

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Martina Hortová

Možnosti logopedické intervence dyslalie u dětí v předškolním věku

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Možnosti logopedické intervence dyslalie u dětí v předškolním věku“ vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne.....

Martina Hortová

Na tomto místě bych ráda poděkovala za pomoc, cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce, paní Mgr. et. Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D.

Anotace

Jméno a příjmení:	Martina Hortová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí obhajoby:	Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014
Název práce:	Možnosti logopedické intervence dyslalie u dětí v předškolním věku
Název v angličtině:	The possibilities of logopedic intervention with dyslalia concerning preschool children
Anotace v češtině:	Bakalářská práce pojednává o problematice logopedické intervence dyslalie u dětí předškolního věku. Teoretická část se věnuje charakteristice dítěte v předškolním věku, ontogenezi lidské řeči, terminologii, klasifikaci, symptomatologii a diagnostice dyslalie, preventivním a terapeutickým možnostem dyslalie. V praktické části prostřednictvím průzkumu zjišťujeme aktuální stav dětí s dyslalií, a jaké intervenční metody a formy používají logopedové v mateřských školách v ČR.
Klíčová slova:	Dyslalie, logopedická intervence, ontogeneze lidské řeči, vývoj dítěte, logopedická prevence, předškolní věk
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the problem of logopedic intervention, concerning preschool children with dyslalia. The theoretical part includes the characteristics of a child in a preschool age, the ontogenesis of human speech, terminology, classification, symptomatology, and dyslalia diagnostics, precautions and therapeutic possibilities of dyslalia. The practical part consists of a research dealing with the acute condition of children with dyslalia and the intervention methods and forms used by speech therapists in Czech kindergartens.

Klíčová slova v angličtině:	Dyslalia, logopedic intervention, orthogenesis of human speech, child development, logopedic prevention, preschool age
Přílohy vázané v práci:	Dotazník, seznam grafů a tabulek
Rozsah práce:	55 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Obsah

Anotace	- 4 -
Úvod	- 5 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 6 -
1 Dítě předškolního věku.....	- 6 -
1.1 Vývoj dítěte	- 6 -
1.1.1 Motorický vývoj	- 6 -
1.1.2 Kognitivní vývoj.....	- 7 -
1.1.3 Emoční a sociální vývoj	- 8 -
1.2 Dětská kresba.....	- 10 -
2 Ontogeneze lidské řeči.....	- 12 -
2.1 Ontogeneze řeči	- 12 -
2.1.1 Předřečové období	- 14 -
2.1.2 Vlastní vývoj řeči	- 15 -
2.2 Jazykové roviny.....	- 16 -
3 Dyslalie.....	- 20 -
3.1 Terminologie	- 20 -
3.2 Etiologie a výskyt	- 21 -
3.3 Klasifikace	- 22 -
3.4 Symptomatologie.....	- 23 -
3.5 Diagnostika.....	- 24 -
3.4.1 Zásady diagnostiky dyslalie.....	- 25 -
3.4.2 Diferenciální diagnostika.....	- 26 -
4 Logopedická intervence.....	- 27 -
4.1 Logopedická prevence.....	- 27 -
4.1.1 Metody prevence	- 28 -

4.2 Logopedická terapie	- 30 -
4.2.1 Metody a zásady terapie	- 30 -
4.2.2 Techniky a strategie.....	- 32 -
4.2.3 Principy.....	- 32 -
4.3 Kde hledat pomoc	- 32 -
4.3.1 Logoped v mateřské škole	- 33 -
4.3.2 PPP a SPC.....	- 33 -
4.3.3 Speciální mateřské školy	- 34 -
4.3.4 Klinická logopedie.....	- 34 -
PRAKTICKÁ ČÁST	- 35 -
5 Metodika práce	- 35 -
5.1 Použitá metoda	- 35 -
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku	- 35 -
5.3 Formulace cíle a předpokladů.....	- 35 -
5.4 Interpretace výsledků.....	- 36 -
5.5 Diskuze, ověření předpokladů	- 51 -
Závěr.....	- 55 -
Použité zdroje	
Seznam příloh	

Úvod

Předkládaná bakalářská práce s názvem Možnosti logopedické intervence dyslalie u dětí předškolního věku se věnuje problematice logopedické intervence dyslalie, konkrétně v mateřských školách. Cílem práce je popsat dítě v předškolním věku, ontogenezi lidské řeči, dyslalii, metody logopedické intervence a zjištění aktuálního výskytu dyslalie u dětí v předškolním věku a jaké metody logopedické intervence logopedové používají v mateřských školách. Zda jsou o nich dostatečně informováni a pokračují v samostudiu.

Téma jsme zvolili po absolvování pedagogické praxe v logopedické mateřské škole, kde jsme zjistili, že dyslalie (převážně fyziologická) je jedna z nejčastějších typů narušené komunikační schopnosti. Podle názoru učitelek z mateřské školy, kde byla praxe absolvována, je to převážně způsobeno chudým a nepodnětným komunikačním prostředím. Zaujala nás logopedická intervence, kterou učitelky s dětmi prováděly. Jejich práce byla důsledná a systematická.

V teoretické části se budeme zabývat charakteristikou dítěte předškolního věku, jaké má specifické vývojové zvláštnosti, nastíníme dětskou kresbu, která má v nejen v pedagogice velký význam. Dále se soustředíme na ontogenezi lidské řeči v předškolním věku a uvedeme jednotlivé jazykové roviny. Další kapitola bude věnována dyslalii. Uvedeme zde její terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci a diagnostiku. V poslední kapitole se soustředíme na možnosti logopedické intervence.

V praktické části je naší snahou zjistit aktuální výskyt dyslalie u dětí předškolního věku, zda jich přibývá a jaký je poměr z hlediska pohlaví a jaká je informovanost logopedů působících v mateřských školách o logopedické intervenci této narušené komunikační schopnosti, zda pokračují v samostudiu a obohacují tak své poznatky o nové trendy a možnosti v této problematice. Průzkumné šetření provedeme pomocí dotazníku v logopedických mateřských školách a v logopedických třídách běžných mateřských škol.

Hlavním cílem této práce je shrnutí informací o uvedené problematice a snaha zjistit, jak probíhá logopedická intervence v mateřských školách. Může být odrazovým můstkem snahy věnovat větší péči dětem, a to nejen komunikační, a zajistit co nejlepší stav logopedické intervence. Pro čtenáře také může být zdrojem informací o této problematice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dítě předškolního věku

Tato kapitola pojednává o celkovém vývoji dítěte v rozmezí 3 – 6 let. Je to období, kdy dítě začíná navštěvovat mateřskou školu a postupně se připravuje na povinnou školní docházku, můžeme o tom tedy mluvit, jako o předškolním období. Věnujeme se oblasti motorické, kognitivní, emocionální, sociální a nastíníme i dětskou kresbu.

1.1 Vývoj dítěte

Pro dítě v tomto věku je typické odpoutávání vázanosti na blízkou rodinu a rozvoj aktivity, která postupně ztrácí samoúčelnost a umožňuje tak dítěti, aby se například prosadilo a uplatnilo ve skupině svých vrstevníků. Dítě se učí přijmout nové role ve společnosti, normy chování a úroveň komunikace (Vágnerová, 2000). Tento věkový úsek je také charakteristický dvěma významnými mezníky, jako první je vstup dítěte do mateřské školy a druhý vstup do základní školy. Z psychologického pohledu je to vývojová etapa, kdy se s dítětem děje značná přeměna ve všech oblastech (Koch, Matějček, 1960). Předškolní věk je klíčový i v osvojování mluvené řeči. Lechta (in Bytešníková, 2012) považuje za nejvýznamnější období třetího až čtvrtého roku, kdy je vývoj prudký. Erikson (1965), který lidský život dělí do osmi vývojových období, vymezuje předškolní věk jako **konflikt** mezi **vlastní iniciativou** a **pocitem viny**, kdy se rozvíjí sebevědomí. Kdy začíná být dítě více iniciativní, experimentuje, plánuje, objevuje své tělo, energii. Ovšem přílišná snaha může vyvolat pocit viny při neúspěchu a nezdaru.

1.1.1 Motorický vývoj

Předškolní věk je po motorické stránce možné označit jako zdokonalování. Již se pohybuje stejně jako dospělý, dokáže běhat, chodit ze schodů i do schodů bez držení. Změny už nejsou natolik nápadné, přesto velmi důležité, protože ovlivňují jeho postavení ve společnosti svých vrstevníků. Dítě zlepšuje svoji hbitost, koordinaci a ladnost pohybů. Kolem čtvrtého roku umí nejen například házet míč nebo seskočit z nižší zídky, ale projevuje se i jeho samostatnost – sám jí a převléká se, někdy ale stále potřebuje malou pomoc a to třeba při zavazování tkaniček. Zkvalitňuje se **jemná i hrubá motorika**, kdy pokrok můžeme vidět kupříkladu v dětské kresbě (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Plevová (in Šimíčková Čížková a kol., 2008) uvádí, že velký význam pro rozvoj jemné motoriky má osifikace zápěstních kůstek. V tomto věku probíhá nejen osifikace kostí, ale mluvíme o době takzvané vytáhlosti, kdy mizí dětská baculatost a vznikají disproporce mezi růstem končetin, hlavy a trupu.

Po čtvrtém roce života se objevuje dominance jedné ruky neboli **lateralita**¹. Mizí obouručnost a dítě dává přednost použití jedné ruky u činností a práci. Upevněná lateralita pomáhá k budoucímu učení čtení a psaní. Důležité je děti nepřeučovat z leváctví na praváctví či naopak. Přeučené děti mohou trpět neurotickými a výchovnými problémy (Damborská, 1979).

1.1.2 Kognitivní vývoj

„Poznávání se v tomto věku projevuje především v zaměřenosti na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. J. Piaget (1970) nazval typický způsob uvažování předškolních dětí názorné, intuitivní myšlení“ (Vágnerová, 2000, str. 102).

U **vnímání** dětí tohoto věku převládá **synkretičnost**, kdy si dítě všimá jen výrazných předmětů, které zaujaly jeho pozornost a hlavně mají vztah k činnosti, kterou právě koná. Zpřesňuje se také čichové a chuťové vnímání, rozlišuje doplňkové barvy. Neustále je důležité i poznávání hmatem. Vnímání je především aktivní a spojené s experimentováním. Pasivní vnímání, kdy dítě nezapojuje pohyb a řeč, není v souladu s vývojovými zvláštnostmi dítěte. Pro **paměť** je charakteristická, podle Vágnerové a Valentové (1994), převaha konkrétnosti a mimovolnosti. Prvky **úmyslné paměti** se objevují až kolem 6. roku života. Převažuje **paměť mechanická**, ale postupně se rozvíjí i **paměť slovně logická**, kdy už je dítě schopné reprodukovat příběh či pohádku na základě logického sledu a souvislostí. Pro **pozornost** je typické, že je nestálá a krátkodobá, postupně se vytváří pozornost úmyslná, ovšem její stálost závisí nejen na věku, ale i na dalších faktorech, jako je temperament a druh činnosti. Další významná záležitost v kognitivním rozvoji je dětská **fantazie** a **představivost**, která obohacuje rozvoj vnímání. Dítě si pomocí svých fantazijních představ vysvětluje realitu

¹Pod pojmem lateralita rozumíme nerovnoměrné využívání párových hybných (ruka, noha) a senzorických (oko, ucho) orgánů. Lateralita je odrazem dominance mozkových center. Nejznámější projevy laterality jsou praváctví a leváctví (http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogický_lexikon/L/Lateralita).

a vznikají tak neopakovatelné reakce. Některé představy jsou pro děti tak živé, že je považují za skutečnost. Tento jev označujeme jako eidetismus²(Šimíčková – Čížková, 2008).

V počátku předškolního věku u dětí převládá **situační myšlení** neboli **konkrétní**, jež je těsně svázáno s činností, kterou dítě přímo koná. Dítě nepřemýšlí, co bylo nebo bude následovat a neplánuje tak jako dospělý (Brunecký, Teyschl, 1973). Pro myšlení dítěte v tomto věku je typický **egocentrismus**³, který ale vede k nepřesnému poznávání. Langmeier (1991) uvádí příklad, kdy si dítě zakrývá dlaněmi obličej a má tak pocit, že ho nikdo nevidí. Předškolní dítě vnímá objekty globálně, neanalyzuje jeho detaily, nediferencuje ani vzájemné vztahy mezi nimi a z jeho egocentrického způsobu vnímání vyplývá, že je podstatnější pohled subjektu než kvalita objektu (Vágnerová, 1996). Postupně se u dítěte rozvíjí **pojmové myšlení**, kdy se objevují prvky analýzy a syntézy. Zprvu se pojmy tvoří převážně spojením náhodných znaků a dítě tak začíná identifikovat jednotlivé druhy předmětů (jablko, kniha, jahoda), ovšem není ještě schopné pochopit podstatné souvislosti mezi předměty, jež je spojuje do všeobecnější skupiny. Ale mezi 4. – 6. rokem dítě začíná pomalu utvářet všeobecné rodové pojmy, tedy chápe, že některé předměty je možné pojmenovat společným názvem (hračky, nábytek, stromy) (Plevová in Šimíčková – Čížková, 2008).

1.1.3 Emoční a sociální vývoj

1.1.3.1 Emoce a city

City a **emoce** mají mimořádnou úlohu v jednání a chování dítěte. Je to důsledek toho, že druhá signální soustava není zcela vyvinuta, a tak nemůže svrchovaně řídit všechny procesy. Dospělý se řídí převážně rozumem a emoce dokáže skrýt, naopak dítě se řídí hlavně svými city a všimá si toho, co se mu líbí, co zaujme jeho pozornost. V tomto věku se objevují obdobné citové kvality stejně jako u dospělých, dítě se tak dokáže těšit, radovat, milovat, ale i hněvat, rmoutit, žárlit a nenávidět. Začíná i obohaceni se o estetické city, kdy si rádo prohlíží obrázky, poslouchá a sleduje pohádky, učí se různé říkanky či písničky (Kuric a kol., 1963). Stejně tak Čačka (2000) uvádí, že děti v předškolním věku jsou značně emotivní a jejich citové procesy tak lehce přecházejí v **afekty**, a to zvláště vzteku a strachu. Zlost

²Eidetismus – schopnost člověka vytvořit si velmi živě obraz něčeho, co právě viděl nebo slyšel. V dětství je to běžné a přirozené. Přetrvává v dospělosti u umělců (<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Eidetismus>).

³Egocentrismus - člověk má tendence zkreslovat úsudky podle subjektivního přístupu (Vágnerová, 1997).

vyvolá obvykle nějaká frustrace, kdy je uplatňována jako prostředek abreakce⁴ či instrumentálně, tedy že se tak snaží dosáhnout svých cílů, a to do doby než se naučí reagovat zralejším způsobem. Strach je nejčastěji vyvoláván díky bohaté fantazii, s jejíž pomocí si dotváří vysvětlení pro neznámé či záhadné věci a děje. Matějček (in Vágnerová, 2012) hovoří o tom, že předškolní děti mají také určitý smysl pro humor, který odpovídá jejich způsobu uvažování a souvisí i s úrovní jazykových kompetencí. To že jsou schopny se bavit navzájem různými vtipy, je projev důvěrnosti v kamarádském vztahu.

Vágnerová (2012) se zmiňuje o znalosti a porozumění emocí u dětí. Dle ní předškolní děti chápou význam emocí a uvědomují si, že vyjadřují negativní nebo pozitivní hodnocení. „*V tomto věku už dovedou své emoční zkušenosti a znalosti o citovém prožitku uplatnit i při odhadu budoucích citových prožitků, ať už vlastních nebo jiných*“ (Vágnerová, 2012, str. 219). V základních emocích se dítě orientuje snadně, ale porozumění komplexnějším emocím je pro ně stále poměrně obtížné. Až šestileté děti chápou, že lidé se mohou za různých okolností cítit jak dobře, tak špatně.

1.1.3.2 Socializace

Významné je pro dítě i jeho sociální postavení a socializace do společnosti. Primární socializaci dítěte do společenství lidí zajišťuje jeho rodina, která i v tomto období zůstává pro dítě nejdůležitějším prostředím. I přesto, že socializaci jako takovou můžeme definovat různě, předpokládá se, že socializační proces probíhá ve třech vývojových bodech. Jako první je vývoj **sociální reaktivity**, kdy probíhá vývoj bohatě různorodých emočních vztahů k lidem a to v bližším i vzdálenějším okolí. Můžeme uvést příklad úplného selhání tohoto vývojového procesu u autistického dítěte - pro něj lidé znamenají to stejné, co neživé předměty, nevstupuje do komunikace, nevyhledává oční kontakt ani dotyk druhých. Dalším bodem je vývoj **sociálních kontrol** a **hodnotových orientací**. Jedná se o vývoj norem, které si jedinec vytváří a osvojuje na základě zákazů a příkazů, které mu jsou udělovány od dospělých a jejich následné použití ve společnosti. Poslední vývojová socializační fáze **osvojení sociálních rolí** představuje vzorce chování a postoje, které společnost od jedince očekává (Langmeier, Krejčířová, 1998). Důležitost a význam rodiny při socializaci uvádí také Vágnerová (2005). Základní způsoby chování, komunikace, ovládnutí vlastních emocí,

⁴ Abreakce - znovuprožití patogenních emočních prožitků, potlačených emocí, cílem je uvolnění emočního napětí (Hartl, 1993).

respektování druhých a podobně si dítě přináší právě z rodinného zázemí. Dítě se však současně učí i dalším sociálním rolím a začíná se tak postupně diferencovat základní triáda oblastí socializace. A to **rodina**, jež je soukromé prostředí a zdrojem bezpečí a jistoty, dále jsou to **vrstevníci**, jež je pro dítě rovnocenná skupina, kde může uspokojit potřebu seberealizace a sebeuplatnění a jako poslední je **mateřská škola**, kdy dítě vstupuje do společnosti jako samostatná osobnost a potvrzuje si své kompetence, zároveň se učí přizpůsobit novým požadavkům a dovednostem, jež bude potřebovat pro budoucí život.

Jak uvádí Plevová (in Šimíčková – Čížková a kol., 2008), v kapitole Období předškolního věku, socializace dále probíhá při hře, jež je jedna z hlavních činností dítěte. Při hře můžeme u dítěte pozorovat složité vztahy mezi ním a prostředím, užije v ní práci, učení i uvolnění a zábavu. *„Hra je významným socializačním a motivačním činitelem, je základní psychickou potřebou. Dítě si hraje, i když je unavené nebo nemocné. Hra je ukazatelem vývojové úrovně dítěte, umožní nám pozorovat vývojové zvláštnosti“* (Šimíčková - Čížková a kol., 2008, str. 72). Stejně tak Vágnerová (2005) mluví o hře jako o socializaci, kdy si při tematických hrách děti procvičují a připravují se na různé životní role. Dále uvádí, že hra je vlastní vyjádření, jak dítě vnímá realitu a symbolická hra působí jako vyrovnání se s realitou, s problémy.

1.2 Dětská kresba

Dětská kresba má své zvláštní a významné postavení v životě dítěte. Bývá označována za „královskou cestu“ k poznání dětské psychiky. (Plevová, in Šimíčková – Čížková, 2008). Je to projev neverbálních symbolických funkcí a dítě v ní dává najevo svůj pohled na svět a realitu. Vývoj kresby prochází zákonitými fázemi, kdy prvotní fáze ještě symbolický charakter nemají. Vágnerová (2005, str. 183 - 184) uvádí tyto fáze

- presymbolická, sensorická fáze;
- fáze přechodu na symbolickou úroveň;
- fáze primárního symbolického vyjádření.

Další členění kresby uvádí Příhoda (in Šimíčková-Čížková, 2008, str. 73 - 74)

- stádium črtací experimentace (před druhým rokem);
- stádium prvotního obrazu (po třetím roce);
- stádium lineárního náčrtu (kolem čtvrtého roku);
- stádium realistické kresby (mezi pátým a šestým rokem);
- stádium naturalistické kresby (po desátém roce).

2 Ontogeneze lidské řeči

V následující kapitole se věnujeme ontogenezi lidské řeči. Nejprve se soustředíme na předřečové období a vlastní vývoj řeči, dále na vývoj jazykových rovin v tomto věku.

Proces komunikace se vyvíjí celý život a začíná již od nejranějšího dětství, přičemž nejvýznamnější je období od narození zhruba do sedmi let, kdy se rozvoj komunikačních procesů vyvíjí nejvíc (Bytešníková, 2012).

2.1 Ontogeneze řeči

Ontogeneze řeči je velmi složitý proces, jež je ovlivněn několika faktory, a to endogenních i exogenních. Vývoj řeči je třeba sledovat, jestli je v souladu s celkovým psychickým vývojem, a musíme brát ohledy na různé okolní podmínky. Vývoj řeči je ovlivňován především:

- úrovní intelektových schopností;
- stavem centrální nervové soustavy;
- úrovní motorických schopností;
- úrovní sluchového a zrakového vnímání;
- vrozenou mírou nadání pro verbální komunikaci;
- sociální prostředí, ve kterém se dítě nachází (Bytešníková, 2007).

Problematikou lidské řeči se zabývá mnoho odborníků, můžeme uvést například logopedy, pediatry, sociology, fonetiky či lingvisty. Díky tomu je vývoj řeči členěn různě, z pohledu každého odborníka. Pro všechny ale platí základní Kussmaulovo rozdělení na **období předpřípravné řeči** a **období vlastního vývoje řeči**. Tyto etapy nejsou nijak striktně časově ohraničeny a přechází plynule jedna do druhé. Není výjimkou, že se občas překrývají. V ontogenezi dětské řeči neexistují striktní normy a při neporušeném sluchu a intelektu je proces značně individuální (Peutelschmiedová, 2005). Již první hlasové, gestikulační i mimické reakce v prvopočátcích vývoje můžeme klasifikovat jako výchozí fázi dorozumivacího procesu. Podle Šulové (in Bytešníková, 2012) lze už neverbální projevy považovat za trénink hlasivek a operantní podmiňování. V přípravném období si tak dítě osvojuje návyky a dovednosti jako jsou například sání, polykání a žvýkání. Lechta

(in Bytešníková, 2012) hovoří o faktu, že primární funkce sání a žvýkání potravy jsou jakýsi trénink a příprava mluvidel z hlediska vývoje řeč.

Bytešníková (2012) rozlišuje i další stádia vývoje řeči, a to následující:

- a) **emociálně volní:** zhruba v jednom roce dítě začíná používat jednoslovné věty, v podstatě to jsou první slova, jež ale splňují funkci celých vět, vznikají opakováním slabik a jsou nesklonná (např. mama, baba...), tato první slova vyjadřují výrazy pocitů či přání;
- b) **egocentrické:** přibližně kolem roku a půl až dvou let dítě objevuje mluvení jako činnost, dítě opakuje slova, napodobuje dospělé;
- c) **asociálně – reprodukční:** na přelomu druhého a třetího roku začínají mít slova pojmenovací funkci, na základě jednoduchých situací si tak převádí slova na obdobné situace a jevy a vytváří tak jednoduché asociace, v tomto období je i první věk otázek („Co je to?“ „Kdo je to?“);
- d) **rozvoj komunikační řeči:** dítě již začíná chápat, že prostřednictvím řeči může ovlivnit dospělé a dosáhnout tak svých drobných cílů;
- e) **logických pojmů:** dítě již pomalu přechází na druhosignální úroveň, dochází k osvojování náročných myšlenkových operací, slova se pomocí abstrakce stávají všeobecnými pojmy, do této doby byly jen spjaté s konkrétními jevy, podněty, přichází také druhý věk otázek („Proč?“ „Kdy?“);
- f) **intelektualizace řeči:** přichází kolem čtvrtého roku a přetrvává až do dospělosti, slova se intelektualizují, dítě chápe obsah slov, rozlišuje abstraktní a konkrétní pojmy, zpřesňují se gramatické formy, rozšiřuje se aktivní i pasivní slovní zásoba, celkový řečový projev se zkvalitňuje.

Další přehledné členění nabízí Lechta (2008), charakterizuje zde nejtypičtější procesy v ontogenezi řeči, jednotlivé etapy na sebe plynule navazují, mohou se navzájem prolínat. Rozděluje je do pěti etap, a to etapa **pragmatizace** (od narození do prvního roku), etapa **sémantizace** (první až druhý rok), etapa **lexemizace** (přelom druhého a třetího roku), etapa **gramatizace** (do čtvrtého roku) a poslední etapa **intelektualizace** (od čtvrtého roku do dospělosti).

2.1.1 Předřečové období

Tato etapa probíhá v prvním roce života dítěte. Osvojuje si různé návyky a zručnosti, na jejichž základech se vybuduje skutečná řeč. První hlasový projev je **křik**, je to reakce organismu na změnu prostředí, která souvisí s náznakem plicního dýchání. Zezačátku je křik krátký, má jednotvárnou barvu a výšku hlasu. Kolem třetího týdne můžeme sledovat vrozený výrazový pohyb a to úsměv. Původně je to vrozená mimická šablona, která se ale později mění na úsměv, jež je reakcí na podněty. Je to forma neverbální komunikace (Klenková, 2000). Lechta (1990) upozorňuje na to, že již první kontakty s rodiči lze hodnotit jako specifickou komunikační situaci, jako příklad uvádí kojení a dotyky. Dítě dokáže již v prvním měsíci diferencovat lidský hlas. Podle výzkumů Matějčka a Langmeiera (in Lechta, 1990) dokáže novorozenec déle naslouchat lidskému hlasu - a to zejména vysokému ženskému - než ostatním zvukům. Když se vrátíme ke křiku, od šestého týdne je citově podbarvený a děje se to díky dozrávání nervových drah. Zprvu dává dítě najevo nelibost (tvrdý hlasový začátek) a později i libost (měkký hlasový začátek). Kolem třetího měsíce se z křiku stává přivolání další osoby. V tomto období ještě neexistuje sluchová kontrola, a tak se vydávané zvuky nefixují a produkují je i neslyšící děti. Jde spíše o jakési hraní s řečovými orgány, toto období lze nazvat obdobím **žvatlání**.

Mezi šestým až osmým měsícem přichází etapa **napodobujícího žvatlání**, kdy se zapojuje vědomá kontrola sluchová i zraková a dítě začíná napodobovat hlásky svého mateřského jazyka, sleduje artikulační pohyby ostatních, snaží se především napodobit melodii a rytmus řeči. V tomto období přestávají žvatlat děti neslyšící, protože zde chybí sluchová kontrola. Pro dobrou nápodobu hlásek se musí dítě pokoušet několikrát a tyto pokusy nazýváme fyziologickou echolálií⁵ (Klenková, 2000). Bytešnicková (2007) zdůrazňuje, že právě toto období je významné pro budoucí rozvoj řeči. Na tuto etapu plynule navazuje **zdvojené žvatlání** mezi osmým a desátým měsícem. Jde o opakování sledu slabik (bababa, mamama), jde už o sloučení samohlásky se souhláskou, vyžaduje přesnou synchronizaci otevírání a zavírání rtů s činnostmi hlasivek a pohybů jazyka. Stále se zlepšující složitá koordinace jemné motoriky a automatizace vede přes takzvané marginální žvatlání ke kanonickému žvatlání, jež už splňuje akustická a artikulační kritéria slabik. Pro zajímavost

⁵ Echolálie – opakování slov pronesených druhou osobou, vyskytuje se u některých duševních onemocnění, např. u schizofrenie, u některých afázií nebo u duševně zaostalých jedinců. Vyskytuje se též fyziologicky v raném dětství jako součást vývoje řeči (<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/echolalie>).

Bytešníková (2007) uvádí, že nezávisle na kultuře a jazyce, začíná zdvojené žvatlání stejnými slabikami (typu gaga, mama, baba). Žvatlání se u dětí stává hlavním komunikačním prostředkem, jde hlavně o navázání a udržení kontaktu, než o obsahovou stránku, jež se vůbec nevyskytuje nebo jen velmi zřídka (Vágnerová, in Bytešníková, 2007). Po této etapě přichází plynule **stádium rozumění řeči** (kolem desátého až dvanáctého měsíce), kdy dítě sice stále nechápe význam slov, ale na základě slyšeného slova a to, že pozoruje danou osobu, reaguje na určité výzvy. Reakce je vyvolána melodii řeči, významná je i mimika a gestikulace mluvčí osoby, stejně tak citový vztah k dané osobě (Klenková, 2000). Lechta (in Klenková, 2000) tvrdí, že kolem prvního roku intaktní dítě prošlo všemi předřečovými fázemi a vstoupilo tak na úroveň první signální soustavy, zvládá jednoduché příkazy a zákazy, jež jsou však patřičně zdůrazněny v komunikační situaci.

2.1.2 Vlastní vývoj řeči

Za první skutečný verbální projev dítěte považujeme **jednoslovné věty**. Této úrovni zpravidla dosahují děti okolo jednoho roku života. Jakmile dítě vysloví například slovo „mama“, považujeme to za jednoslovnou větu s komplexním významem. To znamená, že může mít více významů v závislosti na situaci a konkrétní potřeby dítěte. Rozlišujeme tři typy těchto vět v souvislosti s intonací – oznámení, otázku a žádost. Dítě vyjadřuje především své city, potřeby a zájmy, proto se nazývá, jak už jsme výše uvedli, emocionálně – volní. V tomto věku pasivní slovní zásoba převládá nad aktivní, dítě rozumí mnoha slovům, ale neumí je vyslovit (Lechta, 1990). V rozvoji samostatné řeči začínají mít slova pojmenovací funkci, konkrétní názvy přiřazuje na základě podobnosti i jiným jevům. Následná etapa je označována jako **jazyková exploze**. Při optimálních komunikačních, informačních a podnětných podmínkách se dítě naučí každých 90 minut jednomu slovu. Dítě, kolem třetího roku, postupně nabývá schopnost vytvořit pevná pojmenování okolních předmětů, zvyšováním slovní zásoby začíná tvořit věty o více slovech a nakonec i souvětí. Od čtvrtého roku vývoj řeči pokračuje hlavně po stránce logické. Dítě začíná chápat obsah slov, rozlišuje pojmy konkrétní a abstraktní, zpřesňuje se gramatická forma řeči (Krahulcová, 2013). Klenková (2000) uvádí, že právě při těchto náročných myšlenkových operacích dochází k těžkostem a k vývojovým obtížím v řeči, například opakování hlásek, zarážky v řeči, delší mezery a podobně. Přibližně v pátém roce by verbální projevy měly být gramaticky správné a obsahovat všechny slovní druhy. Aktivní slovní zásoba čítá asi 1500 – 2000 slov a mnohem častěji místo ukazovacích zájmen (ten, ta, to) používá přímé označení

předmětů, osob a zvířat. Ve výslovnosti však stále mohou přetrvávat pro tento věk typické řečové nesprávnosti. Mezi pátým a šestým rokem už dítě zvládá reprodukovat docela dlouhou větu, spontánně se snaží spočítat předměty kolem sebe, bez potíží vysvětlí, na co používáme některé základní předměty každodenní potřeby. Přichází rozvoj regulační funkce řeči⁶, dokáže také reprodukovat kratší příběh, pohádku bez pomocných otázek, a to v logickém sledu. Ke konci předškolního období zvládá zhruba 2500 – 3000 slov. Začíná rozumět a realizovat i delší a složitější příkazy a postupně se dokončuje proces fonemické diferenciaci (Lechta, 2008).

Pro rozvoj kvalitní řeči je nebezpečné sledování televize. Dítě jen pasivně sedí a přijímá hotové příběhy, aniž by si je mohl upravit podle své fantazie a představ. Dítě se dívá, ale neposlouchá, protože převládá zraková informace nad sluchovou. Děti, jež před televizní obrazovkou stráví spoustu času, mají nápadněji chudší slovní zásobu, neumí se samostatně vyjadřovat a tam kde jim chybí slova, pomáhají si gestem či grimasy. Kutálková (2010) doporučuje, že děti ve věku kolem 4 – 5 let nemají sledovat televizi víc jak 20 minut denně, jinak se dítě naučí slyšet, ale neposlouchat, dívat se, ale nevidět.

2.2 Jazykové roviny

V rozvoji dětské řeči se vzájemně prolínají všechny jazykové roviny, a to morfologicko – syntetická, lexikálně – sémantická, foneticko – fonologická a pragmatická rovina (Klenková, 2000). „*Jak uvádí Dvořák (1998), jazyková rovina je považována za dílčí systém (subsystém) jazyka charakterizovaný specifickými základními jednotkami*“ (Bytešníková, 2012, str. 72).

Foneticko – fonologická rovina

Obsahem této roviny je zvuková stránka řeči a základní jednotkou jsou fonémy (hlásky). Pohyby mluvidel při řeči jsou složité, zároveň několika různými a jemnými způsoby se modifikuje dutina ústní, aby mohly vzniknout jednotlivé fonémy. Dítě musí pomocí sluchového vnímání tyto pohyby rozlišit a naučit se je (Ohnesorg, in Bytešníková, 2012). Nejvýznamnějším momentem této roviny je období přechodu z pudového žvatlání na nápodobné žvatlání právě proto, že dítě již začíná používat sluchovou a zrakovou kontrolu

⁶ Regulační funkce řeči - pomocí řeči dítě dosahuje cíle, usměrňuje sociální interakce (http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogický_lexikon/R/Řeč,_komunikace).

(Lechta, 1990). Bytešníková (2012) dodává, že přechod od neartikulovaných zvuků k realizaci fonémů mateřského jazyka je pozvolný a každá hláska samostatně prochází etapou fixace artikulace.

Existuje spousta teorií, které se věnují hláskám, jež dítě vysloví jako první. Podle jedné teorie dítě vyslovuje hlásky, které jsou artikulačně nejsnazší. Nejprve se tedy učí samohlásky, poté retné souhlásky a přechází k hrdelním souhláskám (Lechta, 1990). Klenková (2000) ještě uvádí, že nejpozději zvládnou děti ty hlásky, které jsou typické pro jejich mateřský jazyk. V českém jazyce se tedy nejpozději fixuje hláska „ř“. Tento názor je potvrzen i tím, že při analýze fixačního procesu souhlásek dochází k upevnění nejprve hlásek závěrových a poté úžinových, kdy na artikulaci jsou nejtěžší sykavky. Až po fixaci sykavek se ustalují hlásky polozávěrové, dále konsonant „l“ a po nich následuje jako poslední právě zmíněné „r“ a „ř“ (Bytešníková, 2012). Osvojování foneticko – fonologické roviny začíná nejdříve a probíhá delší období, je ovlivněn několika faktory a to především úrovní motoriky mluvidel, schopnosti fonematické diferenciaci a úrovní komunikačního záměru dítěte, nemalý vliv má i intelekt dítěte, napodobovací schopnost a podnětné prostředí (Lechta, 1990).

Lexikálně – sémantická rovina

Tato rovina se věnuje pasivní a aktivní slovní zásobě, definici pojmů a úrovní zobecňování. Je to dílčí část jazyka, která spojuje myšlení a jazyk. Lexikologie se zabývá slovní zásobou jako celkem včetně vztahů mezi jejími prvky. Základní jednotkou je tedy slovo (lexém). Významu slov se věnuje sémantika (Bytešníková, 2012).

Rozvoj pasivní slovní zásoby začíná kolem 10. měsíce života, kdy dítě začíná rozumět řeči dospělých. Kolem prvního roku se rozvíjí aktivní slovní zásoba, která bude trvat celý život. Dítě v počátcích chápe slova všeobecně, kdy „haf – haf“ je označení pro vše, co je chlupaté a má čtyři nohy – **hypergeneralizace**. S rostoucí slovní zásobou přichází opačná tendence – **hyperdiferenciaci**, kdy dítě považuje slova za názvy jen jediné osoby nebo předmětu, slovo „táta“ je označení jen pro jeho otce (Lechta, 1990). V této rovině jsou u dětí významná dvě období, a to období otázek. První přichází kolem 1,5 roku a s ní typ otázek „Co je to?“ a „Kdo je to?“, druhé ptací období se objevuje kolem 3,5 let s otázkami „Proč?“ a „Kdy?“. Dítě si v těchto etapách významně rozšíří svoji aktivní i pasivní zásobu. V logopedické péči je nutné se soustředit nejen na výslovnost, ale i na slovní zásobu (Klenková, 2000).

Věk	Průměrný počet slov
1 rok	5 – 7
1,5	70
2,0	270 – 300
2,5	350 – 450
3,0	1 000
3,5	1 200
4,0	1 500
5,0	2 000
6,0	2 500 – 3000

Tabulka 1 Rozvoj slovní zásoby (Klenková, 2000, str. 15).

Morfologicko – syntaktická rovina

Tato rovina představuje gramatiku daného jazyka, která se skládá ze dvou oblastí - morfologie, kdy dítě postupně získává vědomosti o slovních druzích, jejich způsobu skloňování, stupňování a časování. Druhá oblast – syntax, se věnuje gramatickým konstrukcím (Kerekrétiová, 2009). V této rovině se poměrně přesně odráží celková úroveň psychického vývoje dítěte – diferenciací v osvojování gramatické stránky mateřského jazyka mezi intaktními a mentálně postiženými dětmi je nápadná již v raném věku (Lechta, 1990). Ve vývoji gramatiky je typický takzvaný transfer – přenos mluvního vzorce na mluvu v obdobné situaci. Dítě nejprve napodobuje gramatický vzor a v dalších etapách napodobuje a zároveň pamatuje a přenáší slyšené na to, co chce říct samo. Skladba slovní dětské zásoby je diametrálně odlišná od běžné slovní zásoby z hlediska slovních druhů (Pačesová, in Bytešníková, 2012).

Jako první začínají děti používat podstatná jména, později přidávají slovesa. Objevují se **onomatopoická citoslovce** – zvukomalebná citoslovce – „bác“, „pi – pi“ a podobně. Kolem druhého a třetího roku se začínají přidávat přídavná jména a zájmena. Číslovky, předložky a spojky se objevují nejpозději. Po čtvrtém roce už dítě používá zpravidla všechny slovní druhy. Skloňování se objevuje mezi druhým a třetím rokem a po třetím roce už dítě používá jednotné a množné číslo. Ve větách dává na první místo výrazy, které jsou pro dítě subjektivně významné (Klenková, 2000). Správné gramatické formy se děti učí transferem podle analogie. Transfer je přesný a nebere v potaz gramatické výjimky, takže pokud dítě

slyší žlutý – žlutější, utvoří tak spojení dobrý – dobřejší. Do čtyř let je tento **dysgramatismus** fyziologický jev. Po čtvrtém roce se už může jednat o narušení vývoje řeči (Lechta, 1990).

Pragmatická rovina

Jedná se o rovinu, která se zabývá sociálním uplatněním komunikace, v popředí jsou sociální a psychologické aspekty komunikace. Svoji roli komutačního partnera si dítě uvědomuje kolem třetího roku, dítě se učí ovládnout svůj mateřský jazyk jako schopnost užívat různé komunikační vzorce, jež aplikuje různým způsobem v rozličných situacích. *„To zahrnuje kromě slovních i paralingvistické (mimoslovní) a afektivní výrazové formy, jejich oboustrannou podmínkovou strukturu pochopil již kojeneček. Dávno před tím, než dítě pochopilo obsah slova nebo věty, dokáže intuitivně pochopit celkovou situaci“* (Klenková, 2000, str. 16).

3 Dyslalie

Třetí kapitola je věnována dyslalii. Uvádíme zde odbornou terminologii, etiologii a výskyt v populaci, její klasifikaci, jaké jsou symptomy této narušené komunikační schopnosti a jakými způsoby lze dyslalii diagnostikovat.

Mezi nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti řadíme dyslalii. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích a etnikách lidské populace. Její projevy a formy jsou rozličné (Krahulcová, 2013). Jako další označení pro dyslalii se používají termíny **patlavost** nebo **psselismus** (Dvořák, 1998).

3.1 Terminologie

Terminologicky vymezil a diferencoval dyslalii již v roce 1830 švýcarský lékař Rudolf Schultess. Řadí se tak pravděpodobně mezi nejstarší vymezení v logopedii.

Pokud dyslalii vymezíme z hlediska deseti okruhů narušené komunikační schopnosti, jak je uvádí Lechta (1990), jde o narušení článkování řeči. Dále Lechta (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, str. 164) definuje dyslalii jako „*neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupinu hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem*“. Sovák (1983) označuje dyslalii jako neschopnost vyslovit či správně vytvořit určité hlásky, popř. i celé hláskové skupiny. Dle Dvořáka (1998, str. 47) je dyslalie vadná výslovnost hlásek; „*určitá hláska se konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy daného jazyka, je tvořena na jiném místě a jiným způsobem než stanoví fonetická norma*“. V kapitole Diagnostika dyslalie Nádvorníková (2003) dyslalii označuje jako konveční termín, jež zahrnuje hned několik specifických stránek narušené řečové produkce. Odborně tedy dyslalie vyznačuje několik spojených úrovní. Charakteristická úroveň pro dyslalii je fonetická, jež je vztahována na užití jednotlivých hlásek a představují tím tak analytickou stránku řeči a fonologická úroveň, která se týká užívání elementárních řečových zvuků a jejich spojení ve slabiky a slova. V nejširším významu dyslalie spočívá v nesprávném užívání zvukových vzorů v komunikaci. Další terminologické vymezení dyslalie, jako diagnóza, je podle Světové zdravotnické organizace. Dle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí je dyslalie řazena v poruchách psychického vývoje a souborně označena ve vývojových poruchách a vad výslovnosti pod kódem F 80.0 (MKN-10, 2008).

Nezbytné je diferencovat mezi nesprávnou výslovností a vadnou výslovností - dyslalií. Nesprávná výslovnost je zcela přirozený fyziologický jev, který souvisí s nedokonalostí sluchového vnímání řeči a motorickou neobratností mluvidel. Přetrvává asi do pátého roku. Pokud přetrvává i nadále, přibližně do sedmého roku, kdy dozrává centrální nervová soustava, považujeme ji za fyziologicky prodlouženou. Vadná výslovnost je přetrvávající odchylka výslovnosti a to jedné či více hlásek z hlediska mechanismu, zvuku hlásky nebo místa a způsobu tvoření. Jde o vadný stereotyp, kde nelze očekávat spontánní korekci (Krahulcová, 2013).

3.2 Etiologie a výskyt

Mezi základní příčiny poruch výslovnosti náleží nevhodný mluvný vzor, chybné výchovné postupy, nedokonalá sluchová diferenciacie, obratnost a koordinace pohybů, nevyvážený vývoj řeči (Kutálková, 2002). V literatuře rovněž najdeme rozdělení příčin podle podmíněnosti funkční nebo orgánové. U dyslalie funkční jsou mluvidla bez defektu a je rozdělena na typ motorický (důsledek celkové neobratnosti i neobratnosti mluvidel) a sensorický (chybné vnímání i diferenciacie zvuků). Organická dyslalie je důsledek nedostatků a změn na mluvních orgánech, poruchy sluchových drah a centrální nervové soustavy (Klenková, 2006).

Další etiologické dělení uvádí Krahulcová (2013) - **endogenní** a **exogenní** příčiny vyskytující se v různém vzájemném stupni, závislosti a poměru. Mezi endogenní příčiny můžeme zahrnout **dědičnost**, obzvláště nespecifická dědičnost, jako je motorická retardace, dyspraxie, jistá řečová slabost v rodové linii, jako je například opožděný vývoj řeči, sluchu a podobně. Dále **vrozené dispozice**, jako jsou smyslová postižení a to především zraku a sluchu, postižení centrálního nervového systému, perinatální poškození. **Patologii mluvních orgánů** řadíme mezi endogenní i exogenní příčiny, záleží, zda je vada již vrozená nebo získaná postnatálně. Patří sem tvar a velikost jazyka, patologie v oblasti dýchání, fonace a artikulace rty (pohyblivost a schopnost tvořit závěr), pohyblivost dolní činnosti, rezonance dutin a další. Do exogenních příčin dále patří **vlivy prostředí**, jako je nesprávný mluvný vzor, nedostatek stimulace a podnětů ke komunikaci, chyby ve výchově, nesprávný či nedůsledný bilingvismus, ale i nesprávné návyky – například dumlání prstů a příliš dlouhé používání dudlíku (Krahulcová, 2013). Lechta (2003) považuje za jednu z hlavních endogenních příčin dyslalie nedostatečnou **diskriminaci zvuku**. „*Nesprávné specifické fonémové realizace jsou v přímém vztahu k chybám specifické percepce*“ (Lechta, 2003, str. 172). Za méně

významnější považuje některé **anatomické variace mluvních orgánů**. V souvislosti s chybnou artikulací jsou uváděny jen větší strukturální anomálie, jako například anomálie orofaciálního komplexu, především rozštěpy tvrdého patra. Do exogenních příčin spadají zejména **psychosociální vlivy**, kdy je artikulační schopnost závislá na věku a pohlaví. **Biologický vliv a socioekonomické faktory** nejsou ve správném rozvoji řeči zpravidla rozhodující.

Dyslalie je považována za nejčastější poruchu či vadu řeči. Nejvíce se vyskytuje v předškolním věku jako součást celkového vývoje dítěte. Více autorů se shoduje, že průměrný výskyt dyslalie kolem čtvrtého roku je 60%, u školních začátečníků 40% a do devátého roku je pokles na 10%. Z hlediska pohlaví se častěji vyskytuje u chlapců, v poměru 6:4. Výskyt dyslalie je jak samostatný, tak ve spojení s dalšími druhy narušené komunikační schopnosti, především koktavost, breptavost, mutismy, dysartrie, afázie a další (Krahulcová, 2013).

3.3 Klasifikace

Lechta (1990) klasifikuje dyslalii z více aspektů. A to z vývojového hlediska, etiologického hlediska, z hlediska kontextu a z hlediska rozsahu. U klasifikace z **vývojového hlediska** sledujeme ontogenezi řeči u dítěte. Výslovnost se pomalu a relativně dlouho zdokonaluje, než se přiblíží jazykové normě. Asi do pátého roku života je to přirozený a fyziologický jev, je to takzvaná fyziologická dyslalie. Jakmile se nesprávná výslovnost objevuje i mezi pátým a sedmým rokem, mluvíme o prodloužené fyziologické dyslalii. V lehčích případech dochází k autokorekci. Po sedmém roce života se chybná výslovnost fixuje, již nenastane spontánní náprava, a hovoříme tak o pravé dyslalii. U klasifikace dle **etiologie** se jedná o orgánovou a funkční dyslalii. Orgánová dyslalie je chybná výslovnost v důsledku patologicko-anatomického podkladu. Funkční dyslalie je dyslalie podmíněná napodobováním nesprávného řečového vzoru či nepodnětným prostředím. U klasifikace dle **rozsahu** jsou nejtěžší případy označovány jako dyslalie universalis, kde jde o zcela nesrozumitelnou řeč. Ve starší literatuře se používal termín hotentotizmus, který se ale stal pejorativní. Při dyslalii multiplex je chybné vyslovování hlásek menší a srozumitelnost je relativně lepší. Dále se v rámci této klasifikace hovoří o dyslalii parciální, kdy se vada týká jen jedné nebo několika hlásek. Z hlediska kontextu se může jednat o hláskovou dyslalii, která se týká izolovaných hlásek nebo kontextovou dyslalii, kdy se izolovaně hlásky tvoří správně, ale ve slabikách či slovech je výslovnost chybná.

Krahulcová (2007) klasifikuje dyslalii podle příčin a podle stupně. Stejně jako Lechta (viz. výše) u etiologické klasifikace dělí dyslalii na orgánovou a funkční. Orgánová (organická) dyslalie, označována jako důsledek poruch zraku či sluchu, malformací mluvidel. Třídíme jí například dle lokalizace, může tak být orgánová dyslalie audiogenní, nebo-li akustická, dále centrální, kdy je vada v oblasti centrální nervové soustavy, labiální s defektem v oblasti rtů, palatální s patologií tvrdého patra a další. Dyslalie bez patologicko-anatomického podkladu, kdy je chybná výslovnost způsobena nejčastěji patologickou artikulační dynamikou, je funkční neboli funkcionální. Jako starší třídění dyslalie uvádíme dyslalii motorickou jako důsledek narušené motoriky mluvního výkonu, dyslalii senzoricou, která je způsobena vadou sluchového či zrakového vnímání ve vztahu k mluvnímu výkonu. U smíšené dyslalie je narušený motorický i senzoricý výkon v komunikaci a v případech, kdy si dítě uvědomuje vadnou výslovnost u jiných, ne však u vlastní osoby, hovoříme o dyslalii kondicionální. Při srovnání s Lechtou se klasifikace podle stupně dělí v terminologii. Pro lehčí vadu dyslalie gravis a pro jednoduchou dyslalie levis (Krahulcová, 2013).

3.4 Symptomatologie

Symptomatologie dyslalie je velmi složitá a bohatá, jelikož se často vyskytuje více druhů dyslalie najednou. Symptomy jsou vymezeny kombinací různých typů dyslalie, jejich pozadím, genezí a specifikami artikulačních procesů. Jako nejjednodušší symptomatologický přístup se jeví rozlišení **mogilálie**, **paralálie** a **dyslalie** v užším slova smyslu. Jsou to takzvané „ismy“ (Lechta, 1990).

Pokud je některá hláska vynechávána, jedná se o mogilálii (platí to i tehdy, pokud místo vynechané hlásky vloží neurčitý zvuk). Nejvíce se objevuje ve složitých slabikách, jako je například stříkačka – cíkacka. Při záměně určitých hlásek za jiné hovoříme o paralálii. Tato výměna je pravidelná a důsledná, jako příklad můžeme uvést tráva – tláva, oko – oto. Pokud dítě hlásku vysloví, ale nesprávně, označujeme to příponou –ismus. Hláska, která je vadně tvořena se označuje řeckým písmenem a je dodána přípona –ismus (vada hlásky R – rotacismus, L – lambdacismus, S – sigmatismus podobně). Může to být způsobeno nesprávným tvořením či zvukovou deformací hlásky. **Dyslalie multiplex**, někdy označována jako **psellismus**, je mnohočetná patlavost. Znamená to, že dítě vyslovuje nesprávně více hlásek, hlavně souhlásek. Pod pojmem **tétismus** Chvatcev (1959) označuje řeč skoro nesrozumitelnou. Výslovnost deformovaná z nedbalosti, nedostatku podnětů a vzdělání

či jazykového citu neoznačujeme jako dyslalii (Sovák, 1981). Z kontextové stránky se může jednat o **dyslalii hláskovou** (kontextovou dyslalii), jež se týká izolovaných hlásek. Znamená to, že izolovaně se hlásky tvoří správně, avšak ve slabikách nebo slovech je tvořena chybně (Nádvorníková, 2003). Pro již uvedenou kontextovou dyslalii uvádí Neudlinger (in Lechta, 1990) různé symptomy. Jedná se o **elizi**, neboli vynechání hlásek, **metatéza** znamená přesmykování a výměna polohy hlásek, **kontaminace** je směšování hlásek, **anaptixe** je vkládání hlásek a **asimilace**, což je připodobňování hlásek.

V současné době se v terminologii objevují nové pojmy. Hovoří se o **deleci** či **eliminaci** nebo o **elizi**, a to když hláska chybí nebo je vynechána, o **substituci**, když je nahrazena správná hláska jinou a o **distorzi**, pokud není výslovnost hlásky korektní (Nádvorníková, 2003). Používáme i rozlišení na dyslalii **konstantní**, kdy osoba tvoří danou hlásku chybně ve všech mluvních souvislostech a **nekonstatní**, u které je realizace určité hlásky nepravidelná (v daných slovech je vyslovována fyziologicky správně). O **konsekventní** dyslalii hovoříme tehdy, když je hláska vyslovována jedním patologickým mechanismem ve všech artikulačních souvislostech a o **nonkonsekventní**, pokud je daná hláska vytvářena různým patologickým mechanismem (Krahulcová, 2013).

3.5 Diagnostika

Když diagnostikujeme dyslalii, postupujeme stejným způsobem jako při diagnostice všech poruch narušené komunikační schopnosti. Je nutné shromáždit anamnestická data, provést vyšetření fonematické diferenciaci, sluchové percepce, celkové motoriky, jemné motoriky a motoriky mluvních orgánů, impresivní a expresivní složky řeči a vyšetření lateralit. Následné stanovení diagnózy záleží nejen na vyšetření logopeda, ale i na foniatrovi a psychologovi, se kterými logoped spolupracuje. U složitějších artikulačních poruch foniatr určuje, jestli narušená komunikační schopnost není symptomem jiného postižení či nemoci. Psycholog se podílí na vyšetření psychického stavu dítěte a snaží se odstranit problémy, které na dítě působí, například v rodině. Kooperace by měla probíhat i s učitelem mateřské či základní školy, jelikož i on se podílí na výchově dítěte. Za základní vyšetření považujeme řečovou komunikaci s vyšetřovanou osobou a následně odvíjíme další speciální vyšetřovací techniky a metody. (Klenková, 2006).

Dyslalii diagnostikujeme jako poruchu či vadu výslovnosti hlásky nebo skupiny hlásek, jež jsou tvořeny nesprávným způsobem a to v kterémkoliv věku. Jak už je zmíněno

v kapitole klasifikace dyslalie, nesprávná výslovnost se do pátého roku života považuje za zcela normální přirozený jev, dyslalii fyziologickou. Je zde možnost spontánní autokorekce a není nutná logopedická náprava. Pravidelné vynechávání hlásky označujeme jako mogilálie, nahrazování hlásky jinou paralálie (Krahulcová, 2013).

Vývoj artikulace dle Jurečkové a Vysoudilové (in Krahulcová, 2013, str. 140)

Věk	Vývoj artikulace
1 - 2,5 roku	b, p, m, a, o, u, i, e j, d, t, n, l – artikulační postavení se vyvíjí po třetím roce a je základem pro vývoj hlásky r
2,6 – 3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
3,6 – 4,5 roku	bě, pě, mě, vě, ď, ť, ň
4,6 – 5,5 roku	č, š, ž
5,6 – 6,5 roku	c, s, z, r
6,6 – 7 let	ř a diferenciaci č, š, ž, c, s, z

Tabulka 2 Vývoj artikulace

3.4.1 Zásady diagnostiky dyslalie

Prvotně musíme zjistit, v jakém stádiu ve vývoji řeči se vůči chronologickému věku vyšetřovaný nachází a jestli se jedná o **dyslalii primární** bez jiného postižení nebo **symptomatickou**, kdy se objevuje jako důsledek dalšího postižení (např. sensorické, mentální či tělesné). Podstatné jsou anamnestické údaje, ze kterých získáme informace o počátečním žvatlání, vývoji motoriky a schopnosti ve sluchové oblasti, dále posuzujeme výslovnost matky a dalších osob, které svojí řečí mohou dítě ovlivnit, protože dítě se komunikaci učí i přirozenou nápodobou. V počátečním šetření se soustředíme na kvalitu schopnosti fonemické diferenciaci a dosažené úrovně motoriky mluvních orgánů. Samotné vyšetření výslovnosti hodnotíme z pojmenování obrázků (různých věcí) při spontánní komunikaci. Na obrázcích jsou věci, které ve svém názvu mají sledovanou hlásku, a to na začátku, uprostřed a na konci slova – z toho posoudíme komplexně výslovnost hlásky. V následné fázi postupujeme komparativně a porovnáváme samovolnou výslovnost hlásky

s její výslovností při řízené výslovnosti v daných artikulačních celcích. V tomto stádiu logoped předřikává připravené slova či slovní spojení a sledujeme, jestli má dítě schopnost a sklon k úpravě nebo k zpřesnění artikulace. Důležité je diagnostikovat výslovnost jak při volném rozhovoru, tak při řízeném. Je podstatné zjistit, zda se opravdu jedná o zafixovaný patologický artikulační mechanismus jen v některých nebo ve všech mluvních celcích a jestli je patologická výslovnost konstantní nebo nekonstantní, konsekventní nebo nonkonsekventní. Pomocí tohoto zjištění vyvodíme logopedické metody pro korekci či správné vyvozování hlásek. Zjištěné informace o výslovnosti se zaznamenávají do logopedického záznamového archu, a to během logopedického vyšetřování i po něm (Krahulcová, 2013).

3.4.2 Diferenciální diagnostika

Sovák (1982, str. 144 - 145) se zabývá diferenciální diagnostikou, kdy je třeba rozlišení těchto stavů:

- vady výslovnosti při poruchách sluchu;
- vady výslovnosti při neurologických syndromech, jako je například dysartrie;
- specifické vady výslovnosti při lehké mozkové dysfunkci;
- nedbalá řeč jako deformace sociálních vztahů či pozůstatek výchovné zanedbanosti;
- žargonové a dialektové zvláštnosti;
- odchylky ve výslovnosti dětí a osob z cizojazyčného či bilingvního prostředí.

4 Logopedická intervence

V poslední kapitole teoretické části se zabýváme problematikou logopedické intervence. Budeme hovořit o logopedické prevenci a terapii a kde můžeme hledat odbornou pomoc.

Logopedickou intervenci můžeme chápat jako specifickou činnost s cílem identifikovat narušenou komunikační schopnost, eliminovat, zmírnit či překonat narušenou komunikační schopnost a předejít tomuto narušení. Je to multifaktoriální proces a realizuje se na základě tří prolínajících se úrovní – diagnostika, terapie a prevence. Je nutné využít poznatky i hraničních vědních oblastí, a to medicína, pedagogika, speciální pedagogika, psychologie a další.

Logopedickou diagnostiku dyslalie jsme popsali v předešlé kapitole, nyní se soustředíme na prevenci a terapii.

4.1 Logopedická prevence

Prevenci jako takovou dělíme do třech fází, a to do fáze **primární**, která je zaměřená na předcházení vzniku problému, a to v celé populaci, součástí je osvětová a poradenská činnost. Další fáze je **sekundární**, která se zabývá rizikovou skupinou populace a snaží se zabránit vzniku problému již v raném počátku. Poslední je fáze **terciární**, která je směřována přímo na postiženou skupinu populace a činnost je již převážně terapeutická (Lipnická, 2013).

Logopedická prevence by měla působit již v raném věku. Významné je při prevenci dyslalie podporovat u dítěte jeho touhu po komunikaci a schopnost napodobovat lidskou řeč. Důležitou roli hraje motorika dítěte a podpora přirozené laterality. Při prevenci výslovnosti dbáme také na rodové a individuální vlastnosti v komunikačním procesu. Při prevenci dyslalie považujeme za hlavní „základnu“ rodinné prostředí (Ritz – Radlinský, 1960). Další prostředí, které dítě velmi ovlivňuje v komunikaci, je mateřská škola. Prevence v mateřské škole je součástí výchovně – vzdělávacího procesu a dle podmínek a potřeb dítěte se orientuje na konkrétní oblasti. Při prevenci narušené komunikační schopnosti dětí je od učitele vyžadováno, aby se dostatečně zapojil do řešení problému a plynule navázal na lékařskou, speciálně - pedagogickou, psychologickou a logopedickou intervenci.

4.1.1 Metody prevence

Jedna z důležitých okolností je **mluvní vzor** – dítě musí často slyšet správnou výslovnost, a to v takové podobě, kterou může vůči svému věku použít. Na dítě tedy **nešíšláme**, nejde však o to, abychom zcela vynechali zdobněliny nebo mluvili neustále spisovně. Snažíme se o co nejpřirozenější komunikaci. Pokud víme, že naše výslovnost není dokonalá, postaráme se tak o její nápravu (Kutálková, 1996). Krahulcová (2013) zmiňuje zásady pro prevenci vad a poruch výslovnosti – **posilování mluvení jako celku**, a to pozitivním a emočním přístupem, dávat dítěti často prostor pro komunikaci, rozvoj rytmizace a muzikality a stejně jako Kutálková (1996), správný a laskavý mluvní vzor. **Diferenciace a fixace lidské řeči** v mateřském jazyce, a to prostřednictvím různých sluchových cvičení, rytmicko – pohybových her, fonematických her a snažíme se omezovat nadměrnou hlučnost prostředí, v němž se dítě vyskytuje. Další ze zásad je **posilování motorické obratnosti** a **nepřetěžování dítěte nadměrnými, nepřiměřenými nároky**.

Kutálková (1996) také hovoří o preventivních metodách k vývoji správné komunikace. Jako první uvádí **přirozené poznání prostředí**, ve kterém žije a později tento rádius zvětšovat. Vždy by měl být po boku dítěte dospělý, který dění kolem něj komentuje, a tak se harmonicky může spolu s poznáním rozvíjet i řeč. Další metoda je **hra** – nejpřirozenější dětská potřeba a činnost. Při hře se seznámí s vrstevníky, rozvíjí se přirozeně a spontánně komunikace. Stejně tak u **práce**, která pro dítě může být zábavou a dobrodružstvím. Například pomáhání mamince v kuchyni nebo tatínkovi na zahradě dítěti přináší zkušenosti, poznání a stejně tak další možnost pro rozvoj dobré komunikační schopnosti. Další důležitou metodou jsou **knihy a obrázky**, kdy si děti zlepšují zrakové a sluchové vnímání a řeč je kultivovaná poslechem příběhů, **pohádek, říkanek a básniček**, které si dítě samo převypráví, naučí se je, rozvíjí emoce, estetické vnímání, rozvíjí fantazii a opět v neposlední řadě to má klíčový význam v komunikačním rozvoji. Stejně tak **písničky**, které rozvíjí sluchovou diferenciaci a rytmizaci, jež jsou významné pro kvalitní rozvoj řeči. Další komunikace dítěte probíhá skrze **kresbu**, dítě nám otevírá svůj vnitřní svět, trénuje tím koordinaci ruky a oka a cvičí se pro pozdější psaní. Další velmi důležitou metodou je **mluvní vzor a komunikace v rodině**. Dítě musí mít správný řečový vzor, dostatek prostoru a podnětu ke komunikaci se svým okolím. **Divadlo a využití masmédií** jsou další podstatné preventivní metody. Pokud dovolíme dítěti sledovat vhodná představení a pořady s jejich následným rozbořem, dítě se naučí vnímat dějovou linii, hodnotit a vhodně formulovat

to, co právě vidělo. Do masmédií spadá i počítačová technika, která dnes neodmyslitelně patří k běžnému životu. I to mu může být k dobru, například různé programy pro procvičení paměti, zvukové či zrakové diferenciaci, pár minut denně dítěti rozhodně neuškodí. Jako poslední metoda jsou „**průpravná cvičení**“, kdy musí být stanovená pravidla, systematické odborné vedení a přiměřenost. Jen tak lze dítě naučit správné komunikační schopnosti.

Rozvoj obratnosti mluvidel

3 – 4 roky - využití napodobovacího reflexu při hře a nepravidelně. Jako první procvičujeme jazyk, který je nejdůležitější pro tvorbu hlásek - pohyby jazyka do stran, nahoru dolů, olíznout rty apod. Poté jsou na řadě rty, které jsou významné u tvorby sykavek a samohlásek - „brnkání“ prstu o dolní ret, vyfukování vzduchu přes volně sevřená ústa, úsměv, špulení rtů. Další cvičení se věnuje upevnění patrohltanovému uzávěru (kloktání vody) (Kutálková, 1996).

5 – 7 let – dítě musí zvládnout předchozí cvičení, aby mohlo pokračovat v dalších úkolech. Pro lepší nácvik se využívá zraku (zrcátka) a hmatu (nahmatání místa prstem/dřívkem). V tomto věku už přichází nácvik hlásek a sykavek T, D, N, L, R a Ř – dítě musí umět zvednout jazyk na dásně těsně za horní zuby. Dítě by pro nácvik těchto písmen mělo umět kmitat rty, ťukat špičkou jazyka na horní alveolu. Pro nácvik Ť, Ď a Ň je důležité, aby dítě jazyk nejen zašpičatělo, ale i zploštilo - špičku jazyka přitisknout za dolní zuby a střídavě lehce otevírat a zavírat ústa a jazyk musí stále zůstat za dolními zuby (Kutálková, 1996).

Rozvoj fonemického sluchu

Fonemický sluch podporujeme učením různých říkadel, básniček a písniček, rytmizace a samozřejmě běžnými rozhovory. Kolem pěti let by dítě mělo umět vytleskat slovo po slabikách. V tomto věku můžeme fonemický sluch podporovat pomocí her, jako například slovní kopanou nebo vymýšlení slov na dané slabiky, reakce na domluvené slovo. Další vhodné preventivní cvičení na sykavky jsou obrázky - had (sss), moucha (zzz) a cvrček (c-c-c), kočička (č-č-č), mašinka (ššš) a čmelák (žžž). Obrázky opakujeme po jednom a vždy upozorníme na polohu rtů, k hláskám S, Š přidáme pohlazení, C, Č doprovodíme ťukáním na ruku a znělých hlásek si dítě pokládá hřbet ruky na krk. Pro často pletené hlásky Ť, Ď a Ň jsou dobré obrázky, které mají ve dvojici slabiky tvrdé i měkké (tytyty – zamračený pán, tititi – hodiny), dále na měkkost a tvrdost můžeme upozornit pomocí měkkého míčku a tvrdé kostky – dítě vždy šáhne na ten předmět podle toho, kterou hlásku slyší (Kutálková, 1996).

Krahulcová (2013) upozorňuje na chyby, kterých se při rozvoji komunikace u dítěte, můžeme dopustit:

- přespříliš na dítě mluvit mazlivě či s deformovanou výslovností;
- chválit a předvádět vadnou výslovnost;
- přeceňovat či podceňovat komunikační poruchu;
- strašit dítě s dyslalií školou;
- nepoznat orgánovou příčinu dyslalie a dítě tak metodicky poškodit;
- při logopedické péči neopomenout tělesnou a duševní relaxaci, kreativitu;
- terapii nekonat bezduchým drilem, nudnou formou;
- při neúspěchu nepřenášet odpovědnost na dítě.

Při nepřiměřeném postupu preventivních cvičení vznikají negativní následky. Pokud cvičení trvá příliš dlouho nebo je velmi často, dětský organismus se útlumem (ztratí zájem, usíná, vrtí se) nebo agresí (vzteklý pláč, kope, mlátí kolem sebe) brání. Další reakcí je přetížení nervové soustavy a může se objevit koktavost, tiky nebo porucha spánku. Jako další výsledek nesprávné a nepřiměřené prevence tak může být i vadná hláska (Kutálková, 1996).

4.2 Logopedická terapie

Logopedickou terapii charakterizujeme jako specifickou aktivitu, která je realizována specifickými metodami a ve specifické situaci záměrného učení. Musí probíhat záměrně, pod dohledem odborníka v organizovaných podmínkách a zařízeních. Dochází při ní k osvojování specifických vědomostí, zručností, chování a návyků v osobnostních vlastnostech a to převážně v oblasti komunikačních schopností (Klenková a kol., 2007). Terapie nesmí být fádni, nudná a přetěžující dril, vše má probíhat formou hry a je dobré cvičení propojovat co nejvíce s realitou všedního dne. Velmi důležitá je obsahová a významová stránka slova, stojí na prvotním místě před výrazovou a akustickou stránkou (Klenková, 2006).

4.2.1 Metody a zásady terapie

V kapitole Dyslalie Lechta (in Škodová, 2007) dělí metody terapie na **stimulující** nerozvinuté a opožděné řečové funkce; **korigující** vadné řečové funkce; **reedukující** zdánlivě ztracené, dezintegrované řečové funkce. V logopedii můžeme aplikovat další metody

ze všeobecné pedagogiky a to například metodu cvičení a příkladu (řečový vzor), ze speciální pedagogiky metody a postupy reedukace, kompenzace a rehabilitace. Pokud dítě z různých důvodů není připraveno na terapii a nechce se aktivně podílet, aplikujeme „theraplay“ metodu, která hravým způsobem dítě připraví na terapeutické podmínky a interakci.

K Seemanově (1955) zásadám – krátkodobé cvičení (2 – 3 min. 20 – 30- krát denně); používání sluchové kontroly (využití sluchu); používání pomocných hlásek (hlásky, které dítě umí správně artikulovat a od nich se postupně odvozují nové hlásky, jež jsou zvukově odlišné, ale fyziologicky blízké) a minimální akce (cvičení nemá probíhat násilně a s nadbytečným přeháněním a úsilím), přidal Lechta (1990) další – individuální přístup; chybnou výslovnost neopravovat, ale vyvozovat nový správný mechanismus; co nejvíce využívat multisenzoriální přístup (využití sluchu, zraku i hmatu); používat správná logopedická cvičení a techniky, a pokud je nesprávná výslovnost několika hlásek, logoped si musí koncipovat plán postupu. Antonín Rádek (in Klenková, 2006) rozpracoval a přidal další zásady logopedické terapie

- novou **hlásku vyvozujeme individuálně** s ohledem na celkovou osobnost dítěte a jeho specifické vlastnosti;
- vždy postupujeme od **snadnějšího ke složitějšímu** a formou hry (u dětí);
- špatně vyslovenou **hlásku neopravujeme**, ale vyvodíme novou, správně artikulovanou a vycházíme z hlásek fyziologicky nejbližších;
- **vyvozujeme vždy jen jednu hlásku** a až po její fixaci a použití ve slovech, větách vyvozujeme další;
- necháváme **princip minimální akce**;
- opíráme se o **sluchovou kontrolu** a systematicky procvičujeme sluchovou diferenciaci;
- zachováváme **krátkodobé**, ale často **opakované cvičení**;
- neustále **podporujeme sebedůvěru** dítěte a potlačujeme komplex méněcennosti;
- **nepoužíváme nesnadná a neznáma slova** a jazykolamy;
- **mechanické pomůcky**, jako jsou sondy a špachtle využíváme jen v nezbytných případech;
- důležitá je **spolupráce** s dalšími **odborníky** (lékař, třídní učitel, psycholog) a s **rodinou** dítěte.

4.2.2 Techniky a strategie

Techniky se od metod odlišují tím, že technika představuje pracovní činnost, postup a metoda je cesta k cíli. Techniky bývají někdy označovány jako strategie, které charakterizujeme jako terapeutické techniky, které se řídí určitým teoretickým konceptem. Metody a techniky od sebe můžeme jen těžko odlišit, ovšem strategii vnímáme především jako určitou koncepci, jak použít jednotlivé techniky. Pro příklad uvádíme v rámci stimulace narušeného vývoje řeči techniky – self-talking⁷, paraleltalking⁸, strategie otázek a modelování (expanze – syntaktické doplnění, extenze – sémantické doplnění) (Škodová, 2007). Lechta (1990) hovoří o další technice, a to o rozšířené imitaci. Dospělý zopakuje, co řeklo dítě a přitom adekvátně doplňuje slovník; dítě: babička stolička – dospělý: babička sedí na stoličce.

4.2.3 Principy

Při logopedické terapii můžeme aplikovat všeobecné principy řízeného učení; princip motivace, transferu a opakování. Uplatnění najdou i principy z pedagogiky, tedy princip uvědomělosti, aktivity, soustavnosti a názornosti; ze speciální pedagogiky princip komplexnosti a socializace a specificky logopedické principy – relaxace, symetrický terapeutický vztah, multisenzoriální a monosenzoriální přístup, funkční používání řeči, holistický přístup, včasná stimulace, imitace přirozeného vývoje řeči a překonávání komunikační bariéry. Poslední zmíněný princip je klíčový. Není orientovaný jen na jazyk a řeč či na izolované chápání komunikační schopnosti, ale na člověka jako na bio-psycho-sociální jednotku, která má narušenou komunikační schopnost. Všeobecné principy se od specifických diferencují těžko, záleží na úhlu pohledu a postupu aplikace. Navíc můžeme podle typu narušené komunikační schopnosti použít konkrétní principy; u dyslalie princip používání pomocných hlásek (Škodová, 2007).

4.3 Kde hledat pomoc

Logopedickou pomoc můžeme najít v resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, v resortu ministerstva zdravotnictví a v resortu ministerstva práce a sociálních

⁷Self-talking – dospělý komentuje situaci, ve které se dítě nachází (Lechta, 1990).

⁸Paraleltalking – dospělý jakoby v roli dítěte komentuje aktuální činnost a pocity dítěte (Lechta, 1990).

věcí. Průlom v logopedické péči rozhodně nastal po roce 1989. V následující podkapitole nastíníme nejčastěji poskytovanou logopedickou péči dětem předškolního věku.

4.3.1 Logoped v mateřské škole

Logopedi, působící v mateřské škole, se zaměřují na diagnostiku, terapii a prevenci narušené komunikační schopnosti dětí. Mezi výhody spadá individuální přístup k dítěti v prostředí, na které je zvyklé a je mu citově blízké, úzká spolupráce s učitelkou a rodiči dítěte. Logoped se nezaměřuje jen na izolované poruchy řeči, ale i na odstraňování bariér v mluvené i psané řeči. *„Postupně rozvíjí schopnost dítěte od mluvení ke komunikaci, od individuálního k sociálnímu porozumění v souladu s jeho myšlením, chováním a jednáním“* (Lipnická, 2013, str. 11). Logoped se zabývá narušenou komunikační schopností z hlediska příčin, projevů a důsledků a na jejich podkladě navrhuje postupy prevence a terapie. Vykonává práci dvojího druhu – **nespecifická**, jež podporuje žádoucí formy řeči a chování dítěte, které zajišťují aktivní jazykovou komunikaci a **specifická**, která řeší konkrétní potíže, které negativně působí na komunikační schopnosti (Lipnická, 2013).

Kutálková (2011) hovoří o základních předpokladech, které musí být splněny, při individuální logopedické péči (nabízené mateřskou školou), pokud však jeden chybí, nemůžeme tyto aktivity považovat za přiměřenou a odbornou logopedickou péči:

- **Klasifikace** - absolvování logopedického kurzu nebo závěrečná zkouška z logopedie na VŠ (rozšiřující studium) a spolupráce s odborníkem, který má státní zkoušku z logopedie.
- **Přítomnost někoho z rodičů na terapii** a vysvětlení metod na domácí procvičování.
- **Intervaly** mezi terapiemi, a to zhruba každé 2 – 3 týdny.
- **Délka jednoho sezení** by neměla být kratší jak 20 minut, maximálně však 30 minut.

4.3.2 PPP a SPC

Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) se budují převážně při speciálních školách a zařízeních. Logopedická SPC se zaměřují převážně na děti předškolního věku, ovšem přidruženými logopedickými poradnami se věnují i dalším klientům. V pracovním týmu působí speciální pedagog, logoped, foniatr, psycholog a sociální pracovníce (Peutelschmiedová, 2005). Pedagogicko – psychologické poradny (dále jen PPP) se specializují převážně na problematiku školní přípravy a docházky, věnují se prvotně poruchám učení a pozornosti, které s logopedií úzce souvisí (Kutálková, 2011).

Aby děti s narušenou komunikační schopností měli zajištěnou péči a ve školních zařízeních poskytovány úlevy, musí právě SPC nebo PPP vystavit těmto dětem potvrzení (Peutelschmiedová, 2005).

4.3.3 Speciální mateřské školy

Speciální mateřské školy jsou určeny pro děti, které mají závažnější poruchu řeči nebo sluchu. Školní docházka bývá kombinována s péčí klinické logopedie, ve třídě je snížen počet dětí. Mateřská škola zajišťuje i návaznost na další odborníky. A individuální pomoc rodičům (Kutálková, 2011).

4.3.4 Klinická logopedie

Klinickou logopedii provádí pouze člověk, který má nejen státní závěrečnou zkoušku z logopedie, ale i specializační studium a zkoušky (atestace). Pracoviště se nachází často ve zdravotnických zařízeních nebo jako soukromé ordinace. Nejčastěji forma logopedické péče je **ambulantní péče**, které probíhají pomoc individuálních konzultací a je přítomen vždy jeden z rodičů (zákonných zástupců). Častá je spolupráce s dalšími odborníky (lékař, psychiatr, psycholog). Další forma je **logopedická péče na lůžku**, která se ale využívá jen u velmi závažných případů, kdy je dítě nutné odloučit na nějaký čas z nevyhovující prostředí (Kutálková, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika práce

V praktické části práce jsme zrealizovali průzkumné šetření mezi logopedkami působícími v mateřských školách.

V průzkumném šetření položky nevyjadřují vztah mezi proměnnými, ale stav ve zkoumané oblasti, a tak není možné stanovit hypotézy. Můžeme ale formulovat předpoklady či výzkumné otázky, jež nemusíme statisticky ověřovat (Chráška, 1986).

5.1 Použitá metoda

V průzkumném šetření jsme využili metodu dotazník. Dotazník je soustava předem připravených a formulovaných položek, které bývají spíše označovány jako otázky a dotazovaná osoba (respondent) na ně odpovídá písemně. Této metodě bývá vytýkáno, že respondenti doopravdy jsou, ale tak jak sami sebe vidí nebo chtějí být viděni. Data, která získáme, mají ovšem podmíněnou platnost a je nutná obezřetná interpretace, „*abychom odlišili objektivní zjištění od subjektivních soudů*“ (Chráška, 2007, str. 164).

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Průzkum jsme provedli mezi logopedy, kteří působí v mateřských školách v České republice. A to v logopedických třídách nebo mateřských školách logopedických. Průzkumu se zúčastnilo 34 respondentů. Z hlediska pohlaví se zúčastnily pouze ženy. Podmínkou bylo vysokoškolské vzdělání ukončené státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Respondenty jsme oslovili pomocí osobního kontaktu, elektronickou cestou, telefonicky a na sociálních sítích v pedagogických skupinách.

5.3 Formulace cíle a předpokladů

Cílem naší práce bylo zjištění, jaký je výskyt dětí s dyslalií předškolního věku a jaké metody a formy logopedické intervence využívají logopedové v mateřských školách (logopedické třídy, mateřské školy logopedické) v České republice k nynějším školnímu roku (2013/2014). Další položky týkají se vzdělání a informovanosti o této problematice logopedů v mateřských školách.

Předpoklad č. 1 - předpokládáme, že děti s dyslalií přibývá.

Předpoklad č. 2 - předpokládáme, že se objevuje převážně dyslalie fyziologická.

Předpoklad č. 3 - předpokládáme, že logopedové mají dostateční informace o logopedické intervenci a dovedou ji správně využít.

Předpoklad č. 4 - předpokládáme, že logopedové neustále obohacují své poznatky samostudiem o nové trendy a možnosti v logopedické intervenci.

5.4 Interpretace výsledků

Otázka č. 1 zjišťovala, jaká je početnost dětí s dyslalií ve třídách mateřských škol.

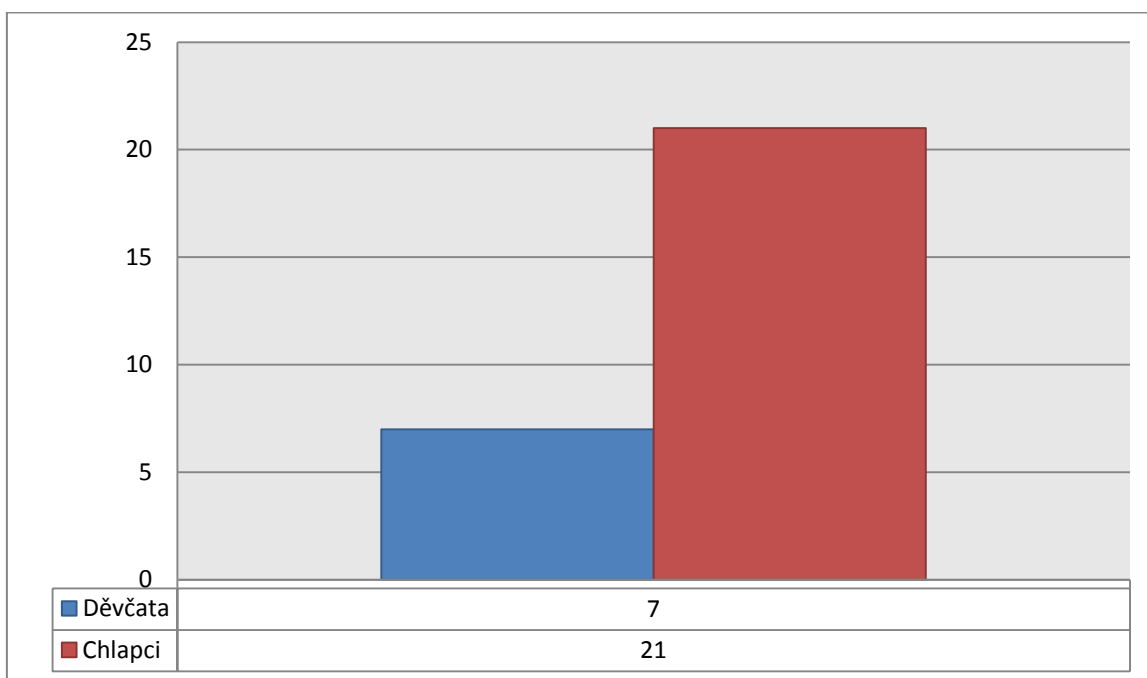
Otázka je otevřená a zodpovězena všemi respondenty. Výskyt dětí s touto diagnózou byl poměrně rozdílný, jak můžeme vidět v tabulce (č. 3). Někteří respondenti přispěli komentářem, že je to jedna z nejvíce rozšířených poruch komunikačních schopností, která se objevuje v jejich třídách. Stejně tak Krahulcová (2013) mluví o tom, že je dyslalie nejčastější porucha řeči, která se objevuje v celé populaci.

Počet dětí s dyslalií v dotazovaných třídách	Počet tříd
4	3
5	1
6	5
7	6
8	1
9	2
10	6
11	5
12	1
14	2
15	1
19	1

Tabulka 3 Výskyt dětí s dyslalií v logopedických třídách mateřských škol

Otázka č. 2 je zaměřena na výskyt dyslalie z hlediska pohlaví ve třídách. Otázku opět zodpověděli všichni respondenti. Otázka byla uzavřená s nabízenou možností.

V tomto případě jsme očekávali vyšší počet chlapců (79,41 %) s diagnózou dyslalie, než děvčat (20,59 %). To se v našem průzkumu potvrdilo (graf č. 1; tabulka č. 4). I v odborné literatuře (např. Krahulcová, 2013) se uvádí, že touto komunikační schopností trpí převážně chlapci.

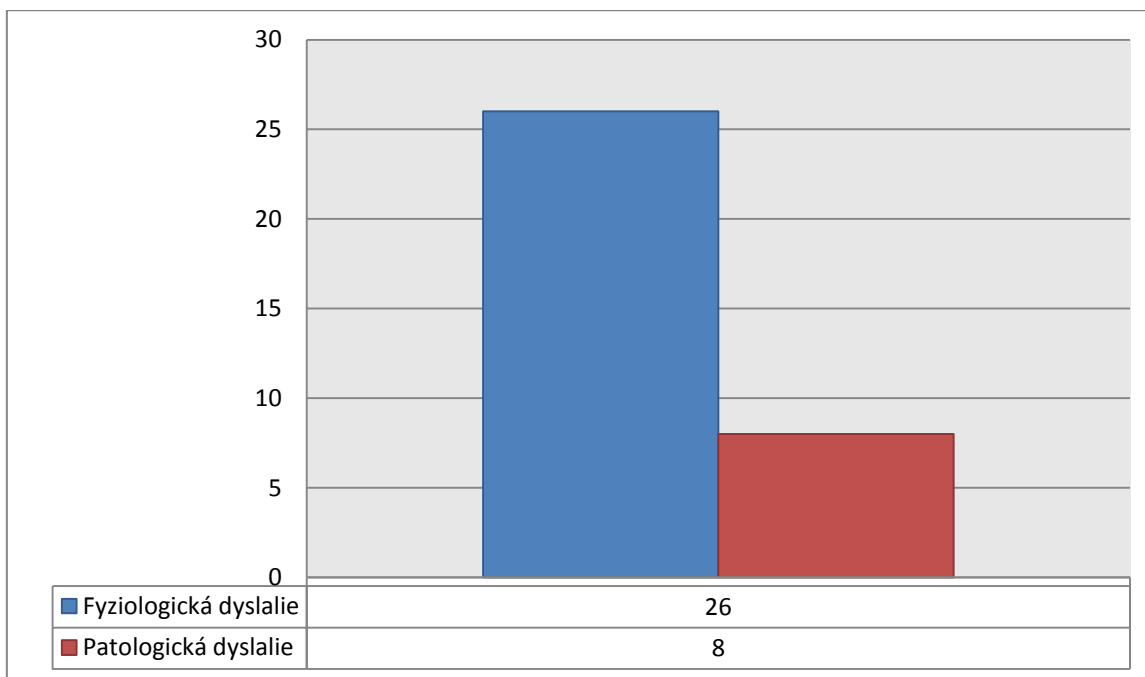


Graf 1 Výskyt dyslalie z hlediska pohlaví

Pohlaví	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Chlapci	21	79,41 %
Děvčata	7	20,59 %

Tabulka 4 Výskyt dyslalie z hlediska pohlaví

U otázky č. 3 se respondentů ptáme, jestli ve třídách převažuje dyslalie patologická nebo fyziologická. Otázku zodpověděli všichni dotázaní a můžeme v grafu (č. 2) i tabulce (č. 5) zpozorovat, že podle odpovědí našich respondentů převažuje dyslalie fyziologická (76,47 %). Někteří respondenti připojili vlastní komentář, že většina dětí s touto diagnózou je do věku 6 let, a tak převažuje dyslalie fyziologická (prodloužená), která může přetrvávat až do sedmi let.

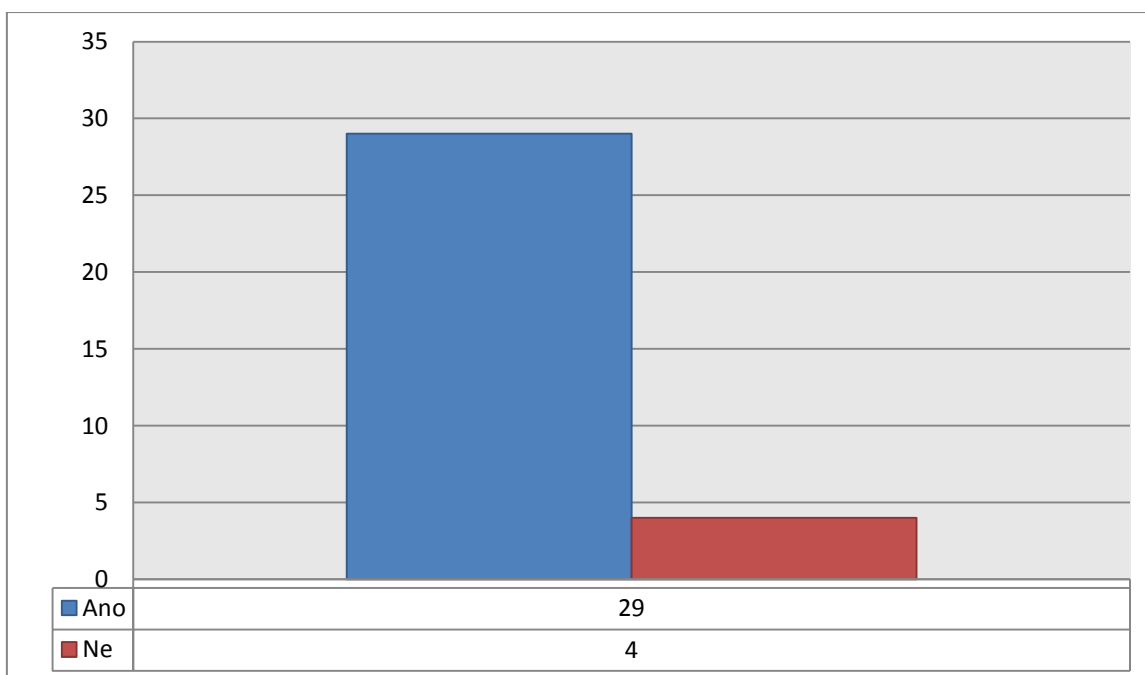


Graf 2 Výskyt fyziologické a patologické dyslalie

Druh dyslalie	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Patologická	8	23,53 %
Fyziologická	26	76,47 %

Tabulka 5 Výskyt fyziologické a patologické dyslalie

Otázka č. 4 se věnuje tomu, zda podle logopedek působících v mateřských školách přibývá dětí s diagnózou dyslalie či nikoliv. Dle logopedů má problémy s výslovností asi jedna třetina školních dětí. Řečové vady jsou jedním z nejčastějších důvodů, proč mají děti odklad školní docházky. Ministerstvo školství se na jaře v roce 2012 více dovolávalo na mateřské školy, aby se více zaměřily na logopedickou prevenci. Právě dyslalie je nejčastější vadou řeči u mladších školáků (redakce Mimi klub, 2012). I podle odpovědí našich respondentů dětí s dyslalií přibývá (85,29 %). Domníváme se, že to může být způsobeno nedostatečně řečově podnětným prostředím a častým sledováním televize (Kutálková, 1996).



Graf 3 Růst diagnózy dyslalie

Růst diagnózy dyslalie	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Ano	29	85,29 %
Ne	5	14,71 %

Tabulka 6 Růst diagnózy dyslalie

U otázky č. 5 zjišťujeme, jak často probíhá logopedická intervence během týdne a jak dlouho trvá. Pokud se podíváme na zásady logopedické terapie, které zpracoval například Lechta (1990), doporučuje se logopedická terapie často po krátkých intervalech (cca 10 – 15 minut). Škodová (2003) uvádí, že u malých dětí (kolem 3,5 let) nemá logopedická intervence trvat déle jak 5 minut. Otázku zodpověděli všichni respondenti. Otázka je otevřená a mezi nejčastějšími odpověďmi se objevuje frekvence terapie 5krát týdně trvajících 10 minut (41,18 %) (tabulka č.7).

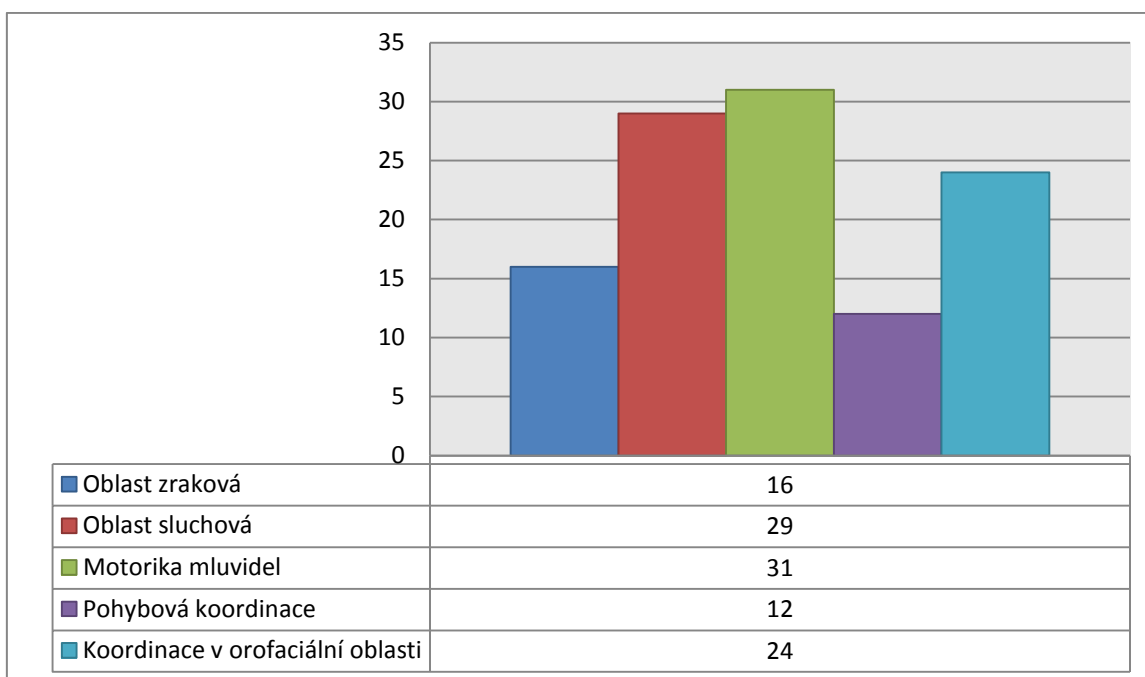
Frekvence logopedické intervence	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
5krát týdně, 10 minut	14	41,18 %
2krát týdně, 15 minut	5	14,71 %
1krát týdně, 30 minut	4	11,76 %
3krát týdně, 15 minut	5	14,71 %
3krát týdně, 20 minut	2	5,88 %
1krát týdně, 45 minut	1	2,94 %
1krá týdně, 15 minut	1	2,94 %
3krát týdně, 30 minut	1	2,94 %
2krát týdně, 20 minut	1	2,94 %

Tabulka 7 Frekvence a četnost logopedické intervence

Otázka č. 6 se věnuje oblastem, na které se logopedky zaměřují při logopedické terapii.

Při logopedické terapii je klíčové rozvíjet různé oblasti – tzn. oblast zrakovou a sluchovou, motoriku mluvidel, pohybovou koordinaci a koordinaci v orofaciální oblasti. Tato otázka je uzavřená s nabízenou možností výše uvedených oblastí. Respondenti měli možnost označit libovolný počet nabízených možností, kterým se při terapiích věnují. Otázku zodpověděli všichni dotázaní.

Logopedi se nejvíce soustředí na motoriku mluvidel a rozvíjení sluchové oblasti, která je důležitá pro auditivní kontrolu (graf č. 4; tabulka č. 8).



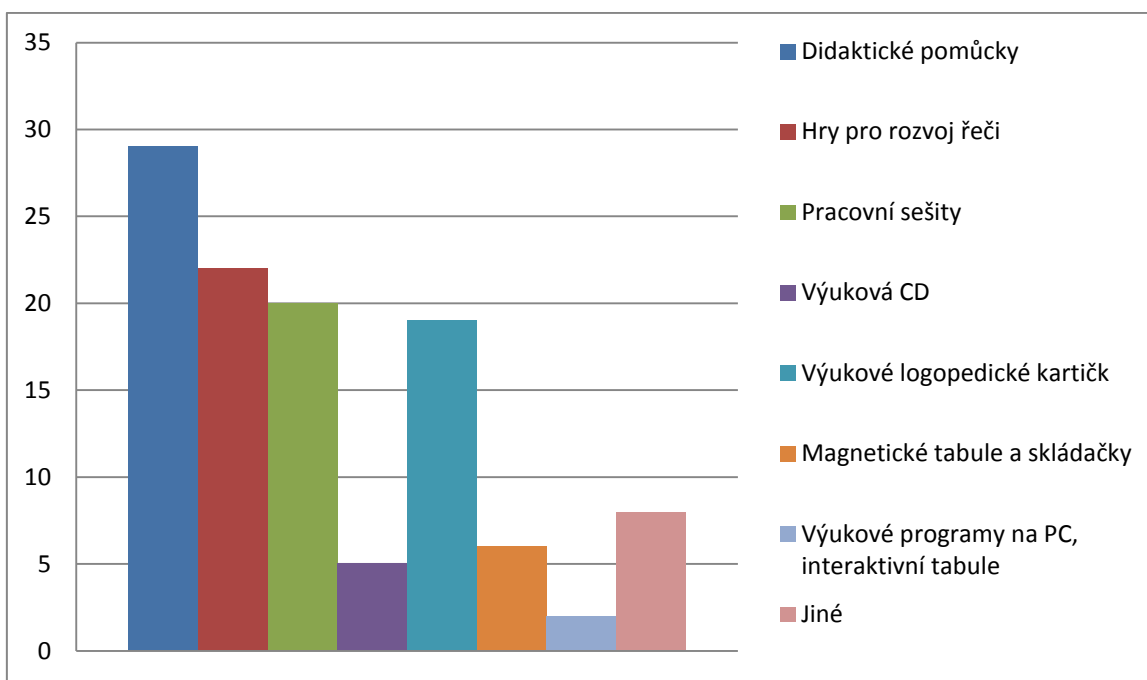
Graf 4 Oblasti rozvíjené při logopedických sezeních

Rozvíjená oblast	Odpovědi respondentů
Oblast zrková	16
Oblast sluchová	29
Motorika mluvidel	31
Pohybová koordinace	12
Koordinace v orofaciální oblasti	24

Tabulka 8 Oblasti rozvíjené při logopedických sezeních

V otázce č. 7 se ptáme na logopedické pomůcky, které logopedky využívají při logopedické intervenci. Používání netradičních a zábavných pomůcek zbavuje děti s narušenou komunikační schopností strachu z mluvení a dodává jim novou sebedůvěru (Učitel'ské noviny, 2011).

Otázka je částečně uzavřená a nabízí 7 možností, kdy do jedné z možností mohou napsat vlastní odpověď. Opět otázku zodpověděli všichni dotázaní. Nejvíce logopedi využívají didaktické pomůcky, pracovní sešity a výukové logopedické kartičky. V možnosti vlastního výběru se nejčastěji objevovaly sondy a špachtle (graf č. 5; tabulka č. 9).



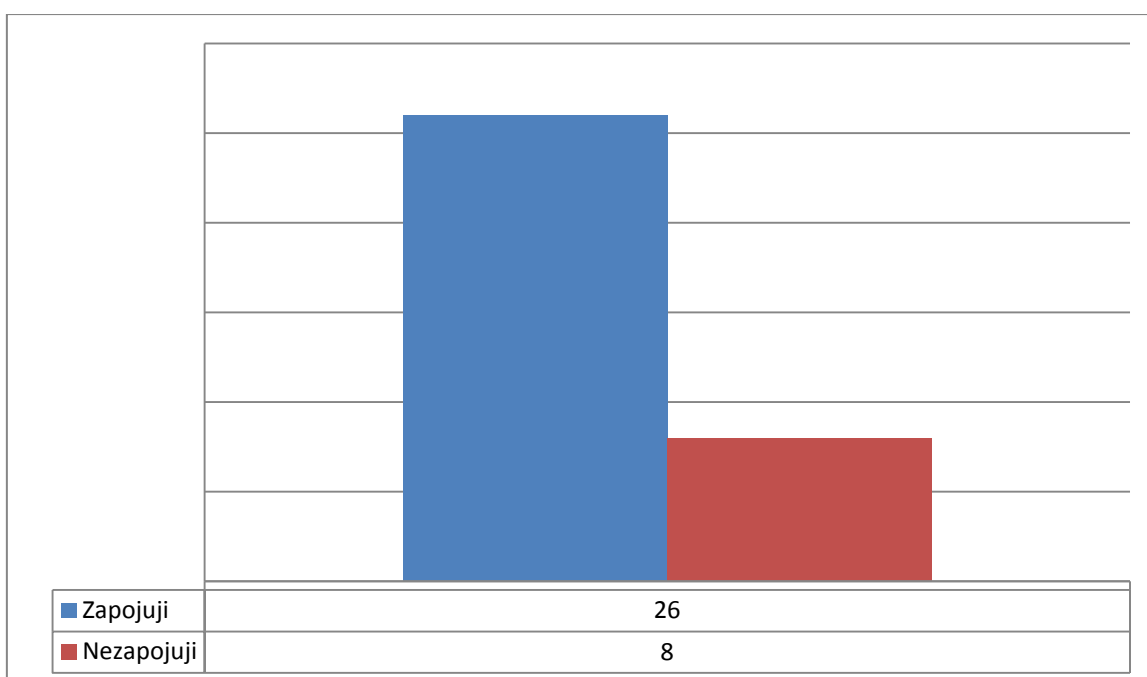
Graf 5 Využití logopedických pomůcek při intervenci

Logopedické pomůcky	Odpovědi respondentů
Didaktické pomůcky	29
Hry pro rozvoj řeči	22
Pracovní sešity	20
Výuková CD	5
Výukové logopedické kartičky	19
Magnetické tabule a skládačky	6
Výukové programy na PC, interaktivní tabule	2
Jiné	8

Tabulka 9 Využití logopedických pomůcek při intervenci

Otázka č. 8 zjišťuje, jestli logopedky, v rámci prevence, do logopedické intervence zapojují i děti bez dyslalie. Otázka byla uzavřená s nabízenou možností. Zodpověděli všichni respondenti. V rámci prevence zapojuje děti do logopedické intervence 76,47 % dotázaných.

Jak uvádí spousta odborníků (např. Lechta 1990, Kutálková 1996), prevence je významná pro dokonalý rozvoj řeči. Každé dítě je jiné, s rozličnými vlastnostmi a schopnostmi, vyrůstá v různém sociálním a kulturním prostředí, ale přesto díky preventivním obecným metodám se řeč může rozvíjet co nejpřirozeněji a na vysoké úrovni. Říkáme tomu řízení fyziologickému vývoje řeči (Kutálková, 1996).

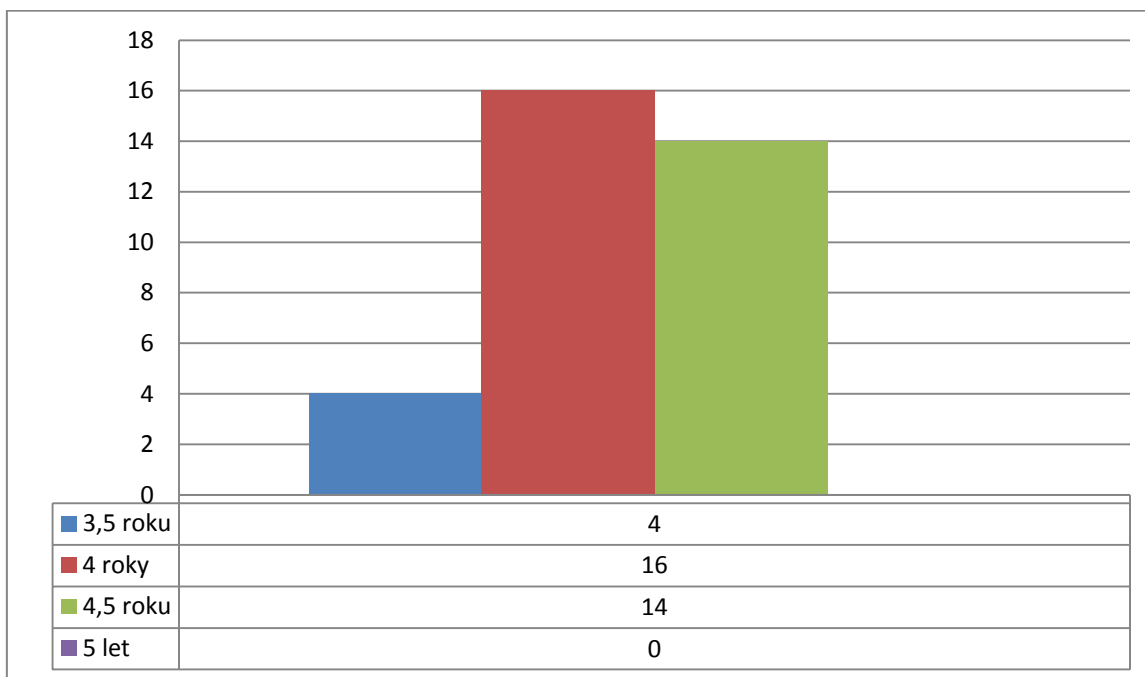


Graf 6 Zapojení dětí bez dyslalie v rámci prevence do logopedické intervence

Zapojení dětí do logopedické intervence v rámci prevence	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Ano	26	76,47 %
Ne	8	23,53 %

Tabulka 10 Zapojení dětí bez dyslalie v rámci prevence do logopedické intervence

V otázce č. 9 zjišťujeme, jaký věk je podle logopedů nejvhodnější pro zahájení logopedické intervence dyslalie. Kutálková (1996) uvádí různé metody pro prevenci a terapii již od kolem 3 – 4 let. Stejně tak v našem průzkumu předpokládáme, že nejčastěji respondenti uvedou věk kolem 4 let dítěte. Ve výsledcích se náš předpoklad potvrdil, jak můžeme vidět v grafu (č. 7) nebo tabulce (č. 11), věk 4 roky pro zahájení intervence zvolilo 47,06 % respondentů, druhá nejčastěji volená možnost je 4,5 roku (41,18 %). Otázka je uzavřená s několika možnostmi a odpověděli všichni respondenti.



Graf 7 Vhodný věk pro zahájení logopedické intervence

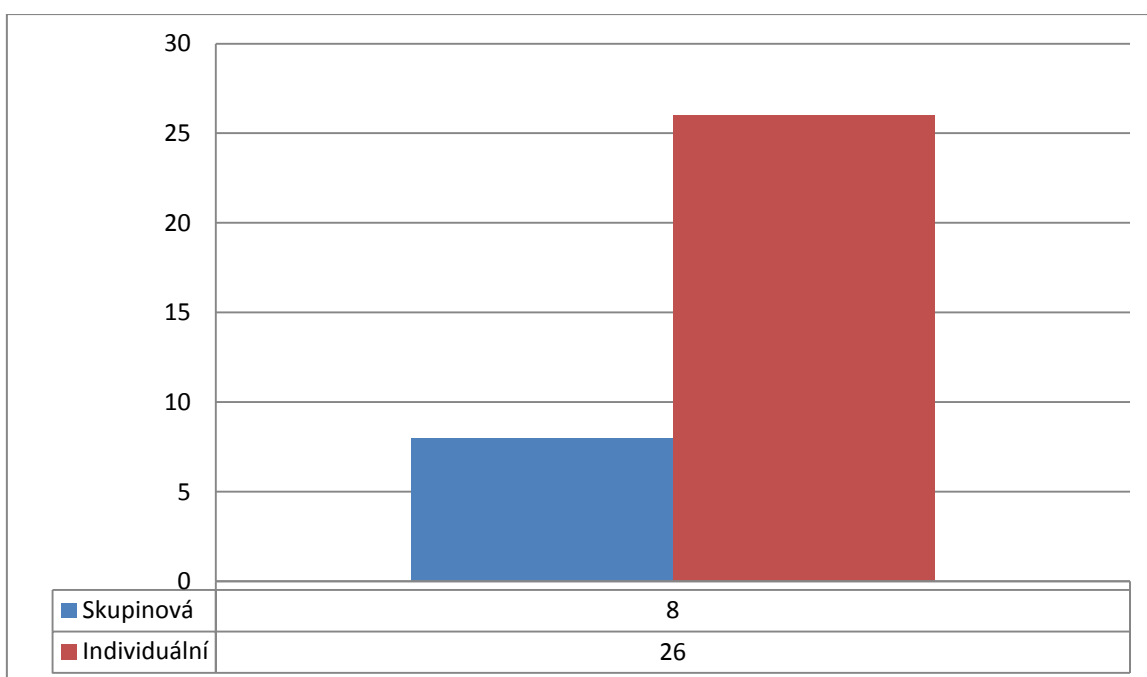
Věk pro zahájení logopedické intervence	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
3,5 roku	4	11,76 %
4 roky	16	47,06 %
4,5 roku	14	41,18 %
5 let	0	0,00 %

Tabulka 11 Vhodný věk pro zahájení logopedické intervence

Otázka č. 10 se ptá, jestli logopedky dávají přednost individuální nebo skupinové intervenci. Tuto uzavřenou otázku zodpověděli všichni respondenti.

Individuální intervence probíhá ve vztahu dvou účastníků – logoped a klient. Terapie je soustředěna na konkrétní problém klienta. Při skupinové intervenci si klient osvojuje komunikační schopnosti v rámci skupiny. Škodová (2006) uvádí, že kromě skupinové a individuální intervenci jsou další formy – intenzivní (např. několikrát denně) a intervalová (odstupy několik týdnů či měsíců mezi intenzivními intervencemi). Vznikají tak variace jednotlivých forem v závislosti na typu narušené komunikační schopnosti.

V našem průzkumu volí individuální intervenci 76,47 %.



Graf 8 Skupinová a individuální logopedická intervence

Druh intervence	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Skupinová	8	23,53 %
Individuální	26	76,47 %

Tabulka 12 Skupinová a individuální logopedická intervence

U otázky č. 11 se ptáme, jaký typ dyslalie je podle logopedek nejtěžší na nápravu. Otázka byla uzavřená a zodpovězena všemi respondenty. Měli možnost označit maximálně tři typy dyslalie.

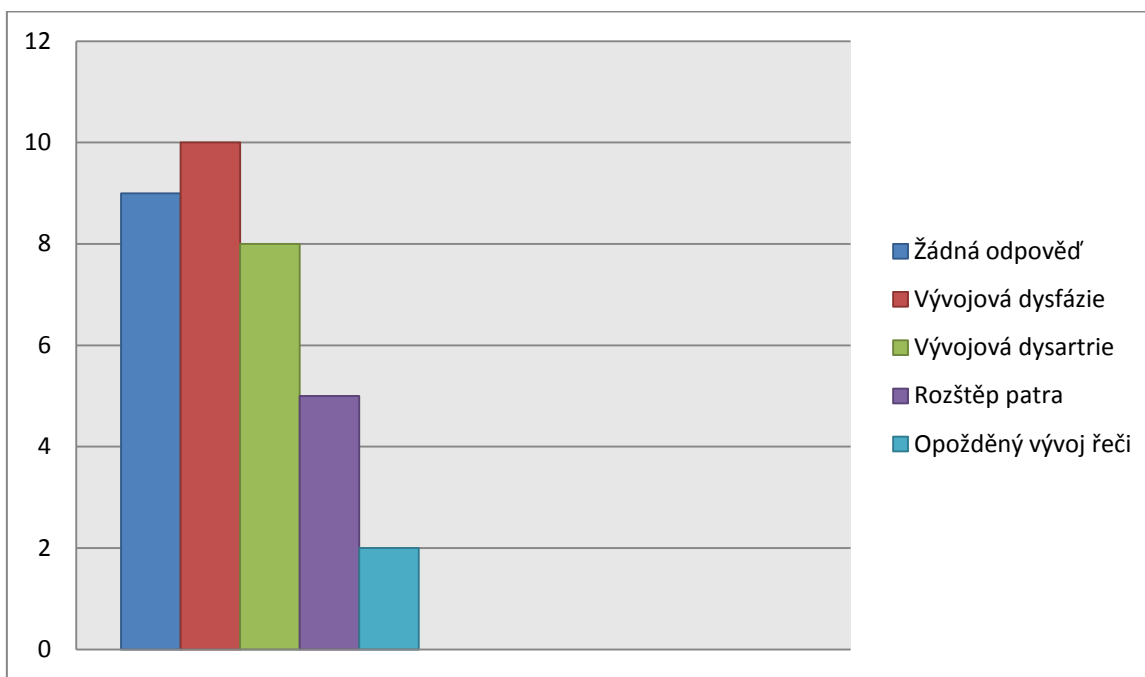
Dyslalie je porucha artikulace jedné nebo více hlásek. U každého dítěte je problém velmi individuální a podle přidaného komentáře některých respondentů tak nelze přesně určit, který typ dyslalie je nejtěžší na nápravu. Náprava hlásek také závisí na věku dítěte, podle vývoje hlásek (viz. tabulka č. 2). Přesto se respondenti shodli, že nejtěžší je náprava u nediferencovaných sykavek obou řad, vadná artikulace hlásky K a chybějící řada Š, Ž, Č (tabulka č. 13).

Typ dyslalie	Odpovědi respondentů
Nesprávná výslovnost hlásek A, E	6
Hláška K je nahrazována hláskou T	13
Hláška T je nahrazována hláskou K	5
Hláška D je nahrazována hláskou G	0
Hláška G je nahrazována hláskou D	4
Chybí řada Ť, Ď, Ň	9
Chybí řada Š, Ž, Č	13
Používání hlásky T místo řady S, Z, C	1
Používání hlásky Ť místo řady Š, Ž, Č	0
Nediferencované sykavky obou řad	17
Hlávky C, Č jdou nahrazovány hláskami S, Š	4
Hláška L je vynechána nebo nahrazena jinou hláskou	12
Hláška R je vynechána nebo nahrazena jinou hláskou	8

Hláška Ř je nahrazena sykavkou obou řad nebo hláskami V, F	9
Vadná artikulace hlásek L, D, N, T	6

Tabulka 13 Náprava jednotlivých typů dyslalie – dle složitosti

Otázka č. 12 zjišťuje, jestli dotázané logopedky vědí, s jakou diagnózou lze dyslalii zaměnit, a to z hlediska diferenciální diagnostiky. Tuto otázku zodpovědělo 25 dotazovaných z 34. Otázka je otevřená bez nabízených možností. Z odborné literatury (např. Krahulcová, 2013) víme, že dyslalii můžeme zaměnit s vývojovou dysartrií nebo vývojovou dysfázií. Vzácněji i s rozštěpem patra. Jak vidíme v průzkumu, vývojovou dysartrií nebo dysfázií zvolilo celkem 18 z 34 (52,94 %) dotázaných (graf č. 9; tabulka č. 14).



Graf 9 Záměna diagnózy z hlediska diferenciální diagnostiky

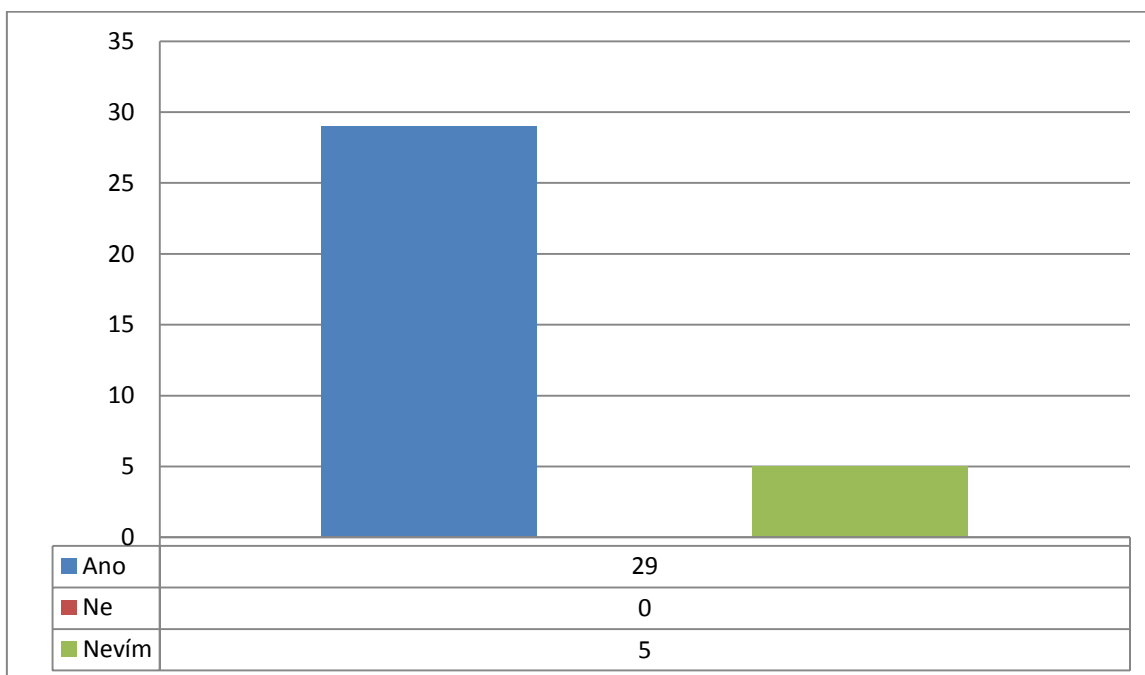
Zvolená diagnóza	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Žádná odpověď	9	26,47 %
Vývojová dysfázie	10	29,41 %
Vývojová dysartrie	8	23,53 %
Rozštěp patra	5	14,71 %
Opožděný vývoj řeči	2	5,88 %

Tabulka 14 Záměna diagnózy z hlediska diferenciální diagnostiky

Předposlední otázka č. 13 se ptá, zda-li si logopedi myslí, že mají dostatečné informace o intervenčních přístupech dyslalie. Otázka je uzavřená, zodpověděli ji všichni respondenti.

Možnost, že mají dostatečné informace o této problematice, zvolilo 85,29 %.

Pro fixaci správné artikulace je důležité, aby logoped používal co nejvhodnější metody, techniky a pomůcky. Při nesprávném a nepřiměřeném postupu se dětský organismus brání, a to například únavou či agresí. Důsledkem se artikulace hlásek nenapraví a může se stát, že dojde k nesprávné artikulaci další hlásky (či více hlásek).



Graf 10 Informovanost logopedů o logopedické intervenci u dyslalie

Dostatek informací o logopedické intervenci u dyslalie	Odpovědi respondentů	Výsledek v %
Ano	29	85,29 %
Ne	0	0,00 %
Nevím	5	14,71 %

Tabulka 15 Informovanost logopedů o logopedické intervenci u dyslalie

Naše poslední otázka č. 14 se týká dalšího sebevzdělávání logopedů ohledně logopedické intervence u dyslalie. Otázka byla otevřena a zodpověděli ji všichni respondenti.

Přestože logoped musí mít vysokoškolské vzdělání ukončené závěrečnou státní zkouškou z logopedie, měl by se neustále vzdělávat a sledovat nové trendy a možnosti v logopedii a její prevenci a terapii. Jsou nejen nové poznatky z této oblasti, ale vyvíjí se i technika, která umožňuje zajímavé a kvalitní programy, pomůcky využitelné v logopedické intervenci.

Typ sebevzdělávání	Odpovědi respondentů
Internet	22
Odborné kurzy, semináře	26
Odborná publikace	29
Stáže	4
Konzultace s kolegy, SPC	8
Žádné další sebevzdělávání	5

Tabulka 16 Další možnosti sebevzdělávání logopedů

5.5 Diskuze, ověření předpokladů

Sběr dat proběhl pomocí dotazníku. Respondenty jsme oslovili osobním kontaktem, elektronickou poštou, telefonicky a na sociálních sítích. Bohužel, návratnost byla velmi malá. Nejvíce nás překvapila neochota vyplnit dotazník při osobním kontaktování. Naopak reakce lidí na sociálních sítích, kde jsme respondenty oslovili v „pedagogických skupinách“, byla překvapivě dobrá. Návratnost zde byla největší a někteří přeposlali dotazníky i svým kolegům.

Osobní cestou jsme oslovili 11 respondentů, vyplněných dotazníku se vrátilo 6, návratnost zde byla 54,55 %. Osobně jsme navštívili logopedy v Základní škole a Mateřská škola logopedické v Olomouci, mateřské škole Na Trati v Olomouci, mateřské škole Pražská ve Znojmě a mateřské škole Holandská a Loucká ve Znojmě. Tyto mateřské školy jsme zvolili na doporučení paní učitelky ze Základní a Mateřské školy logopedické v Olomouci a na doporučení paní logopedky, která působí v logopedické poradně ve Znojmě.

Elektronickou poštou a telefonicky jsme oslovili 52 mateřských škol logopedických nebo s logopedickými třídami po celé české republice. Zpětně vyplněný dotazník poslalo

8 mateřských škol (11 vyplněných dotazníků). Návratnost zde byla 15,38 %. Na sociálních sítích jsme oslovili „skupinu pedagogických pracovníků“, ozvalo se a dotazník vyplnilo 17 respondentů. Protože zde nemáme přesný počet oslovených, nemůžeme tak přesně vypočítat návratnost.

Předpoklad č. 1 - děti s diagnózou dyslalie přibývá

Podle našich výsledků průzkumného šetření dětí s dyslalií přibývá – **otázka č. 4**. Ověřuje nám to i první položka – **otázka č. 1**, kde vidíme, že děti s dyslalií zaujímají největší část z dětí s narušenou komunikační schopností (tabulka č. 3). Podle našeho mínění dnes děti vyrůstají v méně podnětném komunikačním prostředí než dříve. Děti tráví mnohem více času u televizí a počítačů, kdy sice slyší, ale neumí naslouchat. Pokud přidáme poznatky z praxe (praxe v mateřských školách při studiu), spousta dětí si s rodiči doma málo povídá, nepředčítají se pohádky a rodiče děti „zaměstnávají“ hlavně televizí.

Předpoklad č. 2 – u dětí převažuje dyslalie fyziologická

Podle výsledků průzkumného šetření převažuje více jak z poloviny dyslalie fyziologická (graf č. 2; tabulka č. 5) – **otázka č. 3**. Domníváme se, že je to důsledek průzkumného vzorku. Průzkum byl realizován v mateřských školách, kde jsou děti do 6 (eventuelně do 7) let, kdy je vadná artikulace hlásek přirozeným vývojovým jevem. Proto se tedy jedná o dyslalii fyziologickou – vývojovou.

Předpoklad č. 3 – logopedové jsou dostatečně informovaní o metodách logopedické intervence

Frekvence a délka trvání logopedické intervence má v našem průzkumu různé výsledky. Nechali jsme tuto **otázku č. 5** otevřenou, aby respondenti mohli napsat přesné informace. Nejčastějším výsledkem (tabulka č. 7) je frekvence 5krát týdně 10 minut. 41% logopedů používá jednu z Lechtových (1990) či Seemanových (1955) zásad – časté a krátkodobé cvičení. Další nejčastější možnosti byly 3krát a 2krát týdně po 15 minutách – tedy 29% logopedů. Tyto výsledky dopadly vcelku podle mého očekávání, jen jsme překvapeni, že v mateřské škole, kde je každodenní kontakt logopeda – klienta, využívají někteří intervenci jen jednou týdně 45 minut. Bohužel nevíme, jestli je tím míněna intervence individuální nebo skupinová, přesto je 45 minut dlouhý čas na udržení pozornosti dítěte předškolního věku.

Pro kvalitní logopedickou intervenci je významné, kromě vyvozování hlásek, i rozvoj dalších oblastí. Nejčastěji se u této **otázky – č. 6.** objevila možnost motoriky mluvidel a rozvíjení sluchu. Podle odborné literatury (Kutálková, Klenková, Lechta) víme, že právě tyto dvě oblasti jsou pro dokonalou řeč nezbytné. Neměla by se ale zanedbávat žádná oblast, proto mohly v této otázce respondenti označit i všechny možnosti. Výsledky této položky tak vyšly podle našich předpokladů.

Využití správných logopedických pomůcek nám usnadní práci a pro dítě se intervence tak stane hrou, což je nesmírně důležité. Dítě se nesmí přetěžovat a nudit, jinak nebude spolupracovat a intervence nebude plnit svůj účel. Této problematice se věnuje **otázka č. 7** (graf č. 5; tabulka č. 9), a ověřila nám, že logopedové pomůcky dostatečně využívají. Někteří připojili vlastní komentář s doporučenými programy na PC nebo pracovními sešity.

Pro zjištění, jestli logopedové zapojují v rámci prevence do logopedické intervence i děti bez dyslalie, jsme položili **otázku č. 8.** 76% dotázaných dětí do intervence, v rámci prevence, zapojuje. Prevence má v logopedické intervenci významné místo a poměrně nás překvapilo, že většina dotázaných preventivní opatření opravdu uskutečňuje.

Významná nám přijde i znalost, kdy u dítěte s logopedickou intervencí začít. Pokud se podíváme do literatury, např. Lechta (1990) uvádí, že u dětí s dyslalií je vhodné začít kolem 5 roku života. Stejně tak Krahulcová (2013), která do pěti let diagnostikuje dyslalií jako fyziologickou a po pátém roce již patologickou, proto je nutná intenzivní intervence hlavně kolem 5 roku života. V **otázce č. 9,** se nejčastěji objevila možnost 4 roky a 4,5 roku, možnost 5 let nevolil ani jeden respondent (graf. č. 7; tabulka č. 11). Lechta (1990) ve svých zásadách uvádí individuální přístup. Pomocí **otázky č. 10** jsme zjistili, že 76% dává přednost individuální intervenci před skupinovou. Někteří respondenti dále uvedli, že jim přijde důležité tyto formy kombinovat.

Předpoklad č. 4 – logopedové se věnují dalšímu samostudiu

Dalšího sebevzdělávání se týká **otázka č. 14,** kdy se ptáme, jestli logopedové pokračují v samostudiu této problematiky a jakým způsobem. Nejčastěji se v odpovědích objevila odborná publikace, různé semináře a kurzy a internet. Objevila se i možnost konzultace s kolegy z jiných mateřských škol. Otázku zodpověděli všichni respondenti, tedy se nám potvrdil předpoklad, že logopedové svoje znalosti rozšiřují.

Vzhledem k výsledkům našeho průzkumu se předpoklady potvrdily. Avšak z důvodu nízkého počtu respondentů nelze šetření považovat za zcela objektivní. Průzkum se týká jen aktuálního období školního roku 2013/2014 a proto je vhodné jej opakovat a rozšířit pro získání objektivních dat.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo popsat dítě v předškolním věku, ontogenezi lidské řeči, dyslalii, metody logopedické intervence a v praktické části zodpovědět na předem stanovené otázky pomocí sesbíraných dat.

V teoretické části jsme se věnovali charakteristice dítěte v předškolním věku. Nastínili jsme motorický vývoj, kognitivní vývoj, emoční a sociální vývoj a problematiku dětské kresby. Další kapitola se věnovala ontogenezi řeči u dítěte, kde jsme rozebrali jsme předřečový a vlastní vývoj řeči a popsali jazykové roviny. Předposlední kapitola pojednávala o dyslalii, soustředili jsme se na její terminologii, etiologii a výskyt, klasifikaci, symptomatologii a diagnostiku. Poslední kapitolu jsme věnovali logopedické intervenci, zabývali jsme se logopedickou prevencí a jejími metodami, dále logopedickou terapií, jejími zásadami, metodami, technikami a principy a kde je možné najít odbornou pomoc.

V praktické části jsme sesbírali data pomocí dotazníku, který obsahoval 14 otázek. Cílem bylo získat data pro ověření předem stanovených předpokladů. Celkem nám dotazník vyplnilo 34 logopedů pracujících v mateřských školách. Stanovili jsme si cíle a předpoklady praktické části, dále jsme krátce charakterizovali výzkumný vzorek a následně jsme interpretovali získaná data s pomocí tabulek a grafů. Závěrem jsme pomocí diskuze ověřili stanovené předpoklady.

Pomocí použitých literárních pramenů jsme tak shrnuli tuto problematiku a může sloužit jako zdroj informací pro čtenáře. V praktické části jsme zrealizovali průzkum, který nám pomocí dotazníku zjistil, jaká je situace logopedické intervence v logopedických mateřských školách a logopedických třídách běžných mateřských škol. Můžeme tak konstatovat, že logopedové své poznatky vhodně aplikují do praxe a logopedickou intervenci hodnotíme na dobré úrovni.

Této problematice bychom se v budoucnu ještě chtěli věnovat a navázat tak na výzkum, který je potřeba rozšířit pro větší objektivnost získaných údajů.

Použité zdroje

BRUNECKÝ, Z. a O. TEYSCHL, 1973. *Duševní vývoj a výchova dítěte*. Vyd. 3. Praha: Orbis, 263 str. ISBN 11-017-73.

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 236 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 200 s. ISBN 978-802-1044-548.

ČAČKA, O., 2000. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk. ISBN 80-723-9060-0.

DAMBORSKÁ, M., 1979. *Psychológia a základy výchovy*. Vyd. 1. Banská Bystrica: Osveta, 336 str. ISBN 70-046-79.

DVOŘÁK, J., 2001. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, Logopaedia clinica. ISBN 80-902-5362-8.

HARTL, P., 1993. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Jiří Budka, 297 s. ISBN 80-901549-0-5.

CHRÁSKA, M., 1986. *Empirická pedagogická šetření a jejich statistické vyhodnocování: studijní text pro autory diplomových prací na fakultách vzdělávajících učitele*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 54 s.

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu; Základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing, a.s., 272 str. ISBN 978-80-247-1369-4.

KEREKRÉTIOVÁ, A., 2009. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 343 s. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-802-4711-102.

KLENKOVÁ, J., 2007. *Terapie v logopedii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 116 s. ISBN 978-802-1044-630.

KRAHULCOVÁ, B., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti: vady a poruchy výslovnosti*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 295 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, D., 2011. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-802-4736-877.

KUTÁLKOVÁ, D., 2002. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8667-5.

KUTÁLKOVÁ, D., 2010. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-802-4730-806.

KURIC, Jozef. a kol. 1963. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 164 str. ISBN 16-902-63.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3. Praha: GradaPublishing, 344 str. ISBN 80-7169-195-X.

LECHTA, V., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti: [terminologický a výkladový]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 359 s. Logopaedia clinica. ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, V., 1990. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slov. pedagog. Nakl. ISBN 80-080-0447-9.

LECHTA, V., 2008. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha, 191 s. ISBN 978-807-3674-335.

LIPNICKÁ, M., 2013. *Logopedická prevence v mateřské škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, 73 s. ISBN 978-80-262-0381-0.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2009. 2008. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-31.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 89 s. ISBN 80-244-1233-0.

RITZ – RADLINSKY, O., 1960. Prevence dyslalie. In *Dyslalie : Sborník přednášek o poruchách výslovnosti z VIII. Celostátního zasedání logopedických pracovníků konaného v Praze ve dnech 20. A 21. května*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, s. 225 – 227.

SEEMAN, M., 1955. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

SOVÁK, M., 1982. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 295 s. Učebnice pro vysoké školy.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2008. *Přehled vývojové psychologie*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 175 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4421-414.

ŠKODOVÁ, E., 2007. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

VÁGNEROVÁ, M., 1996. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4317-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4609-560.

VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-717-8308-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 531 s. ISBN 978-802-4621-531.

VITÁSKOVÁ, K. a A. PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005. *Logopedie*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 295 s. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 80-244-1088-5.

Internetové zdroje:

Učitel'ské noviny. DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM, O.S. *Aby byly naše děti šťastné...* [online] [citováno 03-04-2014]. Dostupné z: <<http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=6199>>

GOŠOVÁ, Věra. *Řeč, komunikace*. [online] [citováno 28-03-2014]. Dostupné z: <http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogický_lexikon/R/Řeč,_komunikace>

GOŠOVÁ, Věra. *Lateralita*. [online] [citováno 15-03-2014]. Dostupné z: <http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogický_lexikon/L/Lateralita>

Portal.cz. *Metody logopedické intervence*. [online] [citováno 04-04-2014]. Dostupné z: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2116>>

Mimi-klub.cz. *Mezi dětmi přibývá logopedických vad*. [online] [citováno 08-04-2014]. Dostupné z: <<http://www.mimi-klub.cz/radce-mimiklubu/vyvoj-a-vychova/mezi-detmi-pribyva-logopedickych-vad>>

Lekarske.slovniky.cz. *Echolálie*. [online] [citováno 15-02-2014]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/echolalie>>

Wikiskripta.cz, projekt sítě lékařských fakult MEFANET. *Eidetismus*. [online] [citováno 16-02-2014]. ISSN: 1804-6517. Dostupné z: <<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Eidetismus>>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - dotazník použitý pro šetření v praktické části

Příloha č. 2 - seznam grafů a tabulek

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Hortová a studuji 3. ročník Speciální pedagogiky předškolního věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Prosím Vás o vyplnění mého dotazníku, který se týká logopedické intervence dyslalie u dětí předškolního věku. Zjištěné informace použiji pouze pro potřeby své bakalářské práce. Vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 15 minut.

Dotazník je anonymní.

1. Kolik dětí s dyslalií navštěvuje Vaši třídu v tomto školním roce 2013/2014?

2. Jaký je výskyt dyslalie z hlediska pohlaví ve Vaší třídě?

a) děvčata

b) chlapci

3. Jaký typ dyslalie se vyskytuje ve Vaší třídě nejčastěji?

a) Fyziologickou – vývojovou

b) Patologickou

4. Přibývá dětí s diagnózou dyslalie?

a) ano

b) ne

5. Jaká je frekvence logopedické intervence během týdne a jak dlouho trvá?

6. Na jaké oblasti se při logopedické intervenci zaměřujete? (vyberte jednu i více možností)

- a) Oblast zraková
- b) Oblast sluchová
- c) Motorika mluvidel
- d) Pohybová koordinace
- e) Koordinace v orofaciální oblasti

7. Využíváte při intervenci logopedické pomůcky? Pokud ano, prosím vyberte. (prosím, vyberte maximálně 3 nejčastěji Vámi využívané)

- a) Didaktické pomůcky
 - b) Hry pro rozvoj řeči
 - c) Pracovní sešity
 - d) Výuková CD
 - e) Výukové logopedické kartičky
 - f) Magnetické tabule a skládačky
 - g) Výukové programy na PC, interaktivní tabule
 - h) Jiné: _____
-
-

8. Zapojujete do intervence i ostatní děti, které nemají stanovenou diagnózu dyslalie?

- a) zapojuji
- b) nezapojuji

9. Který věk je podle Vás nejvhodnější na zahájení logopedické intervence dyslalie?

- a) 3,5 roku
- b) 4 roky
- c) 4,5 roku
- d) 5 let

10. Dáváte přednost individuální nebo skupinové logopedické intervenci?

- a) individuální
- b) skupinová

11. U kterého typu dyslalie shledáváte nejtěžší nápravu? (vyberte prosím maximálně 3 možnosti)

- a) Nesprávná výslovnost hlásek A, E
- b) Hlávka K je nahrazována hlávkou T
- c) Hlávka T je nahrazována hlávkou K
- d) Hlávka D je nahrazována hlávkou G
- e) Hlávka G je nahrazována hlávkou D
- f) Chybí řada Ť, Ď, Ń
- g) Chybí řada Š, Ž, Č
- h) Používání hlávky T místo řady S, Z, C
- i) Používání hlávky Ť místo řady Š, Ž, Č
- j) Nediferencované sykavky obou řad
- k) Hlávky C, Č jsou nahrazovány hlávkami S, Š
- l) Hlávka L je vynechána nebo nahrazena jinou hlávkou
- m) Hlávka R je vynechána nebo nahrazena jinou hlávkou
- n) Hlávka Ř je nahrazena sykavkou obou řad nebo V, F
- o) Vadná artikulace hlásek L, D, N, T

12. Víte, s jakou diagnózou je možné z hlediska diferenciatní diagnostiky dyslalii zaměnit? (pokud ano, uveďte prosím)

13. Myslíte, že máte dostatečné informace o intervenčních přístupech dyslalie?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Pokračujete v sebevzdělávání ohledně logopedické intervence dyslalie? Pokud ano, uveďte prosím příklad (např. různé kurzy, publikace, internet...)

Děkuji za Váš čas

Příloha č. 2 Seznam tabulek a grafů

<i>Tabulka 1</i> Rozvoj slovní zásoby (Klenková, 2000, str. 15).....	- 18 -
<i>Tabulka 2</i> Vývoj artikulace.....	- 25 -
<i>Tabulka 3</i> Výskyt dětí s dyslalií v logopedických třídách mateřských škol.....	- 36 -
<i>Tabulka 4</i> Výskyt dyslalie z hlediska pohlaví.....	- 37 -
<i>Tabulka 5</i> Výskyt fyziologické a patologické dyslalie.....	- 38 -
<i>Tabulka 6</i> Růst diagnózy dyslalie.....	- 39 -
<i>Tabulka 7</i> Frekvence a četnost logopedické intervence.....	- 40 -
<i>Tabulka 8</i> Oblasti rozvíjené při logopedických sezeních.....	- 41 -
<i>Tabulka 9</i> Využití logopedických pomůcek při intervenci.....	- 43 -
<i>Tabulka 10</i> Zapojení dětí bez dyslalie v rámci prevence do logopedické intervence.....	- 44 -
<i>Tabulka 11</i> Vhodný věk pro zahájení logopedické intervence.....	- 45 -
<i>Tabulka 12</i> Skupinová a individuální logopedická intervence.....	- 46 -
<i>Tabulka 13</i> Náprava jednotlivých typů dyslalie – dle složitosti.....	- 48 -
<i>Tabulka 14</i> Záměna diagnózy z hlediska diferenciální diagnostiky.....	- 49 -
<i>Tabulka 15</i> Informovanost logopedů o logopedické intervenci u dyslalie.....	- 50 -
<i>Tabulka 16</i> Další možnosti sebevzdělávání logopedů.....	- 51 -
<i>Graf 1</i> Výskyt dyslalie z hlediska pohlaví.....	- 37 -
<i>Graf 2</i> Výskyt fyziologické a patologické dyslalie.....	- 38 -
<i>Graf 3</i> Růst diagnózy dyslalie.....	- 39 -
<i>Graf 4</i> Oblasti rozvíjené při logopedických sezeních.....	- 41 -
<i>Graf 5</i> Využití logopedických pomůcek při intervenci.....	- 42 -
<i>Graf 6</i> Zapojení dětí bez dyslalie v rámci prevence do logopedické intervence.....	- 44 -
<i>Graf 7</i> Vhodný věk pro zahájení logopedické intervence.....	- 45 -
<i>Graf 8</i> Skupinová a individuální logopedická intervence.....	- 46 -

<i>Graf 9</i> Záměna diagnózy z hlediska diferenciatní diagnostiky.....	- 49 -
<i>Graf 10</i> Informovanost logopedů o logopedické intervenci u dyslalie.....	- 50 -