

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM  
2019–2022**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Magdalena Jakubíčková**

**Logopedické pomůcky pro děti/žáky mladšího školního věku  
s narušenou komunikační schopností v ZŠ Zdiby**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce:  
Mgr. Hana Fleischmannová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR PART-TIME STUDIES**

**2019–2022**

**BACHELOR THESIS**

**Magdalena Jakubíčková**

**Speech Therapy Aids for Children / Pupils of Younger School  
Age with Impaired Communication Ability in Elementary  
School Zdiby**

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Hana Fleischmannová

### **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

.....  
*Magdalena Jakubičková*

### **Poděkování**

Děkuji své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Haně Fleischmannové za podnětné rady a připomínky, které mi v průběhu psaní poskytovala.

## **Anotace**

Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku využívání pomůcek v logopedické intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností. V první kapitole se zabýváme teoretickým vymezením narušené komunikační schopnosti, nejčastějšími druhy NKS a jejich charakteristikou. V následujících podkapitolách se věnujeme vymezení narušeného vývoje řeči, získané orgánové nemluvnosti, psychogenní nemluvnosti, narušení zvuku a plynulosti řeči, a jejímu článkování. Dále si vymežíme poruchy hlasu, kombinované chyby a poruchy řeči, symptomatické poruchy řeči a narušení grafické stránky řeči. Druhá kapitola teoretické části práce se věnuje komunikaci se žáky s narušenou komunikační schopností. Třetí kapitola se zaměřuje na logopedickou intervenci, diagnostické postupy a nástroje logopeda při diagnostice narušené komunikační schopnosti a hodnotící nástroje na vyšetření poruch plynulosti řeči. V neposlední řadě si přiblížíme logopedické pomůcky a přístroje, což je hlavním tématem této práce. V praktické části práce chceme prokázat přínos včasné logopedické terapie s využitím vhodných postupů a pomůcek u žáků s narušenou komunikační schopností.

## **Klíčová slova**

Diagnostické postupy, logopedie, logoped, logopedická intervence, logopedické pomůcky, narušená komunikační schopnost, poruchy řeči, speciální pedagog, terapie.

## **Annotation**

The main goal of this bachelor thesis is to approach the issue of using aids in speech therapy intervention for students with impaired communication skills. In the first chapter we deal with the theoretical definition of impaired communication skills, the most common types of NKS and their characteristics. In the following subchapters, we focus on the definition of impaired speech development, acquired organ infancy, psychogenic infancy, impaired speech and speech fluency, and its articulation. We also define voice disorders, combined and speech disorders, symptomatic speech disorders and speech disorders. The second chapter of the theoretical part of the thesis deals with communication with students with impaired communication skills. The third chapter focuses on speech therapy intervention, diagnostic procedures and speech therapist's tools in the diagnosis of impaired communication skills and evaluation tools for the examination of speech fluency disorders. Last but not least, we will approach speech therapy aids and devices, which is the main topic of this work. In the practical part of the work, we want to prove the benefits of early speech therapy with the use of appropriate procedures and aids for students with impaired communication skills.

## **Keywords**

Diagnostic procedures, speech therapy, speech therapist, speech therapy intervention, speech therapy aids, impaired communication ability, speech disorders, special pedagogue, therapy.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST .....</b>	<b>11</b>
1.1 Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti a jejich charakteristika.....	12
1.1.1 Narušený vývoj řeči.....	12
1.1.2 Získaná orgánová nemluvnost.....	13
1.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost .....	13
1.1.4 Narušení zvuku řeči .....	13
1.1.5 Narušení plynulosti řeči.....	14
1.1.6 Narušení článkování řeči .....	14
1.1.7 Poruchy hlasu .....	15
1.1.8 Kombinované chyby a poruchy řeči.....	15
1.1.9 Symptomatické poruchy řeči .....	15
1.1.10 Narušení grafické stránky řeči .....	16
1.2 Vliv narušené komunikační schopnosti na výchovně vzdělávací proces.....	16
1.2.1 Tvorba IVP .....	17
<b>2 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE ŽÁKY S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ .....</b>	<b>18</b>
2.1 Komunikace se žákem s vývojovou dysfázií .....	18
2.2 Komunikace se žákem s elektivním mutismem .....	19
2.3 Komunikace se žákem s koktavostí.....	20
2.4 Komunikace s žákem s breptavostí .....	21
2.5 Komunikace žáka s dyslálií .....	22
2.6 Komunikace se žákem s dysartrií .....	22
<b>3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE.....</b>	<b>24</b>
3.1 Diagnostické postupy a nástroje logopeda při diagnostice narušené komunikační schopnosti .....	24
3.2 Hodnotící nástroje na vyšetření poruch plynulosti řeči: koktavosti a breptavosti	27
3.3 Logopedické pomůcky a přístroje .....	28
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>33</b>

<b>4</b>	<b>PŘÍNOS VČASNÉ LOGOPEDICKÉ TERAPIE S VYUŽITÍM POMŮCEK U ŽÁKA S NKS.....</b>	<b>33</b>
4.1	Cíl výzkumného šetření .....	33
4.2	Metodologie výzkumného šetření .....	33
4.3	Výzkumný soubor a oblast šetření .....	34
<b>5</b>	<b>KAZUISTIKA .....</b>	<b>35</b>
5.1	Multidisciplinární spolupráce .....	35
5.2	Diagnostická fáze .....	36
5.3	Poradenská fáze .....	39
5.4	Terapeutická fáze – rehabilitační fáze .....	41
5.4.1	Logopedické pomůcky používané při rehabilitační fázi v mateřské škole .....	43
5.5	Shrnutí výzkumného šetření .....	46
5.6	Doporučení, návrhy na zlepšení .....	48
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>50</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>58</b>



## ÚVOD

Lidé jsou „od přírody“ tvory společenskými, touží po kontaktu s jinými lidmi a nejběžnějším způsobem, jak toho dosáhnout je vzájemná komunikace mluvou nebo psaním. Komunikace patří mezi nejzákladnější potřeby každého jednotlivce a je důležitým nástrojem pro život. Je sociální interakcí, při které se vědomě nebo nevědomě předávají informace. Slovo komunikace má latinský původ a znamená „...*dělat něco společného, dělit se, svěřovat se*.“ Když člověk komunikuje, dělí se s jinými lidmi o své myšlenky. My, lidé, neustále komunikujeme, ať už čteme, píšeme, hovoříme s někým, staráme se o to, abychom navzájem věděli o svých myšlenkách. Komunikujeme také tehdy, když si to neuvědomujeme čili je zřejmé, že komunikace nemá jen ústní nebo písemnou formu. Cokoli řekneme svým neverbálním projevem potvrdíme, podtrhneme, upřesníme nebo vyvrátíme. Komunikace probíhá tedy všemi možnými prostředky bez ohledu na to, zda si to uvědomujeme nebo ne.

Někteří z nás ale mají s řečí, ať už v její mluvené nebo psané podobě, potíže. Odborně tomu říkáme, že je jejich komunikační schopnost je narušena.

Potíže mohou nepříznivě ovlivňovat celkový osobnostní i citový vývoj, vytváření mezilidských vztahů, socializaci i úspěšnost ve škole.

Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku využívání pomůcek v logopedické intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností.

V první kapitole se zabýváme teoretickým vymezením narušené komunikační schopnosti, nejčastějšími druhy NKS a jejich charakteristikou. V následujících podkapitolách se věnujeme vymezení narušeného vývoje řeči, získané orgánové nemluvnosti, psychogenní nemluvnosti, narušení zvuku a plynulosti řeči, a jejímu článkování. Dále si vymezíme poruchy hlasu, kombinované chyby a poruchy řeči, symptomatické poruchy řeči a narušení grafické stránky řeči.

Druhá kapitola teoretické části práce se věnuje komunikaci se žáky s narušenou komunikační schopností.

Třetí kapitola se zaměřuje na logopedickou intervenci, diagnostické postupy a nástroje logopeda při diagnostice narušené komunikační schopnosti a hodnotící nástroje na vyšetření poruch plynulosti řeči. V neposlední řadě si přiblížíme logopedické pomůcky a přístroje, což je hlavním tématem této práce.

V praktické části práce chceme prokázat přínos včasné logopedické terapie s využitím vhodných postupů a pomůcek u žáků s narušenou komunikační schopností.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Komunikační schopnost je dovednost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách, a to za účelem snahy realizovat určitý komunikační záměr.

Komplexnost zahrnuje všechny jazykové roviny: foneticko-fonologickou, lexikálně sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou. Pokud jde o formy, zahrnuje všechny způsoby komunikace: mluvený, grafický a neverbální způsob komunikování. Zasahuje oblast imprese i exprese. V komunikační schopnosti se prolínají biologické, psychické a sociální komponenty (Lechta a kol., 1995).

Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může se projevit jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči. V celkovém klinickém obrazu může dominovat, nebo může být příznakem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení (symptomatické poruchy řeči) (Lechta a kol., 1995). Jednotlivec si své narušení může, ale nemusí uvědomovat.

Komunikační schopnost může mít nejen různé druhy, ale také stupně.

Klenková (2006, s. 84) uvádí, že „*podle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné (totální), nebo částečné (parciální).*“

Lechta a kol. (1995) řadí k úplnému narušení např. totální afázii nebo dyslálii multiplex, k částečnému narušení např. sigmatismus.

Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti jsou různé. Klenková (2006) prezentuje, že při dělení příčin se využívá časové hledisko nebo hledisko lokalizační. Z časového hlediska mohou být příčiny prenatalní (v období vývoje plodu, před narozením), perinatální (v průběhu porodu), postnatální (po narození).

Z lokalizačního hlediska autorka k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, chromozomové aberace, vývojové odchylky, orgánové poškození receptorů (poruchy porozumění řeči), poškození centrální (fatické poruchy), poškození efektorů (poruchy řečové produkce), působení nevhodného, nepodnětného prostředí (zpoždění řečového vývoje), narušení sociální interakce (poruchy psychotického charakteru).

## 1.1 Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti a jejich charakteristika

Rozlišujeme několik základních druhů narušené komunikační schopnosti, které se pak člení na konkrétní diagnózy (Kerekrétiová, 2009):

- vývojová nemluvnost (narušený vývoj řeči),
- získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus),
- narušení zvuku řeči (huhňavost),
- narušení plynulosti řeči (kocktavost, breptavost),
- narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie),
- poruchy hlasu (dysfonie, afonie),
- kombinované chyby a poruchy řeči (současný výskyt více druhů narušené komunikační schopnosti),
  - symptomatické poruchy řeči (narušená komunikační schopnost u jiných, dominujících postiženích, onemocněních, narušeních),
  - narušení grafické stránky řeči (agragrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie).

### 1.1.1 Narušený vývoj řeči

Vyskytuje-li se narušený vývoj řeči jako samostatné onemocnění, jednotlivec nemá v ostatních oblastech duševního a tělesného vývoje žádné očividné zaostávání nebo deficity a pro vývoj řeči má normální sociální podmínky, hovoříme o vývojové dysfázii – vrozené poruše vývoje jazykových schopností. Jde o závažné narušení komunikační schopnosti, které vzniká následkem nesprávné funkce nebo poškození mozku. Projevuje se ve výslovnosti – řeč je hůře srozumitelná, slova bývají komolená a zkracovaná, přičemž potíže mají původ v narušeném vnímání řeči. Charakteristické jsou potíže při tvorbě vět a v gramatické stavbě řeči, vývoj slovní zásoby je omezený, problematická je aktivní komunikace s okolím a navazování kontaktů, v různé míře bývá narušena i úroveň porozumění řeči. „*Přítomny mohou být lehčí deficity i v neязыkových oblastech – v motorice, poznávacích schopnostech a emocionalitě.*“ (Klenková, 2006, s.112)

### **1.1.2 Získaná orgánová nemluvnost**

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Nejčastější příčinou této těžké poruchy řeči jsou mozková cévní onemocnění, nádory, úrazy. Jedná se o poruchu již vyvinuté řeči. Mezi nejčastější příznaky afázie patří porucha plynulosti řeči, porucha pojmenování a opakování, porucha porozumění mluvené řeči, agramatismus. Mohou se přidružovat i problémy v psané formě řeči (Klenková, 2016).

### **1.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost**

Získanou ztrátu řeči na funkčním podkladu nazýváme mutismus. Znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů po ukončeném vývoji řeči, kdy jednatel je schopen mluvení a řeči. Mlčení je často přechodným stavem, kdy jednatel nemluví a neodpovídá na otázky. Psychologickými příčinami bývá zvládnání stávajícího duševního problému nebo konfliktu. Organické příčiny působí ve spojení mutismu s vývojovými poruchami, psychózami, genetickými dispozicemi k uzavřenosti a izolaci. Elektivní mutismus je zvláštní problém verbálního chování, projevuje se mlčenlivostí v přítomnosti určitých osob nebo v určitých situacích při zcela vyvinuté řeči. Je doprovázen emocionálními a sociálními důsledky na vývoj (vyhýbání se sociálním kontaktům, sociální izolace). Totální mutismus představuje úplnou komunikační zábranu, jednatel nekomunikuje s žádnou osobou a v žádné situaci, ani se členy rodiny. Obvykle vzniká jako následek šoku, traumatického zážitku, přetěžování, nesprávné výchovy nebo v rámci určitého psychiatrického onemocnění (Klenková, 2006).

### **1.1.4 Narušení zvuku řeči**

Při narušeném zvuku řeči mluvíme o huhňavosti. Projevuje se změnou rezonance zvuku hlásek při artikulaci v důsledku změn v nosohltanové a nosní dutině. Otevřená huhňavost je patologicky zvýšená nosní rezonance, při které dochází k typickému nosnímu zabarvení řeči. Zavřená huhňavost je patologicky snížena nosní rezonance. Kombinací vzniká smíšená huhňavost.

Samostatnou diagnózou je palatolálie – jedna z nejnápadnějších a nejtěžších narušení komunikační schopnosti, jejíž prvotní příčinou je vrozená vývojová vada – rozštěp sekundárního patra, nebo kompletní rozštěp primárního a sekundárního patra, které mohou být jednostranné nebo oboustranné.

Následně vzniká nedostatečný patrohltanový uzávěr. Mezi důsledky rozštěpu patří také estetický vzhled, který může mít psychosociální důsledky. „*Základní projevy v řeči jsou poruchy nosní rezonance a poruchy výslovnosti a srozumitelnosti řeči, u některých jednotlivců se může vyskytovat i narušený vývoj řeči, poruchy hlasu a narušené koverbální chování.*“ (Klenková, 2006, s. 133)

### **1.1.5 Narušení plynulosti řeči**

I koktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Pokládá se za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů, podílejících se na mluvení. Nejnápadněji se projevuje charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti mluvení. Doprovodným znakem může být strach z mluvení, tzv. logofobie. Příčinou bývá dědičnost, prostředí, psychotrauma a jiné. Do této oblasti zařazujeme i breptavost – syndrom narušení plynulosti řeči, kdy je charakteristické patologicky zrychlené, nepravidelné tempo řeči, které si jednatel neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je výslovnost a formování výpovědi (Klenková, 2006).

### **1.1.6 Narušení článkování řeči**

Nejrozšířenějším druhem narušené komunikační schopnosti je dyslálie – neschopnost vyslovovat a používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem (například rotacismus – chybná výslovnost hlásky r, sigmatismus – chybná výslovnost sykavek). Jednou z hlavních příčin je nedostatečné rozlišování zvuků. Konkrétní hláska v používaných slovech může být vynechávána, nahrazována jinou hláskou nebo vyslovována nesprávným způsobem. Dysartrie je narušení artikulace jako celku, které vzniká při organickém poškození centrálního nervového systému. Má několik základních forem. Kromě poruchy hláskování jsou v různé míře přítomny i poruchy dýchání, tvoření hlasu, rezonance, mění se i rytmus řeči, melodie a plynulost. Mezi nejčastější příčiny vzniku

v dětském věku patří dětská mozková obrna a různá neurologická onemocnění postihující mozeček (Klenková, 2006).

### **1.1.7 Poruchy hlasu**

Poruchy hlasu představují případy, kdy se objeví odchylka ve výši, síle a kvalitě hlasu, přičemž se bere v úvahu věk, pohlaví a prostředí. Vznikají na základě přechodných nebo trvalých změn a v důsledku patofyziologické činnosti dýchacích, fonačních, rezonančních a artikulačních orgánů. Nejčastější příčiny vzniku mohou být orgánové, funkční, psychogenní. Základní příznaky poruch hlasu jsou chrapot, hlasová únava, hlas se šelestem, snížený hlasový rozsah, bezhlásí – ztráta hlasu, zlomy ve výši a síle hlasu, hlas tvořený vypětím a třesoucí se hlas. Dysfonie – narušený hlas na základě jeho posuzování posluchačem, které zahrnuje sílu, výšku, kvalitu a flexibilitu hlasu, i jejich vzájemnou kombinaci. Afonie je chápána jako chybění hrtanového tónu, přičemž je hlas buď výrazně chraplavý nebo šeptavý (Klenková, 2006).

### **1.1.8 Kombinované chyby a poruchy řeči**

Tento druh narušené komunikační schopnosti představuje současný výskyt více druhů narušené komunikační schopnosti. Vyskytují se různé kombinace, například vývojová dysfázie a koktavost, vývojová dysfázie a narušení grafické stránky řeči (Klenková, 2006).

### **1.1.9 Symptomatické poruchy řeči**

Jedná se o takové narušení komunikační schopnosti, které je průvodním příznakem jiného dominujícího postižení, narušení nebo onemocnění. Porucha řeči přitom vzniká jako následek dominantního postižení, nebo má porucha řeči s dominantním poškozením společnou příčinu, nebo mají dominantní postižení a porucha řeči své vlastní příčiny (například dysfonie u sluchově postižených, porucha výslovnosti u jednotlivců s dětskou mozkovou obrnou) (Klenková, 2006).

### **1.1.10 Narušení grafické stránky řeči**

Součástí narušené komunikační schopnosti jsou i specifické poruchy učení – narušení grafické stránky řeči. Z hlediska komunikace a komunikační schopnosti je jejich podstatou porucha učení se komunikovat v grafických dimenzích. Takovými poruchami jsou například porucha čtení, dyslexie, která se často spojuje s poruchou psaní, dysgrafií. Specifická porucha čtení nejenže omezuje komunikační schopnost žáka ve výuce většiny předmětů, ale ve spojení se specifickou poruchou psaní omezuje komunikaci téměř v každé oblasti života žáků.

Při analýze této problematiky je nutno poznamenat, že za narušenou komunikační schopnost nepovažujeme fyziologické poruchy (např. neplynulost v řeči kolem třetího až čtvrtého roku života dítěte, fyziologické nedostatky ve výslovnosti apod.), které jsou jevem vývojovým a zpravidla se samostatně upraví při vyžívání nervové soustavy dítěte, rozvíjejí se motorické schopnosti, zraková a sluchová percepce (Klenková, 2006).

## **1.2 Vliv narušené komunikační schopnosti na výchovně vzdělávací proces**

Dyslálie se při včasné odborné intervenci, (máme tím na mysli správnou diagnostiku, absolvování logopedických reedukací), lze poměrně snadno upravit natolik, že v dalších věkových obdobích již porucha nebude ovlivňovat výkon dítěte při studiu a v životě vůbec. Pokud se však poruchu artikulace nepodaří odstranit, je riziko, že její důsledky se budou projevovat zejména v psaní, protože dítě může mít tendenci psát tak, jak mluví. Další nežádoucí vliv může mít dyslálie i na čtení, kdy se čtení bude stávat nesrozumitelným ne v důsledku toho, že dítě nezná grafémy a nezvládá techniku čtení, ale právě v důsledku nesprávné výslovnosti jednotlivých hlásek (Lechta, 2010).

Koktavost je porucha, která ovlivňuje verbální projev. Těžší formy koktavosti mohou vést až k logofobii. Pokud už nejde o fyziologickou koktavost, ale o koktavost patologickou, je třeba vybudovat u dítěte náhradní mechanismy a naučit se s nimi žít. U mnoha koktavých žáků je nutno logopedické reedukace doplňovat psychoterapií.



Dysartrie a palatolálie jsou poruchy převážně trvalého charakteru, přičemž jejich závažnost lze pravidelnou reedukací podstatně zmírnit. Co se týče výchovně vzdělávacího procesu, tyto poruchy ovlivňují expresivní složku řeči, což se může projevit jako těžko srozumitelná mluvená, ale i čtená řeč. Při dysartrii je třeba mít na zřeteli, že jde o organické poškození CNS a u palatolálie jde o orgánové poškození mluvidel.

Pokud je NKS symptomem jiného postižení (tělesného, sluchového, mentálního), je mimořádně důležitá kooperace s daným odborníkem (Lechta, 2010).

### **1.2.1 Tvorba IVP**

U těžších forem narušené komunikační schopnosti (těžký stupeň koktavosti, palatolálie s nedostatečným patrohltanovým uzávěrem, dysartrie) evidovat dítě jako žáka se zdravotním znevýhodněním, resp. jako individuálně začleněného žáka s narušenou komunikační schopností v běžné třídě ZŠ nebo SŠ, v hodnocení a klasifikaci postupovat ve smyslu platné legislativy, při hodnocení řečového projevu se zaměřovat na obsah, ne formu, hodnotit především věcné poznatky, ne úroveň jazykového projevu, při ústních odpovědích poskytnout větší časový prostor pro odpověď, resp. respektovat pomalejší tempo řeči, při posuzování čtenářských dovedností klást důraz na čtení s porozuměním, ne na rychlost čtení. Při logofobických projevech upřednostňovat písemnou formu odpovědi před ústní, taktně poučit spolužáky o zdravotním znevýhodnění dítěte, při výběru povolání zohlednit řečový projev žáka (nevhodné jsou obory, kde je správný verbální projev nezbytný) (Vrbová, 2012a).

Při výběru vhodného učebního nebo studijního oboru je mimořádně důležité individuální posouzení předpokladů každého žáka, ale pro děti s narušenou komunikační schopností můžeme v podstatě doporučovat všechny běžné učební i studijní obory, kromě oborů, které připravují žáky na taková povolání, kde je těžištěm verbální projev, tj. střední školy pedagogického charakteru a konzervatoře (divadelní obor). Pro žáky s narušenou komunikační schopností jsou vhodné i gymnázia se zaměřením na matematiku, ale také gymnázia se zaměřením na jazyky s předpokladem na vědeckou, resp. překladatelskou činnost, ne učitelství.

Pokud je NKS symptomem jiného dominantního postižení (sluchového, tělesného, mentálního), hlavním kritériem při výběru vhodného učebního nebo studijního oboru je vždy primární postižení (Vrbová, 2012b).

## **2 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE ŽÁKY S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ**

Vrbová (2012a) se zabývá specifiky komunikace se žáky s narušenou komunikační schopností. Při komunikaci se žákem s narušenou komunikační schopností respektujeme zejména:

- věk, pohlaví, typ a stupeň narušené komunikační schopnosti,
- aktuální úroveň komunikační schopnosti, přidružené komplikace (poruchy motoriky, závažnější sensorické potíže),
- osobnostní charakteristiky.

Učitel by měl být informován o logopedické intervenci žáka, o návštěvách u jiných odborníků v souvislosti s problémy v řečové produkci. Požadavky na vzdělání v současné společnosti stále narůstají. Je zřejmé, že podstatná část vzdělání staví na dobře zvládnutém triviu. Zvláště bez dostatečné úrovně čtenářských schopností je jakékoli vzdělávání velmi problematické. U většiny žáků s narušenou komunikační schopností se projevují další potíže v oblasti percepce a motoriky. Často bývá narušeno sluchové i zrakové vnímání, objevují se potíže v grafomotorice, vizuomotorice a pravolevé orientaci. Také se projevují nedostatky v koncentraci pozornosti a v krátkodobé paměti (Vrbová, 2012a).

Úzká spolupráce s rodiči žáka je proto velmi důležitá, protože může pozitivně ovlivnit vhodný přístup k němu.

Dále uvádíme, jak správně komunikovat se žáky s některými druhy narušené komunikace.

### **2.1 Komunikace se žákem s vývojovou dysfázií**

Problematicke komunikace se žákem s vývojovou dysfázií se věnuje Mlčáková (In: Vrbová, 2012a):

Žákům s vývojovou dysfázií vytvoříme lepší podmínky v komunikaci, když zásadně snížíme své tempo řeči.

Otázky i pokyny doporučujeme formulovat jednoznačně, průběžně si ověřovat, zda nám žák porozuměl.

Udržujeme zrakový kontakt.

Mezi větami, otázkami, kterými k žákovi mluvíme, ponecháme určitý čas, potřebuje mít příležitost a dostatek času, aby mohl zpracovat informace. Jinak může reagovat zdánlivě neadekvátně, nebo nebude reagovat vůbec, protože nerozuměl. Pokoušíme se o srozumitelné vyjadřování, zaměříme se na klíčová slova. Vycházíme z aktuální úrovně jazykových dovedností žáka.

Efektivní je počkat na odpověď, případně na neverbální reakci dítěte, i když následuje s latencí, není přesná, ale má výpovědní hodnotu.

Vytváříme klidnou atmosféru, žáci se lépe soustředí na pochopení zadání.

Dospělý může uplatňovat techniku tzv. mapování kontextu, pomalým tempem řeči pojmenuje a komentuje probíhající aktivitu žáka, svou vlastní činnost apod.

Otázky formulujeme tak, aby nejprve umožňovaly jednoslovné jednoznačné odpovědi nebo jednoznačné neverbální reakce, sledujeme aktuální úroveň porozumění slovům, otázkám, pokynům, spontánnost neverbálních i verbálních reakcí.

Postupně zvyšujeme náročnost otázek a pokynů. Promluvu žáka zopakujeme, případně přeformulujeme tak, aby neobsahoval dysgramatismy. Poskytneme tak zpětnou vazbu.

Pokud při komentování a dalších komunikačních technikách (krátké jednoznačné otázky, rozšiřování naší odpovědi, napovídání) žák neodpovídá na naši otázku, odpovíme modelově sami, respektujeme aktuální jazykovou úroveň žáka.

Při komunikačních technikách vycházíme z přirozených situací ve škole, ve třídě, doma, ve volném čase apod.

Vhodnou aktivitou podporující rozvoj komunikačních dovedností žáků s dysfázií je rytmizování slov, vět (Mlčáková In: Vrbová, 2012a).

## **2.2 Komunikace se žákem s elektivním mutismem**

Při komunikaci se žákem s elektivním mutismem především respektujeme ochotu žáka mluvit, nikdy ho do verbální komunikace nenutíme.

Neslibujeme odměnu za verbální projev.

Pověříme žáka úkoly, které nevyžadují mluvenou řeč, ale zároveň umožňují aktivní účast ve třídě (rozdávání sešitů) (Tichá In: Vrbová, 2012b).

Upřednostníme skupinové formy práce, podle Heese (In: Vrbová, 2012b) se první řečové projevy žáka s elektivním mutismem objevují při skupinové práci.

Akceptujeme všechny formy projevu žáka, i šeptání. Šeptání je považováno za mezistupeň k běžné komunikaci. Žák může mít obavy ze zvuku svého hlasu, proto většinou nejspíš šeptá ve skupině šeptajících, pak ve dvou a až následně sám (Tichá In: Vrbová, 2012b).

### 2.3 Komunikace se žákem s koktavostí

Projevy v řeči jsou v tomto případě často proměnlivé a individuální u každého žáka. V komunikaci si nemusíme být jisti, jak se zachovat nejlépe, jak reagovat na neplynulý řečový projev. Lechta (2010) uvádí doporučení pro komunikaci s jednotlivcem s koktavostí: „Posloucháme pozorně, když žák mluví a vnímáme o čem mluví. Sami mluvíme pomalým tempem řeči a prodlužujeme přestávky mezi větami. Pozorujeme situace, kdy se plynulost řeči zlepšuje nebo zhoršuje a během plynulých období podněcujeme žáka k verbální komunikaci. Ve chvíli neplynulosti v řeči poskytneme dostatek času bez projevů netrpělivosti, nedokončujeme věty za žáka. Mnoho jedinců s neplynulou řečí říká, že okolí dokončuje jejich výpovědi, aniž by věděli, co chtějí vyjádřit. *„Nepřerušujeme projev žáka, neopravujeme neplynule vyslovená slova. Neupozorňujeme žáka na jeho projev, vyhýbáme se pokynům typu: „Mluv pomaleji!“ , sami hovoříme klidným a pomalým tempem řeči. Poskytujeme dostatek času na odpověď a komunikaci vůbec. Snažíme se redukovat vlivy, které mohou mít negativní vliv na plynulost (např. časový tlak). Redukujeme počet otázek, které žákovi klademe. Udržujeme zrakový kontakt se žákem i v momentě selhání v řeči. Poskytujeme vhodný řečový a hlasový vzor, sami mluvíme klidně, uvolněně, ale ne extrémně pomalu.“* (Lechta, 2010, s. 258)

Máme-li ve třídě žáka s touto diagnózou, raději se vyhněme úkolům v časovém tlaku. Tyto obvykle výrazně zvyšují psychickou tenzi žáků.

Ve většině případů je vhodné, aby žáci, kteří na to ještě nejsou připraveni, nemuseli odpovědět nahlas před celou třídou.

Žákům může pomoci, pokud je třída informována o jejich řečovém problému a spolužáci vědí, jak se mají při komunikaci zachovat. Je to lepší než problém tabuizovat. I možnost odpovědět písemnou formou by měla být založená na empatii ostatních spolužáků. Pedagogický takt je zde zásadní podmínkou (Lechta, 2010).

Další pokyny při práci se žákem se koktavostí (balbutikem) uvádí také

Peutelschmiedová (1994, s. 268): *„Nedoplňuj slova za balbutika, nenašeptávej slova. Zhoršuješ tak situaci. Možná chce říct i něco jiného, než se ty domníváš. Udržuj přirozený zrakový kontakt, dáváš tím najevo svůj zájem, neubližuješ soucitem. Počkej, až balbutik řekne všechno, co měl na mysli. Snaž se neupadat do rozpaků. Nevyvolávej pocit časové tísně. Zdůrazňuj zájem o to, co říká, ne jak to říká. Kontroluj vlastní řeč. Mluv pomalu, ale přirozeně. Nedávej dobře míněné rady: „Nadýchni se.“; „Uvolni se.“; „Ještě jednou.“. Čím více se balbutik zaměřuje na vlastní projev, tím hůře mluví. Můžeš navodit blokádu jeho řeči. Nepovažuj balbutika za méněcenného. Respektuj jeho osobnost.“*

Peutelschmiedová (2001) dodává, že můžeme mluvit relaxačně, nejlépe s měkkým hlasovým začátkem. Rodičům se doporučuje, aby problém svého dítěte netabuizovali, dítě by mělo mít pocit, že může s rodiči kdykoli mluvit o svých potížích. Rozhodující je jeho psychická pohoda.

## **2.4 Komunikace s žákem s breptavostí**

Při komunikaci se žákem, jehož řeč má výrazně zrychlené tempo a následně zhoršenou srozumitelnost řeči Mlčáková (In: Vrbová, 2012a) doporučuje zpomalit vlastní tempo řeči, vokalizovat řeč – tempo zpomalit lehkým prodlužováním samohlásek tak, aby promluvy zněly přirozeně. Mluvíme klidně, s měkkým hlasovým začátkem, který je pro hlas nejšetnější. Neverbálně komunikujeme v příjemném tónu, udržujeme zrakový kontakt. Koncentrujeme se na to, co nám žák říká, necháme ho dokončit výpověď, poskytneme mu dostatek času na formulaci myšlenek. Snažíme se porozumět vypovězenému, případně výpověď reprodukuje, dáme tak najevo, že jsme porozuměli (uplatníme tzv. empatické parafrázování). Vytváříme klidnou atmosféru, dostatečný časový prostor pro formulaci odpovědi. Když žák domluví ještě malou chvíli počkáme, možná chce ještě něco oznámit.

Klademe otevřené i zavřené otázky. Otevřená otázka dává možnost zamyslet se, odpověď je zpravidla delší. Můžeme používat oceňující výroky. Snažíme se upoutat žákovu pozornost. Sami poskytujeme řečový a hlasový vzor pro žáka. Nepřímo tak můžeme ovlivnit tempo řeči žáka (Mlčáková In: Vrbová, 2012a).

## **2.5 Komunikace žáka s dyslálií**

Strategie komunikace se žáky s dyslálií popisuje Vrbová (2012b): Pokud žák nesprávně vyslovuje některé hlásky, může se stát terčem výsměchu, může se ve třídě cítit nepříjemně. Výsměch spolužáků může způsobit, že se žák netěší do školy, ráno před odchodem do školy se mohou dostavit psychosomatické obtíže.

Pokud žák vyslovuje některou hlásku nesprávně a učitel žádá, aby slovo zopakoval, obvykle jej vysloví nebo přečte opět nesprávně. Vhodnější je, když učitel žákovi nesprávně vyslovené slovo bez komentářů správně zopakuje, tím dá žákovi zpětnou vazbu o zvukové podobě slova.

Učitel potřebuje informace od rodičů, zda žák chodí k logopedovi, v jaké fázi nácviku hlásek se žák nachází.

Má-li žák tzv. artikulační neobratnost a v řeči se objevují specifické asimilace, případně potíže ve smyslu verbální dyspraxie, je vhodné, aby učitel věděl, jakým způsobem má v konkrétní situaci postupovat. Obvykle příznivě působí pomalejší tempo promluv, případně rytmičování slov.

U některých dětí je třeba uplatnit specifický postup, který by měl usměrňovat logoped za spolupráce rodičů (Vrbová, 2012b).

## **2.6 Komunikace se žákem s dysartrií**

Charakteristická pro žáka s dysartrií může být místy hůře srozumitelná až nesrozumitelná řeč. Neubauer (In: Vrbová 2012b) doporučuje respektovat následující specifika komunikace: Buďte tolerantní při pomalém tempu řeči, při omezené komunikaci, poskytněte dostatek času. Při dlouhých promluvách se řeč většinou zhoršuje, podporujeme žáka, aby používal kratší formulace.

Sledujte pozorně ústa, dejte najevo snahu rozumět, nemluvme netrpělivě.

Můžete opakovat srozumitelnou část výpovědi, otázkou usměrnit další projev. Pokud žák dokáže psát, využijeme i této formy komunikace. Musíme si být vědomi a respektovat to, že jednotné přístupy k žákům ve všeobecnosti neexistují, každý žák má svůj specifický životní příběh, zkušenosti, rodinné zázemí, specifické příčiny svých potíží, individuální projevy, své možnosti a případné limity. Každý žák je neopakovatelný a jedinečný, proto hledáme individuální přístupy pro každého z nich (Neubauer In: Vrbová, 2012b).

### **3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE**

Terapie narušené komunikační schopnosti je spolu s diagnostikou a prevencí součástí logopedické intervence. Jejím cílem je, pokud je to možné, odstranit toto narušení. V případech chronického narušení komunikační schopnosti nebo u dětí s vážným postižením je cílem narušení do maximálně možné míry zredukovat a současně je třeba dosáhnout, aby se odstranila bariéra v komunikaci (Kerekrétiová, 2009).

Lechta a kol. (2002) zdůrazňuje návaznost terapie na diagnostiku nebo možnost jejich vzájemného prolínání. Využívají se přitom stimulující, korigující a reedukující metody. Ve specifické situaci logopedické terapie je třeba respektovat specificky logopedické principy minimální akce, relaxace, vývojovosti, týmového přístupu, funkčního používání řeči, včasné intervence atp.

Terapie může mít formu individuální, skupinovou, intenzivní nebo formu intervalové terapie. Logopedická terapie by měla vždy probíhat za aktivní spoluúčasti rodiče – měl by být na terapii přítomen, pečlivě sledovat její průběh. Také by měl být logopedem informován, jak správně pracovat s dítětem doma. Vhodné je i informování pedagoga dítěte o uplatňování prvků terapie v školním prostředí.

#### **3.1 Diagnostické postupy a nástroje logopeda při diagnostice narušené komunikační schopnosti**

V této části stručně uvedeme jednotlivé testy spolu s jejich subtesty, které v logopedické diagnostice odborníci nejčastěji využívají, spolu s jejich věkovým omezením a specifikací. Mnohé z nich nejsou standardizovány, ale jsou využívány pro nedostatek testů v této oblasti.

Kromě samotných výsledků testů využíváme zdroje diagnostických informací. U dětí s NKS jsou to zejména výsledky lékařského a psychologického vyšetření a pozorování dítěte – jeho hry, spontánního řečového projevu (formy, obsahu a použití).

Vyšetření porozumění verbální řeči:

- TEKOS test (Kapalková, 2010) pro děti od 8 do 30 měsíců,



- subtest Porozumění řeči z Mnichovské funkcionální diagnostiky pro děti od 14 do 45 měsíců (Hellbrüge, Edelkraut a Kohler, 1984),
- subtest Porozumění řeči z Testu prediktorů gramotnosti (Mikulajová, 2012) pro děti předškolního věku a na začátku prvního ročníku ZŠ,
- subtest VP v HSET (orientační normy pro vývojovou dysfázii a dyslexii) (Grimm, Schöler a Mikulajová, 1997) pro děti od 4 do 11 let,
- Analýza porozumění vět v češtině (Marková, Cséfalvay, Mikulajová a Schöffelová, 2015) pro děti od 6 do 10 let.

Vyšetření zaměřené na jednotlivé jazykové roviny

**Pragmatická rovina:**

Narativní dovednosti: subjektivní hodnocení reprodukce příběhu, spontánního vyprávění (od 4. roku života); protonarativa (od 3. roku života).

Vlastní pozorování (komunikační funkce u dítěte, interakce a konverzace, závislost komunikace na kontextu).

Posouzení pragmatických funkcí podle Slančové (2008).

Posouzení prekurzorů pragmatiky podle modelu M. Laheyové (Kapalková, 2002; Mikulajová a Kapalková, 2002).

**Lexikálně-sémantická rovina:**

Model M. Laheyové – posouzení sémantických kategorií (Kapalková, 2002; Mikulajová a Kapalková, 2002).

Zjišťování úrovně slovního významu: HSET subtesty: Klasifikace pojmů (BK); Hledání slov (WF) (pro děti 4 až 11 let) (Grimm, Schöler a Mikulajová, 1997).

Zjišťování úrovně větného významu: HSET subtesty: Oprava významově nesprávných vět (KS); Tvorba vět (SB) (pro děti 4 až 11 let) (Grimm, Schöler, Mikulajová, 1997).

Posouzení lexikální rozmanitosti ve spontánní řeči dítěte.

**Morfologicko-syntaktická rovina:**

Morfologická struktura: HSET subtesty: Tvorba množného a jednotného čísla (PS).

Tvorba odvozených slov (AM); Odvozování přídavných jmen (AD) (pro děti 4–11 let) (Grimm, Schöler a Mikulajová, 1997).

Žlabova zkouška jazykového citu (upravili Mikulajová a Rafajdusová, 1993).

Větná struktura: HSET subtesty: Porozumění vět (VS); Opakování vět (IS) (pro děti 4–11 let) (Grimm, Schöler a Mikulajová, 1997).

Průměrná délka výpovědi (MLU) (Kapalková a kol., 2010).

Gramatický profil česky mluvících dětí GPSK (Slančová a Kapalková, 2018).

### **Foneticko-fonologická rovina:**

1. Srozumitelnost řeči
  - a) Škála hodnotící srozumitelnost řeči v kontextu (McLeod, Harrison, McCormac, 2012, citace online). Normy pro slovenskou populaci od 4 let dostupné od Buntové a kol. (2018).
  - b) Kriteriaální hodnocení srozumitelnosti řeči vůči neznámému komunikačnímu partnerovi (Buntová a Gúthová In: Kerekrétiová 2016).
2. Fonetický repertoár
  - a) Artikulační test (Antušeková, 1989).
  - b) Kriteriaální zkouška stimulability.
3. Fonemický repertoár
  - a) Artikulační test (Antušeková, 1989).
  - b) Spontánní řečová produkce při dialogu, popisu obrázku, převyprávění příběhu.
4. Anatomie a fyziologie artikulačních orgánů
  - a) Test velikosti jazyka (Papcová a kol., 2001).
  - b) Test jazykové uzdičky (Papcová a kol., 2001).
  - c) Test tvrdého patra (Papcová a kol., 2001).
  - d) Test embryonálního polykání (Papcová a kol., 2001).
  - e) Test myofunkční poruchy (Kittel, 1999).
  - f) Lapoint-Wertzův test v úpravě Cehuľové a Gúthové. Normy pro věk od 3 do 6 let (Gúthová a Cehuľová, 2001).
  - g) Subtest oromotorických sekvencí z Prediktorů gramotnosti (Mikulajová, 2012).
5. Sluchová diferenciacie
  - a) Fonologicko-kontrastní test (Antušeková, 1989).
  - b) Diagnostika dítěte předškolního věku (Bednářová, Šmardová, 2007).

- c) Subtest Fonematické uvědomování z testu prediktorů gramotnosti (Mikulajová, 2012).
- 6. Fonologické procesy
  - a) Analýza fonologických procesů, místo, způsob, znělost.
  - b) AFoP – fonologická analýza rychle a jednoduše!
  - c) Identifikace patologických fonologických procesů.
  - d) Vývojový model fonologických procesů (Buntová, Bartošová, Doskočilová, 2017).
  - e) Průměrná fonologická délka výpovědi (Bónová, 2018).
  - f) Opakování pseudoslov (Polišenská a Kapalková, 2014).
- 7. Variabilita produkce
  - Index variability (Bónová, Slančová, 2005).
- 8. Orální a verbální praxe

Subtest Orální a verbální praxe z Testu prediktorů gramotnosti (Mikulajová, 2012).

**Propojení všech rovin:**

HSET subtest: Paměť pro text (TG) (pro děti 4–11 let) (Grimm, Schöler a Mikulajová, 1997).

### **3.2 Hodnotící nástroje na vyšetření poruch plynulosti řeči: koktavosti a breptavosti**

Analýza nahrávky spontánní řečové produkce, jakož i hodnocení jednotlivých jazykových schopností.

Koktavost. Integrativní přístup (Lechta, 2010). Publikace obsahuje diagnostiku přítomných dysfluencí, psychické tenze a nadměrné námahy.

Laciková, Hrmová a Adamiková, 2018: Využití ICF – mezinárodní klasifikace funkčnosti zdravotního postižení a zdraví v diagnostice a terapii koktavosti

Dotazník pro rodiče Palin PRS – Palin Parent Rating Scales z Michael Palin Centre for Stammering Children – volně dostupný v českém jazyce – možnost volné registrace pro logopeda na: [https://www.palindr.org.uk/secure/pprs\\_connect.php](https://www.palindr.org.uk/secure/pprs_connect.php)

Dotazníky: Chmela – Reardon Reeves: Dotazník pro rodiče, Dotazník pro učitele a také Doplnování vět (The School-Age Child Who Stutters: Working Effectively with Attitudes and Emotions).

Yaruss – Quesal, 2010. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES™) (In: Majdanová, 2012).

Lidcombský program (Onslow, 2010), Terapie incipientní koktavosti: Lidcombe program, (Laciková, 2002).

KiddyCAT – Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children.

Škála A 19 – Scale of Children's attitudes – hodnocení postojů ke komunikaci dětí ve školním věku) (Andre a Guitar, 2014).

Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (Yaruss a Quesal, 2004).

### **3.3 Logopedické pomůcky a přístroje**

V logopedii existují trendy víceméně popírající úspěšnost jejich aplikace, a naopak trendy přeceňující jejich význam. Možnost využití různých pomůcek a přístrojů je však třeba chápat realisticky.

Je zřejmé, že navzdory vědeckotechnické revoluci bude v logopedické praxi i nadále dominovat lidský faktor.

Využívání různých pomůcek a přístrojů jako pomocného prostředku je však nepochybně opodstatněné a jejich význam bude nadále vzrůstat z několika důvodů:

- jako kompenzační činitel (logopedické sondy jako mechanický prostředek, kompenzující při odstraňování dyslálie motorickou neobratnost mluvidel),
- jako motivační činitel (rozličné přístroje a pomůcky s atraktivním designem zejména v dětském věku výrazně podněcují děti k ochotnější spolupráci a nácviku),
- jako urychlující prostředek (chromografie při komplikované dyslálii umožní rychlou a přesnou diagnózu s následnou cílenou logopedickou péčí) (Papcová, 2001).

Jedno z nejlepších, a přitom poměrně málo známé systematické třídění rozličných logopedických pomůcek a přístrojů vypracoval Sovák. Klasifikoval je velmi přehledně, v podstatě podle aplikační oblasti na:

- stimulační – hudební nástroje, zvukové hračky, bublifuk, různé balónky) podněcující děti vydávat hlas, foukat, mluvit atd.,
- motivační – patří sem zejména rozmanité atraktivní hračky a pomůcky jako lego, dětský telefon, společenské hry vyžadující komunikaci,
- didaktické – k procvičování výslovnosti jednotlivých hlásek slouží soubory obrázků, slov a říkanek, např. od Nádvořnickové, Kábeleho, patří sem také ještě i Obrázkový slovník pro afatiky, který však lze využít i při výstavbě řeči obecně, např. při orientačním zjišťování slovní zásoby, existují i různé čítanky,
- derivační (k odpoutání pozornosti chybně mluvícího jednotlivce od své vlastní promluvy, v minulosti se používaly rozličné mechanické pomůcky, které se vkládaly do úst, jejich efekt byl pouze dočasný, dnes k odvrácení pozornosti slouží aplikace tzv. bílého šumu ve sluchátkách při mluvení u koktavé osoby (Sovák, 1984),
- podpůrné (Sovák sem řadí rozličné špachtle, lopatky a sondy, působící podpůrně při nácvičku artikulace),
  - logopedické sondy, které vhodně inovovala Papcová (2001), jako zlepšovací návrh upravila sadu 13 kusů logopedických sond s novou úpravou rukojeti ve tvaru zajíčka nebo medvíčka pro motivační charakter u dětí útlého věku, z hlediska typu lze hovořit o kroužkových, příčných, podpůrných a lopatkových sondách,
  - špachtle – mohou být dřevěné, kovové nebo z plastických materiálů,
  - vibrátory – lze je využít při odstraňování hlasových poruch nebo při koktavosti (Vyštějn, 1991),
  - metronom – působí jako podpůrná pomůcka při korigování breptavosti a koktavosti,
  - fonendoskop – lze jej využít při diagnostikování laterálního sigmatismu nebo při diagnostice a odstraňování otevřené huhňavosti,
- názorné (sem patří hlavně logopedické zrcadlo např. Aschenbrennerovo „kasetové terapeutické zrcadlo“, které je vhodné pro skupinovou terapii,

- indikátory – jsou to přístroje názorně signalizující správnost nebo nesprávnost zvuku, který osoba s narušenou komunikační schopností produkuje, např. indikátor melodie, tónové výšky hlasu a intonace, indikátor intenzity (příslušná křivka se promítá na oscilografu nebo obrazovce), známe N-indikátor – využívá se při odstraňování nazalizace, S-indikátor – pomáhá při nácvičení hlásky „s“, F-indikátor – používá se při nácvičení tónové výšky hlasu a intonace,
  - registrační – jde zde o zvukový (přehrávač), nebo optický (film, videozáznam), případně kombinovaný záznam, tyto záznamy lze využít jako dokument úspěšnosti logopedické péče, chceme-li povzbudit ke spolupráci, z kontrolních důvodů, k reprodukování různých textů, slov, hudby (v těchto případech už nejde pouze o registrační, ale také o názornou a motivační pomůcku) (Sovák, 1984).

Mezi logopedické učební pomůcky dále řadíme foukací fotbal – hráči se pomocí foukání snaží dostat míček na druhou stranu stolu, nebo do soupeřovy branky. Magický míček – při správném foukání se míček točí a nevypadne z košíku, volně prodejná pomůcka a pišťalky, bublifuk, vrtulky – stimulační logopedické volně prodejné pomůcky.

Obrázek 1: Logopedické špachtle



Zdroj: Dictum, online, cit. 2022-01-10

Obrázek 2: Logopedické sondy



Zdroj: Enjoybooks, online, cit. 2022-01-10

Obrázek 3: Logopedické učební pomůcky



Zdroj: Múzeum špeciálneho školstva Levoča, online, cit. 2022-01-10

Obrázek 4: Foukací fotbal



Zdroj: Nomiland, online, cit. 2022-01-10

Je třeba však upozornit, že více přístrojů a pomůcek lze zařadit současně do více kategorií, např. metronom nebo přístroje využívající Leeův efekt lze současně zařadit k podpůrným i derivačním pomůckám, zrcadlo lze využít jako názornou i diagnostickou pomůcku, indikátory jsou současně názorné i motivační přístroje.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 PŘÍNOS VČASNÉ LOGOPEDICKÉ TERAPIE S VYUŽITÍM POMŮCEK U ŽÁKA S NKS

### 4.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je prokázat přínos včasné logopedické terapie s využitím vhodných postupů a pomůcek u žáků s narušenou komunikační schopností.

Při stanovení cíle výzkumného šetření jsme si dále zvolili dílčí výzkumnou otázku. **V1: Jaké pomůcky jsou využívány při logopedické intervenci v MŠ?**

### 4.2 Metodologie výzkumného šetření

Pro námi zvolené výzkumné šetření jsme si zvolili kvalitativní design výzkumu, a to konkrétně kazuistiku.

Současná odborná literatura, ať už domácí nebo zahraniční, uvádí dva termíny, kazuistika, case study, aniž by se blíže zabývala jejich vzájemným propojením. Toto konstatování se nevztahuje pouze na oblast vědeckého poznávání v sociální práci, ale i na jiné společenské vědy, které chápou kazuistiku a případovou studii jako dvě specifické metody (Levická, 2004).

Podle Zeleiové. (2007, s. 2) „*kazuistika (lat. casus – případ) jako studium jistého případu, události či příběhu je kvalitativně orientovaná metoda, která je již od antických dob imanentně přítomna v medicíně, až později se analogicky využívala i v jiných humanitních a ekonomicko-právních oborech.*“

V defektologickém slovníku (Edelsberger, 2000) je rozšířen definovaný pojem kazuistika o možnosti jejího využití jako klasické metody popisu a rozboru jednotlivých případů v medicíně a s dalším zaměřením hovoří o právníké, pedagogické, psychologické a defektologické kazuistice. Kazuistika se považuje za metodu s funkcí heuristickou (nacházející), ilustrační a verifikační (dokumentační, ověřovací).

V rámci speciální pedagogiky Vašek (1994, s. 92) zařadil kazuistiku mezi výzkumné metody „*zaměřené na podrobné zkoumání reprezentativních jednotlivců a na dělání závěrů z pozorování jednotlivých zjištění o nich, dodatečně poukazujíc na to, co je společné a čím se od sebe liší, jakož i to, jaké příčiny zde hrají roli*“.

Kazuistika je vědeckým zpracováním konkrétního případu. Zpracovává se většinou ex post neboli po ukončení práce na řešení. Je to metoda vědeckého poznání reality, jejímž cílem je vědecké zobecnění informací získaných systematickou analýzou jednotlivých studií.

Z hlediska četnosti zpracovávání jednotlivých případů můžeme hovořit o kazuistice jednoho případu, jejímž cílem je vědecké zpracování konkrétního případu, nebo o kauzálním vyhledávání faktů, tedy o sledování předem stanovených objektivních skutečností (krádeže, útěky z domova apod.) na statisticky významném počtu sledovaných případů. Při kauzálním vyhledávání faktů se pracovník zaměřuje na odhalení příčin zkoumaného jevu (Levická, 2004).

### **4.3 Výzkumný soubor a oblast šetření**

Výzkumným souborem našeho šetření byla 10letá žákyně s primární diagnózou centrální tonusová porucha (CTP) a sekundární vývojovou jazykovou poruchou, fonologickou poruchou a ve školním věku s diagnostikovanou dyslexií a dysortografií. Oblast šetření byla zaměřena na ZŠ Zdiby.

## 5 KAZUISTIKA

Jde o 10letou žákyni s primární diagnózou centrální tonusová porucha (CTP) a sekundární vývojovou jazykovou poruchou, fonologickou poruchou a ve školním věku s diagnostikovanou dyslexií, dysortografií.

V raném dětském věku překonala řadu onemocnění, má sníženou imunitu a alergie. Rodinná anamnéza nevykazuje žádné zvláštnosti. Neurologicky je sledovaná pro hypotonický syndrom a opožděnou vertikalizaci, rehabilitovaná byla Vojtovou metodou. Neurologickým závěrem byl centrální hypotonický syndrom a opožděný vývoj expresivní složky řeči.

V domácím prostředí bylo dítě mírně hyperaktivní, zejména v případě selhávání v komunikaci.

Ve věku 3 let bylo přijato do běžné mateřské školy (dále MŠ). Úvodní adaptační problémy byly rychle překonány. Dítě se zařadilo do kolektivu navzdory výrazně omezeným jazykovým schopnostem, a to nejen v expresi, ale také v porozumění. Matka informovala učitelku o jazykových deficitech své dcery a poskytla jí příklady možností komunikace tak, aby dítě necítilo frustraci z komunikačního selhávání.

Ve věku 5 let a 6 měsíců a opakovaně v 6. roce se u dítěte objevil kolapsový stav s poruchou vědomí bez křečové aktivity s modráním rtů, který byl neurologem uzavřen jako ortostatický kolapsový stav vázaný na bolestivý podnět. Medikamentózní léčba nebyla nutná. Matka byla poučena o režimu a životosprávě.

Po nástupu do 1. ročníku ZŠ se u žákyně objevily potíže v oblasti čtení a psaní, přičemž na konci roku učitelka doporučila matce návštěvu poradenského zařízení.

### 5.1 Multidisciplinární spolupráce

Na koordinované péči o dítě se podíleli neurolog, logoped, speciální pedagog, psycholog, učitelky MŠ a učitelka ZŠ.

Po doporučení dětského neurologa matka kontaktovala mailem pracovníka poradny, který zaevidoval žádost po úvodním rozhovoru s matkou. Doporučil

koordinátora klienta (logopeda), který řídil péči o dítě během celého diagnosticko-terapeutického procesu.

Úvodní setkání se odehrálo v prostorách poradny a vzhledem k nízkému věku dítěte (3 roky) bylo zabezpečeno herní prostředí. Matka v rozhovoru objasnila důvody vyhledání pomoci v SPC a její očekávání. Logoped vyplnil na základě informací matky registrační formulář v evidenčním programu, administroval úvodní dokumenty potřebné pro evidenci. Seznámil rodiče s diagnostikou dítěte, diagnostickými nástroji, cíli diagnostiky, zachytil osobní a rodinnou anamnézu v interním anamnestickém dotazníku, převzal kompletní zdravotní dokumentaci (zprávy od odborných lékařů).

## **5.2 Diagnostická fáze**

Dítě ve věku 3 roky a 4 měsíce mělo diagnózu stanovenou neurologem – CTP a opožděný vývoj expresivní roviny řeči a jazyka.

První setkání v SPC bylo zaměřeno na získání anamnézy, na navázání úvodního kontaktu s matkou a s dítětem, k adaptaci dítěte na prostředí poradny.

Logoped během diagnostiky rozhovorem s rodičem získal anamnestické údaje, orientační hodnocení jazykových dovedností a zájmů dítěte. Během první diagnostiky uskutečnil audio nahrávku, která byla nápomocná při objektivním zhodnocení jazykové úrovně dítěte. Zároveň prostřednictvím herních aktivit, které doporučila matka, zmapoval jazykové schopnosti. V závěru logoped požádal matku o vyplnění testu jazykových schopností, který pomohl zhodnotit úroveň porozumění a aktivní slovní zásobu dítěte.

K hodnocení jazykových dovedností byla použita audio nahrávka a rozbor řečového vzorku podle modelu vývoje řeči od Laheyové (dále LMVŘ), TEKOS I.

Dítě během úvodního vyšetření spolupracovalo a přiměřeně reagovalo na nabídnuté herní aktivity.

V popředí se objevily deficity zejména v expresi, ale také v impresivní složce řeči. Problémy v expresi způsobovaly menší afektivní stavy dítěte. Matka byla tlumočnickem požadavků dítěte vůči logopedovi, pro nepřiměřenou srozumitelnost řeči.

Na základě logopedické diagnostiky (objektivní test TEKOS I.) bylo stanoveno narušení v oblasti porozumění řeči, aktuální úroveň odpovídala 17 měsícům věku, což představovalo zaostávání o 23 měsíců. Aktivní slovní zásoba byla na úrovni 20 měsíců,

zaostávala tedy o 20 měsíců. Kontrolní diagnostika na základě rozboru řečového vzorku podle LMVŘ potvrdila zaostávání expresivních jazykových schopností.

Zhodnocení stavu bylo realizováno po dvou setkáních, přičemž výstupem byla diagnostická zpráva odkazující na opožděný vývoj řeči (dále OVŘ).

Logoped vysvětlil matce postup další diagnosticko-terapeutické práce v podmínkách soukromé poradny. Vyslovil předpoklad potřeby dlouhodobé péče i jiných odborníků (logoped, speciální pedagog, psycholog) z důvodu diagnózy CTP a OVŘ. Po společné dohodě si stanovili optimální frekvenci terapií, jako i termín dalšího setkání.

Ve věku 4 let a 2 měsíců byly zhodnoceny jazykové schopnosti testem TEKOS II. a podle LMVŘ. V testu TEKOS II. dítě dosáhlo hraniční hodnoty tříletých dětí. Podle výsledků v LMVŘ se nacházelo v pásmu dětí mezi 27.–32. měsícem. Řeč byla na úrovni maximálně 3–4 slovních agramatických vět. Opět se projevilo výrazné zaostávání jazykových dovedností, ale zároveň byla evidentní efektivita logopedické terapie. Zaostávání v oblasti porozumění a aktivní slovní zásoby se snížilo z 20 na 14 měsíců. Do popředí vystoupilo narušení gramatických dovedností. Logopedická terapie byla omezena na setkání ve frekvenci jednou za tři měsíce. Závěr logopedické diagnostiky zněl: vývojová jazyková porucha.

Další komplexní vyšetření jazykových dovedností bylo realizováno ve věku 5 let a 2 měsíců. Podle LMVŘ se dítě posunulo do dalšího stadia, nad 33 měsíců, začalo používat rozvítené věty a objevila se první souvětí.

K diagnostice byly použity: LMVŘ, TEKOS II.

K hodnocení foneticko-fonologické roviny byly použity tyto techniky a diagnostické nástroje: kriteriální hodnocení srozumitelnosti řeči vůči cizímu komunikačnímu partnerovi, škála hodnotící srozumitelnost řeči ICS, Antušekové artikulační test. Analyzovaly se také fonologické procesy z řečového vzorku.

K hodnocení oromotorických schopností byl použit kriteriální test. Pro diagnostiku fonemického uvědomování a narativních schopností byla použita kriteriální diagnostika. Diagnostika verbálně-akustické paměti byla provedena subtestem z Prediktorů gramotnosti – Paměť na čísla.

Cílem vyšetření bylo stanovení diagnózy, stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů logopedické terapie.

Při posledním rediagnostickém vyšetření ve věku 5 let a 2 měsíce byla potvrzena logopedická diagnóza – vývojová jazyková porucha. Z tohoto důvodu bylo matce doporučeno posouzení školní zralosti psychologem.

V polovině 1. ročníku ZŠ zrealizoval speciální pedagog na podnět logopeda i diagnostiku dílčích deficitů podle metodiky Sindelar. Na základě výsledků diagnostiky bylo zjištěno oslabení následujících schopností: auditivní členění figury a pozadí (sluchová pozornost), vizuální diferenciacie a oslabení v oblasti prostorové orientace počínaje od tělesného schématu. Byla zjištěna i jiná oslabení (auditivní diferenciacie a paměť, vizuální paměť a intermodalita). Předběžná hypotéza, zda se jedná o dílčí oslabení, nebo o oslabení způsobené deficity v základních schopnostech, se ověřovala během průběžných kontrolních sezení. Bez oslabení byly následující schopnosti: hmatové vnímání, vizuální pozornost a serialita.

Další rediagnostické vyšetření na konci 1. ročníku ZŠ uskutečnil speciální pedagog a psycholog. Vyšetření žádala třídní učitelka, která chtěla posoudit možnost opakování 1. ročníku. Učitelka popisovala deficity žákyně – v artikulaci (artikulační neobratnost), snížená slovní zásoba, podprůměrná úroveň čtení a psaní. Zároveň popisovala problémy s oscilací pozornosti a zvýšenou unavitelností ve druhé polovině hodiny, zejména ke konci vyučování. Už v úvodu zaškolení se objevily problémy se zvládnutím učení. Žákyně měla deficity v oblasti artikulace, s rozlišováním zvukově podobných hlásek, ve spontánním vyjadřování se v důsledku snížené slovní zásoby, problémy s fonémovo-grafémovým převodem. V domácím prostředí se výrazně prodloužila příprava do školy, dítě plakalo, odmítalo se učit.

Na vyšetření byly použity: Zkouška analýza a syntézy J. M. Wepmana (Matějček, 1993), Zkouška fonematické diferenciacie J. M. Wepmana (Matějček, 1993), subtest Paměť na čísla z Prediktorů gramotnosti, Zkoušky čtení a psaní pro mladší školní věk.

Vyšetřením byly potvrzeny vývojové poruchy učení – dyslexie, dysortografie na bázi vývojové jazykové poruchy.

Psychologickým vyšetřením byly stanoveny intelektové schopnosti v pásmu vyššího průměru. Verbální schopnosti se nacházely v pásmu nižšího průměru, neverbální schopnosti variovaly od spodní hranice pásma extrémního nadprůměru po pásmo podprůměru. Výkony v jednotlivých subtestech byly disproporcionálně rozložené od pásma vysokého nadprůměru až po hraniční pásmo výrazného podprůměru. Výkony

v jednotlivých subtestech byly signifikantně významné a potvrzovaly nedostatek verbálních schopností a narušenou komunikační schopnost.

Kontrolním psychologickým vyšetřením po ukončení terapie Sindelar (4. ročník ZŠ) se celkové aktuální výkony obecných intelektových schopností pohybovaly v pásmu průměru. Verbální schopnosti se nacházely v pásmu průměru, názorové schopnosti v pásmu vyššího průměru. Výkony v jednotlivých subtestech byly disproporcionálně rozloženy od pásma vysokého nadprůměru po pásmo nižšího průměru. Intrasubtestový rozptyl poukazoval na vývojové poruchy učení (dále VPU). Úroveň grafomotorických dovedností v testu obkreslování se nacházela v pásmu průměru, což poukazovalo na přiměřenou zrakovou percepci a percepčně-motorický vývoj. Testem pozornosti byl zjištěn velmi vysoký výkon soustředění a velmi vysoká rychlost práce. Přesnost při práci byla průměrná. Chápání časových a dějových následností (serialita) se nacházela v pásmu vysokého nadprůměru. Vizualní analýza a syntéza byly v pásmu nadprůměru. Schopnost porozumět a tvořit pojmy, numerický úsudek, vizualní diskriminace, vizuomotorická koordinace a pracovní tempo při performačních úkolech, šířka slovní zásoby, sociální a praktický úsudek byly v pásmu průměru.

Krátkodobá paměť, schopnost koncentrace a všeobecná informovanost a získané znalosti (odráží dlouhodobou paměť, ale i schopnost pohotově si informace vybavit), se nacházely v pásmu nižšího průměru.

### **5.3 Poradenská fáze**

Poradenská fáze se prolínala celým obdobím, tedy od 3 do 10 let.

Poradenství pro rodiče (matku) bylo poskytováno od prvního setkání s logopedem a následně během každého terapeutického setkání. Cílem bylo vysvětlit rodiči aktuální stav dítěte, průběh jeho diagnostiky a terapie, očekávané změny, ukazatele efektivity terapie. Úkolem poradenství bylo i koordinovat domácí stimulaci v rámci zvolených terapeutických cílů, seznámit rodiče s krátkodobými cíli, zácvk do terapeutických strategií, kontrola plnění úkolů v domácím prostředí a řešení problémů, které se vyskytly v domácím prostředí. Během předškolního věku se na této fázi podílel prioritně logoped. Matka absolvovala skupinové poradenství pro rodiče dětí s narušeným vývojem řeči (dále NVŘ). Zároveň bylo poskytnuto logopedické poradenství pro učitelky v MŠ, zaměřené

na objasnění aktuálních problémů dítěte a deficitů v oblasti porozumění. Vysvětleny byly strategie na stimulaci řeči, které bylo možné využít v prostředí MŠ ze strany učitelek jako například modelování, prodlužování, oprava, zpomalení tempa řeči a zjednodušování výpovědí orientovaných na dítě.

V době, kdy bylo třeba posoudit připravenost dítěte na ZŠ, se do poradenského procesu přidal psycholog. Společně s logopedem poskytli informace o možnostech zařazení dítěte do běžné třídy na ZŠ, nebo do přípravného ročníku pro žáky s narušenou komunikační schopností (dále NKS) v běžné ZŠ. Matce bylo vysvětleno, že jazykové deficity jsou tak závažné, že dítě má vysoké riziko výskytu poruch učení.

Během problémů po zaškolení byly žákyni poskytnuty kompenzační pomůcky (tabulka s problematickými dvojicemi písmen s obrázky, tabulka s abecedou), rodič i učitelka se seznámili s jejich využíváním. Na podnět logopeda byly zredukovány domácí úkoly na čtení a psaní podle aktuální úrovně žákyně.

Poslední dlouhodobější poradenství ze strany speciálního pedagoga bylo poskytováno matce po ukončení diagnostiky dílčích deficitů. Matka s dítětem byla zaškolená do domácích cvičení, která byla realizována pětkrát do týdne v trvání 10 minut. Matce byl vysvětlen význam a důležitost těchto cvičení pro zlepšení čtenářských i psacích schopností, jakož i pro následné zlepšení celkových školních výsledků, sebehodnocení a sebevědomí. Ze začátku se poradenství zaměřovalo na stanovení si režimu tréninku, jeho sladění s domácí přípravou do školy a kroužkovou činností. Později se poradenství pro rodiče zaměřilo na řešení aktuálních problémů během tréninku metodiky Sindelar.

Na konci 1. ročníku ZŠ poskytovalo poradenské zařízení opakované poradenství třídní učitelce, z důvodu vysvětlení závěrů psychologického a speciálně pedagogického vyšetření žákyně a podpory žákyně v pokračování vzdělávání ve druhém ročníku. Poradenství bylo poskytnuto i z důvodu vypracování individuálního výchovně-vzdělávacího programu (dále IVP) a stanovení pedagogických postupů při vzdělávání, hodnocení a klasifikaci.



## 5.4 Terapeutická fáze – rehabilitační fáze

Terapeutická podpora probíhala ve dvou fázích, které se navzájem prolínaly a doplňovaly. Jednou byla logopedická terapie zaměřená na stimulaci všech jazykových rovin a porozumění řeči. Realizovala se v podmínkách poradny a mateřské školy ve věku od tří do pěti let. V předškolním věku a po nástupu do školy se terapeutická činnost zintenzívnila, frekvence návštěv byla jednou měsíčně.

Na podnět logopeda se matka zúčastnila v SPC kurzu komunikační strategie, kde dostala konkrétní informace o jazykovém vývoji a vhodných strategiích komunikace.

Terapie ve věku od 3 let se zaměřovala zejména na foneticko-fonologickou rovinu, která je základem pro nácvik čtení a psaní ve školním věku. Logoped využíval fonologické terapie v české úpravě, metodu minimálních párů a Metaphon pro odstraňování fonologických deficitů z řeči. Zároveň se logoped zaměřoval na ostatní jazykové roviny, lexikálně-sémantickou a morfologicko-syntaktickou. Cílem byl rozvoj gramatického citu, nácvik nových předložkových vazeb, prodlužování vět na rozvité a nácvik souvětí. V závěru se zaměřoval na nácvik schopnosti narativního vyprávění. Vedle těchto oblastí se snažil zvýšit kapacitu krátkodobé akusticko-verbální paměti. Během terapeutických sezení byl v místnosti vždy přítomen i rodič, aby mohl přímo vidět terapeutickou práci a měl možnost přímo sledovat jednotlivé strategie a metody tréninku. V závěru každého sezení logoped shrnul krátkodobé cíle, v případě potřeby poskytl pracovní listy, vysvětlil význam a cíl jednotlivých aktivit. V terapii byly využívány prvky Hanen programu, efektivní strategie komunikace. Matce byla doporučena publikace Kniha o dětské řeči. Během terapie logoped využíval běžné dětské aktivity na koberci (vaření, nakupování, praní, zoo, les a jiné). Využíval také PC program jako „Hrej si a naslouchej“ z vydavatelství Petit, „Logopedie hravě“ od logopedky Mgr. Macákové a pracovní sešity „Učíme se vyslovovat“. Také využíval dramatizaci příběhů pomocí maňásků, přenos příběhů do kreslené podoby (komiks). Na trénink slovní zásoby byla použita různá tematická pexesa, tematické obrázky, dětské encyklopedie, lega a jiné běžně dostupné hry. Dítě se všech herních aktivit účastnilo spontánně a ochotně. Role, které dostalo na domácí nácvik, se matka snažila nacvičovat pravidelně, ale progres byl přesto pomalý.

Logoped navrhl matce, aby dítě absolvovalo i skupinový kurz fonemického uvědomování podle D. B. Elkonina (Mikulajová a kol., 2016), který se zaměřoval na zlepšení schopnosti vědomě zacházet se segmenty slov, uvědomovat si zvukovou strukturu slov, identifikovat pořadí zvuků v toku řeči, provádět hláskovou analýzu, syntézu a složitější manipulace se zvuky řeči. Práce ve skupině byla pro dítě velmi přitažlivá, mohlo během hodiny sledovat práci kamarádů a pasivně si utvrzovat znalosti a dovednosti.

Logoped po každém setkání zhodnotil matce aktivitu i výkony dítěte, a usměrnil ji při domácích cvičeních. Na základě výsledků psychologické a logopedické diagnostiky bylo matce doporučeno zařazení do přípravného ročníku pro žáky s NKS. S uvedeným matka nesouhlasila a rozhodla se pro vzdělávání v běžné třídě ZŠ.

Po nástupu do ZŠ navzdory intenzivní logopedické terapii u žákyně stále přetrvávala nesprávná výslovnost, oslabené fonemické uvědomování, fonemická diferenciacce, což se přenášelo do nácvičku psaní a čtení. Z tohoto důvodu logoped doporučil matce dodatečné vyšetření dílčích deficitů, metodou Sindelar, které se mohou podílet na pomalém zlepšování stavu a selhávání v učení.

Rovněž se v té době zrealizovalo i psychologické vyšetření, které zhodnotilo silné a slabé stránky žákyně a posoudilo, že za selháním ve škole nejsou sníženy inteligenční schopnosti, ale deficitty v oblasti jazykových schopností. Na základě diagnóz vývojové poruchy učení a vývojové jazykové poruchy poradenské zařízení doporučovalo ZŠ vzdělávat žákyni formou individuálního začlenění. Psycholog nedoporučoval žákyni opakování ročníku, protože opakování by nepřineslo zlepšení aktuálního stavu. Všichni zainteresovaní se shodli, že pro žákyni bude prospěšnější pokračovat ve vzdělávání v příštím ročníku a zároveň pokračovat v pravidelné logopedické a speciálně pedagogické péči.

Po diagnostikování žákyně metodou Sindelar intervenční program začal podrobným zaškolením rodiče a žákyně do základních oblastí tréninku a žákyně byla zacvičena do prvních úkolů. Trénink probíhal v domácím prostředí a matka s dítětem chodila na pravidelné kontroly, které se zaměřovaly na kontrolu správnosti tréninku, na individuální pokroky, přítomnost zvýšené chybovosti během jednotlivých cvičení a stanovení dalších trénovaných oblastí.

Poradenské schůzky se konaly během 1 a ½ roku, podle toho, kdy byla ukončena trénovaná oblast. Během kontrolních vyšetření se vyloučil trénink vizuální paměti. Nejpomaleji trénovanou, a tedy nejvíce oslabenou oblastí byla auditivní diferenciací, která se zaměřovala na zlepšení sluchového rozlišování zvukově podobných slabik. Trénink byl delší oproti jiným oblastem, několik cvičení muselo vícekrát opakovat. Druhou oblastí, kterou cvičili neúměrně dlouho, byla oblast intermodalit. Na začátku 3. ročníku ZŠ byla terapie Sindelar ukončena.

Během celého období tréninku metodou Sindelar žákyně ochotně spolupracovala.

#### **5.4.1 Logopedické pomůcky používané při rehabilitační fázi v mateřské škole**

V této podkapitole si uvedeme všechny pomůcky používané při rehabilitační fázi u výše uvedené žákyně. Obrázky některých pomůcek jsme dali do příloh. K této podkapitole se nám vztahovala i výzkumná otázka **V1: Jaké pomůcky jsou využívány při logopedické intervenci v MŠ?**

##### **Pro dechová cvičení využíváme:**

- Foukací fajfka „Magic ball“ – foukáním se balónek vznáší, slouží k rozšiřování kapacity plic
- Píšťala s kolíčky – různě silným foukáním jsou kolíčky z píšťal různých délek vytlačeny ven
- Foukací větrník – foukáním do lopatek dřevěného větrníku se uvádí do chodu mechanismus, který namotává provázek se závažím
- Brčko a bambulka z vlny – nádech nosem a výdech ústy – foukání brčkem do bambulky, která se dává proudem vzduchu do pohybu, možné dělat ve dvojici
- Bublínky, brčka různé síly a sklenice s vodou – nádech nosem a výdech pusinkou do brčka

##### **Pro fonační cvičení využíváme:**

- Zvířátka – podle karet s obrázky a figurek zvířat napodobujeme jejich hlasy
- Autíčko – vyslovujeme je jeden výdech „*auto jede, auto jede...*“

### **Pro artikulační cvičení využíváme:**

- Průpravná artikulační cvičení – podle metodické příručky „*Říkej si a hraj*“, z nakladatelství Portál, cvičení rtů a mimického svalstva, měkkého patra, motoriky jazyka, dolní čelisti
- Logopedické zrcadlo – provádíme artikulační cvičení podle „*Veselých obrázků*“ – artikulační karty

### **K nácvičku jemné motoriky využíváme**

- Navlékání barevných kuliček na provázek, poznávání barev
- Šroubovací zvířátko – dítě sestaví hračku pomocí sešroubování jednotlivých částí zvířátka
- Sovičky pyramida – materiál dřevo, stavění, stohování soviček, součástí jsou také dřevěné tyče, které umožňují větší rozmanitost staveb
- Autíčko Finger Car – navádění autíčka umožňuje nácvičku jemné motoriky a podporuje soustředění
- Míčkování – molitanové míčky různých velikostí, úchop míčku mezi dva prsty (varianta palec a jiný prstík, varianta držení míčku mezi prstíky vedle sebe)
- Cvičení s prstíky – pomocí básniček
- Zajíc v pytli – poznávání tvarů a předmětů pouze hmatem hra může být využita také k procvičování zrakové paměti hrou „*Zapamatuješ si předměty, které leží na stole?*“
- Židličky – stavíme komín z židliček
- Hmatové pexeso – poznaj stejný povrch hmatem, poznaj stejný obsah pytlíčku hmatem

### **Grafomotorika**

- Jedním tahem, (autorka Bednářová) – pracovní listy pomáhají při nácvičku grafomotoriky a psaní
- Trojboké voskovky, sada – nácvičku grafomotorických pohybů
- Moučené obrázky – kreslení prstem do plochy pokryté vrstvou mouky, uvolnění všech částí paže
- Kytice, soubor pracovních sešitů od autorek Páníková, Kolbábková, Ondáková

- Kreslíme na tabuli – využíváme oblíbenou aktivitu u dětí, kterou je kreslení na tabuli, procvičujeme celou paži při tečkování, dlouhých krátkých oblouků, děti kreslí klubička, vlnky, smyčky, kruhy, čáry

- Kreslení pravou a levou rukou současně – na vertikální či horizontální plochu, cvičení laterality

### **Hrubá motorika**

- Cvičení – čáp (dítě stojí střídavě na pravé a levé noze, přidává se pohyb rukou jako zobáku), brodíme se přes řeku – chůze po „kamenech“, lze zakoupit nebo vyrobit například z karimatek, chůze po oblázcích, chůze po látce, kolena a ruce – děti zvedají kolena a dotýkají se střídavě pravou rukou levého kolene a obráceně, tento cvik podporuje také propojení pravé a levé hemisféry

### **Rozumové schopnosti, zrakové schopnosti a rozvoj slovní zásoby**

- Čtvero ročních období – obraz stromu rozdělen na čtyři pásma (jaro, léto, podzim, zima), pomocí suchého zipu děti připevňují tematicky obrázky, které patří k jednotlivým ročním obdobím

- Počasí – papírový panáček, panenka, pomocí suchého zipu děti připevňují části oblečení a obuvi

- Stejný princip v jiných oblastech například potraviny, zaměstnání, zvířata, barvy, geometrické tvary, předložky – prostorová orientace, mláďata, malý-větší-největší – stupňování přídavných jmen, najdi rozdíly mezi obrázky, nesmyslné obrázky, mláďata, co sem nepatří.

### **Komunikační dovednosti a rozvoj slovní zásoby**

- Vyprávěj pohádku – obrázky, pozadí pohádky a dějové prvky dítě připevňuje k pozadí pomocí suchého zipu a vypráví pohádku, O veliké řepě, O Budulínkovi, O třech prasátkách – procvičování reprodukce

- Řeč zvířat – děti napodobují zvuky zvířat, s využitím obrázků, figurek

- Puzzle činností každého dne – skládáme obrázkové puzzle podle části dne, dítě povídá, co a kdy medvídek na obrázku dělá – cvičení časové orientace

### **Sluchové schopnosti**

- Bzučák – dlouhé, krátké samohlásky ve slovech
- Krokodýl – vyklepávej každé slovo ve větě, vyklepávej počet slabik
- Zvukové pexeso
- Hudební nástroje – poznej zvuky
- Pověz u slov první hlásku, slabiku, poslední hlásku,
- Orffovy nástroje – paličky, činely, triangl, rolničky, xylofon, bubínek, rumba koule, tamburína, stimulace sluchu, různá síla zvuku, rozeznávání zvuků, rytmizace hrou „*Opakuj rytmus*“, nejdříve tleskáním poté s využitím nástrojů, kombinujeme pohyb a rytmus – poskoky, dupání, tleskání, kombinujeme nástroje a hudbu, využíváme písničky, napodobujeme „řeč zvířat“- propojujeme také s grafomotorickým cvičením obtahujeme tvar imitovaného zvířátka, zpíváme, můžeme využít i ke slabikování
- Poznej zvuk – trhání papíru, šustění igelitu, dupání, tleskání, stříhání papíru
- Šeptafon
- Maminka koupila – seznam nákupu, procvičování sluchové paměti a reprodukce

## **5.5 Shrnutí výzkumného šetření**

Včasný nástup odborné péče dítěte, díky doporučení dětského neurologa, byl prvním krokem prevence výrazných potíží žákyně ve školním věku. Kvalitní logopedická diagnostika stanovující oblasti, ve kterých má dítě problémy, byla podkladem pro stanovení vhodných terapeutických metod.

Prevenčí bylo i informování o diagnózách, metodách komunikace, celkové vodítko učitelek v MŠ a později i v ZŠ. Preventivní pomoc byla poskytnuta učitelce při vypracování IVP. Logoped vypracoval pokyny k individuálnímu programu a určil posloupnost kroků při vzdělávání. Učitelky se snažily zachovávat individuální přístup, usměrňovat spolužáky v kontaktu s žačkou tak, aby nepocíťovala svůj handicap.

Také zařazení do skupinové terapie prostřednictvím tréninku fonemického uvědomování podle D. B. Elkonina (Mikulajová a kol., 2016) bylo vhodnou volbou před vstupem do školy. V této oblasti však nenastal během tréninku požadovaný posun (jaký byl zaznamenán u ostatních účastníků kurzu).

V době selhávání žákyně ve škole logoped vybral jako další podpůrnou terapii preventivní program Brigitte Sindelar, který měl za cíl zmírnit projevy vývojových poruch učení. Během celého terapeutického období měla matka možnost přímo sledovat metody a formy logopedických i speciálně pedagogických aktivit, které byly směřovány k úspěšnému zvládnutí čtení a psaní, k dosažení nejvyšších možných úrovní v oblasti gramotnosti její dcery.

Na multidisciplinární spolupráci bylo přizváno několik odborníků. V první řadě to byli lékaři – neurolog, kardiolog, imunolog a rehabilitační pracovník. Následně se do týmu přidal logoped, který byl hlavním koordinátorem spolupráce. Během celého procesu sumarizoval nové lékařské nálezy, vypracovával diagnostické zprávy pro potřeby MŠ a ZŠ, přizval ke spolupráci psychologa a speciálního pedagoga. Rodičům bylo nabídnuto, že logoped může přímo v prostředí MŠ sledovat chování dítěte, komunikaci a spolupráci s učitelkami i dětmi, čímž může pomoci učitelkám i dítěti zvládnout problémy při zaškolení.

Učitelky v MŠ spolupracovaly s logopedem i rodiči, aby dítě co nejvíce postupovalo. V době selhávání edukace žákyně ke konci 1. ročníku ZŠ učitelka doporučila rodičům navštívit poradenské zařízení. Poradenství s matkou žákyně probíhalo opakovaně v prostorách poradny a někdy i telefonickou nebo e-mailovou komunikací. První setkání bylo realizováno po ukončení potřebných vyšetření (psychologické, speciálně pedagogické, logopedické) a probíhalo za přítomnosti psychologa, speciálního pedagoga, logopeda, rodičů a dítěte. Opakované setkání se konalo za přítomnosti speciálního pedagoga, rodičů a dítěte. Dítě se během setkání přiměřeným způsobem seznamovalo důležitými informacemi (jaké pomůcky může používat, jak mohou být prověřovány jeho znalosti a jaká bude klasifikace).

Ze strany rodičů nastala změna zejména po nástupu do ZŠ, kdy žákyně začala selhávat v edukaci. Zintenzivnila se práce v domácím prostředí, matka souhlasila s novou terapeutickou metodou, což bylo velmi přínosné pro zlepšení stavu.

Aktuálně by poradenské zařízení zvolilo i terapii Sindelar (Kočka Mňau – předškolní program) ještě v předškolním věku. Zároveň by poradenské zařízení doporučovalo dítěti absolvovat přípravný ročník pro žáky s NKS, který by byl vhodnější alternativou než zaškolení do běžné třídy ZŠ a následná nutnost změny formy vzdělávání.

Aktuální stav: Z hodnocení učitele žákyně ve 4. ročníku vyplývá, že zvládla vzdělávací standardy 3. ročníku. V českém jazyce dosáhla známku chvalitebný a v ostatních předmětech známku výborný.

V souladu se závěry vyšetření (psychologické, speciálně pedagogické) je zřejmé, že žákyně přetrvávající poruchy učení na podkladě vývojové jazykové poruchy jsou aktuálně kompenzovány jejími dobrými intelektovými schopnostmi. Výborné výsledky ve škole jsou dosaženy i díky dodržování pokynů školy k IVP, protože škola poskytuje žákyni časovou dotaci při psaní písemných prací, prověřuje znalosti zejména testovou formou a k ověřování gramatických pravidel využívá doplňovací cvičení.

Můžeme tedy konstatovat, že byla prokázána přímá souvislost s včasnou intervencí a aktuálními výsledky žákyně.

## **5.6 Doporučení, návrhy na zlepšení**

Ředitel školy, ale i ostatní pedagogičtí zaměstnanci, by měli spolupracovat s poradenskými zařízeními, aby mohli poskytnout optimální péči i pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Jelikož učitelé běžných škol zpravidla nemají vzdělání ze speciální pedagogiky, všechny změny v chování a problémy ve výchovně-vzdělávacím procesu mají konzultovat s příslušným poradenským zařízením, kde je žák evidován, resp. které mu poskytuje odbornou intervenci.

Při jakýchkoli problémech se žákem je třeba, aby učitel tuto skutečnost nahlásil řediteli školy (obvykle na pedagogických radách, v akutních případech okamžitě). Ředitel školy zajistí vyšetření žáka v PPP, případně SPC a to, aby poradenské zařízení dostalo dostatek relevantních informací, musí třídní učitel poskytnout důležité informace o žákovi (pedagogickou diagnostiku), na jejímž základě odborný zaměstnanec poradenského zařízení zváží, na které oblasti je třeba vyšetření zaměřit a vybere vhodné diagnostické testy. Poradenské zařízení neurčuje pouze diagnózu, ale navrhne způsoby vzdělávání, odborné postupy, poskytuje dítěti pravidelné reedukační služby, spolupracují



při profesní orientaci žáka, poskytuje odborné rady a konzultace jak učitelům, tak rodičům.

Neméně důležitou složkou je i spolupráce školy a rodiny a ostatních odborných pracovníků.

## ZÁVĚR

Pozornost, kterou věnuje naše společnost dětem a osobám s narušenou komunikační schopností je jedním z mnoha důkazů o uplatňování humanismu v praxi. Její zkvalitňování spočívá zejména v zavádění nových ošetrovacích a vyučovacích metod v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo přiblížit problematiku využívání pomůcek v logopedické intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností.

V první kapitole jsme se zabývali teoretickým vymezením narušené komunikační schopnosti, nejčastějšími druhy NKS a jejich charakteristikou. V následujících podkapitolách jsme se věnovali vymezení narušeného vývoje řeči, získané orgánové nemluvnosti, psychogenní nemluvnosti, narušení zvuku a plynulosti řeči, a jejímu článkování. Dále jsme si vymezili poruchy hlasu, kombinované chyby a poruchy řeči, symptomatické poruchy řeči a narušení grafické stránky řeči.

Druhá kapitola teoretické části práce se věnovala komunikaci se žáky s narušenou komunikační schopností.

Třetí kapitola se zaměřila na logopedickou intervenci, diagnostické postupy a nástroje logopeda při diagnostice narušené komunikační schopnosti a hodnotící nástroje na vyšetření poruch plynulosti řeči. V neposlední řadě jsme si přiblížili logopedické pomůcky a přístroje, což bylo hlavním tématem této práce.

V praktické části práce jsme se věnovali včasnému zachycení potíží dítěte a systematické intervenci logopedem a speciálním pedagogem v podmínkách základní školy jako prevence selhání ve škole. Dětský neurolog doporučil dítě s primární diagnózou centrální tonusová porucha (dále CTP) pro speciální pedagogickou a logopedickou intervenci. Pravidelná stimulace foneticko-fonologických schopností dítěte logopedem s využitím artikulační terapie, fonologické terapie Metaphon a komunikačních strategií, byla v předškolním věku doplněna preventivními programy jako Rozvoj fonemického uvědomování podle D. B. Elkonina, a ve školním věku terapií Sindelar se zaměřením na stimulaci dílčích funkcí. Výsledkem včasné a systematické intervence je, že žákyně navštěvuje 4. ročník běžné základní školy s výbornými výsledky.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

- BEDNÁŘOVÁ, J. a V. ŠMARDOVÁ, 2007. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Computer Press, s. 212. ISBN 8025118290.
- EDELSBERGER, L. a kol., 2006. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-76-5.
- KITTEL, A., 1999. *Myofunkční terapie*. Grada. 112 s. ISBN 8071696196.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-2471-110-9.
- LECHTA, V. a kol., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN: 97-88073-6767-97.
- LECHTA, V., 2010. *Koktavost. Integrativní přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.
- MATĚJČEK, Z., 1993. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. Jinočany: H&H, 270 s. ISBN 80-85467-56-9.
- MIKULAJOVÁ, M., M. NOVÁKOVÁ, O. SCHÖFFELOVÁ, A. TOKÁROVÁ, a A. DOSTÁLOVÁ. 2016. *Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina*. Předgrafémová a grafémová etapa. 2. přepracované a doplněné vydání. Školské poradenské zařízení Centrum Rozum V.O.S., Praha – východ. ISBN 978-80-260-8261-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2001. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-003-0.
- SOVÁK, M., 1984. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN.
- VRBOVÁ, R. a kol., 2012a. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN: 978-80-244-3312-7.

VRBOVÁ, R. a kol., 2012b. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN: 978-80-244-3381-3.

VYŠTEJN, J., 1991. *Vady výslovnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 174 s. ISBN 80-04-24504-8.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

ANDRE, S. a B. GUITAR, 2012. *Škála A 19 – Scale of Children's attitudes*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského. 96 s.

ANTUŠEKOVÁ, A., 1989. *Preventívna logopedická starostlivosť*. Bratislava: SPN.

ANTUŠEKOVÁ, A., 1995. *Preventívna logopedická starostlivosť*. Bratislava: SPN. ISBN 8008008687.

BÓNOVÁ, I. a D. SLANČOVÁ, 2005. Meranie fonologického vývinu reči. In: *Logopaedica VIII*. Zborník SAL Bratislava, 2005. s. 6–13.

BÓNOVÁ, I., 2018. *Fonologická ontogenéza v detskej reči*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-8152-656-5.

BUNTOVÁ, D., D. BARTOŠOVÁ a S. DOSKOČILOVÁ, 2017. Východiská diferenciálnej diagnostiky fonologických porúch. In: *Logopaedica*, roč. 19, 2017. č. 1. s. 15–23.

GRIMM, H., H. SCHÖLLER a M. MIKULAJOVÁ, 1997. *Heidelberský test rečového vývinu*. Bratislava: Psychodiagnostika a. s., T-40.

GÚTHOVÁ, M. a L. CEHUĽOVÁ, 2001. Hodnotenie oromotoriky u detí v predškolskom veku. In: *Logopaedica*, 2001, Zborník SAL, s. 82–88. ISBN 80-88932-07-6.

HELLBRÜGE, T., G. KÖHLER a H. EGELKRAUT, 1984. *Münchener funktionelle entwicklungsdiagnostik*.

CHMELA, K. a N. REARDON-REEVES, 2005. *The school-age child who stutters: Working effectively with attitudes and emotions: A workbook*. Stuttering Foundation of America.

KAPALKOVÁ, S., 2010. *Hodnotenie komunikačných schopností u detí v ranom veku*. Bratislava: Asociácia Slovenských Logopédov, 2010.

KEREKRÉTIOVÁ, J. a kol., 2016. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK. ISBN 978-80-223-4165-3.

KEREKRÉTIOVÁ, J., 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2574-5.

LACIKOVÁ, H. a M. HRMOVÁ ADAMIKOVÁ, 2018. Využitie ICF – medzinárodnej klasifikácie funkčnosti zdravotného postihnutia a zdravia v diagnostike a terapii zajakavosti. In: *Logopaedica* 1/2018, s. 26, SAL. ISSN 2453-8450.

LECHTA, V., 1995. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta. ISBN 80-88824-18-4.

LEVICKÁ, J. 2004. *Kauzistický seminár zo sociálnej práce*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. ISBN 80-89104-36-3.

MAJDANOVÁ, A., 2012. *Orientačná diagnostika situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti*. Dizertačná práca (KiddyCAT – Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children).

MARKOVÁ, J., Z. CSÉFALVAY, M. MIKULAJOVÁ a M. SCHÖFFELOVÁ, 2015. *Analýza porozumenia viet v slovenčine*. Bratislava: Vydavateľstvo UK.

MIKULAJOVÁ, M. a S. KAPALKOVÁ, 2002. *Terapia narušeného vývinu reči. Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-092-5.

MIKULAJOVÁ, M. a I. RAFAJDUSOVÁ, 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči*. Trenčín: Ludoprint. ISBN 80-900445-0-6.

- MIKULAJOVÁ, M. a kol. 2012. *Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami*. Bratislava: Slovenská Asociácia Logopédov.
- PAPCOVÁ, J. a kol. 2001. Hodnotenie artikulačných orgánov klinickým logopédom. In: *Logopaedica IV*, Zborník SAL, s. 77–81. ISBN 80-88932-07-6.
- POLIŠENSKÁ, K. a S. KAPALKOVÁ, 2014. Improving child compliance on a computer administered nonword repetition task. In: *Journal of Speech, Language and Hearing research*, 57, s. 1060–1067.
- SLANČOVÁ, D. a S. KAPALKOVÁ, 2018. *Gramatický profil slovensky hovoriaceho dieťaťa. Desat' štúdií o detskej reči*. Bratislava: Veda, s. 627–660. ISBN 978-80-224-1638-2.
- SLANČOVÁ, D., 2008. *Štúdie o detskej reči: Vývin reči slovensky hovoriacich detí*. Prešov: Prešovská univerzita, 355 s. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis; 193/275. Jazykovedný zborník, s. 23. ISBN 978-80-8068-701-4.
- VAŠEK, Š., 1994. *Speciální pedagogika*. Slovenské pedagogické nakladatelství, Bratislava.
- YARUSS, J. S. a R. W. QUESAL, 2004. Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. In: *Journal of Communication Disorders* 73, p. 35–52.
- ZELEIOVÁ, J., 2007. Kauzistická metóda ako metóda vnímania a interpretácie procesu. In: *Efeta*, 2007, roč. 17, č. 4, s. 2–6. ISSN 1335-1397.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

- Dictum* [online]. [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.dictum.sk/>
- Enjoyboks* [online]. [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://enjoybooks.ru/>
- McLEOD, S., L. J. HARRISON a J. McCORMAC, 2012. *Intelligibility in Context Scale: Slovak (ICS)*. [online]. [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: [http://www.csu.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf](http://www.csu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf)

*Múzeum špeciálneho školstva Levoča* [online]. [cit. 2022-01-10]. Dostupné z:  
<https://msslevoca.sk/>

*Nomiland* [online]. [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.nomiland.cz/>

## SEZNAM ZKRATEK

CTP	centrální tonusová porucha
IVP	individuální vzdělávací plán
LHMŘ	Laheyové model vývoje řeči
NKS	narušená komunikační schopnost
OVŘ	opožděný vývoj řeči
SPC	speciálně pedagogické centrum
VPU	vývojové poruchy učení



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Logopedické špachtle.....	30
Obrázek 2: Logopedické sondy .....	31
Obrázek 3: Logopedické učební pomůcky .....	31
Obrázek 4: Foukací fotbal.....	32

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Fotodokumentace .....	I
-----------------------------------	---

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Fotodokumentace



Větrníky



Židličky



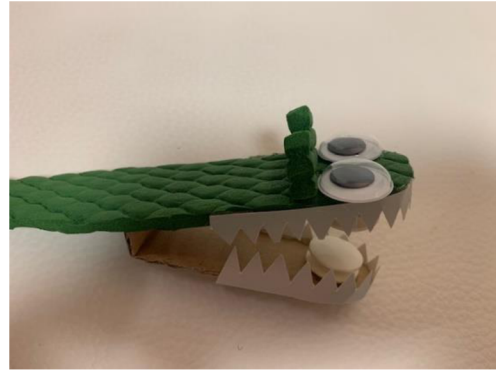
Puzzle činností každého dne



Vyprávěj pohádku – O veliké řepě



Čtvero ročních období



Krokodýl, slabikování



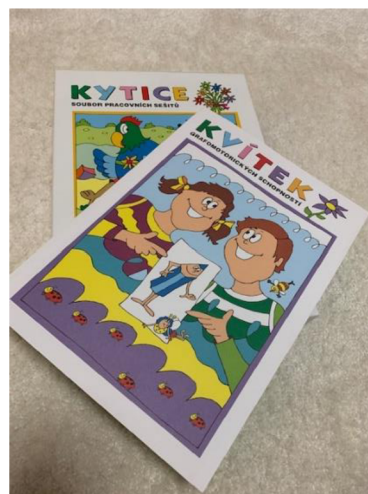
Navlékání



Vyprávěj pohádku – O Budulínkovi



Zajíc v pytli



Kytice – soubor pracovních sešitů

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Magdalena Jakubíčková

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Logopedické pomůcky pro děti/žáky mladšího školního věku s narušenou komunikační schopností v ZŠ Zdiby

**Rok:** 2022

**Počet stran textu bez příloh:** 41

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 13

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 28

**Počet internetových zdrojů:** 5

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Fleischmannová