UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM
2019–2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Michlová

Logopedická intervence v běžné mateřské škole v okrese Rychnov nad Kněžnou

Praha 2022
Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES
2019–2022

BACHELOR THESIS

Klára Michlová

Speech Therapy Intervention in a Regular Kindergarten in the District of Rychnov nad Kněžnou

Prague 2022
The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne ……

Klára Michlová

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce a konzultantce PhDr. Miroslavě Kotvové, Ph.D., za pomoc, cenné rady a připomínky, které mi poskytovala v průběhu zpracování bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí v běžné mateřské škole v okrese Rychnov nad Kněžnou. Zahrnuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena obecně na komunikaci dětí v předškolním věku a na narušenou komunikační schopnost dětí v předškolním věku. V praktické části je sledována realizace logopedické intervence ve čtyřech vybraných mateřských školách. Zabývá se pozorováním daného jevu a obsahuje doplňující rozhovory s pedagogickými pracovníky a s klinickou logopedkou.

Klíčová slova

Komunikace v předškolním věku, logopedická intervence, mateřská škola, metoda pozorování, narušená komunikační schopnost, rozhovor, vývoj řeči.

Annotation

The bachelor thesis deals with speech therapy intervention in a regular kindergarten in the district of Rychnov nad Kněžnou. Includes theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the communication of preschool children in general and on the impaired communication skills of preschool children. In the practical part, the implementation of speech therapy intervention in four kindergartens is developed. The practical part contains observations of the phenomenon and additional interviews with teachers and clinical speech therapists.

Keywords

Communication in preschool age, impaired communication ability, interview, method of observation, ordinary kindergarten, speech development, speech therapy intervention.

OBSAH

ÚVOD **8**
TEORETICKÁ ČÁST **10**
1 KOMUNIKACE U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU **10**
1.1 Předškolní věk 10
1.2 Řeč – jako nástroj komunikace 11
1.3 Ontogeneze řeči 12
2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU **16**
2.1 Narušená komunikační schopnost – vymezení 16
2.2 Charakteristika narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku 17
2.2.1 Dyslalie 17
2.2.2 Vývojová dysartrie 19
2.2.3 Opožděný vývoj řeči 22
2.2.4 Vývojová dysfázie 24
2.2.5 Balbuties (koktavost) 26
2.2.6 Breptavost (Tumultus sermonis) 31
PRAKTICKÁ ČÁST **34**
3 REALIZACE LOGOPEDICKÉ PÉČE VE VYBRANÝCH MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH V OKRESE RYCHNOV NAD KNĚŽNOU **34**
3.1 Cíle výzkumného šetření 34
3.2 Výzkumné metody a charakteristika zkoumaného vzorku 35
3.3 Realizace výzkumného šetření 36
3.4 Interpretace získaných dat 37
3.5 Dílčí závěry šetření 43
3.6 Doporučení pro praxi 44
ZÁVĚR **46**
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ **48**
SEZNAM PŘÍLOH **50**

ÚVOD

Vývoj řeči hraje v životě člověka velkou roli a probíhá po celé dětství. Řeč, a s ní i slovní zásoba, se však vyvíjí po celý život jedince. Pokud dojde k narušení komunikační schopnosti, může vzniknout problém, který ovlivňuje kvalitu života jedince. Takové situace je nutné řešit s odborníkem co nejdříve, v tomto případě s logopedem nebo klinickým logopedem, ke kterému pak dítě dochází do ambulantní péče.

Tématem této bakalářské práce je logopedická intervence v běžné mateřské škole v okrese Rychnov nad Kněžnou. Toto téma bylo autorkou vybráno právě kvůli jeho vzrůstající aktuálnosti. Logopedická péče v mateřských školách je velmi důležitá, z důvodu narůstajícího působení a vlivu médií. Některé děti nemají takový komunikační kontakt s rodiči, jaký by byl potřebný pro správný rozvoj komunikačních schopností. Nemají mnoho možností mít své rodiče jako komunikační vzor, od kterého by mohly správně převzít komunikační schopnosti a zvyšovat svůj slovní apetit. Žijeme v době, kdy je tato problematika čím dál tím více aktuální. Logopedická intervence v mateřských školách tedy úzce souvisí s narušenou komunikační schopností u dětí předškolního věku, a právě proto je na ni v tomto období vývoje dítěte kladen velký důraz.

Bakalářská práce je koncipována jako teoreticko-empirická. Teoretická část této práce bude definovat komunikaci v předškolním věku, její vývoj a následně narušenou komunikační schopnost dítěte v předškolním věku, kde uvede nejčastější typy narušené komunikační schopnosti. Tato práce vymezuje základní pojmy. Řeč jako nástroj komunikace, ontogenezi řeči, dále pak obecně vymezuje narušenou komunikační schopnost a jednotlivé druhy narušené komunikační schopnosti dětí v předškolním věku. Cílem výzkumného šetření je zmapovat poskytovanou logopedickou intervenci v běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou, porovnat její úroveň a následně navrhnout využití logopedických pomůcek. Ke splnění stanovených cílů poslouží pozorování ve čtyřech mateřských školách a následné doplňkové rozhovory s pedagogickými pracovníky a klinickou logopedkou. Práce bude zkoumat rozdíly mezi logopedickou intervencí, využitím logopedických pomůcek a mezi poskytovanou logopedickou péčí v mateřských školách na vesnici a ve městě. Výsledky šetření by měly poskytnout informace k doplnění teoretické části. Následná interpretace výsledků by

měla vést k návrhu možných opatření, která by pro konkrétní zařízení mohla představovat potenciální rozvoj a v ideálním případě by byla dále využita.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

1.1 Předškolní věk

Předškolní období, nazývané jako období hry, je vymezováno od tří do šesti, případně sedmi let.

Vágnerová (2012) považuje za ukončení této vývojové fáze nástup do školy, který je ovlivněn jak fyzickým věkem, tak i sociálním vývojem.

V tomto období si dítě uvědomuje samo sebe a okolí. Do určité míry funguje samostatně, dokáže se obléct, najíst a vykonávat základní hygienu. Jeví zájem o své vrstevníky, společnou hru a účastní se společenských aktivit. Dítě je v tomto období připraveno rozvíjet své zkušenosti učením, aby tak urychlilo proces osamostatňování se (Thorová, 2015).

Erikson označuje předškolní období jako období iniciativy, která se projevuje aktivitou, činorodostí a vzájemnou spoluprací (In: Thorová, 2015).

Aktivita v předškolním věku je již více plánovaná a je obvyklé, že sleduje nějaký cíl. V předškolním období se významně zdokonaluje řeč. Výslovnost tříletého dítěte je ještě nedokonalá, mnohé hlásky jsou nahrazovány, nebo vyslovovány nepřesně. U většiny dětí během pátého a šestého roku věku dojde k takovému zdokonalení řeči, že takzvaná dětská patlavost vymizí ještě před nástupem do školy, někdy mohou zůstat pozůstatky patlavosti, které se během prvního školního roku odstraní spontánně nebo k tomu dopomůže logoped. To, že dítě dělá v řeči pokroky, můžeme pozorovat i na větné stavbě. Na rozdíl od dvouletých dětí, které tvoří většinou dvou až tříslovné věty, se v předškolním věku zvětšuje rozsah i složitost sdělení. Ke konci třetího roku se začínají kromě souřadných souvětí objevovat i souvětí podřadná. V tomto období roste u dítěte zájem o mluvenou řeč. Vydrží poslouchat krátké povídky, a to i v menších skupinách. Dítě ve třech letech běžně umí nějakou básničku, říkanku a jejich počet se nadále zvětšuje. Dítě rádo mluví, i když často samo se sebou. Některé děti už také zpívají

písničky, i když nedokonale. Rozdíly jsou velmi individuální (Langmeier, Krejčířová, 2006).

S vývojem řeči značně souvisí i růst poznatků o sobě samém, ale také o okolí. Dítě je ve třech letech schopné vyslovit celé své jméno a na požádání říct, jakého je pohlaví. Umí správně označit a rozpoznat základní barvy. Kolem pátého roku začíná účinně užívat řeč k regulaci svého chování.

Autor Lurija uvádí, že od tří let je schopno své chování řídit podle slovní instrukce, nejdříve ji nahlas opakuje a později, asi od čtyř nebo pěti let, se řídí podle vnitřní řeči. Nemusí se hlasitě vyjadřovat (In: Langmeier, Krejčířová, 2006).

Během této fáze vývoje dítěte jedinci přestává stačit domov, zajímá se o další vztahy a děje, které se neodehrávají v jeho známém prostředí. Dochází i k rozšíření časové perspektivy, nejdříve jen na krátkou dobu (večer, zítra…). Ke konci předškolního období se začíná projevovat potřeba práce. Dítě často pomáhá s jednoduššími a krátkými domácími pracemi a rádo plní různé úkoly (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.2 Řeč – jako nástroj komunikace

Termín „řeč“ lze vymezit několika různými způsoby. Dle Klenkové je řeč *„specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách“* (Klenková, 2006, s. 27), dle Sováka je pak řeč *„specifická činnost, která umožňuje jedinci užívat sdělovacích /výrazových/ prostředků k mezilidské komunikaci“* (In: Balašová, 2003, s. 7).

Díky řeči můžeme sdělovat pocity, přání nebo myšlenky. Schopnost mluvit není vrozená, ale máme k ní určité vrozené dispozice, které se rozvíjí v průběhu života. Řeč je záležitostí jak mluvních orgánů (zevní řeč), tak především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč) (Klenková, 2006).

Termíny zevní řeč, mluvená řeč nebo mluva rozumíme schopnost člověka využívat verbální prostředky, které jsou vytvářeny mluvidly. Samotná řeč se realizuje mluvením. Termínem vnitřní řeč rozumíme chápání, uchování a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to jak verbálně, tak i neverbálně, tzn. graficky (četba nebo písmo). Řeč má dvě složky – motorickou (expresivní, výrazovou) nebo symbolickou (percepční, vnímavou) (Klenková In: Pipeková, 2006).

1.3 Ontogeneze řeči

Vývoj řeči prochází různými vývojovými etapami, které jsou časově omezeny, zároveň na sebe navazují, proto při vývoji řeči nemůže dojít k tomu, že by byla nějaká etapa vynechána. Časové rozmezí vývojových etap je individuální a je tedy variabilní. Záleží na individuálním neuropsychickém vybavení dítěte a na prostředí, ve kterém dítě žije (Balašová, 2003).

Ontogeneze řeči začíná obdobím, které se nazývá jako období novorozeneckého (kojeneckého) křiku. Toto období začíná prvním řečovým projevem, který nastává hned po narození a trvá až do doby, kdy řečový projev dítěte začíná mít melodičtější charakter. První novorozenecký křik se považuje za reakci na změnu prostředí, kterou dítě cítí bezprostředně po narození. Vyjadřuje tak pocit nelibosti, reaguje tak na změnu teploty, později na pocit hladu (Jedlička In: Škodová, 2003).

Jako období broukání označujeme dobu okolo 8.–9. týdne, již postupně nahrazuje období žvatlání. Produkované zvuky jsou zde výsledkem takzvané hry s mluvidly. Jako první se objevují ty, které vznikají na rtech a mezi kořenem jazyka a patrem. Stejné skupiny svalů se používají při sání. V této době se vyvíjí akusticko-fonační reflex. Projev dítěte začíná být melodický (Jedlička In: Škodová, 2003).

Období mezi 8. a 9. měsícem se označuje jako období rozumění řeči. Dítě nejdříve obsah sdělení diferencuje podle melodie, přízvuku, barvy hlasu, tyto sdělovací prvky přecházejí i do projevu dítěte. V češtině se toto období objevuje začátkem prvního roku života (Jedlička In: Škodová, 2003).

Období napodobování může být pozorováno již do 9. měsíce, v této době jde však pouze o napodobování zvuků. Dítě začíná vnímat obsahový význam slova zpravidla až v období 12. měsíce. Okolo druhého roku dítě spojuje slova do krátkých dvouslovných či víceslovných vět. Toto období nazýváme jako spontánní produkci ve větách (Jedlička In: Škodová, 2003).

V tomto období dítě ovládá 200–400 slov, která začíná pomalu skloňovat a časovat. Pokrok lze sledovat i v gramatické stavbě řečového projevu. Kolem dvou a půl až tří let o sobě rádo mluví ve třetí osobě. Je patrná snaha o navázání kontaktu s dospělými osobami, které má ve svém nejbližším okolí. Pokud tato snaha není úspěšná a dospělý dítěti nerozumí, může dojít k následné frustraci. Dítě začíná postupně chápat

otázky „kdy?“ a „proč?“. Stále častěji a jistěji využívá víceslovné věty. Přibližně ve věku tří až tří a půl let je dítě schopné říct své jméno, jména sourozenců, zná více než tisíc slov a tvoří všeobecnější pojmy. Správně řadí jednotlivá slova ve větě a začíná tvořit souvětí. Zřídka kdy využívá některé předložky a také spojky (Klenková, Kolbábková, 2003).

Dítě v tomto věku odpovídá na otázky, které jsou jednoduché. Ono samo klade čím dál více otázek. Značně rozšiřuje svou slovní zásobu, recituje říkanky, zpívá písničky. Jeho mluva je v mnoha případech srozumitelná (Allen, Marotz, 2002).

Mezi čtvrtým a pátým rokem by měl slovní projev obsahovat všechny slovní druhy a měl by být gramaticky správný. V tomto období dítě ovládá již 1500–2000 slov. Slova, která používalo jako pomocná (ten, ta, to), jsou stále častěji nahrazována skutečnými názvy osob, zvířat a věcí (Klenková, Kolbábková, 2003).

V pěti letech dítě podle obrázků převypráví známý příběh. Definuje jednoduchá slova, např. míč je na házení, židle na sezení. Pozná a umí pojmenovat čtyři a více barev (Allen, Marotz, 2002).

Období pátého až šestého roku života dítě dokáže opakovat dlouhá souvětí, spontánně počítat a pojmenovat předměty kolem sebe, správně vysvětlit, na co se jaký předmět používá a tvoří skupiny předmětů. V tomto období má již správnou výslovnost většiny hlásek, u některých dětí však přetrvává špatná výslovnost, většinou sykavek (c, s, z, č, š, ž) a vibrantů (r, ř) (Klenková, Kolbábková, 2003).

Otázka, kdy konkrétně je vývoj řeči ukončen, je stále diskutována. Pokud budeme přihlížet i ke stránce formální, což znamená ke správné výslovnosti, musíme posunout hranici až k 5. –6. roku věku dítěte.

Ke správnému vývoji řeči jsou zapotřebí vhodné podmínky, mezi které můžeme zařadit nepoškozenou centrální nervovou soustavu, normální intelekt, normální sluch, vrozenou míru nadání pro jazyk, adekvátní sociální prostředí (prostředí, ve kterém dochází k dostatečné stimulaci řeči) (Jedlička In: Škodová, 2003).

Dále jsou důležitá i neporušená ústrojí, a jejich spoje s CNS, jimiž se realizuje verbální komunikace pomocí mluvidel, jež dělíme na dýchací ústrojí (respirační), dále pak hlasové ústrojí (fonační) a také ústrojí hláskotvorné (artikulační).

Tato ústrojí mají primární funkci pro dýchání a přijímání potravy. Postupem času získávají funkci sekundární, a to funkci řečovou (Vyštejn In: Balášová, 2003).

Jazykové roviny v ontogenezi

Jazykové roviny se vyvíjejí během ontogeneze řeči a navzájem se prolínají (Lechta In: Balášová, 2003).

Jsou známy čtyři jazykové roviny, mezi které řadíme jazykovou rovinu **morfologicko-syntaktickou**. Morfologií rozumíme nauku o skloňování a časování. Syntax pochází z řeckého slova a označuje nauku o větné skladbě a větné platnosti slov a jejich tvarů (Balašová, 2003).

Lechta (1995) považuje tuto rovinu řeči za velmi důležitou, neboť odráží celkový stav duševního vývoje dítěte. Touto rovinou se zabýváme tehdy, když začíná vlastní vývoj řeči dítěte, tzn. v období prvního roku jeho věku. První slova nejdříve plní funkci vět a jsou neohebná. Často jsou tvořena opakováním slabik. Podstatná jména dítě používá nejčastěji v prvním pádě, slovesa používá v infinitivu nebo ve třetí osobě, nebo v rozkazovacím způsobu. Tyto projevy, tvořené ze slov, která jsou izolovaná, trvají přibližně do jednoho a půl roku až dvou let věku dítěte. Následně vznikají věty dvojslovné. V období mezi druhým a třetím rokem dítě skloňuje a časuje. Po třetím roce věku již používá jednotné a množné číslo. Slovesa užívá nejdříve v přítomném čase, potom v čase minulém. Po třetím roce objevuje i podmiňovací způsob a první osobu. Prvními slovními druhy, které dítě používá jsou podstatná jména, dále pak tzv. onomatopoické citoslovce – zvukomalebné citoslovce (pi-pi, bú, mé) (Klenková, 2000).

Mezi druhým a třetím rokem dítě užívá stále více přídavných jmen a také i osobních zájmen. Okolo čtvrtého roku již používá všechny slovní druhy. Nejpodstatnější slovo staví ve větě na první místo (Lechta, 1995).

Druhá jazyková rovina je rovina **lexikálně-sémantická**, kdy lexika označuje slovní zásobu a sémantika označuje mluvní základ slova nebo také pojmovou stránku slova (Balašová, 2003).

Klenková (2000) uvádí, že přibližně v období desátého až dvanáctého měsíce se začíná rozvíjet pasivní slovní zásoba. První slova se objevují okolo dvanáctého měsíce. Řeč je stále spojena s mimikou a gestikulací. Postupně dochází k rozvoji slovní zásoby, a tím začíná převažovat verbální komunikace nad komunikací neverbální. První slova chápe všeobecně. Jedná se o hypergeneralizaci. Dítě například výrazem „pi-pi“ označuje všechno, co má peří a křídla. Když dítě začne ovládat více slov, objevuje se opačná tendence – hyperdiferenciace.

Třetí jazyková rovina je **foneticko-fonologická**. Fonetika je zvuková stránka řeči a způsob tvoření hlásek a jejich seskupení a modulování hlasu. Fonologie je nauka o funkci zvukových projevů v jazyce (Balašová, 2003).

Rozvoji této jazykové roviny se mnozí odborníci věnují se svých pracích nejvíce. Důležitým obdobím je přechod od pudového žvatlání k žvatlání napodobivému, které nastává přibližně v osmém měsíci věku. Toto období je také spojováno se začátkem používání mateřského jazyka, do této doby se zvuky, které dítě produkuje, nedají považovat za hlásky mateřského jazyka. Výslovnost se začíná rozvíjet velmi brzy po narození, její rozvoj může být ukončen v období pátého roku, ale může trvat také do sedmého roku věku dítěte. Vývoj výslovnosti ovlivňuje několik faktorů, jedná se o obratnost mluvních orgánů, vyzrálost fonematického sluchu a také o společenské faktory jako například společenské prostředí, mluvní vzor apod. (Klenková, 2000).

Čtvrtá a poslední jazyková rovina je **pragmatická.** Znamená sociální uplatnění osvojených řečových dovedností, upřednostňování sociálního aspektu řeči a jazyka (Balašová, 2003).

Tento termín se používá od 90. let 20. století. Poprvé ho použil Lechta, který uvádí že *„jde o rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikačních schopností, do popředí vstupují sociální a psychologické aspekty komunikace“* (In: Klenková, 2000, s. 15).

Jde o užívání řečových dovedností v praxi. Klenková (2000) uvádí, že dítě ve dvou až třech letech dokáže chápat svoji roli komunikačního partnera a dokáže reagovat. Po třetím roku věku se objevuje snaha komunikovat a navazovat rozhovor s dospělými jedinci ze svého okolí. Postupem času je komunikace čím dál více přiměřená dané situaci, což souvisí s intelektualizací řeči.

2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Hlavním tématem oboru logopedie je narušená komunikační schopnost, proto se tato kapitola zabývá právě vymezením narušené komunikační schopnosti.

2.1 Narušená komunikační schopnost – vymezení

Narušená komunikační schopnost je jeden z hlavních termínů, kterým se obor logopedie zabývá.

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatikou rovinu nebo o verbální a nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (Lechta, 2003, s. 17)

Narušená komunikační schopnost nezahrnuje pouze mluvenou řeč, ale také její grafickou formu, neverbální prostředky. Mluvená řeč je však nejvíce používaná jako dorozumívací prostředek, a proto je dominantní složkou v oblasti logopedie. Někteří autoři zahrnují do logopedické problematiky i tématiku specifických poruch učení, které s narušenou komunikační schopností mohou souviset (Slowík, 2007).

Lechta (2003) uvádí klasifikaci narušené komunikační schopnosti do kategorií podle symptomatologie: vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení plynulosti řeči (tumultus sermony, balbuties), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.

Definovat narušenou komunikační schopnost je velmi obtížné, zejména z hlediska vymezení termínu normality, tzn. co je normou a v jakém případě se již jedná o narušení. Zde bereme na vědomí i určité jazykové zvláštnosti (odlišná výslovnost vibrant v češtině a němčině, odlišné tempo v češtině a japonštině apod.). Když hodnotíme, zda je u osoby přítomna narušená komunikační schopnost, musíme vždy zvážit, v jakém jazykovém

prostředí jedinec žije, jaké má vzdělání, zda je mluvním profesionálem (herec, pěvec, učitel apod.). Není možné se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, musíme si všímat všech jazykových projevů jedince. U dítěte nelze za narušenou komunikační schopnost považovat určité projevy, které jsou fyziologickými jevy. Například v období přibližně 3.–4. roku dítěte se může projevit fyziologická nemluvnost (dysfluence). Nelze jej označit ještě za projev narušené komunikační schopnosti, je však vhodné se poradit s odborníkem. Přibližně do 4 let života se projevuje fyziologický dysgramatismus, jeho projevem jsou nedostatky v gramatické složce řeči, které ale nepovažujeme za narušenou komunikační schopnost. Nemůžeme za ni považovat ani nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti, a to v období, kdy se jedná o fyziologický jev, tedy o fyziologickou dyslalii. Zde posoudí odborník, zda se jedná o nedostatek fyziologický, například na základě nevyzrálosti nervového systému, neobratnosti mluvních orgánů, nebo zda není způsoben smyslovou poruchou, orgánovým postižením apod. (Klenková, 2006).

2.2 Charakteristika narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku

Tato kapitola se bude zaměřovat na popis nejčastějších druhů narušené komunikační schopnosti diagnostikovaných u dětí patřících do kategorie předškolního věku.

2.2.1 Dyslalie

Dyslalie neboli patlavost je jednou z nejčastějších poruch u dětí s narušenou komunikační schopností. Tento název již v roce 1830 použil Schulthes a označení patlavost v odborné literatuře zavedl roku 1900 Janke (Sovák In: Klenková, 2006).

Jedná se o *„neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem“* (Hála In: Thorová, 2015, s. 328).

Jedinci s dyslalií tvoří hlásku na nesprávném místě. Nejčastější hlásky, které jsou tvořeny špatně, jsou „r, ř“ a v některých případech „l“ (Zelinková, 2015).

Dyslalie se častěji vyskytuje u chlapců. Poměr je celkem vysoký, až dvě třetiny dětí, které jsou přijaty do logopedické péče, jsou právě chlapci s dyslalií. U dětí, u kterých byla diagnostikována mentální retardace bývá zpožděný fyziologický vývoj mluvené řeči, na to působí také organické odchylky mluvidel, sociální prostředí a mnoho dalších. Nemusí tomu tak být ale vždy, je mnoho případů, kdy se dyslalie vyskytuje u dětí s nadprůměrným IQ, často, když je tempo jejich řeči příliš rychlé. V takovýchto případech se pak zpravidla jedná o rotacismus a rotacismus bohemicus (Thorová, 2015).

Etiologie

Nejčastějšími příčinami bývá dědičnost, poruchy sluchu a zraku, poruchy v CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu a také vlivy prostředí (Thorová, 2015).

Symptomatologie

V případě, že dítě s dyslalií vynechává hlásku, mluvíme o tzv. mogilálii (např. tráva–táva), nahrazuje-li dítě hlásku jinou hláskou, mluvíme o tzv. paralálii (např. tráva–tláva), v posledním případě tvoří-li chybně hlásku, v takových případech se poruchy označují příponou-ismus (např. rotacismus, lambdacismus, sygmatismus) (Salomonová In: Thorová, 2015).

Klasifikace

Nejpodrobnější klasifikaci vytvořil Lechta (1990), rozlišuje dyslalii z hlediska vývojového, etiologického, dále pak z hlediska rozsahu, kontextu a místa poškození.

Seeman (1955) je první autor, který uceleně popsal a publikoval úpravu vadně tvořených hlásek (Salomonová In: Thorová, 2015).

Diagnostika

Diagnostika si klade za cíl zjistit příčiny, druh a rozsah poruchy nebo vady výslovnosti a stanovuje nejen diagnózu, ale také prognózu. Ze závěrů, které diagnostika stanoví, poté vyplývají individuální plány metodických nápravných postupů.

Vyšetření řeči zahrnuje anamnestické údaje rodiny i dítěte jako například jeho psychomotorický vývoj, muzikálnost a schopnost pro rytmus. Lateralita se hodnotí při hře. Pokud dojde ve výkonech k rozporu, pak je na místě uvádět test laterality (Matějček, Žlab, 1972).

Je nutné vždy uvádět orientační vyšetření sluchu. Při tomto vyšetření si všímáme také stavu chrupu – zejména skusu, způsobu dýchání, mimiky, pohybu rtů a jazyka. Veškeré vyšetření je vedeno formou hry s obrázky, které dítě pojmenovává. Obrázky jsou

seřazeny tak, aby hláska, kterou sledujeme, byla někdy na začátku, jindy uprostřed nebo na konci slova. Sledujeme také celkový rozsah slovní zásoby.

Terapie

Péče o jedince s dyslalií by měla probíhat již během předškolního věku, z toho důvodu, aby dítě při přechodu do školy, umělo artikulovat všechny hlásky. Před tím, než je zahájena terapie, logoped s dítětem naváže kontakt, a tím se snaží získat jeho důvěru a chuť s ním spolupracovat. Samotná terapie by měla probíhat formou hry, aby to jedinci nepřišlo nudné a stereotypní. Mechanická cvičení je vhodné spojovat s reálnými situacemi. Realizace terapie se osvědčila v kolektivu dalších dětí.

Obsahová stránka slova a jeho význam, hraje v terapii největší roli a je postavena na první místo před výrazovou a akustickou stránku. Z toho důvodu se mají provádět cvičení a tvorba hlásek v souvislosti s textem (Klenková, 2006).

Jsou vypracovány zásady reedukace, které stanovil Seeman (1995) a v dnešní době mají stále velký význam. Mezi zásady patří zásada krátkodobého cvičení, což znamená výslovnost procvičovat krátce, ale častěji. Zásada využití sluchové kontroly, která klade důraz na sluchové vnímání nově vyvozených hlásek. Jako další zásadu uvádí zásadu používání pomocných hlásek, což jsou takové hlásky, které jedinec s dyslalií umí správně artikulovat. Poslední zásada, kterou Seeman uvádí, je zásada minimální akce, kdy je cvičení nutné provádět bez přehnaného úsilí a napětí artikulačních orgánů (Škodová, Jedlička, 2003).

2.2.2 Vývojová dysartrie

Vývojová dysartrie je narušení realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. Tato porucha je označovaná jako nejčastější a nejtypičtější narušení komunikační schopnosti, která souvisí s poruchou artikulace. Nejtěžší variantou dysartrie je anartrie, která se projevuje úplnou neschopností verbálně komunikovat. Dysartrie a anartrie mohou vzniknout v jakémkoli období života. U některých jedinců se jedná o vadu vrozenou nebo následek perinatálního poškození nervové soustavy. U dětí se jedná nejčastěji o dětskou mozkovou obrnu, jiné jsou následkem pozdějších neurologických onemocnění.

Sovák (1981) definuje dysartrii jako *„poruchu hláskování, vyslovování vůbec, která je způsobena poruchou inervace artikulačních hybných orgánů“* (In: Klenková, 2006, s. 117).

Etiologie

Tato porucha má mnoho příznaků, které jsou závislé na lokaci a rozsahu léze. Poškození centrální nervové soustavy může mít různé příčiny, může zasáhnout centrální nervovou soustavu na úrovni kortikální až po periferní léze. Projevuje se během prenatálního období, a to z důvodu úrazu matky, infekčního onemocnění matky, krvácení do mozku plodu při nedostatku vitamínu K, Rh-inkompabilitu, nitroděložní změknutí mozku, nedonošenost různého stupně, pokusy o přerušení těhotenství a mnoho dalších. K poškození může dále dojít v perinatálním období, a to z důvodu asfyxie během porodu, motorické oblasti mohou být poškozeny krvácením při porodu nebo během prvních let života proděláním nemocí, například meningitidy, encefalitidy, horečnatých onemocnění.

Klasifikace

Klasifikace se u mnoha autorů liší. Aronson (1980) dělí dysartrii z hlediska neurologických symptomů, a to na flacidní, spastickou, ataktickou, hypokinetickou, hyperkinetickou a smíšenou (In: Klenková, 2006).

Cséfalvay (1995, 2003) uvádí dělení na kortikální (korová) dysartrie, která vzniká poškozením motorických korových oblastí mozku. Projevuje se nejasnou, setřelou artikulací, zejména u delších větných celků. U pyramidové dysartrie jde o spastickou obrnu svalstva mluvidel. Řeč je velmi tvrdá, vyskytuje se zvýšená nosovost (hypernazalita), která je způsobena narušením funkce měkkého patra. Výdechový proud je velmi slabý, hlas pomalu klesá a ke konci věty může přejít až do šepotu. Extrapyramidová dysartrie vzniká vlivem podkorových ganglií na motorické dráhy, zejména na svalový tonus dýchacího, hlasového a řečového systému. Má formu hypertonickou a hypotonickou. Hypertonická dysartrie se projevuje pomalou řečí, která je jakoby ztuhlá, objevují se časté vdechy i během řeči, funkce hlasivek je také narušena, což je důsledek špatné tvorby hlasu. Inervace měkkého patra, která je patologická, má za následek zvýšenou nosovost. V průběhu mluvy se mění tempo a melodie řeči. Tato forma se nejčastěji vyskytuje u dospělých, kteří trpí Parkinsonovou chorobou. Hypotonická forma narušuje mluvu kvůli narušenému dýchání a artikulací hlásek, které je vyrážené. Některé hlásky a slabiky jsou vyrážené a jiné zní slabě. Bulbální dysartrie je následek

poškození jader motorických nervů v bulbu (prodloužená mícha a Varolův most) nebo nervů, které z nich vycházejí ke svalům mluvního ústrojí.

„Jedná se poruchu typu chabé obrny, částečné nebo úplné, jednostranné nebo oboustranné.“ (Klenková, 2006, s. 121)

Při bilaterálním poškození jsou narušeny i funkce polykání a žvýkání. Výslovnost hlásek je narušena nedostatečným svalovým napětím. Hlas je dysfonický, někdy až afonický. Objevuje se huhňavost. Cerebrální (mozečková) dysartrie vzniká poškozením mozečku a jeho drah, tím dochází k narušení koordinace pohybů svalů hrtanu a artikulačních orgánů. Narušená je také regulace síly, rychlosti, načasování a řízení volních pohybů. Dochází také k poruše dýchání. Hlásky jsou artikulovány nepřesně a dochází k jejich prodlužování. Způsob řeči je velmi nápadný a často nesrozumitelný. Smíšená nebo kombinovaná dysartrie se vyskytuje velmi často. Záleží na tom, jaký motorický systém je narušen. Může dojít k poškození pouze jednoho nebo všech komponentů centrální nervové soustavy (Klenková, 2006).

Diagnostika

Diagnóza se stanovuje na základě komplexního vyšetření, které provádí tým odborníků. Logopedické vyšetření vychází ze závěrů, které stanoví neurolog, foniatr, oftalmolog a psycholog. Odborná vyšetření, která jsou provedena v rámci diferenciální diagnostiky, odliší dysartrii od dalších narušení komunikačních schopností, například od vývojové dysfázie, dyslalie nebo afázie (Klenková, 2006).

Terapie

Dysartrie může vzniknout jako vrozené nebo získané poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových stadiích, nebo může být získána v průběhu života. U dětí, které mají poškozenou centrální nervovou soustavu a u dětí s dětskou mozkovou obrnou je podstatné propojení somatické léčby s rozvojem komunikačních schopností. V terapii existuje velké množství rehabilitačních metod. Jednou z nich je Vojtova metoda reflexní lokomoce, která je nejrozšířenější při rozvoji hybnosti v dětském věku. Autorem této metody je Václav Vojta, který pocházel z Prahy. Tuto rehabilitační metodu začal vyvíjet v roce 1954. Základ této metody tvoří dva pohybové prvky, a to reflexní plazení a reflexní otáčení. Cílem této metody je vývoj napřimování, až po napřímenou chůzi dítěte. Tato metoda se pohybuje v oblasti fyzioterapeutické, nikoli v oblasti logopedické. Vojta navazoval na metodu manželů Bobathových, kteří vytvořili metodu, jež obsahovala prvky fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Metoda vychází z předpokladů, že pohybové potíže

dětí s dětskou mozkovou obrnou jsou ovlivněny patologickými tonusovými reflexy a hlubokými šíjovými reflexy, které dítě není schopné překonat kvůli poruše centrálního nervového systému. Jestliže se tyto reflexy podaří utlumit, pak může dojít k vybudování základních vzorů, které odpovídají normálnímu pohybu (Klenková, 2006).

2.2.3 Opožděný vývoj řeči

Jestliže dítě nemluví ve třech letech nebo mluví méně než jeho vrstevníci, je možné, že se jedná o opožděný vývoj řeči. V takovém okamžiku je nutné hledat příčiny vzniku a je na místě provést diferenciální diagnostiku a následně zajistit odborná vyšetření (Klenková, 2006).

Opožděný vývoj řeči může existovat samostatně, nebo ve spojitosti s jinou vývojovou poruchou.

Etiologie

Terminologie je velmi nejednotná právě z důvodu velkého množství příčin, které mohou tuto poruchu způsobovat (Škodová, Jedlička, 2003).

Sovák (1978) uvádí jako příčiny opožděného vývoje řeči dva druhy faktorů, a to faktory biologické a sociální, mezi biologické faktory můžeme zařadit dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální poškození CNS, a mezi faktory sociální řadíme například vliv prostředí, ve kterém je dítě vychováváno (In: Škodová, Jedlička, 2003).

Opožděný vývoj může mít jasnou příčinu, již je nutno léčit nebo se s ní musí počítat, a následně dítěti poskytnout odpovídající péči. O tom, jak je narušení vývoje řeči závažné a jaké jsou možnosti úpravy, rozhoduje závažnost základního onemocnění, které vyvolalo opoždění vývoje řeči nebo způsobuje pozdější trvalou poruchu. Toto narušení může mít velké množství příčin, mezi ty hlavní patří: poruchy sluchu, poruchy mluvidel, poruchy intelektu, poruchy jemné motoriky, různá onemocnění CNS, nedostatek mluvních vzorů nebo těžká porucha zraku. U velké části dětí, u kterých se vyskytuje opožděný vývoj řeči, který je způsoben závažnou příčinou, narušení řeči přetrvává až do pokročilého věku (Kejklíčková, 2016).

Symptomatologie

Může být symptomem jiného onemocnění nebo postižení. Je součástí klinického obrazu mentální retardace, DMO, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku a někdy bývá opožděný vývoj řeči zaznamenán i u tělesného postižení.

Sovák (1978), Lechta (1990), rozdělují symptomy z hlediska věku na fyziologickou nemluvnost, což je doba, kdy dítě prochází přípravným, předřečovým stadiem vývoje řeči. Vlastní vývoj řeči začíná přibližně v období jednoho roku věku. Jako další uvádí prodlouženou fyziologickou nemluvnost, jestliže dítě nezačne mluvit do konce třetího roku věku, nemusí se ještě jednat o vývojovou poruchu. Pokud není poškozen sluch, intelekt, motorika ani řečové orgány, má-li dítě dobré podmínky pro vývoj řeči a reaguje na podněty z prostředí, může jít právě o opožděný vývoj řeči a může dosáhnout běžné normy. Poslední uvádí vývojovou nemluvnost patologickou, u tohoto stupně se již jedná o vývojovou poruchu řeči. Často se ale nejedná o úplnou němotu (In: Škodová, Jedlička, 2003).

Symptomy z hlediska etiologie

Nemluvnost jako hlavní příznak se dělí na typ motorický, u kterého dítě rozumí řeči, ale samo nemluví, typ senzorický, dítě řeči vůbec nerozumí, a typ smíšený, který je nejčastější. Nemluvnost může být také vedlejším příznakem některých jiných poruch (Sovák, Lechta In: Škodová, 2003).

Diagnostika

Pro správný vývoj řeči je důležitý stav jednotlivých receptorů a také míra intelektových schopností. Nejdůležitější místo má sluch, není možné, aby se řeč vyvíjela dobře, pokud by byla jeho funkce poškozená. Zrak má také velký význam pro správný vývoj, protože díky zraku můžeme odezírat mimiku, artikulaci a gestikulaci. Je to významný doplněk sluchového vnímání a rozumění mluvené řeči. Když dojde k oslabení nebo ztrátě sluchu, zrak přebírá hlavní odpovědnost za vnímání mluvené řeči.

Diagnostika tedy musí být zaměřena i na vyšetření intelektu, stavu sluchu, zraku, jemné a hrubé motoriky (Škodová, Jedlička, 2003).

Terapie

Společenské prostředí musí poskytovat dítěti dostatek podnětů k rozvoji řeči. Nedostatek takovýchto podnětů vývoj řeči zpomaluje, naopak nadbytek podnětů může vyvolat i negativistické chování. Důležité je mít správný řečový vzor, nesprávný vzor dítě

napodobuje i s jeho chybami v řeči. Pro děti s opožděným vývojem řeči je důležitá neverbální komunikace pro dorozumívání se s okolím. Vlastní řeč se začíná vytvářet ze základních zvukových podnětů, jako jsou například smích a pláč.

Pro rozvoj řeči má velký význam opakování. Nejdřív opakuje jednoduché zvuky, později slabiky, slova, a nakonec celé věty a složitější větné výrazy. Osvojuje si i melodii řeči a její intonaci, která má také sdělovací charakter. Melodie je prvním prvkem, které dítě napodobuje podle svého okolí a rychle si ji osvojuje (Morávek In: Škodová, Jedlička, 2003).

2.2.4 Vývojová dysfázie

Toto narušení komunikační schopnosti označujeme jako specificky narušený vývoj řeči. Může se projevovat neschopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vývoj řeči jsou příznivé a podnětné (Klenková In: Pipeková, 2006).

Vývojová dysfázie je ve starších publikacích označována jako sluchoněmota, alalie, dětská vývojová nemluvnost, afemie apod. (Klenková, 2006).

Jde o poruchu řeči způsobenou organickým poškozením CNS. Nejde o stav, který se získá až po osvojení řeči (Balašová, 2003).

Dle Mikulajové a Rafajdusové (1993) je vývojová dysfázie *„narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně se vyvíjející centrální nervové soustavy a jež se může projevovat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré.“* (In: Klenková, 2006, s. 68)

Etiologie

Tato porucha řeči vzniká ve třech obdobích, a to v období prenatálním**,** kdy může dojít k negativnímu působení léků, které matka užívá nebo k virovým onemocněním, se kterými matka přišla do styku. Dále pak v období perinatálním, a to při předčasném porodu, asfyxii nebo při nízké porodní váze. V poslední řadě můžeme zmínit postnatální období, ve kterém může dojít k virovým onemocněním, jako jsou například spalničky, rubeola nebo další virová onemocnění (Novák In: Balašová, 2003).

Symptomatologie

Vývojová dysfázie se může projevovat mnoha symptomy, s tím, že je možné u jedince pozorovat i nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Tím nejnápadnějším symptomem většinou bývá výrazně opožděný vývoj řeči (Škodová, Jedlička, 2003).

Mezi typické symptomy tohoto narušení řeči řadíme: opožděný vývoj řeči těžšího stupně, opožděný vývoj jazykových rovin, percepci řeči, percepci zrakovou (vizuální), která může představovat nedostatky ve vnímání tvarů, opožděný vývoj motoriky, jak jemné, tak hrubé, při kresbě může docházet ke třesu, přerušovaným čarám, zdvojeným liniím, nenavázaným čarám, kresby jsou zpravidla chudé a nemají žádný nápad. U jedinců s vývojovou dysfázií se objevuje také dysmúzie, děti s dysmúzií nemají smysl pro rytmus, nerady zpívají a nemají rády básničky. Dítě se snaží navazovat komunikaci s okolím, vzhledem k jeho řečovým nedostatkům využívá mimiku a neverbální gesta (Balašová, 2003).

Jedinci s touto poruchou jsou lehce unavitelní, mají narušenou i emocionální sféru, zájmovou i motivační, během školní docházky se u nich vyskytují specifické poruchy učení, např. dyslexie, dysortografie (Klenková In: Pipeková, 2006).

Diagnostika

Diagnostikovat vývojovou dysfázii je velmi obtížné. Je nutné ji odlišit od jiných diagnóz, zejména od vývojové dysartrie, ADHD, DMO, opožděného vývoje řeči a od sluchových vad. Diagnostiku ztěžuje kombinace více vad najednou, např. vývojová dysfázie a rozštěpové vady nebo sluchové vady a vývojová dysfázie. Na diagnostice se podílí další odborníci, jako například foniatr, neurolog a psycholog (Novák In: Balašová, 2003).

Terapie

Při terapii spolupracuje množství odborníků (foniatr, neurolog, pediatr, psycholog a klinický logoped). Důležitá je také spolupráce rodiny s již zmíněnými odborníky. Na tuto rehabilitaci léčebnou navazuje práce pedagogů v mateřské škole, spolupráce učitelů v základní škole nebo ve speciálních centrech (Balašová, 2003).

Podstatou rozvoje komunikačních schopností a dovedností je zaměření na celkovou osobnost dítěte (Škodová, Jedlička, 2003).

Logopedická terapie je zaměřena na vývoj percepce akustické a vizuální, na procvičování mluvidel, rozvoj fonematického sluchu, rozvoj hrubé a jemné motoriky,

grafomotoriky a rytmu. Klinický logoped úzce spolupracuje s rodinou dítěte, rodiče jsou přesně instruováni, jak mají cvičit v domácím prostředí (Balašová, 2003).

Jedinci, kterým byla diagnostikována vývojová dysfázie mají výrazně narušenou schopnost sluchem rozlišovat jednotlivé prvky řeči. Vyskytují se i poruchy rytmu a tempa řeči a porucha krátkodobé paměti. Pro zlepšení sluchové percepce se využívají nejrůznější typy sluchových cvičení. Základní sluchová percepce se nacvičuje využíváním jednoduchých zvukových vzorců, kdy zaměnění hlásky znamená změna významu slova. Zvuk by měl být vždy spojen s vyhledáním obrázku (Škodová, Jedlička, 2003).

2.2.5 Balbuties (koktavost)

Koktavost je zařazena do skupiny poruch plynulosti (fluence) řeči. Tuto poruchu je možné považovat za nejvíce nápadnou ze všech druhů narušené komunikační schopnosti (Lechta In: Pipeková, 2006).

Lechta (1990) koktavost *„pokládá za komplexní syndrom, a to v komplexní poruše koordinace orgánů, které se podílejí na mluvě. Především dochází k poruše plynulosti mluvy“* (In: Balášová, 2003, s. 45).

Tato porucha často mívá velký dopad i na samotnou osobnost člověka, na jeho školní, pracovní a sociální adaptaci (Škodová, Jedlička, 2003).

Etiologie

Etiologie není do dnešní doby známá (Novák In: Balášová, 2003).

V současné době se nejčastěji uvádí dědičnost. Její vliv se odhaduje na 40-60 %. Jako další jsou uváděny negativní vlivy sociálního prostředí, například dlouhodobá neurotizace, která je buď ve škole nebo v rodinném prostředí. V poslední řadě se uvádí vznik z důvodu napodobování, což může být důsledek psychotraumatu (Klenková, 2006).

Dále se uvádí multifaktoriální charakter podnětů, mezi ně patří orgánové poruchy, neurologický nález různého stupně, průběh biochemických procesů mozku a elektrická aktivita mozkových hemisfér (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007).

Symptomatologie

Příznaky se mohou projevovat v mluvené řeči velmi nápadně, nebo mohou být navenek skryté. Pro člověka trpícího koktavostí bývají tyto příznaky velkou překážkou v komunikaci (Škodová, Jedlička, 2003).

„U koktavosti dochází k diskoordinaci činnosti ve všech třech ústrojích, která se podílejí na procesu verbální komunikace. Tzn. v respiraci, ve fonaci a v artikulaci.“ (Balašová, 2003, s. 47)

Respirace (dýchání) – neplynulé, přerývané, k expiračnímu výdechu dochází předčasně, hlas tvoří zbytkový výdechový proud vzduchu. Při verbální komunikaci chybí souhra mezi dýcháním hrudním a břišním (Balašová, 2003).

Fonace – dochází k poruše tvoření hlasu a ke spasmům hlasivek. Při koktání jsou na hrtanu viditelné i hmatatelné prudké pohyby nahoru, dolů nebo dopředu (Seeman In: Balašová, 2003).

Hlas je vyrážený a má tvrdý hlasový začátek, někdy jsou slyšitelné inspirační šelesty (Balašová, 2003).

Artikulace – projevuje se křečovitými nepotlačitelnými pohyby mluvidel. Charakter křeči mluvidel může být buď:

- Spínavá křeč (tonický spasmus), například „ttttatínek“.
- Škubavá křeč (klonický spasmus), například „tatatatínek“.
- Tonoklonus označuje spojení spasmu tonického a klonického.

Spasmy se objevují častěji u souhlásek než u samohlásek, a spíše klonické, u explosiv (b-p, d-t, g-k), výraznější jsou potom u explosiv neznělých. Spasmy tonické bývají častěji u třených souhlásek (Seeman In: Balašová, 2003).

Příznaky se zhoršují, když jedinec komunikuje v cizím prostředí nebo při fyzické a psychické zátěži. Stav koktavého se naopak zlepšuje ve známém prostředí, při zpěvu nebo recitaci. Čtení totiž nemusí koktavému působit takové problémy jako mluvení. Při čtení se mohou spasmy koktavosti zlepšit tak, že nejsou skoro slyšitelné (Balašová, 2003).

Postupně se může projevovat strach z mluvení, obzvláště v situacích, které jsou pro jedince důležité nebo emočně významné, ve kterém mu záleží na dokonalé mluvě, kterou ale není schopen zvládnout. V takovém případě pak mluvíme o logofobii. Jedinec se začne vyhýbat přímému řečovému kontaktu, zná hlásky, které mu dělají problém a vyhledává jiná slova, aby se jim vyhnul (Škodová, Jedlička, 2003).

Diagnostika

Otázka diagnostiky je, stejně jako etiologie, doposud velmi diskutovaným problémem. Příčinou koktavosti může být mnoho navzájem se prolínajících faktorů a současně může působit i mnoho konkrétních situací (Škodová, Jedlička, 2003).

Vyšetřovací metody spočívají především v rozboru řečového projevu, zaznamenání řečových doprovodných jevů, výskytu poruch dechového stereotypu v závislosti na řeči. Míru neplynulosti řeči lze stanovit indexem neplynulosti, je to podíl počtu slov s poruchou na sto slov.

Porucha plynulosti řeči se někdy vyskytuje i na základě organického poškození CNS. Může se objevovat například jako součást fatické poruchy při centrálních mozkových příhodách nebo jako zbytek poruchy řeči, která se objevovala v dětství (Škodová, Jedlička, 2003).

Diferenciální diagnostika často u koktavosti nedělá problém. Je možné ji zaměnit za poruchu hlasu sakadované spastické dysfonie, zde se však jedná o poruchu hlasu, a ne řeči. Hlasivky dělají klonické pohyby, při kterých se hlasová štěrbina otevírá a zavírá, hlas je cyklicky přerušován, až zcela úplně zmizí (Škodová, Jedlička, 2003).

Logopedická diagnostika se zaměřuje především na symptomy. Jednotlivé symptomy, nebo doprovodné znaky, jsou potom stěžejní pro stanovení diagnózy a prognózy (Lechta In: Škodová, Jedlička, 2003).

Diagnostických postupů pro diagnostikování koktavosti je velké množství, zde budou uvedena jen základní kritéria, z kterých následně vycházejí jednotlivé postupy v terapii.

Lechta (1990), Kondáš (1983) třídí koktavost z mnoha hledisek:

Podle doby vzniku – koktavost vzniká nejčastěji mezi třetím a sedmým rokem, některé publikace uvádějí i mezi třetím a pátým rokem věku. Můžeme ji rozdělit na dřívější, která vzniká do tří let, a pozdější, která vzniká po sedmém roce života.

Podle verbálních projevů – můžeme rozlišit na klonickou, tonickou, tonoklonickou a klonotonickou.

Podle vývoje – může se jednat o fyziologické obtíže v řeči, koktavost zkombinovanou s breptavostí, dysfatickou koktavost při centrálním mozkovém poškození, hysterickou koktavost nebo traumatickou koktavost.

Z hlediska uvědomování si poruchy – jako primární porucha se označuje stav, kdy si dítě ještě v předškolním věku neuvědomuje své problémy s řečí. Sekundární poruchou se označuje stav po uvědomění si svých řečových problémů. Důsledkem toho se může objevit logofobie, embolofrazie atd.

Dále můžeme dělit podle stupně poruchy, kdy první stupeň označujeme jako balbuties levis, u kterého jsou příznaky minimální, vyskytují se především ve stresových situacích. Druhý stupeň nazýváme balbuties gradus medius, u kterého jsou příznaky časté a viditelné v běžných situacích. Třetí stupeň neboli balbuties gravis, projevy jsou výrazně spojené se zjevnými a častými spasmy řečových orgánů. Poslední stupeň, čtvrtý, balbuties gravis inaptus, se projevuje nápadnými křečemi, které často znemožňují komunikaci (Lechta, Kondáš In: Škodová, Jedlička, 2003).

Podle Lechty (1995) k základní analýze jsou nejčastěji používány:

Spontánní řečové projevy – získáváme je pomocí rozhovoru. Tento postup můžeme využít u všech věkových kategorií. Je to kombinace přímých otázek s nepřímými a také tzv. projektivními, díky kterým můžeme zjistit i vztah k prostředí a komunikaci.

Čtení standardního textu – představuje další z velmi častých metod, které se používají při vyšetření poruch fluence řeči. Tento postup lze využít u jedinců ve školním věku i u dospělých osob. U jedinců s dyslexií může být výsledek zkreslený. Tato metoda není vhodná také pro školní začátečníky a děti mladšího školního věku.

Popis situačních obrázků – vhodný pro vyšetřování dětí, které jsou v předškolním věku (Lechta In: Škodová, Jedlička, 2003).

Terapie

Snaha o úspěšnou terapii trvá již více než dva tisíce let. Bohužel se nedá říct, že by existovala metoda, která by byla stoprocentně účinná (Škodová, Jedlička, 2003).

Sovák (1988) vypracoval didaktickou metodu učení, jejímž cílem je navodit, zafixovat a zautomatizovat fyziologicky správný způsob mluvy.

Rozlišujeme dvě fáze terapie. První fáze je krátkodobá, jejímž cílem je navodit způsob plynulé řeči. Navodí se měkký hlasový začátek spolu s nácvikem lehkého výdechu, hlas spojujeme s vyslovováním samohlásek bez přerušení hlasu. Jedinec vyslovuje nejdříve samohlásky, následně shluky samohlásek, postupně vyslovuje sled souhlásek a slabik. Druhá fáze je fáze dlouhodobá, kde se u koktavého jedince upevňuje plynulé využití dechu, hlasu a artikulace. Jedná se o reprodukci přečteného textu a následnou konverzaci. Sovák (1988) doporučuje spolučtení a spolumluvení. Jedinec napodobuje plynulou mluvu a rytmus mluvy. K této terapii se připojují podpůrné metody, které se navzájem prolínají. Jsou jimi psychoterapie a medikamentózní léčba. Mezi

kombinované postupy můžeme zařadit komplexní léčbu, která je založená na cvičné léčbě, farmakoterapii a psychoterapii (In: Balašová, 2003).

a) Psychoterapie – u koktavého jedince je psychoterapie velmi náročná, zvláště když jsou zafixovány neurotické příznaky. Úkolem psychoterapeuta je vytvoření vhodných vnitřních i vnějších podmínek během léčby, kdy je důležitá spolupráce s rodinou. Rodině je nutné podat instrukce o tom, jak má postupovat, aby vytvořila prostředí, které je vhodné a upravila denní režim. Psychoterapeut musí koktavému pomoct zbavit se strachu z mluvení, naučit ho správný postoj ke své poruše řeči (Sovák In: Balašová, 2003).
b) Cvičná léčba – cílem je odstranit prefonační a artikulační spasmy a souhyby. Má tedy za cíl navodit fyziologicky správnou koordinaci mluvidel, zafixovat mluvní mechanismy a zautomatizovat.

Cvičná léčba obsahuje:

Dechová cvičení – jedinec se nadechne nosem bez vydání zvuku a při výdechu doplňuje výdechový proud o fonaci. Vyslovuje jednotlivé samohlásky a následně je postupně spojuje.

Artikulační cvičení – koktavý artikuluje shluky souhlásek se samohláskou (ma, me, mi, mo, mu, mlu, mlo, mla, mle, mlí).

Asociační cvičení – zaměřeno na procvičování rychlosti slovně reagovat, rychlosti vybavení si vět. Mluva musí být plynulá, volná a měkká.

Cvičení čtení – jedinec s koktavostí čte nahlas, musí respektovat interpunkci, souhlásky musí být tlumeny, ne tvrdě vyráženy. Čtení musí působit přirozeně, bez přehnané artikulace.

Řečnická cvičení – koktavý opakuje text s nově naučenou technikou.

Konverzace – v tomto směru mívá koktavý dlouhou dobu obtíže. Hovoří o tom, co zažil, o činnostech a svých zájmech. Tato část bývá emocionálně ovlivněna, což se odráží i na verbálním výkonu (Balašová, 2003).

Medikamentózní léčba

Docílíme psychického uvolnění a zklidnění. Používají se převážně vitamíny, anxiolytika nebo sedativa.

Léčba se řídí tím, v jaké věkové kategorii se jedinec s koktavostí nachází.

U dětí v předškolním věku je vhodné zahájit léčbu v období čtvrtého až pátého roku. Dále pak léčba u koktavých dětí školního věku, léčba dospělých jedinců a recidivujících forem (Novák In: Balašová, 2003).

Existují různé formy léčby, přičemž nejvhodnější léčba je ambulantní léčba koktavosti. Jedinec dochází pět až šest týdnů denně na léčbu ke klinickému logopedovi. Léčba trvá půl až třičtvrtě hodiny, protože delší doba by pro jedince byla vyčerpávající. U dětí předškolního věku je nutná spolupráce s rodinou. U koktavých jedinců, u kterých není možné zajistit vhodné domácí podmínky, je možné provádět hospitalizaci ve zdravotních zařízeních. Doba léčby je obvykle pět týdnů. Při léčbě, která se opakuje nebo jedinec trpí závažným stupněm koktavosti, je vhodné dítě umístit do mateřské či základní školy logopedické (Balašová, 2003).

2.2.6 Breptavost (Tumultus sermonis)

Breptavost je narušená komunikační schopnost, o které existují protichůdné názory, a to jak z hlediska definování, tak i z hlediska názoru na výskyt a způsob vhodné terapie. Tato porucha není v literatuře zmiňována tak často, jako ostatní typy narušené komunikační schopnosti. Breptavost byla zpočátku chápána jako neuróza řeči, až na základě výzkumů, které byly prováděny ve třicátých letech 20. století, se názor na tuto poruchu změnil a začaly převládat myšlenky, že je to porucha komunikační schopnosti, která má organický původ. V dnešní době se breptavost již za poruchu nepokládá.

Etiologie

Příčiny vzniku nejsou doposud známé. Podobně jako u koktavosti se předpokládá, že jde o poruchu zpětnovazební regulace v striopalidární oblasti bazálních ganglií.

Seeman (1955) v padesátých letech 20. století upozorňuje na to, že *„intraverbální akcelerace se vyskytuje i při extrapyramidových poruchách jako projev propulze, která postihuje i jiné motorické projevy, a že breptavost tedy vzniká odlišnou funkcí extrapyramidových center“* (In: Škodová, Jedlička, 2003, s. 288).

V minulých letech se prosazoval názor, že celkový klinický obraz breptavosti je podobný symptomům lehké mozkové dysfunkce, například motorická instabilita, poruchy koncentrace, nedostatky jemné motorické koordinace, výskyt nevýhodných typů laterality, drobné poruchy percepce apod. Jedinci, u kterých byl tumultus diagnostikován, mají v 50 % pozitivní nález EEG. Je u nich častější projev motorického neklidu, někdy

se objevuje dyslexie nebo dysgrafie. Mohou se vyskytovat známky poruch jemné motoriky (artikulačních svalů). Tempo řeči se objevuje více u dospělých jedinců než u dětí. Jestliže se u jedince vyskytují příznaky jak koktavosti, tak překotného tempa, pak mluvíme o kombinované poruše plynulosti. V tomto případě je při terapii nejprve nutné zpomalit tempo řeči, při akceleracích se velmi obtížně odstraňují počáteční tvrdosti a exploze, které předcházejí tonoklonům nebo tonům. V takovém případě se léčba stává obtížnější a trvá déle (Škodová, Jedlička, 2003).

Symptomatologie

Nejnápadnějším a hlavním symptomem této poruchy je nadměrně zrychlené tempo řeči, při kterém dochází ke zhoršení srozumitelnosti mluvy a může přejít až k úplné nesrozumitelnosti řeči. Typickým příznakem je nejen rychlé, ale i nerovnoměrné tempo řeči.

Seeman (1955) uvádí, že existují dva typy akcelerace, a to interverbální, který se vyskytuje mezi slovy, a typ intraverbální, který je uprostřed jednoho slova. Při akceleracích dochází k redukci prostředních slabik v delších slovech, které zapříčiňují nesrozumitelnost řeči pro okolí. Na rozdíl od koktavých jedinců, si jedinci breptaví nejsou svého rychlého tempa vědomi. Pokud jim záleží na tom, aby jim bylo dobře rozumět, jsou schopni tempo řeči zpomalit (In: Škodová, Jedlička, 2003).

Jedním z typických příznaků je akcelerace neboli zrychlení řeči. Zrychlení bývá tím větší, čím více slabik dané slovo obsahuje, a také čím více slov obsahuje věta. Breptavost se projevuje nejnápadněji v dlouhých slovech a dlouhých větách, naopak nejméně nápadná je v krátkých slovech a krátkých větách. Dalším z typických příznaků je opakování a vynechávání (redukce) slabik, které se objevuje v návaznosti na rychlé tempo řeči. Porušená artikulace je nápadných symptomem způsobeným rychlým tempem řeči. Při rychlém tempu hovoru nestíhá breptavý dobře vyslovovat jednotlivé hlásky. Jako důsledek tohoto projevu je artikulace hlásek nepřesná nebo setřelá. Tento symptom je velmi individuální a variabilní, stejná hláska může být vyslovována jak chybně, tak i správně v závislosti na komunikační situaci, ve které se jedinec nachází, hláskových skupinách ve slově apod.

Seeman (1955) nazval takto vzniklou deformovanou výslovnost jako parartria (odlišení od dyslalie a dysartrie, při kterých jsou příznaky porušení stabilní) (In: Škodová, Jedlička, 2003).

U breptavých může být porušeno dýchání při mluveném projevu, poruchu způsobují časté vdechy, které provázejí inspirační šelesty. Může docházet i k narušení dechového rytmu (Sovák In: Škodová, Jedlička, 2003).

Velmi nápadná může být i dysmúzie.

Diagnostika

Z hlediska diferenciální diagnostiky je potřeba rozlišit breptavost a rychlou řeč (při které nedochází k deformacím řečového projevu). Breptaví, na rozdíl od koktavých, netrpí úzkostí. Ve specifických situacích se dokážou soustředit na svůj mluvní projev a zrychlené tempo se ztrácí nebo zmenšuje (Lechta In: Škodová, Jedlička, 2003).

Lechta (1995) řadí mezi diagnostické postupy volný rozhovor, u kterého na začátku klademe krátké otázky a žádáme na ně krátkou odpověď, postupně zjišťujeme kontrast v realizaci kratších a delších mluvních celků, dalším postupem je hlasité čtení jednoduššího i složitějšího textu, u kterého se hodnotí vynechávání, zaměňování nebo nahrazování slov, splývání či změny hlásek, opakování slabik apod.

Terapie

Na rozdíl od jiných osob s narušenou komunikační schopností, breptaví svou poruchou nijak netrpí a v mnoha případech ani sami nevyhledávají pomoc. Do péče logopeda se často dostávají tehdy, jde-li o kombinaci s koktavostí. Komplikace v terapii způsobuje fakt, že jsou-li breptaví na svou rychlou řeč upozorněni, jsou schopni ji upravit a zpomalit (Škodová, Jedlička, 2003).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 REALIZACE LOGOPEDICKÉ PÉČE VE VYBRANÝCH MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH V OKRESE RYCHNOV NAD KNĚŽNOU

V empirické části je sledována logopedická intervence realizovaná v běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou.

3.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat poskytovanou logopedickou intervenci ve vybraných běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou.

Dílčím cílem je porovnat, na jaké úrovni je logopedická intervence v běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou a navrhnout využití různých logopedických pomůcek.

Pro splnění stanoveného cíle byly stanoveny výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem je ve vybrané mateřské škole běžného typu realizována logopedická intervence?

Dílčí výzkumné otázky:

DVO 1: Jsou pedagogičtí pracovníci spokojeni s úrovní logopedické intervence ve sledovaných mateřských školách?

DVO 2: Jsou vybrané mateřské školy dostatečně vybaveny logopedickými pomůckami?

DVO 3: Jaké typy narušené komunikační schopnosti se u dětí ve sledovaných mateřských školách vyskytují nejčastěji?

DVO 4: Je ve vybraných mateřských školách logoped součástí pedagogického týmu?

3.2 Výzkumné metody a charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvalitativního výzkumu. Byla zde použita metoda pozorování a metoda rozhovoru. Tyto metody byly použity ve čtyřech vybraných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou.

Metoda pozorování je zaznamenávání procesů a jevů, které záměrně pozorujeme a směřujeme s nimi k odhalování souvislostí. Tato metoda má výběrový charakter a je prováděna tak, aby plnila požadavky k naplnění stanovených cílů (Roret, Magyesiová, 2013).

V této práci bylo použito extrospektivní strukturované pozorování práce klinického logopeda nebo pedagogických pracovníků s dětmi s narušenou komunikační schopností s využitím různých logopedických pomůcek.

Metoda rozhovoru je založena na verbální komunikaci výzkumníka s respondentem nebo s více respondenty (Švarcová, 2005). Stručný přepis realizovaných rozhovorů je uveden v přílohách 1-3.

V bakalářské práci byla použita metoda strukturovaného rozhovoru, který obsahoval devět otázek a byl realizován s informanty za účelem zodpovězení výzkumných otázek a zjištění informací, které jsou obtížně pozorovatelné.

Základní soubor tvořili pedagogičtí pracovníci a logopedi, kteří působí v mateřských školách běžného typu v okrese Rychnov nad Kněžnou.

MŠ 1

Mateřská škola je umístěna na vesnici v budově bývalé školy. Vznikla v roce 1976 jako jednotřídní mateřská škola s kapacitou 25 dětí. V roce 2011 byla kapacita navýšena na 37 míst a rozšířena na dvě třídy. Třída Lvíčků a třída Sluníček. Mateřská škola disponuje velkou školní zahradou, která byla v minulých letech zrekonstruována. Působí zde šest pedagogických pracovníků a tři nepedagogičtí pracovníci (MŠ 1, 2022).

MŠ 2

Mateřská škola je umístěna na vesnici v budově základní školy. Je to jednotřídní zařízení rodinného typu. Součástí zařízení je školní zahrada s pískovištěm, prolézačkami a pergolou. Děti jsou vedeny ke zdravému životnímu stylu. V mateřské škole jsou tři pedagogičtí pracovníci. Provozní doba je od 6:30 do 16:00 (MŠ 2, 2022).

MŠ 3

Mateřská škola je umístěna ve městě, v budově bývalé opatrovny pro děti. Je uváděno, že zde sídlí přes 90 let. Budova má dvě patra, nachází se tam útulné prostory, do kterých dochází děti od 2,5 do 6 let. Školní zahrada je velmi rozsáhlá a je umístěna na jižní stranu. Najdeme na ni pískoviště a zahradní prvky pro děti (MŠ 3, 2022).

MŠ 4

Mateřská škola je umístěna ve městě a byla založena v roce 1978. Budova má velmi prostorné třídy, které navštěvují dětí od 2,5 do 6 let. Okolo budovy je velká zahrada s herními prvky a dopravní hřiště (MŠ 3, 2022).

Výzkumný vzorek pak představovaly dvě logopedické asistentky a jedna klinická logopedka ze čtyř mateřských škol běžného typu, které projevily ochotu se do výzkumného šetření zapojit.

3.3 Realizace výzkumného šetření

V rámci realizace výzkumného šetření bylo telefonicky osloveno celkem šest mateřských škol běžného typu v okrese Rychnov nad Kněžnou. Dvě z nich se nebyly ochotné účastnit výzkumného šetření kvůli situaci, která v tu dobu panovala. Výzkumné šetření bylo realizováno ve čtyřech mateřských školách. Dvě z nich byly umístěny ve městě a dvě na vesnici. Časová realizace pozorování byla v každé z vybraných mateřských škol tři dny během jednoho týdne. V mateřských školách, kam docházela klinická logopedka na logopedický kroužek, pozorování probíhalo dvakrát v jednom týdnu. V rámci výzkumného šetření byla použita metoda rozhovoru, kdy bylo s jednotlivými respondentkami domluveno, že po realizaci pozorování proběhne následný rozhovor. Rozhovory s respondentkami jsou k dispozici v příloze 1-3. Každá z respondentek je z důvodů zachování anonymity označena kódem (kódy R1, R2, R3). S jednou z respondentek byl domluven rozhovor přes e-mail. Od listopadu do prosince 2021 probíhalo ve vybraných mateřských školách pozorování. V lednu 2022 byla sesbíraná data dále analyzována.

3.4 Interpretace získaných dat

Logopedická intervence v MŠ 1

Autorka se zúčastnila pozorování ve vybrané mateřské škole, která se nachází na vesnici. Mateřskou školu navštívila během jednoho týdne celkem třikrát a dohromady tam strávila přibližně šest hodin. Během návštěv pozorovala, jak učitelka pracuje s žáky z hlediska logopedické intervence. V mateřské škole není přímo přítomen logoped, ale všechny učitelky, které zde působí, jsou logopedické asistentky. Většina dětí, u kterých se objevuje některá z narušených komunikačních schopností, dochází k logopedovi do vedlejšího města, které je vzdálené cca 6 kilometrů. Autorka se dozvěděla, že ne všechny děti k logopedovi dochází, někteří rodiče jej odmítají a míní, že „se to samo srovná". V této mateřské škole jsou dvě oddělení, jedno pro děti od tří let a druhé od čtyř let do pěti až šesti let. Autorka navštěvovala oddělení s dětmi staršími, u kterých byla logopedická prevence prováděna častěji.

Záznam pozorování:

Učitelka si děti seřadila na zemi, na šedou čáru, která byla vyznačena na koberci. Když se děti usadily, postupně četla jejich jména. Ten, jehož jméno přečetla, měl říct „zde", učitelka poslouchala, kdo správně vysloví první písmeno slova, tedy písmeno „z ". Pokaždé, když dítě zareagovalo správně a řeklo dané slovo, učitelka jej pochválila, i když jej nevyslovilo zcela správně. Poté následovala pohybová aktivita na odreagování, která obnášela různé poskakování a protahování horních a dolních končetin. Následně si děti sedly s učitelkou do kroužku a začaly procvičovat jemnou motoriku. K procvičování byla využita hra, hraní na klavír, ťukání každým prstem zvlášť o palec nebo měly položenou dlaň na zemi a zvedaly každý prst zvlášť. Následně přešly na procvičování motoriky mluvidel. Jako první děti procvičovaly jazyk, používaly k tomu různá cvičení, která jim učitelka ukazovala. Jako první měly děti vyplazovat jazyk, nejdříve dopředu, poté i do strany. Následně olizovaly rty dokola, doprava, doleva, u tohoto cvičení je důležité, aby dítě opravdu objelo celý kruh a neměnilo směr. Jako další cvičení autorka uvádí tzv. klapání jazykem (koník), ježdění jazykem pomalým tempem vpřed a vzad na horním patře nebo po horních a spodních zubech. Další cvičení, které bylo realizováno bylo klepání jazykem o horní patro. Následně se děti přesunuly na procvičování motoriky rtů, k tomu učitelka vybrala následující cvičení: našpulení rtů (dávat pusu), vysátí vzduchu

z tváří, následné vmáčknutí, kdy rty vytvoří osmičku a připomínají tak kapra. V dalším cvičení si děti foukaly do dlaně. U všech výše zmíněných cvičení učitelka kontrolovala, jak jednotlivé cviky děti provádějí a v případě potřeby je opravovala, aby je následně udělaly správně. Následovala hra na mimozemšťany, kdy měly děti za úkol vytleskat své jméno po slabikách. Všechny aktivity byly prokládány pohybovým cvičením, aby se děti odreagovaly a mohly pokračovat v práci. Po krátkém cvičení byl čas na básničku, která byla vždy tematicky zaměřená. V mateřské škole byla autorka v období Mikuláše, básnička tedy byla zaměřená na toto téma. Učitelka nejdříve přečetla celou básničku, následně děti opakovaly, nebo pomalu četla a děti doplňovaly, protože básničku znaly. Další cvičení probíhalo stále v kroužku, učitelka ukázala na nějaké dítě a řekla mu část básničky, kterou má zopakovat. Dítě opakovalo a učitelka kontrolovala výslovnost a postavení mluvidel. Když bylo slovo vysloveno nesprávně, udělala s dětmi cvik právě na správné postavení mluvidel.

Autorka uvádí, že atmosféra v mateřské škole byla velmi příjemná, třída byla dobře vybavená a učitelka byla k dětem milá. Bylo vidět, že děti procvičování mluvidel baví. Učitelka pojala cvičení jako hru, dokázala děti pochválit i ve chvíli, kdy se jim příliš nedařilo. Ve třídě, kterou autorka navštívila, bylo přítomno velké množství dětí, u kterých se objevovala narušená komunikační schopnost.

Z rozhovoru je patrné, že logopedická intervence je zahrnuta ve školním vzdělávacím plánu a je realizována každý den formou logopedické prevence. V mateřské škole není zřízena logopedická třída, ani zde není přímo přítomen logoped. *„U nás jsou skoro všechny učitelky logopedické asistentky. Prevenci děláme každý den, a to několikrát denně, třeba když někam jdeme, nebo na koberci ve třídě“ (R1)*. Co se týče logopedických pomůcek, ty si chystá každá učitelka sama doma. Jsou zde dvě třídy, do kterých chodí 37 dětí. Na začátku každého školního roku proběhne depistáž, kterou provádí klinický logoped. Většina dětí, které mají narušenou komunikační schopnost dochází k logopedovi do ambulantní péče. Nejčastější typ narušené komunikační schopnosti je dyslálie, rotacismus a rotacismus bohemicus. Vyskytují se i děti s opožděným vývojem řeči a s balbuties.

Logopedická intervence v MŠ 2

Autorka navštívila malou mateřskou školou, která se nachází na vesnici. V mateřské škole je pouze jedna třída, je tedy smíšená. Ve dnech, kdy byla autorka přítomna, bylo ve třídě 17 dětí. Pozorovala, jak se s dětmi pracuje z hlediska logopedické intervence. V mateřské škole není přímo přítomen logoped, ale učitelka byla logopedická asistentka. Ve třídě byla přítomna také asistentka pedagoga, která byla učitelce a všem dětem k dispozici.

Záznam pozorování:

Logopedické cvičení bylo prováděno různě během dne, při různých příležitostech, například když byly děti seřazené a připravené na přesun, vytleskávaly slabiky a uváděly, jaké je první písmeno ve slově. Během dne měly děti jedno delší logopedické cvičení. Učitelka připravila na zem kruh z lana, do jeho středu umístila obrázky, které nebyly správně seřazeny, ale dohromady tvořily pohádku O Budulínkovi. Procvičovaly písmeno „l“. Děti si sedly do kroužku kolem lana, učitelka jim posílala zelený míček, který představoval hrášek. Ke komu se míček dokutálel, ten vstal, šel dovnitř kruhu a vybral obrázek, který byl první. Obrázek ukázal ostatním a popsal, co je na obrázku. Slova, která se tam vyskytovala potom děti vytleskávaly po slabikách a počítaly, kolikrát tleskly, řekly také písmeno, které bylo první v pořadí. Děti si navzájem pomáhaly, když někdo nevěděl. Procvičovaly také motoriku mluvidel, cvičení byla vhodně zakomponována do pohádky, například převalují hrášek v puse ze strany na stranu, olizují si horní ret, spodní ret, čichají a foukají. Po procvičení motoriky mluvidel pokračovaly v pohádce. Objevilo se také cvičení, kdy děti vyslovovaly slovo liška, nejdříve potichu a postupně zesilovaly až do křiku. Dále vydupávaly slabiky slov a znovu počítaly, kolikrát duply. Opět nejdříve potichu, poté nahlas, a naopak, nejdříve nahlas, pak potichu. Uprostřed kruhu byly i tři větší obrázky znázorňující hudební nástroje. Podle obrázků procvičovaly hrubou motoriku, například imaginární hra na housle, bubínek. Procvičovaly také výslovnost slova smyčec. Na závěr logopedického cvičení se všichni postavily a zpívaly písničku.

Autorka hodnotí atmosféru v mateřské škole velmi kladně. Třída byla dobře vybavena a učitelka i asistentka byly velmi milé a ochotné. Velmi kladně hodnotí pojetí logopedické hry, jež děti bavila a v podstatě ani nevěděly, že něco procvičují. Byla to pro ně zábava.

Mateřská škola pracuje podle školního vzdělávacího plánu, který stále rozvíjejí. Je zde myšleno i na logopedickou intervenci. Není zde zřízena logopedická třída, ani zde není přímo přítomen logoped. Klinický logoped udělá na začátku školního roku depistáž, při které vyhledá jedince s narušenou komunikační schopností. Paní učitelka je logopedická asistentka a má k ruce asistentku, aby ji pomohla. Logopedickou prevenci se snaží dělat hravou formou, aby to děti bavilo. *„Naše mateřská škola nemá moc logopedických pomůcek, kromě knížek, které se dají také použít k logopedické prevenci, třeba k doplňování příběhů a podobně"(R2).* V mateřské škole je pouze jedna třída, která je smíšená. Kapacita je zde 20 dětí, v tom spatřuje paní učitelka velké plus, protože si děti můžou navzájem pomáhat a spolupracovat. Většina dětí s narušenou komunikační schopností dochází do města k logopedovi, u kterého je v ambulantní péči.

Logopedická intervence v MŠ 3

Autorka se zúčastnila pozorování v běžné mateřské škole, která se nachází ve městě. Do této mateřské školy dochází dvakrát týdně klinická logopedka, která vede logopedický kroužek, na který chodí pouze děti, které mají narušenou komunikační schopnost. V době naší návštěvy byly na logopedickém kroužku přítomny tři děti.

Záznam pozorování:

Logopedka si přivedla děti do menší třídy. Každé dítě mělo své desky, do kterých si zakládalo pracovní listy a dostávalo napsané pokyny pro rodiče, aby věděli, co mají s dětmi procvičovat. Vlastní logopedická činnost začínala volným rozhovorem, např. na téma co děti dělaly o víkendu atd. Rozcvičovaly jazyk – nafukovaly tváře, jezdily jazykem nejdříve po horních zubech, poté po spodních, po patru, dělaly „koníčka", olizovaly si rty kolem dokola. Následovalo cvičení, kdy dostaly obrázky, na kterých byla slova podřazená, děti měly poznat o co se jedná a pojmenovat dané obrázky. Vymýšlely i jiná slova podřazená, která nebyla na obrázku. Jednotlivá cvičení byla prokládána protažením, kdy logopedka řekla, kterou ruku si mají dát na jakou část těla. Tím děti procvičovaly rozlišení levé a pravé strany a znalost částí těla. Další cvičení se nazývalo „čeho je víc". Logopedka rozdala dětem listy, na kterých byly nakreslené různé tvary a děti měly zjistit, jakých tvarů je víc nebo míň, o kolik a odpovědět celou větou. Toto cvičení sloužilo k zrakové diferenciaci. Další cvičení bylo zaměřeno na trénink očního soustředění, kdy bylo v řadě za sebou pět různých obrázků. Děti měly poznat, jaký je

uprostřed, který je jako první, nebo který je nejvíc vpravo. Další byly obrázky na sykavky, jako například čmelák, cvrček atd. Logopedka napodobovala zvuky některých zvířat vyobrazených na papíře a děti měly sdělit, co slyší, nejdříve odděleně a potom ve slově. Následně si děti lehly na zem, na záda. Pravou ruku daly nahoru a následně na břicho, následoval nádech nosem a výdech pusou. Posledním cvičením bylo rozpoznávání dopravních prostředků, kdy logopedka ukazovala obrázky v knížce a děti měly uhodnout a vytleskat celé slovo, následně ještě poznat první písmeno. V této skupině byl jedinec s dysfázií, měl malou slovní vybavenost.

Autorka hodnotí atmosféru ve skupině jako velmi příjemnou, logopedka s dětmi dobře komunikovala a měla připravené své vlastní materiály. Některé z dětí k logopedce dochází i do ambulantní péče.

V této mateřské škole pracují podle školního vzdělávacího programu, který se nazývá „Děti-dívejte se“. Škola spolupracuje s klinickou logopedkou i s dalšími školskými poradenskými zařízeními. Dochází sem dětí od 2,5 do 6 let. Logoped zde přímo přítomen není. Do mateřské školy na začátku školního roku dochází klinická logopedka na depistáž. Děti s narušenou komunikační schopností mají možnost chodit na logopedický kroužek, který je 2x týdně. Kroužek je ale zpoplatněn. *„Veškeré pomůcky a materiály si nosím své, školka jako taková je vybavena plně, samozřejmě přímo logopedické pomůcky nemá, ale se spousty materiálů, knížek a hraček, které mají děti k dispozici se dá i logopedicky pracovat“(R3).* Nejčastěji je u dětí přítomna dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, balbuties a podobně. Některé děti jsou u stejné klinické logopedky i v ambulantní péči.

Logopedická intervence v MŠ 4

V této mateřské škole, která se nachází ve městě, se autorka zúčastnila zúčastněného pozorování. Do mateřské školy dochází dvakrát týdně klinická logopedka, která zde vede logopedický kroužek. Logopedka si přivedla děti do samostatné třídy. V této skupině byly přítomny čtyři děti předškolního věku, z toho některé měly odklad. Třem z nich byla diagnostikována dysfázie.

Záznam pozorování:

Kroužek začínal rozcvičením motoriky mluvidel – děti dělaly „koníčka“, měly si olíznout horní a spodní ret apod. K dalšímu cvičení používaly kartičky, na kterých byly nakresleny obrázky se stejnou tématikou, a děti měly poznat, co je na obrázcích. Do této aktivity se autorka také zapojila. Tímto cvičením děti procvičovaly slova nadřazená a podřazená. Cvičení byla prokládána pohybovou aktivitou. Děti si měly dát ruce na část těla, kterou logopedka určila, například na kolena, čelo, lokty, pravá ruka na levé ucho, levá ruka na břicho. V další části děti dostaly obrázek, který neměly ostatním ukázat, jen ho měly popsat tak, aby ostatní děti mohly uhodnout, co na obrázku je. Měly také říct, jaké písmeno je na prvním místě. Následovalo cvičení na rozpoznávání tvrdých a měkkých hlásek a také slov. Každé z dětí dostalo jeden tvrdý korálek a měkkou kuličku. Korálek si měly dát do pravé ruky a kuličku do ruky levé. Podle toho, co logopedka řekla, měly děti zvednout buďto levou ruku nebo ruku pravou. Následovalo cvičení na rozvoj hrubé motoriky, a také protažení, aby se děti odreagovaly. Měly skákat po jedné noze, lézt pozpátku, skákat „jako žába“ a podobně. Procvičovaly také dýchání. Další cvičení bylo na procvičování počtu. Děti dostaly obrázky, které byly v řadě za sebou a měly poznat, kolik jich je a co je to za obrázky. Následně měly vymyslet jednu větu, která měla obsahovat slova z obrázku. Jelikož tam byla autorka přítomna před Vánoci, byly obrázky s vánoční tematikou. Na závěr děti s logopedkou procvičovaly také grafomotoriku. Bylo procvičováno správné uchopení tužky, nejdříve ťukaly jedním prstem na tužku, poté měly „projet“ nakreslenou cestu. Logopedka se zmínila, že děti v mateřské škole grafomotoriku neprocvičují. Jako poslední cvičení bylo vytleskávání rytmu, které děti příliš nezvládaly. Autorka se domnívá, že některé děti mají také dysmúzii, z toho důvodu, že nebyly schopné zopakovat ani lehký rytmus.

Autorka uvádí, že atmosféra v této skupině byla velmi příjemná. Jeden z problémů vidí ve špatném načasování kroužku, jenž byl realizován bezprostředně po obědě, děti tedy byly ospalé a nesoustředěné. Logopedka používala své vlastní materiály a dávala dětem úkoly, které mají doma procvičovat. Každé dítě dostalo své desky, do nichž si ukládalo materiály, které od logopedky obdrželo. Za odměnu si děti mohly nakreslit na desky hvězdičku.

Z rozhovoru vyplývá, že logopedická intervence je začleněna do školního vzdělávacího plánu, který se nazývá „Děti-dívejte se“. Mateřská škola spolupracuje

s klinickou logopedkou a s SPC a PPP. Dochází sem děti od 2,5 do 6 let věku. Na začátku každého školního roku dělá logopedka depistáž, na jejímž základě vybírá děti, u kterých by byla vhodná přítomnost na logopedickém kroužku, který zde probíhá a je pouze pro zájemce. *„Než jsem začala kroužek v MŠ provozovat, nebyl zde přítomen žádný odborník s tímto zaměřením a prvky logopedie se v kolektivní péči užívaly, dle mého názoru, spíše sporadicky"(R3).* Není zde zřízena logopedická třída a není zde ani stále přítomen logoped. Nejčastěji se setkáváme s dyslalií, opožděným vývojem řeči, vývojovou dysfázií a balbuties. Některé děti dochází ke stejné klinické logopedce i do ambulantní péče. Logopedické pomůcky, které logopedka užívá při logopedickém kroužky jsou její vlastní, mateřská škola své logopedické pomůcky nemá.

3.5 Dílčí závěry šetření

HVO: Jakým způsobem je ve vybrané mateřské škole běžného typu realizována logopedická intervence?

Z provedeného výzkumného šetření je patrné, že logopedická intervence na preventivní úrovni je nedílnou součástí školního vzdělávacího plánu ve všech čtyřech navštívených mateřských školách. Ve dvou výše zmíněných mateřských školách, které jsou na vesnici, logopedickou péči zajišťují učitelky, které jsou zároveň logopedické asistentky a pracují pod dohledem logopeda. Logopedka do mateřských škol dojíždí na začátku roku a provádí depistáž, díky níž u dětí zjistí případnou narušenou komunikační schopnost. Ve zbylých dvou mateřských školách, které jsou umístěny ve městě, dochází dvakrát týdně klinická logopedka. Je zde zřízen logopedický kroužek pouze pro děti s narušenou komunikační schopností. Tento kroužek je zpoplatněn, tedy je pro některé rodiče méně dostupný, což autorka shledává jako nevýhodu. Ve všech zmíněných případech děti dochází ještě ke klinickému logopedovi do ambulantní péče.

DVO 1: Jsou pedagogičtí pracovníci spokojeni s úrovní logopedické intervence ve sledovaných mateřských školách?

Z rozhovorů je patrné, že většina pedagogických pracovníků je spokojena s úrovní logopedické péče ve sledovaných mateřských školách. Pouze v jednom případě bylo řečeno, že logopedický kroužek by mohl být realizován v jiný čas.

DVO 2: Jsou vybrané mateřské školy dostatečně vybaveny logopedickými pomůckami?

Celková vybavenost vybraných mateřských škol je dobrá, vybavenost logopedickými pomůckami už však příliš dobrá není, logopedické asistentky i klinická logopedka si připravují pracovní listy a materiály samy doma. V mateřské škole jsou k dispozici pouze knížky a hračky, které se k logopedické intervenci použít dají.

DVO 3: Jaké typy narušené komunikační schopnosti se u dětí ve sledovaných mateřských školách vyskytují nejčastěji?

Mezi nejčastěji se vyskytující narušenou komunikační schopnost vyskytující se u dětí ve sledovaných mateřských školách je dyslálie, vývojová dysartrie, opožděný vývoj řeči a balbuties.

DVO 4: Je ve vybraných mateřských školách logoped součástí pedagogického týmu?

Ani v jedné z vybraných mateřských škol není logoped součástí pedagogického týmu. Do dvou mateřských škol dochází dvakrát týdně klinická logopedka a ve zbylých mateřských školách jsou logopedické asistentky.

3.6 Doporučení pro praxi

Logopedická intervence na preventivní úrovni by měla být realizována každý den, nejlépe několikrát během dne v kratších úsecích. Nejvhodnější doba pro tuto činnost je dopoledne, neboť děti jsou v tuto dobu nejvíce bdělé. V jedné z mateřských škol byl logopedický kroužek realizován bezprostředně po obědě, děti byly unavené a nepozorné. Každá mateřská škola by měla mít stanoven svůj program, podle kterého by každý den pracovala a nebyl v rozporu se školním vzdělávacím programem. Materiály by měly vznikat pod dohledem logopeda, se kterým by měla mateřská škola navázat kontakt. Klinický logoped by pak každý rok, v první polovině školního roku, měl provádět depistáž, čímž by došlo k včasnému zachycení dětí, u kterých se objevila narušená komunikační schopnost. Každá učitelka by pak měla být logopedická asistentka, aby lépe rozuměla dané problematice, a aby mohla tyto úkony vykonávat. Neměla by však provádět depistáže. Každá mateřská škola by měla podporovat své zaměstnance v dalším

vzdělávání, například v rámci celoživotního vzdělávání na vysokých školách místo akreditovaných kurzů.

Z pozorování a dodatečného rozhovoru je zřejmé, že v žádné výše uvedené mateřské škole není přímo přítomen logoped, pouze logopedické asistentky, a ve dvou případech do mateřské školy dochází klinický logoped, který provozuje logopedický kroužek. Klinický logoped však není zaměstnancem mateřské školy. Lze proto doporučit, aby byl kroužek určen pro předem daný menší počet dětí, u kterých se projevila narušená komunikační schopnost, logoped s nimi tedy může pracovat více individuálním způsobem. Takový postup by byl vhodný i v ostatních mateřských školách. Autorka se domnívá, že vzhledem k narůstajícím potížím v řečové oblasti u dětí by bylo vhodné doporučit, aby byl logoped nedílnou součástí mateřských škol. To znamená, aby to byl zaměstnanec dané školy. Klinických logopedů je však u nás zatím velmi málo, a proto je tato myšlenka zřejmě nerealizovatelná.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou logopedické intervence v běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou. Cílem teoretické části bylo obecně vymezit komunikaci u dětí v předškolním věku, ontogenezi řeči a charakterizovat narušenou komunikační schopnost u dětí v předškolním věku. Praktická část si dala za cíl zmapovat poskytovanou logopedickou intervenci v běžných mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou. V rámci dílčích cílů autorka porovnávala úroveň logopedické intervence ve vybraných mateřských školách, kdo se na intervenci podílí, jak jsou pedagogičtí pracovníci spokojeni s úrovní logopedické intervence v jejich mateřské škole, zda je v mateřské škole přímo přítomen logoped.

V poslední době se často mluví o velkém nárůstu počtu dětí s narušenou komunikační schopností. Důležitou roli v tomto problému hraje logopedická prevence, která je poskytována v mateřské škole a je vykonávána kvalifikovaným pedagogickým pracovníkem, logopedem nebo klinickým logopedem.

Pozorování logopedické intervence bylo realizováno ve čtyřech mateřských školách v okrese Rychnov nad Kněžnou. Dvě z mateřských škol se nacházely ve městě a dvě na vesnici. Výsledky pozorování byly doplněny o informace, které byly získány prostřednictvím rozhovorů v městských mateřských školách s klinickým logopedem, který vede logopedický kroužek a v mateřských školách na vesnici s asistentkami logopeda. Ve všech navštívených mateřských školách na vesnici byla logopedická intervence v rámci prevence poskytována každý den v rámci školního vzdělávacího programu. V mateřských školách ve městě logopedickou intervenci poskytoval klinický logoped, který vedl svůj logopedický kroužek pouze pro děti, u kterých se narušená komunikační schopnost již projevila. Měl tedy na děti více času a zadával jim domácí úkoly. V jedné mateřské škole autorka shledává jako nevýhodu, že kroužek byl realizován bezprostředně po obědě a děti byly unavené a nepozorné.

Pozitivním zjištěním je, že logopedická intervence je začleněna do běžného programu i mimo běžný program mateřských škol. Logopedická prevence je poskytována buď klinickým logopedem, nebo logopedickými asistentkami, které s logopedem spolupracují. Mezi nejčastější narušenou komunikační schopnost, se kterou se v mateřských školách nejčastěji setkávají, byla označena dyslalie a vývojová dysfázie.

Řeč je pro jedince jeden z nejvíce důležitých komunikačních prostředků, pokud je narušena, ovlivní to celou komunikační schopnost dítěte, což může vést i k narušení dalších schopností. I z tohoto důvodu je logopedická intervence velmi důležitou součástí vývoje dítěte v předškolním věku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ, 2005, c2002. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 2. Přeložil Petra VLČKOVÁ. Praha: Portál. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-736-7055-0.

BALAŠOVÁ, Jana a Ivan JEDLIČKA, 2003. *Kapitoly z logopedie*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského. ISBN 80-867-2305-4.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ, 2007. *Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-136-2.

FORET, Miroslav a Silvia MEGYESIOVÁ, 2013. *Marketingový výzkum v regionálním rozvoji*. Brno: Mendelova univerzita v Brně. ISBN 978-80-7375-773-1.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ, 2003. *Diagnostika předškoláka*. Praha: MC nakladatelství. ISBN 859-40-4225-026-1.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2000. *Kapitoly z logopedie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3188-5.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

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

MATĚJČEK, Zdeněk a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-0870-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. 2. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA, 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8546-6.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2005. *Základy pedagogiky*. Praha: Vydavatelství VŠCHT. ISBN 80-708-0573-0.

THOROVÁ, Kateřina a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. Psyché (Grada). ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum. Pro rodiče. ISBN 978-802-4621-531.

ZELINKOVÁ, Olga, 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0875-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

MŠ 1 Bačetín [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: http://www.bacetin.cz/index.php/mateska-kola

MŠ 2 Dobruška školka [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: http://www.dobruskaskolka.cz/pages/oSkole.html

MŠ 3 Škola Bílý Újezd [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: https://www.skolabilyujezd.cz/materska-skola/

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor MŠ 1 I
Příloha B – Rozhovor MŠ 2 IIII
Příloha C – Rozhovor MŠ 3, 4 V

PŘÍLOHY

Příloha A – Rozhovor v MŠ 1 (R1)

1) **Kolik dětí navštěvuje mateřskou školu?**

„V naší mateřské škole jsou dvě třídy. Třída Lvíčků, která je pro nejmladší děti a chodí do ní 12 dětí. Druhá třída je označena jako třída Sluníček, kam chodí 25 dětí, z toho je víc jak polovina předškoláků.“

2) **Je do vašeho ŠVP zahrnuta logopedická intervence?**

„Tento školní rok pracujeme podle nového vzdělávacího programu, který se jmenuje „S Večerníčkem v přírodě“. V tomto ŠVP je zahrnuta logopedická prevence, kterou se snažíme dělat každý den.“

3) **Ohodnoťte na stupnici od jedničky do pětky (jako ve škole), jak jste spokojeni s realizací logopedické intervence ve vaší mateřské škole.**

„U nás není logoped přítomen, takže logopedickou intervenci v podobě prevence realizuje logopedická asistentka, u nás jsou skoro všechny učitelky logopedické asistentky. Prevenci děláme každý den, a to několikrát denně, třeba když někam jdeme, nebo na koberci ve třídě.“

4) **S jakým typem narušené komunikační schopnosti se setkáváte nejčastěji?**

„Chodí sem šikovnější děti a méně šikovné, nejčastější je asi dyslálie u některých spojená s ADHD, rotacismus a rotacismus bohemicus, máme tady i děti s opožděným vývojem řeči a některé s balbuties.“

5) **Používáte při logopedické intervenci pomůcky, které vám poskytuje mateřská škola?**

„Nemáme tu v podstatě žádné logopedické pomůcky, jenom nějaké knížky a hračky, které se dají použít jako pomůcky. Když už nějaké pomůcky chci použít, tak si je chystám doma, spíš ale pracuji s vytleskáváním a ústním procvičováním. Pomůcky vlastně moc nepoužívám. Takže bych to ohodnotila asi na čtyřku.“

6) **Je v mateřské škole zřízena logopedická třída?**

„U nás logopedickou třídu nemáme.“

7) **Je ve vaší mateřské škole přímo přítomen logoped?**

„Logoped zde přítomen není, jak už jsem zmiňovala před chvílí, ale některé děti jsou v ambulantní péči ve vedlejším městě.“

8) **Jak často do vaší mateřské školy dochází logoped na depistáž.**

„Logoped přijde vždy na začátku školního roku a vyhledá si děti, u kterých by se mohla projevit nějaká vada řeči, nebo ty, u kterých už se projevila.“

9) **Jsou děti s NKS v ambulantní péči klinického logopeda?**

„Většina dětí, které mají nějakou narušenou komunikační schopnost, dochází do ambulantní péče ke klinické logopedce.“

Příloha B – Rozhovor MŠ 2 (R2)

1) **Kolik dětí navštěvuje mateřskou školu?**

„V naší školce je jenom jedna třída, do které chodí děti od nejmladšího věku až po předškoláky. Kapacitu máme 20 dětí. Vidím v tom velké plus, děti si můžou navzájem moct a spolupracovat.“

2) **Je do vašeho ŠVP zahrnuta logopedická intervence?**

„Pracujeme podle ŠVP, které se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Na logopedickou intervenci je myšleno i v našem vzdělávacím plánu.“

3) **Ohodnoťte na stupnici od jedničky do pětky (jako ve škole), jak jste spokojeni s realizací logopedické intervence ve vaší mateřské škole.**

„S realizací logopedické intervence v naší mateřské škole, bych řekla, že jsem celkem spokojená, snažím se to dělat tak, aby to děti bavilo a vlastně ani nezaznamenaly, že něco procvičujeme, to jste i sama viděla. Hodnotila bych to tak průměrně, asi známkou dva.“

4) **S jakým typem narušené komunikační schopnosti se setkáváte nejčastěji?**

„Nejvíce k nám chodí děti s dyslálií a opožděným vývojem řeči.“

5) **Používáte při logopedické intervenci pomůcky, které vám poskytuje mateřská škola?**

„Naše mateřská škola nemá moc logopedických pomůcek, kromě knížek, které se dají také použít k logopedické prevenci, třeba k doplňování příběhů a podobně. Ostatní logopedické pomůcky, které využívám, si chystám doma jako například různé pracovní listy, kartičky s obrázky nebo třeba tvrdé a měkké kostky. Celkově jsem s vybavením mateřské školy spokojená a co se týče pomůcek, které bych mohla využít u preventivních her, určitě nějaké nové knížky nebo hry by se hodily. Takže dávám známku tři.“

6) **Je v mateřské škole zřízena logopedická třída?**

„Jak už jsem uváděla výše, máme jenom jednu třídu, kde jsme všichni společně, takže u nás není logopedická třída.“

7) **Je ve vaší mateřské škole přímo přítomen logoped?**

„V mateřské škole logoped přímo přítomen není, ale já jsem logopedická asistentka, takže s dětmi pracuji každý den na prevenci. Některé děti ale dochází k logopedovi do města a jsou u něj v ambulantní péči.“

8) **Jak často do vaší mateřské školy dochází logoped na depistáž?**

„Logoped k nám chodí na začátku každého školního roku.“

9) **Jsou děti s NKS v ambulantní péči klinického logopeda?**

„Ano, některé děti dochází do města k logopedovi.“

Příloha C – Rozhovor MŠ 3, 4 (R3)

1) **Kolik dětí navštěvuje mateřskou školu?**

„Já nejsem zaměstnancem školy, tak úplně neumím odpovědět na tuto otázku, ale mateřská škola je rozdělena do dvou budov a do každé chodí dětí od 2,5 let do 6 let.“

2) **Je do vašeho ŠVP zahrnuta logopedická intervence?**

„Pracují tu podle školního vzdělávacího programu, který se nazývá „Děti-dívejte se“. Škola spolupracuje se mnou, jako s klinickou logopedkou a spolupracuje i s se školskými poradenskými zařízeními.“

3) **Ohodnoťte na stupnici od jedničky do pětky (jako ve škole), jak jste spokojeni s realizací logopedické intervence ve vaší mateřské škole.**

„Tím, že nejsem školní zaměstnanec a logopedický kroužek je pouze pro zájemce, nemůže probíhat v čase kolektivních aktivit v průběhu dopoledne. Proto čas, který je na kroužek vyhrazen (brzo ráno a místo poledního klidu) není pro soustředění dětí ideální. Kromě tohoto je ale realizace logo intervence – v tomto případě především v podobě prevence, bez problémů. Než jsem začala kroužek v MŠ provozovat, nebyl zde přítomen žádný odborník s tímto zaměřením a prvky logopedie se v kolektivní péči užívaly, dle mého názoru, spíše sporadicky. Nyní bych celkovou realizaci zhodnotila známkou dva.“

4) **S jakým typem narušené komunikační schopnosti se setkáváte nejčastěji?**

„Obecně je v MŠ nejčastěji přítomna dyslalie, v některých případech ve spojení s ADHD, často také opožděný vývoj řeči, v menším procentu dochází do MŠ děti s vývojovou dysfázií, balbuties atd. Na můj kroužek dochází především těžší formy dyslálie, OVŘ, dysfatici a několik balbutiků.“

5) **Používáte při logopedické intervenci pomůcky, které vám poskytuje mateřská škola?**

„Veškeré pomůcky a materiály si nosím své, školka jako taková je vybavena pěkně, samozřejmě přímo logopedické pomůcky nemá, ale se spoustou materiálů, knížek a hraček, které mají děti k dispozici se dá i logopedicky pracovat. Když bych měla ohodnotit jenom vybavenost logopedickými pomůckami, hodnotila bych to známkou čtyři, ale celkově vybavenost mateřské školy hodnotím známkou dva.“

6) **Je v mateřské škole zřízena logopedická třída?**

„Logopedická třída zde zřízena není.“

7) **Je ve vaší mateřské škole přímo přítomen logoped?**

„V této mateřské škole přímo přítomen logoped není, ale docházím se já jako klinická logopedka.“

8) **Jak často do vaší mateřské školy dochází logoped na depistáž**

„Depistáž provádím v obou mateřských školách vždy na začátku školního roku.“

9) **Jsou děti s NKS v ambulantní péči klinického logopeda?**

„Některé děti jsou u mě v ambulantní péči nebo u jiné klinické logopedky. Někteří rodiče ale děti k logopedce neberou, a tak chodí jen na můj logopedická kroužek, což v mnoha případech nestačí.“

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Klára Michlová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Logopedická intervence v běžné mateřské škole v okrese Rychnov nad Kněžnou

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 40

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.