, že ostatní slova obsahující ŠS vyslovily správně. Opět místo ŠOSY, vyslovovaly SOŠI. Narušená výslovnost tohoto slova byla zaznamenána u 37 %. Stejně procento dětí chybně vyslovovaly slova obsahující LR. Další čteně se vyskytující byla porucha výslovnosti slov obsahující hlásky ŽŽ a slova KRISTÝNINO, a to u 32 % vyšetřených dětí. Děti místo ŽŽ vyslovovaly ZZ (např. místo žaluzie vyslovily zazuluzie) a místo slova KRISTÝNINO vyslovovaly stejně jako děti na běžných základních školách KRISTÍNINO. U slov obsahující ostatní zkoumané jevy byl výskyt narušené artikuce jen nepatrný, a to od jednoho až po čtyři případy. U slov obsahující hlásky SC a ZC nebyla zaznamenána žádná porucha výslovnosti.

Pokud bychom tedy porovnali výsledky vyšetření specifických asimilací u dětí na běžných základních školách a u dětí ze základní školy logopedické, zjistíme, že čtenější výskyt specifických asimilací je u dětí ze základní školy logopedické.

Z grafu č. 18 je patrné, jaké byly rozdíly ve výskytu jednotlivých specifických asimilací u dětí z běžných základních škol a ze základní školy logopedické.



Graf č. 18: Četnost výskytu specifických asimilací u dětí běžných základních škol a základní školy logopedické.

6.1.2.2 Výsledky vyšetření artikulační neobratnosti

V rámci vyšetření artikulační neobratnosti bylo dětem postupně předloženo deset slov náročných na výslovnost. Jednalo se o slova složená, víceslabičná, slova se shluky souhlásek a slova s předponou nejne-. Seznam užitých slov naleznete v příloze č. 4.

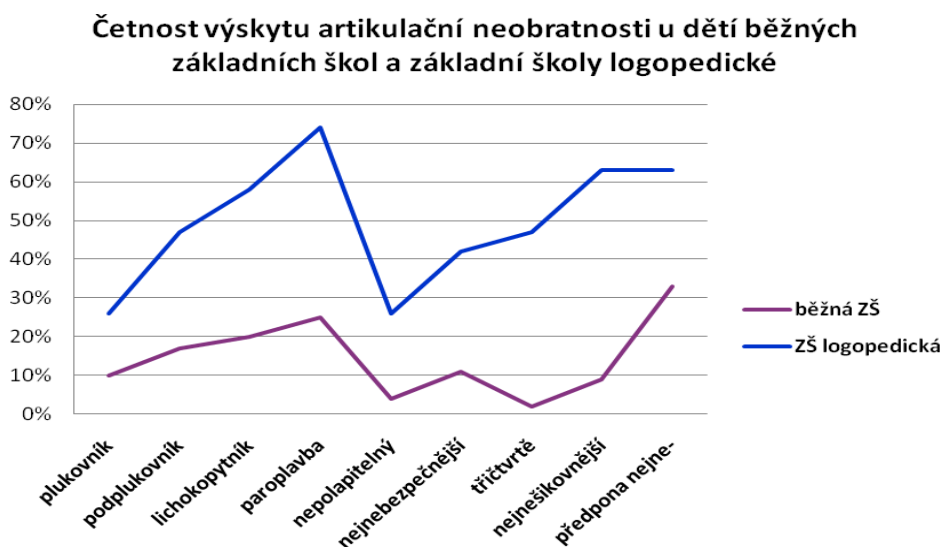
Celkově byla zjištěna artikulační neobratnost u 62 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí, z toho na běžné základní škole u 56 % z celkového počtu 81 vyšetřených dětí a na základní škole logopedické u 89 % z celkového počtu 19 vyšetřených dětí.

Na běžných základních školách byla zaznamenána nejvyšší četnost výskytu narušené artikulace u slov obsahující předponu NEJNE-, a to u 33% vyšetřených dětí. Četný výskyt narušené artikulace byl zaznamenán rovněž u slov PAROPLAVBA (25%), LICHOKOPYTNÍK (20%) a PODPLUKOVNÍK (17%). U ostatních slov nepřesahovala četnost výskytu narušené artikulace 12%.

U dětí na základní škole logopedické byl nejčetnější výskyt narušené artikulace slova PAROPLAVBA a to u 74% vyšetřených dětí. Druhý nejčetnější byl výskyt narušené výslovnosti slov s předponou NEJNE-, přičemž slovo NEJNEŠIKOVNĚJŠÍ bylo zároveň komoleno. Vadná výslovnost těchto slov byla zaznamenána u 63% vyšetřených dětí. Četný výskyt narušené výslovnosti byl zaznamenán také u slov LICHOKOPYTNÍK (58%), PODPLUKOVNÍK a TŘIČTVRTĚ (47%). U ostatních slov nepřesáhla četnost výskytu chybné výslovnosti 42%.

U dětí z obou typů škol byl výsledek vyšetření projevů narušené artikulace těchto slov totožný. Slova byla nejčastěji komolena, v několika případech nebyly děti schopny některá slova vyslovit. Nejčastěji docházelo k přesmykování slabik či vynechání koncové slabiky. Co se týče předpony nejne-, tak ve většině případů místo předpony nejne- vyslovily děti předponu nej- . V několika případech děti vyslovily zdvojenou předponu nejnej- .

Když porovnáme výsledky z obou typů škol, je patrné, že čtenější výskyt artikulační neobratnosti je opět u dětí ze základní školy logopedické, jak ukazuje graf č. 19.

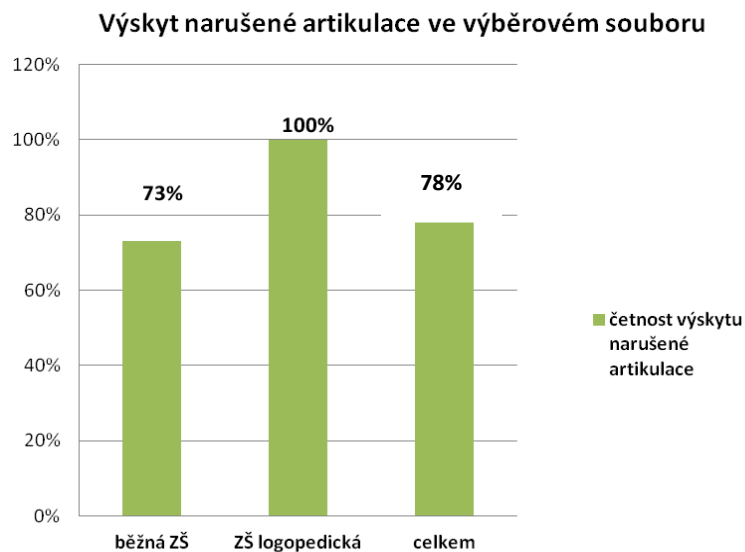


Graf č. 19: Četnost výskytu artikulační neobratnosti u dětí běžných základních škol a základní školy logopedické.

6.1.3 Stav artikulace u dětí druhých ročníků běžných základních škol a základní školy logopedické

Pokud shrneme všechny výše uvedené výsledky z vyšetření výslovnosti, tak z celkového počtu 100 vyšetřených dětí pouze 22 % mělo správnou výslovnost, nebyla u nich tedy zaznamenána fonetická ani fonologická porucha. Všechny tyto děti byly z běžné základní školy. Správná výslovnost byla tedy zaznamenána u 27 % z celkového počtu 81 vyšetřených dětí na běžných základních školách. Na základní škole logopedické nebyl zaznamenán jediný případ správné výslovnosti.

Jak ukazuje graf č. 20, v běžných základních školách mělo narušenou výslovnost 59 dětí, tedy 73 % z celkového počtu 81 vyšetřených dětí. V základní škole logopedické mělo narušenou artikulaci všech 19 dětí, tedy 100 %. Celkem tedy trpělo narušenou výslovností 78 dětí ze 100, tedy 78 %. Do údaje jsou zahrnuty jak porucha fonetické, tak i fonologické.



Graf č. 20: Výskyt narušené artikulace ve výběrovém souboru

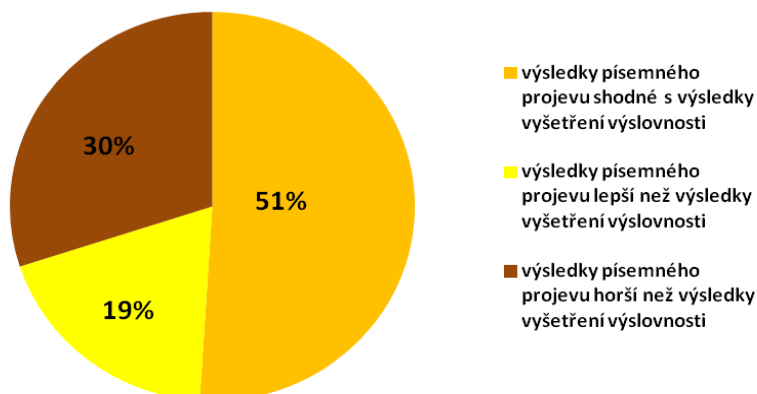
6.2 Výsledky diktátu

V našem výzkumném šetření jsme se nezaměřili pouze na vyšetření samotné výslovnosti, ale také na to, zda se narušená výslovnost v mluveném projevu projeví také v psaném projevu dětí.

Na diktát bylo vybráno deset slov z vyšetření specifických asimilací a artikulaci neobratnosti. Obsah diktátu naleznete v příloze č. 4.

U 51 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí se výsledky písemného projevu shodovaly s výsledky vyšetření výslovnosti v mluveném projevu. To znamená, že pokud dítě nemělo problémy s výslovností v mluveném projevu, mělo i písemný projev napsaný bez chyby, nebo pokud dítě slovo špatně vyslovilo, tak ho zároveň chybně napsalo, přičemž chyba v psaném projevu se shodovala s chybou v mluveném projevu. U 19 % vyšetřených dětí byly výsledky písemného projevu lepší než výsledky vyšetření výslovnosti, což znamená, že slova, která dítě chybně vyslovilo, napsalo v diktátu správně. 30% vyšetřených dětí mělo výsledky písemného projevu horší než výsledky vyšetření výslovnosti, tedy slova, která správně vyslovily, napsaly v diktátu chybně. Mezi čteně se vyskytující chyby patřila absence diakritických znamének zejména háčeků a přesmykování hlásek uprostřed slova.

Porovnání výsledků písemného projevu s výsledky vyšetření výslovnosti

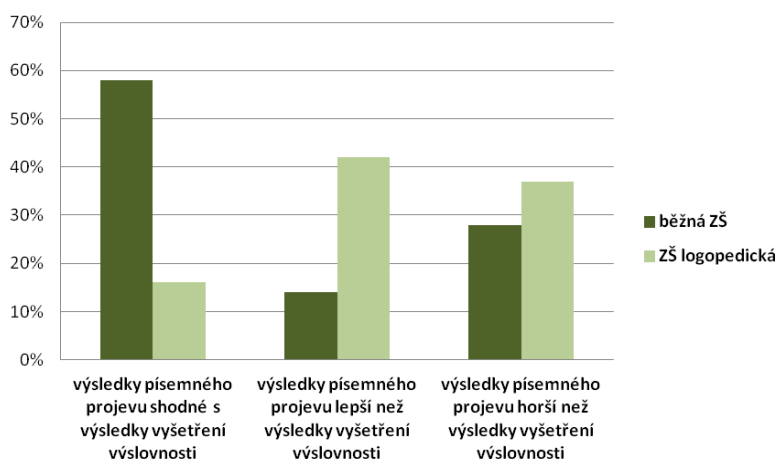


Graf č. 21: Porovnání výsledků písemného projevu s výsledky vyšetření výslovnosti

Na běžných základních školách se výsledky písemného projevu shodovaly s výsledky vyšetření výslovnosti u 58 % vyšetřených dětí. 14 % dětí dosáhlo v písemném projevu lepších výsledků než ve vyšetření výslovnosti a 28 % dětí mělo výsledky písemného projevu horší než výsledky vyšetření výslovnosti.

Na základní škole logopedické se výsledky písemného projevu shodovaly s výsledky vyšetření výslovnosti pouze u 16 % dětí, zatímco u 42 % dětí byly výsledky písemného projevu lepší než výsledky vyšetření výslovnosti. Horších výsledků v písemném projevu než ve vyšetření výslovnosti dosáhlo 37 % vyšetřených dětí.

Porovnání výsledků písemného projevu u dětí běžných základních škol a základní školy logopedické



Graf č. 22: Porovnání výsledků písemného projevu u dětí běžných základních škol a základní školy logopedické

Z grafu č. 22 je patrné, že zatímco v běžných základních školách se nejčastěji výsledky písemného projevu shodovaly s výsledky vyšetření výslovnosti, tak na základní škole logopedické měly děti častěji výsledky písemného projevu lepší než výsledky vyšetření výslovnosti, z čehož vyplývá, že se narušená výslovnost tolik neprojevila v psaném projevu dětí. To se však nedá říci o běžných základních školách, kde se narušená výslovnost výrazně projevila v psaném projevu dětí.

6.3 Výsledky dotazníkového šetření

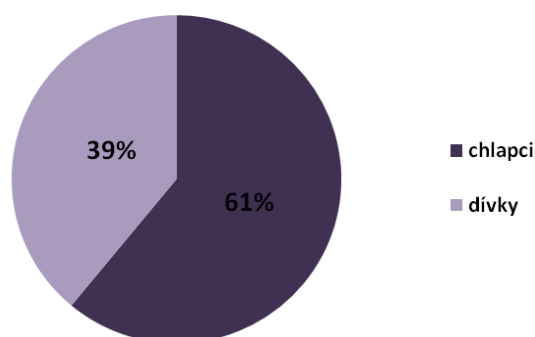
V předchozích kapitolách jsme se věnovali logopedické diagnostice. Naším cílem však nebylo pouze zjistit, jaká je četnost výskytu narušené artikulace u dětí druhých ročníků, ale také, zda rodiče v současné době využívají služeb logopeda a v jaké míře. Výsledkům tohoto výzkumného šetření se budeme věnovat v následující kapitole.

Šetření využitelnosti logopedické intervence jsme realizovali prostřednictvím dotazníku, který byl zaslán rodičům, jež souhlasili s vyšetřením svých dětí. Znění celého dotazníku naleznete v příloze č. 3.

Po vyhodnocení jsme zjistili, že z celkového počtu 95 dotazníků využilo či stále využívá služeb logopeda 52 % rodičů. Pokud porovnáme tyto výsledky s výsledky vyšetření narušené artikulace, zjistíme, že 29 % vyšetřených dětí, u kterých byla zjištěna narušená artikulace nikdy nebyla v péči logopeda, i když tuto péči potřebuje.

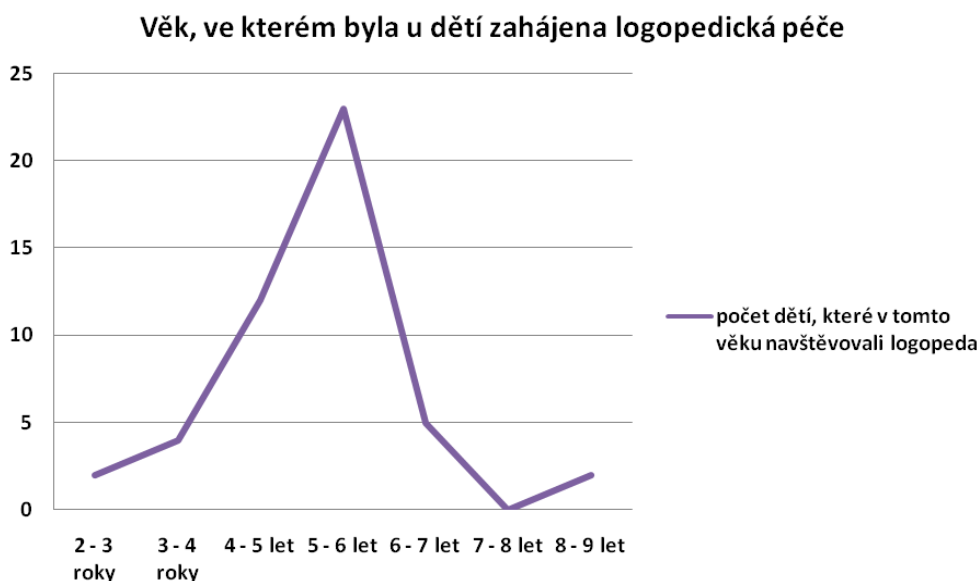
Pokud se zaměříme na pohlaví, tak logopedickou péči využívají převážně chlapci, jak je patrné z grafu č. 23

Využitelnost logopedické intervence z hlediska pohlaví



Graf č. 23: Využitelnost logopedické intervence z hlediska pohlaví.

Průměrný věk, kdy děti začaly navštěvovat logopeda, byl 4 roky 10 měsíců. Je tedy patrné, že nejčastěji rodiče začínají řešit poruchu výslovnosti u svých dětí v předškolním věku. Nejnižší věk, ve kterém dítě začalo navštěvovat logopeda, je 2 roky a 6 měsíců, naopak nejvyšší věk je 8 let a 6 měsíců. Průměrná doba, po kterou děti využívaly logopedickou péči je 2 roky 2 měsíce. Graf č. 24 zobrazuje, v jakém věkové rozhraní začaly děti navštěvovat logopeda nejčastěji.



Graf č. 24: Věk, ve kterém byla u dětí zahájena logopedická péče.

V dotazníku byli rodiče tázáni, zda byla u jejich dětí diagnostikována narušená artikulace prealveolárních konsonantů a pokud ano, tak jakých. Výsledky jsou následující: 27% dětí, které navštěvovaly nebo stále navštěvují logopeda, má či mělo potíže s artikulací hlásky Ř, 24 % s hláskou R, 12 % s hláskami S a Z, 4 % dětí s hláskami L a C a 6 % dětí s hláskami T, D, N. Tyto výsledky bohužel nemůže srovnat s výsledky, jež jsme získali v našem výzkumném šetření, neboť řada dětí již logopedickou péči úspěšně ukončila a tudíž se u nich narušená výslovnost dané hlásky neprojevila. A z důvodu anonymity dotazníků, nebylo možné zjistit, kterých dětí se to týká.

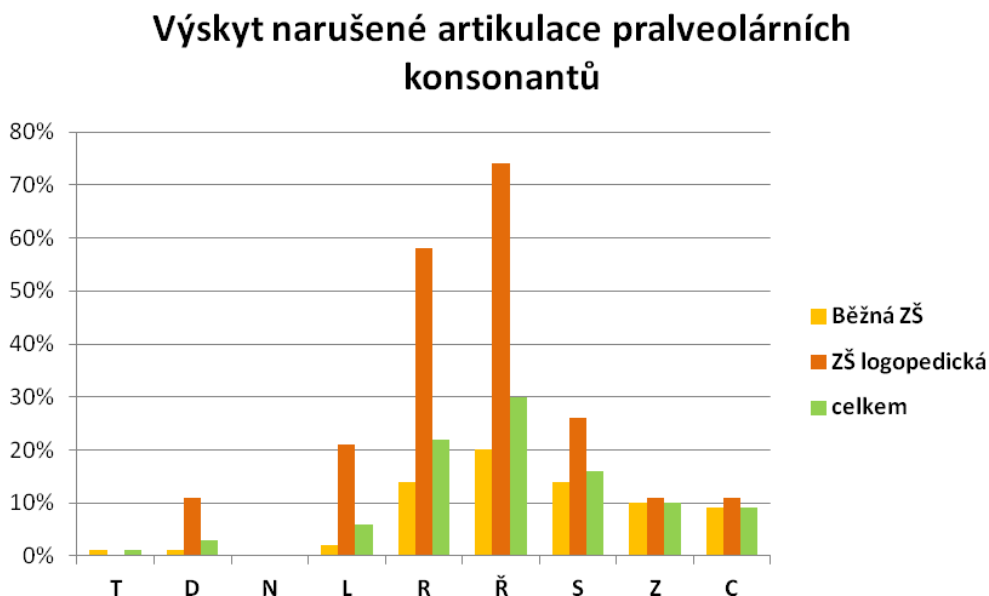
Rodiče v dotazníku měli dále uvést, zda jejich děti mají stále problémy v komunikaci, tedy jestli je jejich artikulace stále narušena. Z výsledků vyplynulo, že 34 dětí z celkového počtu 49 dětí, které navštěvovaly či ještě stále navštěvují logopeda, již nemá problémy v komunikaci. Úspěšnost logopedické péče tudíž činí 69 %.

7 Diskuze

7.1 Stav artikulace prealveolárních konsonantů

Primárním cílem této diplomové práce bylo zjistit stav artikulace prealveolárních konsonantů u dětí druhých ročníků běžných základních škol a základní školy logopedické. Prealveolární konsonanty jsou považovány za hlásky s nejvyšší frekvencí výskytu narušené artikulace. Tomiška (1960) uvádí Ohnesorgovo zjištění, že nejčastěji se vyskytuje narušená výslovnost hlásky Ř - 52 %, R - 22 % a sykavek - 21 %.

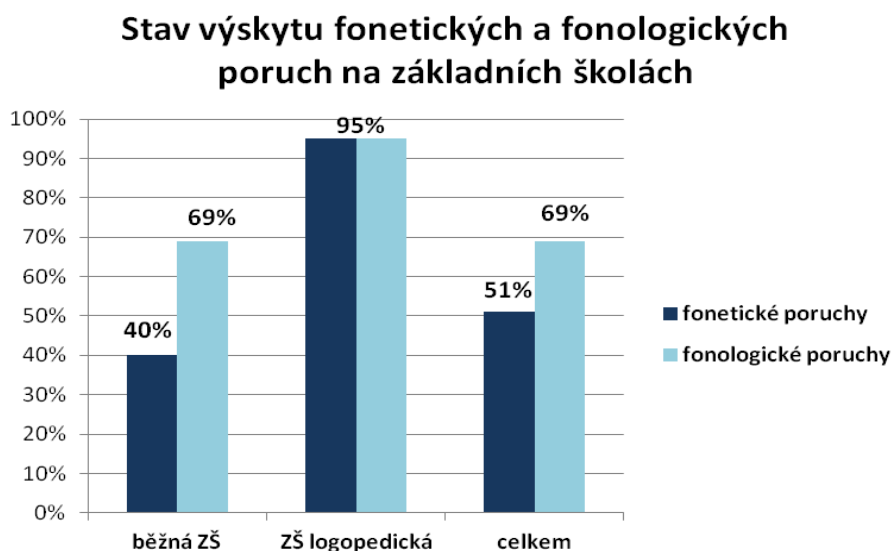
Ani v našem případě tomu nebylo jinak. Nejčtenější byl výskyt nesprávné výslovnosti hlásky Ř a to 30 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí, přičemž na běžných základních školách se jednalo o 20 % z 81 vyšetřených dětí a na základní škole logopedické o 74 % z 19 vyšetřených dětí. Druhý nejčtenější byl výskyt narušené artikulace hlásky R, která byla zjištěna u 22 % ze 100 vyšetřených dětí. V 16 % případů vyslovovaly děti chybně hlásku S a v 10 % případu hlásku Z. Hlásku C chybně vyslovovalo 9 % dětí, hlásku L 6 % dětí, hlásku D 3 % a hlásku T 1 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí. Narušená artikulace hlásky N nebyla zaznamenána u žádného dítěte. Stav výskytu narušené artikulace prealveolárních konsonantů na jednotlivých typech škol zobrazuje graf č. 25.



Graf č. 25: Výskyt narušené artikulace prealveolárních konsonantů

7.2 Stav výskytu fonetických a fonologických poruch

Pokud bychom měli zhodnotit stav výskytu fonetických a fonologických poruch, tak z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že čtenější je výskyt poruch fonologických, konkrétně specifických asimilací a artikulační neobratnosti, a to 69 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí. Na **běžných základních školách** byly fonologické poruchy zjištěny u **69 %** z 81 vyšetřených dětí a na **základní škole logopedické** u **95 %** z 19 vyšetřených dětí. Četnost výskytu **fonetických poruch** činila **51 %** z celkového počtu 100 vyšetřených dětí, přičemž v **běžných základních školách** byly fonetické poruchy diagnostikovány u **40 %** z 81 vyšetřených dětí a na **základní škole logopedické** u **95 %** z celkového počtu 19 vyšetřených dětí. Výše uvedené údaje jsou shrnuty v grafu č. 26.



Graf č. 26: Stav výskytu fonetických a fonologických poruch na běžných základních školách a na základní škole logopedické

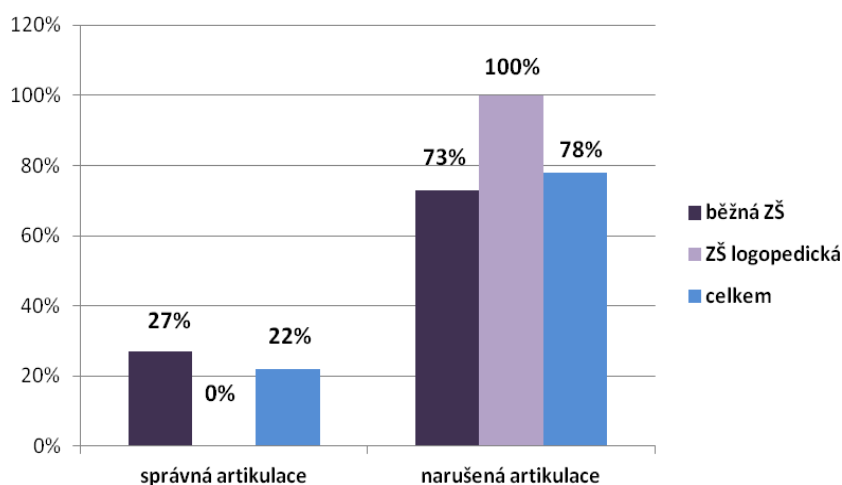
7.3 Celkový stav artikulace u dětí druhých ročníků základních škol

Z celkového vyhodnocení výsledků našeho šetření u druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické jsme zjistili toto: celkový počet dětí se **správnou artikulací** činí **22 %** ze 100 vyšetřených dětí, přičemž v **běžných základních školách** byla četnost výskytu správné artikulace **27 %** z 81 vyšetřených dětí a na **základní škole logopedické** nebyla správná artikulace zaznamenána u **žádného dítěte**. Z toho tedy vyplývá, že celkový výskyt

narušené artikulace činí **78 %** z celkového počtu 100 dětí. Na **běžných základních školách** se vyskytovala narušená artikulace u **73 %** dětí z celkového počtu 81 vyšetřených dětí a na **základní škole logopedické** byla narušená artikulace zaznamenána u všech 19 vyšetřených dětí, tedy u **100 %**. V údajích jsou zahrnuty jak fonetické, tak i fonologické poruchy.

Celkový přehled současného stavu výslovnosti v druhých ročnících na běžných základních školách a na základní škole logopedické zobrazuje graf č. 27.

Celkový přehled stavu výslovnosti na základních školách



Graf č. 27: Celkový přehled stavu výslovnosti na běžných základních školách a na základní škole logopedické.

Pokud bychom chtěli porovnat naše výsledky s četností výskytu narušené artikulace udávané v odborné literatuře, musíme si nejprve uvést údaje uváděné jednotlivými autory. Je však nutné si uvědomit, že níže uvedené údaje se týkají pouze poruch fonetických, dříve označovaných pojmem dyslalie.

Výskyt narušené artikulace je možno analyzovat z více hledisek. Pro nás je nejdůležitější hledisko věkové. Nejčetnější výskyt narušené artikulace je v předškolním věku, kdy je však stále ještě jevem fyziologickým. Seeman (1955) uvádí výsledky výzkumného šetření Brůžové, Fišerové a Štulíkové z roku 1929/1930, kdy byla narušená artikulace zjištěna u 51 % dětí předškolního věku. Pro nás jsou však důležitější výsledky statistik u dětí školního věku. Seeman (1955) uvádí výsledky šetření Dubnové z let 1951/1952, které uvádějí 24,4 % dětí s narušenou artikulací na základních školách v kolínském okresu. Salamonová (2003) dále uvádí výsledky šetření Olchavové z roku 1973 publikované Sovákem, kdy bylo zjištěno

u dětí 1. stupně základní školy 42, 8 % narušené artikulace. Dále uvádí výsledky výzkumného šetření Janotové a kol. z roku 1989, kdy byla na pražských školách diagnostikována narušená artikulace u 38 % dětí. V roce 1999 uvádí Půstová u dětí 1. tříd 36 % narušené artikulace. S přibývajícím věkem však výskyt narušené výslovnosti klesá, přičemž největší pokles je uváděn právě ve věku mezi 5 až 9 lety. Proto je potřeba pro zjištění přesnějších údajů rozdělit sledovanou skupinu dětí podle věku. Brůžová, Fišerová a Štulíková (In Seeman, 1955) zjistily z výzkumu realizovaného v letech 1929/1930 u dětí mezi 6. - 7. rokem 37 % nesprávné výslovnosti. Tomiška (1960) uvádí výsledky nejrozsáhlejšího šetření, které proběhlo v roce 1949 na 36 školách. V prvních třídách bylo zjištěno 33 % nesprávné výslovnosti, ve druhých třídách 22 %, ve třetích třídách 18 %, ve čtvrtých třídách 14 % a v pátých třídách pouze 10 % narušené artikulace.

Porovnat výsledky statistických šetření s našimi výsledky je značně problematické, neboť, jak je z výše uvedeného patrné, statistiky většinou uvádějí výsledky dětí z širší věkové skupiny. Proto jsou pro naše účely vhodné pouze výsledky Tomišky (1960), který se zaměřoval na jednotlivé ročníky. Bohužel toto výzkumné šetření je již poněkud zastaralé a je tedy potřeba zrealizovat novější celostátní výzkumné šetření, které by zmapovalo aktuální stav výslovnosti u dětí v jednotlivých ročnících základních škol.

I bez ohledu na srovnání se statistickými údaji je zřejmé, že námi zjištěné procento výskytu narušené artikulace je značně vysoké, u fonetických poruch to činí 51 %. Důvodů může být mnoho. Jedním z nich může být, jak uvádí Lechta (1990), nejednotnost kritérií posuzování výslovnosti. Autorka diplomové práce při vyšetření zaznamenávala jakoukoliv i nepatrnou odchylku ve výslovnosti té dané hlásky, tedy i v případě, že byla hláska chybně vyslovena pouze v jediném místě ve slově.

Dalším důvodem může být jistá zanedbanost ze strany rodičů, co se týče výslovnosti jejich dětí. Z výsledků šetření zaměřeného na zjištění využívanosti logopedické péče, které jsme realizovali prostřednictvím dotazníku, bylo zjištěno, že pouze 52 % rodičů z 95 využilo či stále využívá služeb logopeda. Pokud tento výsledek porovnáme s výsledkem narušené artikulace, zjistíme, že velké procento rodičů služeb logopeda nevyužilo ani nevyužívá.

7.4 Dopad narušené artikulace na školní dovednosti

Vyštejn (1991) uvádí, že dítě s narušenou artikulací mívá potíže při psaní a čtení. Největší potíže při čtení a psaní dle Vyštejna (1991) mají děti, u nichž převládá substituce,

tedy nahrazování hlásky hláskou artikulačně méně náročnou – říká-li totiž dítě například slovo *koluna* (*koruna*), tak ho také tak napíše. Ke stejným závěrům jsme došli i v našem výzkumném šetření, kde jsme žákům předložili diktát deseti slov. V našem případě se sice nejednalo o slova zaměřená na vyšetření fonetických poruch, o nichž hovoří Vyšejn, nýbrž se jednalo o slova převzatá z vyšetření poruch fonologických, tedy slova na výslovnost i grafickou podobu náročnější.

Z celkového počtu 100 vyšetřených dětí se u 51 % shodoval písemný projev s výsledky vyšetření výslovnosti. Pokud tedy dítě nemělo problémy s výslovností v mluveném projevu, mělo i písemný projev bez chyby, zatímco děti, které daná slova chybně vyslovila, zároveň i chybně napsala, přičemž chyba byla stejná jak v mluveném tak i v psaném projevu. Pouze 19 % vyšetřených dětí mělo výsledky diktátu lepší než výsledky vyšetření výslovnosti, což znamená, že se narušená artikulace neprojevila v jejich písemném projevu. Na druhou stranu 30% dětí mělo výsledky diktátu horší než výsledky vyšetření výslovnosti (viz graf č. 21, podkap. 6.2)

Kromě narušené artikulace se autorka setkala ve čtyřech případech s dětmi s dysgrafií a u jednoho dítěte s dysgramatismem. Na dysgrafii autorka usoudila z toho důvodu, že děti kombinovaly i v rámci jednoho slova tiskací a psací písmo a vynechávaly hlásky. Dysgramatismus se naopak projevil ve spontánním projevu dítěte, kdy dítě užívalo špatné předložky a koncovky podstatných jmen. Jedná se však pouze o autorčin subjektivní názor, který není podložen dalšími vyšetřeními a který nebyl ani v jednom případě ze strany učitele ani rodičů potvrzen.

Závěr

Primárním cílem této diplomové práce bylo zjistit aktuální stav artikulace prealveolárních konsonantů u dětí druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že narušená artikulace této skupiny hlásek je nejčtenější a to především u hlásek Ř (30 %) a R (22 %).

Kromě prealveolárních konsonantů jsme se snažili zjistit, jaký je celkový stav artikulace u dětí druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické. Zaměřili jsme se nejen na poruchy fonetické, ale také na poruchy fonologické, konkrétně na specifické asimilace a artikulační neobratnost. Z výzkumného šetření vyplynulo, že fonologickými poruchami trpí více dětí, tedy 69 %, než fonetickými poruchami, které byly diagnostikovány u 51 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí. Celkově byla narušená artikulace diagnostikována u 78 % z celkového počtu 100 vyšetřených dětí.

V úvodu této diplomové práce jsme si položili několik otázek. Zjistili jsme však, že nelze na tyto otázky přesně odpovědět. Bylo by sice možné porovnat naše výsledky s výsledky výzkumů uváděných v odborné literatuře. V takovém případě bychom mohli odpovědět, že skutečně v posledních desetiletích došlo k nárůstu výskytu narušené artikulace. Bohužel nelze tyto výsledky tak jednoduše srovnávat, neboť přesnost výsledků vyšetření narušené artikulace podléhá celé řadě faktorů, zejména subjektivnosti přístupu k vyšetření výslovnosti.

Dále jsme se snažili zjistit, zda rodiče dětí s poruchami artikulace využívají služeb logopeda a v jakém průměrném věku dítěte je zahájena logopedická péče. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že vysoké procento rodičů stále nevyužívá služeb logopeda i přesto, že jejich děti trpí narušenou artikulací. Toto zjištění nás velice zarmoutilo, neboť správná výslovnost je pro budoucí život dětí velice důležitá. Nejen, že ovlivňuje jejich školní dovednosti, ale především má výrazný dopad na psychický a sociální rozvoj dítěte. Vlivem špatné výslovnosti se mohou v pozdějším věku, zejména v době puberty, setkat s negativním přístupem ze strany vrstevníků, což může vést k pocitům méněcennosti a vyhýbání se slovním projevům. V budoucnu se může také stát pro tyto jedince překážkou např. při výběru povolání (hlasový profesionál). Pokud bychom zhodnotili průměrný věk dítěte, kdy je logopedická

péče zahájena, jedná se o věk 4 roky a 10 měsíců. Tento věk je pro zahájení logopedické péče optimální, aby dítě zahájilo školní docházku již bez projevů narušené artikulaci.

Jak je tedy z našeho výzkumného šetření patrné, je četnost výskytu narušené artikulace vysoká a pokud se nezmění přístup rodičů k problematice výslovnosti jejich dětí, bude procento výskytu narušené artikulace dále stoupat. Byli bychom rádi, kdyby naše diplomová práce přispěla ke zvýraznění problematiky narušené artikulace u dětí. Současně apelujeme na nutnou potřebu provést rozsáhlejší výzkum ke zjištění stavu výslovnosti u českých dětí.

Použitá literatura

- BEAUMONT, E., et al. *Nové obrázky pro nejmenší*. 1. vyd. Bratislava: Slovesné pedagogické nakladateľství, 2004. ISBN 80-10-00446-4.
- BRABCOVÁ, R. *Didaktika českého jazyka*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladateľství, 1990. ISBN 80-04-24251-0.
- CSÉFALVAY, Z - MARKOVÁ, J. Dysartrie. In KEREKRÉTIÓVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- CSÉFALVAY, Z. Diagnostika dysartrie. In LECHTA, V., et al. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
- DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost – verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- DVOŘÁK, J. *Vývojová fonologická porucha*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. ISBN 80-902536-4-4.
- EDELSBERG, L., et al. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: Nakladateľství H & H Vyšehradská, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- GÚTHOVÁ, M. Dyslalie. In KEREKRÉTIÓVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- GÚTHOVÁ, M - ŠEBIANOVÁ, D. Terapie dyslalie. In LECHTA, V., et al. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- HÁLA, B - SOVÁK, M. *Hlas, řeč, sluch*. 1. vyd. Praha: nakladateľství České grafické Unie a. s., 1941.
- HOLMANOVÁ, J. Vývoj řeči. In ŠKODOVÁ, E - JEDLIČKA, I., et al. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- HOLOUŠOVÁ, D - KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005.

- HORÁK, F - CHRÁSTKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-413-8.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-5987.
- LECHTA, V., et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 15-48. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V., et al. *Logopedické repertorium*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 112-119. ISBN 80-0800-447-9.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.
- MLČÁKOVÁ, R. Dyslalie. In MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NÁDVORNÍKOVÁ, V. Diagnostika dyslalie. In LECHTA, V., et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- NEUBAUER, K. Dysartrie. In ŠKODOVÁ, E - JEDLIČKA, I., et al. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- NEUBAUER, K. Terapie dysartrie. In LECHTA, V. at al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- OHNESORG, K. *Fonetická studie o dětské řeči*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství filosofické fakulty Univerzity Karlovy, 1948.
- PALKOVÁ, Z. *Fonetika a fonologie češtiny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-843-1.

- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. In VITÁSKOVÁ, K - PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Studio nakladatelství Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0258.
- ROUBÍČKOVÁ, J., et al. *Test 3F – dysartrický profil*. 3. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-714-1.
- SALOMONOVÁ, A. *Dyslalie*. In ŠKODOVÁ, E - JEDLIČKA, I., et al. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955.
- SKALKOVÁ, J., et al. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985.
- SOVÁK, M., et al. *Logopedie – metodika a didaktika*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- TOMIŠKA, F.: *Statistika dyslalií na Plzeňsku* In SOVÁK, M. *Dyslalie: Sborník přednášek o poruchách výslovnosti z VIII. celostátního zasedání logopedických pracovníků, konaného v Praze ve dnech 20. a 21. května 1960*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1960.
- VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24504-8.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Souhlas rodičů

Příloha č. 2: Informační dopis rodičům

Příloha č. 3: Dotazník pro rodiče

Příloha č. 4: Seznam slov pro vyšetření artikulace

Příloha č. 5: Situační obrázek k rozhovoru

Příloha č. 6: Obrázky k vyšetření artikulace

PŘÍLOHA Č. 1

Souhlas rodičů

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty UP Olomouc oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika se zaměřením na logopedii a surdopedii. V rámci své diplomové práce provádím logopedické vyšetření dětí 2. ročníků běžných základních škol a základních škol logopedických. Cílem diplomové práce je zjistit úroveň výslovnosti jednotlivých hlásek, souhláskových skupin a slov u dětí uvedené věkové skupiny.

Tímto si Vás dovoluji požádat o souhlas s provedením logopedického vyšetření u Vaší dcery/Vašeho syna. Veškeré údaje budou zveřejněny anonymně, uvedeno bude pouze křestní jméno a přesný věk Vaší dcery/Vašeho syna. Výsledky vyšetření budou použity pouze jako podklad pro uvedenou diplomovou práci.

Děkuji Vám za pochopení a případnou spolupráci.

Veronika Eliášová

V.....dne.....

Jméno žákyně/žáka:.....

Věk žákyně/žáka:letměsíců

Souhlasím – Nesouhlasím

S provedením logopedického vyšetření u své dcery / svého syna, které provede autorka diplomové práce Veronika Eliášová.

V.....dne.....

.....
Podpis rodiče nebo zákonného zástupce

PŘÍLOHA Č. 2

Informační dopis rodičům

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty UP Olomouc oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika se zaměřením na logopedii a surdopedii. Na přelomu měsíce března a dubna jsem Vám zaslala prostřednictvím třídního učitele Vaší dcery/Vašeho syna souhlas s vyšetřením výslovnosti Vaší dcery/Vašeho syna, které provádím v rámci své diplomové práce. Tímto Vám chci oznámit, že vyšetření výslovnosti Vaší dcer/Vašeho syna, ke kterému jste dali souhlas, provedu v období od do

Také bych Vám tímto chtěla poděkovat, že jste mi umožnili provést vyšetření výslovnosti Vaší dcery/Vašeho syna.

Na závěr bych vás ještě chtěla požádat, zda byste byli tak laskaví a vyplnili dotazník, který přikládám k dopisu. Všechny informace jsou uvedeny v dotazníku.

V případě jakýchkoliv dotazů mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: **veronika.eliasova@centrum.cz**. Na všechny dotazy velice ráda odpovím.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci

S pozdravem

Veronika Eliášová

PŘÍLOHA Č. 3

Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty UP Olomouc oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika se zaměřením na logopedii a surdopedie. V rámci své diplomové práce zjišťuji, jaká je logopedická intervence u dětí 2. ročníků běžných základních škol a základních škol logopedických, tedy, jak rodiče dětí s komunikačními obtížemi využívají služeb logopedů. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Veškeré údaje uvedené v dotazníku budou zveřejněny anonymně, uvedeno bude pouze křestní jméno a věk Vaší dcery/ Vašeho syna. Všechna data budou využita pouze jako podklad pro uvedenou diplomovou práci.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a spolupráci

Veronika Eliášová

V dotazníku je možné označit i více odpovědí.

1. Pohlaví

- Chlapec
- Dívka

2. Přesný věk Vaší dcery/ Vašeho syna.

.....let.....měsíců

3. Který typ základní školy navštěvuje Vaše dcera/ Váš syn?

- Běžnou ZŠ
- ZŠ logopedickou
- Jiný typ ZŠ, prosím uveďte.

.....

4. Přesný název školy, kterou navštěvuje Vaše dcera/ Váš syn.

.....

5. Má Vaše dítě komunikační obtíže?

- ANO
- NE

- Jiná odpověď

.....
.....

6. Má Vaše dítě problémy s výslovností hlásek T, D, N?

- s výslovností hlásky T
 s výslovností hlásky D
 s výslovností hlásky N
 nemá problémy s výslovností žádné z těchto hlásek

7. Má Vaše dítě problémy s výslovností hlásek L, R, Ř?

- s výslovností hlásky L
 s výslovností hlásky R
 s výslovností hlásky Ř
 nemá problémy s výslovností žádné z těchto hlásek

8. Má Vaše dítě problémy s výslovností hlásek S, Z, C?

- s výslovností hlásky S
 s výslovností hlásky Z
 s výslovností hlásky C
 nemá problémy s výslovností žádné z těchto hlásek

9. Navštěvuje nebo navštěvovalo Vaše dítě logopeda?

- Ne, nikdy jsme logopeda nenavštívili
 Ano

10. Pokud jste odpověděli u přecházející otázky ano, prosím uveďte podrobnější informace (jak dlouho jste navštěvovali logopeda, zda stále navštěvujete, apod.)

.....
.....
.....

11. V kolika letech dítěte jste začali navštěvovat logopeda?

..... letměsíců

Poznámky:

.....

.....

.....

.....

PŘÍLOHA Č. 4

Seznam slov pro vyšetření artikulace

Fonetické poruchy

<i>A</i>	AUTO	HLAD	JANA	
<i>E</i>	EMILKA	TETA	NEBE	
<i>I</i>	IVETKA	MISKA	NOVINY	
<i>O</i>	OPICE	KOZA	MÁSLO	
<i>U</i>	UCHO	KUBA	POMALU	
<i>Y</i>	NOTY	TÓNY	KUDY	
	TÝDEN	KANYSTR	DÝM	
<i>OU</i>	OUVEJ	HOUBA	MALOU	
<i>AU</i>	AUTO	KLAUN	ČAU	
<i>EU</i>	EURO	PNEUMATIKA		
<i>P</i>	PÍT	KOPAT	ČÁP	
<i>B</i>	BOTA	ZABALIT	----	
<i>M</i>	MOUCHA	KOMÍN	KAM	
<i>F</i>	FOUKÁ	VÝFUK	HOUF	
<i>V</i>	VODA	NOVINA	----	
<i>T</i>	TONÍK	KOTEL	VIDĚT	
<i>D</i>	DATEL	PADAT	----	
<i>N</i>	NOS	KONEV	JELEN	
<i>L</i>	LEV	KOLO	SŮL	LETADLO
<i>R</i>	RUKA	HORA, TROCHU	PETR, DVŮR	TRAKTOR
<i>Ř</i>	ŘEKA	MOŘE, DŘÍVKO	KOUŘ	PŘEŘÍKAT
<i>S</i>	SOVA	VOSA	LES	SYSEL
<i>Z</i>	ZIMA	HONZA	----	ZUZANA
<i>C</i>	CIBULE	POCÁKAT	KOPEC	CECILKA
<i>Š</i>	ŠATY	KOŠILE	MYŠ	ŠAŠEK
<i>Ž</i>	ŽÁBA	LEŽET	----	ŽÍŽALA

Č	ČÁP	KOČKA	KOLÁČ	ČOČKA
Ť	TIŠE	KOTĚ	POUŤ	
Ď	DIVOKÝ	HODÍM	----	
Ň	NIKAM	KONÍK	KUŇ	
J	JAHODA	HOJIT	HOKEJ	
K	KOLO	HOKEJ	VLAK	
G	GUSTAV	JOGURT	----	
CH	CHYBA	KUCHYNĚ	DUCH	
H	HAD	JEHLA	----	
BĚ	BĚTKA	NEBĚHAT	HRÁBĚ	
PĚ	PĚNA	OPĚT	DOUPĚ	
VĚ	VĚTA	KVĚTÁK	DVĚ	
MĚ	MĚSTO	VYMĚNIT	NA DOMĚ	

Fonologické poruchy

Specifické asimilace

SŠ	SEŠIT	SUŠENKA	LISTONOŠ
ŠS	ŠVESTKA	ŠOSY	ŠEDESÁT
ZŽ	ZBOŽÍ	ZÁVAŽÍ	ZÁŽITEK
ŽZ	ŽELEZO	ŽALUZIE	ŽÍZEŇ
ČČ	CVIČKA	TĚLOCVIČNA	CVRČEK
ČC	ČEPICE	K BABIČCE	V KRABIČCE
RL	ROHLÍK	KRÁLOVNA	RULÍK
LR	KLAVÍR	KLÁRA	LAURA
DY, TY, NY	PRÁZDNINY	U MARTINY	NAROZENINY
DI, TI, NI	HODINY	DO ZELENINY	PLODINY
	NYNÍ	KRISTÝNINO	DÝNI
S, Z, C	SAZENICE	CIZOPASNÍK	ZASADIT
	ZACOUVAT	SOUCIT	SUZUKY

Artikulační neobratnost

PLUKOVNÍK

PODPLUKOVNÍK

LYCHOKOPYTNÍK

PAROPLAVBA

NEPOLAPITELNÝ

NEJNEBEZPEČNĚJŠÍ

TŘIČTVRTĚ

NEJNEŠIKOVNĚJŠÍ

Diktát

Švestka, sešit, železo čepice, cvrček, rohlík, prázdniny, lichokopytník, klavír, plukovník

PŘÍLOHA Č. 5

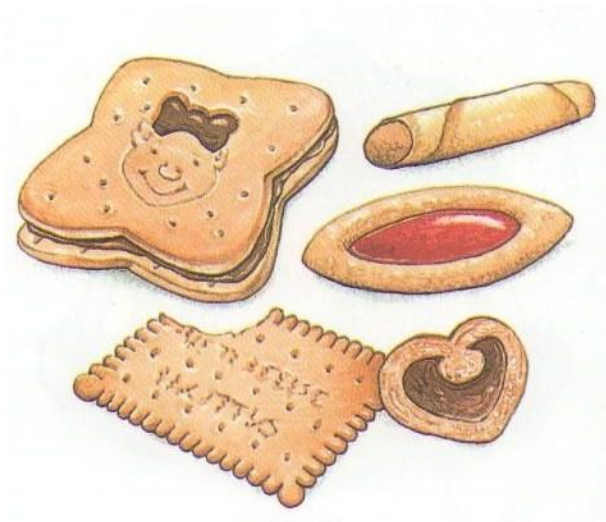
Situační obrázek k rozhovoru



PŘÍLOHA Č. 6

Obrázky k vyšetření artikulace





ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Eliášová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Logopedická diagnostika a intervence poruch artikulace prealveolárních konsonantů
Název v angličtině:	Artikulation Disorders of Prealveolar Consonants – Speech Diagnostic and Intervention
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o výskytu narušené artikulace u dětí ve druhých třídách základních škol a základní školy logopedické primárně zaměřené na artikulaci prealveolárních konsonantů. Teoretická část poskytuje uvedení do problematiky narušené artikulace. Vymezuje její terminologii, klasifikaci, symptomatologii, etiologii a metody diagnostiky. Praktická část prezentuje výsledky regionálního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno souborem vybraných metod, přičemž stěžejní bylo vyšetření výslovnosti. Cílem bylo zjistit aktuální stav výslovnosti zejména prealveolárních konsonantů u dětí druhých ročníků základních škol a základní školy logopedické.
Klíčová slova:	narušená artikulace, prealveolární konsonanty, fonetické poruchy, fonologické poruchy, symptomatologie, etiologie, klasifikace, výskyt, děti, výzkumné šetření
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the presence of articulation disorder among children at the age of the second year of primary school and primary school of logopedics. The theoretical part provides an introduction to the problems of articulation disorders. It defines its terminology, classification, symptomatology, etiology and diagnostic methods. The practical part presents the results of the regional research investigation. The investigation was implemented by the set of specialized methods, whereas the most important was the examination of pronunciation. The aim was to determine the current state the pronunciation among children at the age of the second year of primary school and primary school of logopedics, especially prealveolar consonants.
Klíčová slova v angličtině:	articulation disorder, prealveolar consonants, phonetic disorder, phonological disorder, symptomatology, etiology, classification, presence, children, research investigation

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Souhlas rodičů Příloha č. 2: Informační dopis rodičům Příloha č. 3: Dotazník pro rodiče Příloha č. 4: Seznam slov pro vyšetření artikulace Příloha č. 5: Situační obrázek k rozhovoru Příloha č. 6: Obrázky k vyšetření artikulace
Rozsah práce:	102 stran
Jazyk práce:	Český jazyk