

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

ZUZANA JUREČKOVÁ

V. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika

VÝSKYT DYSLÁLIE

U DĚTÍ VE DRUHÝCH TŘÍDÁCH ZÁKLADNÍCH ŠKOL

KYJOVSKÉHO REGIONU

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené literatury.

V Olomouci dne

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji mnohokrát Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad, věnovaný čas a ochotu.

Děkuji také ředitelům a učitelům základních škol, u nichž jsem mohla provádět výzkumné šetření k diplomové práci.

Obsah

Úvod	6
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1	Fyziologie artikulace u dětí.....	8
1.1	Předpoklady fyziologického vývoje artikulace	9
1.2	Vlastní vývoj artikulace	11
2	Dyslálie - vybrané kapitoly	15
2.1	Terminologie dyslálie	15
2.2	Etiologie dyslálie	18
3	Symptomatologie a klasifikace dyslálie	23
3.1	Symptomatologie dyslálie	23
3.2	Klasifikace dyslálie	26
3.2.1	Klasifikace z vývojového hlediska	26
3.2.2	Klasifikace z etiologického hlediska	27
3.2.3	Klasifikace z hlediska rozsahu.....	28
3.2.4	Klasifikace z hlediska kontextu	28
4	Logopedická diagnostika a výskyt dyslálie	29
4.1	Orientační vyšetření výslovnosti	30
4.2	Klinické vyšetření dyslálie.....	31
4.3	Výskyt dyslálie	35
5	Terminologie nejčastějších typů narušené komunikační schopnosti u dětí mladšího školního věku	38
5.1	Poruchy hlasu	38
5.2	Narušení zvuku řeči.....	39
5.3	Narušení plynulosti řeči.....	40

PRAKTICKÁ ČÁST

6	Metodika výzkumného šetření	43
6.1	Cíl práce	43
6.2	Metody výzkumného šetření	43
6.2.1	Dotazník	43
6.2.2	Rozhovor	44
6.2.3	Vyšetření výslovnosti	45
6.2.4	Vyšetření motoriky mluvidel	46
6.3	Organizace šetření	47
6.4	Charakteristika výzkumného souboru	48
6.4.1	Výběr výzkumného souboru	48
6.4.2	Popis výzkumného souboru	49
7	Výsledky šetření	51
7.1	Výsledky vyšetření výslovnosti hlásek	51
7.1.1	Analýza vadné výslovnosti hlásek	56
7.1.2	Výskyt dalších forem narušené komunikační schopnosti	58
7.2	Výsledky vyšetření motoriky mluvidel	58
7.3	Výsledky dotazníkového šetření	60
8	Analýza výsledků	66
	Závěr	71
	Literatura	73
	Seznam příloh	76
	Přílohy	77
	Anotace diplomové práce	83

Úvod

Svou diplomovou práci jsem zasvětila u dětí nejčastějšímu logopedickému problému, dyslálii. Jelikož v posledních desetiletích v naší zemi nebyl realizován rozsáhlejší výzkum zjišťující výskyt dyslalie, jsou údaje o její frekvenci nedostačující a nepřesvědčivé. Svým výzkumným šetřením, uskutečněným v rámci diplomové práce, samozřejmě „nezaplním“ tuto velkou mezeru, avšak mohu alespoň v regionálním měřítku nabídnout střípek obrazu aktuálního stavu výslovnosti dětí. Prostřednictvím tohoto výzkumného šetření jsem získala jedinečnou příležitost osobně nahlédnout do reality stavu výslovnosti dětí na základních školách. Realizace výzkumného šetření se tak pro mě stala - především v rámci logopedické diagnostiky - vsutku obohacující zkušeností.

V teoretické části diplomové práce se věnujeme teoretickému vymezení problematiky dyslalie. V první kapitole pojednáváme o fyziologickém vývoji artikulace u dětí. Ve druhé kapitole zpracováváme terminologii a etiologii dyslalie, ve třetí kapitole popisujeme její symptomatologii a klasifikaci. Čtvrtá kapitola je věnována diagnostice dyslalie, která byla předmětem praktické části práce. Poslední, pátá kapitola teoretické části pojednává o dalších typech narušené komunikační schopnosti nejčastěji se vyskytujících u dětí mladšího školního věku.

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit aktuální stav výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu. V této části práce jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření. Výzkumné šetření sestávalo z dotazníku pro rodiče, rozhovoru s dítětem, vyšetření výslovnosti a vyšetření motoriky mluvidel, z čehož stěžejním bylo vlastní vyšetření výslovnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGIE ARTIKULACE U DĚTÍ

Artikulovaná řeč, tedy mluva, je jednou z typicky lidských schopností. Peutelschmiedová (2008) uvádí odhad řečového vývoje lidstva na 3,5 milionů let, přičemž dítě má obdobný proces vývoje řeči zvládnout za prvních šest let svého života. Ukončení základního vývoje řeči se stanovuje do šestého nebo sedmého roku života.

Odborná terminologie rozlišuje pojmy řeč a jazyk. Protože běžně dochází k záměnám obou termínů, považujeme za příhodné vymežit tyto termíny.

Řeč, tedy schopnost řečové komunikace představuje schopnost člověka dorozumívat se pomocí jazyka. Dvořák (2007) vymezuje **jazyk** jako soustavu dorozumívacích prostředků znakové povahy, sloužících k dorozumívání lidí. Jde o systém jazykových norem platných v určitém společenství. **Řeč** definuje jako realizaci jazyka formu dorozumívání založenou na používání slovních, ale i neslovních výrazových prostředků komunikace (např. mluva, gesta). Podobně Lechta (2008, s. 13) definuje řeč jako „schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách.“ Vyštejn (1991) zároveň zdůrazňuje, že jazyk je jevem a procesem společenským, na rozdíl od řeči, která je výkonem individuálním.

Dvořák (2007) dále vymezuje artikulovanou řeč (mluvenou), jako způsob sdělování obsahů vědomí pomocí artikulovaných zvuků. **Artikulace** (výslovnost) spočívá ve vytváření hlásek mluvidly (tzn. pomocí řečového ústrojí). Řečové ústrojí je tvořeno ústrojím respiračním (dechovým), fonačním (hlasovým) a artikulačním (hláskotvorným). Anatomický základ artikulačního ústrojí tvoří hlasivky, měkké a tvrdé patro, čípek, jazyk, dásně, čelisti, zuby a rty. Významnou roli při artikulaci mají také rezonanční (ozvučné) dutiny.

1.1 PŘEDPOKLADY FYZIOLOGICKÉHO VÝVOJE ARTIKULACE

Vývoj artikulace závisí do značné míry na vývoji řeči. Vyštejn (1991) vymezuje řeč jako produkt vyšší nervové činnosti. Člověk se rodí s dispozicí naučit se mluvit, ale vlastní schopnost řeči mu není vrozena, musí se jí učit. Nezbytným předpokladem pro vývoj řeči je především sluch. Lechta (2008), který se podrobně zabývá ontogenezí dětské řeči, popisuje množství činitelů ovlivňujících vývoj řeči jakožto nesmírně rozmanité a v reálu vymykající se možnosti postřehnout všechny proměnné. Ze všech možných faktorů dále rozebírá vliv motoriky, sensoriky, myšlení a sociálního prostředí na vývoj dětské řeči. Všechny jmenované faktory mají zároveň vliv na rozvoj artikulace.

Velmi úzkou souvislost s rozvojem artikulace má **rozvoj motoriky**: „Jestliže budeme proces mluvení, tj. promluvu, chápat jako mechanický akt, zjistíme, že především jde o velmi precizně koordinovaný proces jemné motoriky řečového aparátu“ (Lechta, 2008, s. 19). Vazba mezi rozvojem motoriky a řeči je vzájemná. Při narušeném vývoji motoriky zpravidla dochází k opoždění ve vývoji řeči, a tedy i artikulace a naopak při narušené komunikační schopnosti (balbuties, dysfázii, ale i dyslálii) zjišťuje Lechta často sníženou úroveň motorických dovedností. Souhra artikulačních orgánů při artikulaci patří k nejnáročnějším procesům jemné motoriky člověka a vyžaduje tak určitou míru učení a procvičování. Činnost artikulačních orgánů zároveň urychluje proces jejich vyžívání a naopak, jejich zrání umožňuje přesnější zvládnutí artikulace.

Ze sensorických faktorů má největší vliv na rozvoj artikulace **sluch**. Úloha sluchu je významná pro poznávání řečového vzoru z okolního prostředí, ale také pro sluchovou kontrolu vlastního řečového projevu. Zvláště důležitou roli pro rozvoj artikulace má *fonemický sluch*. Sovák (1978) jej popisuje jako schopnost analyzovat a diferencovat jednotlivé fonémy a odlišovat správné fonémy od zvukově deformovaných. Tato schopnost velmi úzce souvisí s kvalitou výslovnosti dítěte. Rozvíjí se

od dětství a dosahuje různého stupně dokonalosti. Lechta uvádí, že rozvoj fonematické diferenciacce probíhá do šestého až osmého roku věku dítěte, kdy by dítě mělo být schopno rozlišovat sluchem všechny hlásky mateřského jazyka.

Dalším faktorem ovlivňujícím vývoj artikulace je **zrak**. Jeho funkce je důležitá především v období napodobujícího žvatlání, tedy okolo šestého až osmého měsíce života, kdy se dítě snaží napodobovat slyšené zvuky, ale také pohyby mluvidel a mimiku osob ze svého okolí. Mezi první hlásky, které se u dětí ve vývoji výslovnosti objevují, tak patří obouretné souhlásky, které jsou nejen artikulačně méně náročné, ale dají se také dobře odezírat. Význam zraku při rozvoji artikulace dokládají také výzkumná šetření, ve kterých se prokázalo, že u nevidomých dětí dochází k napodobování zvuků později, než u dětí vidoucích (Lechta, 2008).

U dětí s poruchou zraku může napomáhat k rozvoji artikulace také **hmat**. „Odhmatávání“ pohybů artikulačních orgánů při komunikaci využívají především děti s hluchoslepotou.

Rozvoj řeči probíhá v úzké souvislosti s rozvojem **myšlení**. Lechta (2008) popisuje tzv. fyziologické obtíže v řeči, kdy při snaze vyjádřit se dochází k různým neplynulostem v řeči dítěte (jako např. zadrhávání či opakování slov). Tyto obtíže se objevují kolem třetího roku života v důsledku prudkého kvalitativního vzestupu myšlenkových projevů (chápání obsahu slov). Při vhodných postojích prostředí většinou dítě překoná obtíže bez následků.

Existuje množství dalších endogenních faktorů ovlivňujících vývoj artikulace. Avšak z důvodu omezeného rozsahu naší práce pouze vyjmenujeme některé z nich: genetické vlivy, propiocepce, paměť, motivace, potřeby aj. (Lechta, 2008).

Při vývoji artikulace hrají významnou roli také exogenní faktory, tedy **sociální prostředí** dítěte (rodina, mateřská škola, základní škola...). Klíčovou úlohu pro bezproblémové zvládnutí artikulace má správný mluvní vzor nejbližších osob pečujících o dítě (zejména matky, později i učitelky v mateřské nebo základní škole). Správným mluvním vzorem se rozumí spisovný jazyk bez narušené komunikační schopnosti (Lechta, 2008).

1.2 VLASTNÍ VÝVOJ ARTIKULACE

Vývoj řeči bývá obvykle rozčleněn podle Kussmaulova dělení na přípravné období (předběžné stadium vývoje řeči zahrnující období křiku, žvatlání, napodobování a rozumění řeči) a období vlastního vývoje řeči (Sovák, 1978).

Příprava na rozvoj řeči dítěte probíhá již v prenatálním období. Rozvíjí se sluch, i motorika mluvních orgánů, objevují se první pohyby expirační, polykací a sací. V novorozeneckém a kojeneckém období je pak pro rozvoj řeči důležitá role sání, žvýkání a dumlání. Významným faktorem pro rozvoj artikulace je podle Beckera především rytmické žvatlání, přičemž rytmus je určitým pojítkem mezi motorikou a řečí (Lechta 2008). Žvatláním se přitom rozumí článkováčinnost, tvořící základ pro vyslovování. Čáda rozdělil období žvatlání na dvě etapy: etapa pudového žvatlání a etapa napodobovacího žvatlání. *Pudové žvatlání* se prolíná s dětským křikem (objevuje se koncem třetího měsíce života), náhodnými pohyby mluvidel dochází k vytváření zvuků. *Napodobovací žvatlání* začíná zpravidla v šestém měsíci věku dítěte a souvisí již s vlastním vývojem artikulace; dítě začíná vytvářet artikulované hlásky. Tato schopnost se rozvíjí postupně. Proces fixace artikulace jednotlivých hlásek trvá různě dlouho, některé hlásky se ustalují až kolem pátého nebo šestého roku věku dítěte. Dříve a mnohem přesněji než artikulaci hlásek zvládá dítě napodobit melodii a rytmus řeči (Sovák, 1978).

Vlastní vývoj řeči se dá nadále sledovat v jednotlivých jazykových rovinách. Vývoj artikulace spadá do roviny foneticko-fonologické. Podle některých autorů je vývoj výslovnosti dítěte natolik osobitý, že z něj nelze usuzovat na společné zákonitosti. Jiní autoři se naopak snažili o zachycení těchto zákonitostí, s vědomím individuálních rozdílů mezi dětmi. Je třeba upozornit na to, že vývoj řeči probíhá shodně s vývojovými obdobími uváděnými v odborné literatuře jen u 50 % dětí. U ostatních dětí se objevuje v různých obdobích akcelerace, či retardace, nikdy však nedochází k vynechání některého stadia (Lechta, 1990).

Podle Schulze se vývoj výslovnosti řídí *pravidlem nejmenší námahy*. Tzn. dítě začíná artikulovat nejprve hlásky nejméně artikulačně náročné, postupně fixuje i hlásky artikulačně náročnější. U dítěte se mohou objevit artikulačně nejobtížnější hlásky již v období pudového žvatlání, ty však vznikají nekontrolovatelně, náhodně. Nejde přitom ještě o záměrnou artikulaci, neřadíme je tedy do vlastního vývoje výslovnosti (Lechta, 1990).

Zastáncem principu nejmenší námahy byl také Ohnesorg (1948). Ve vývoji výslovnosti dítěte sledoval nejdříve **ustálení vokálů**, kolem druhého roku života, a to konkrétně vokálu **a**, který vyžaduje nejmenší artikulační obratnost. Tento vokál se zároveň vyskytuje s největší frekvencí a jen velmi zřídka bývá porušen nebo zaměněn za jiný. Téměř současně se ustaluje vokál **u**, který zastupuje slabikotvorné *r* a *l*. Později se fixuje hláska **o**, která zní od počátku čistě. V této době zároveň mizí vokály, které nejsou součástí mateřského jazyka (*ö* a *ü*). Jako poslední z vokálů se fixují **e** a nejpozději **i**, jehož artikulace je náročnější ve vyzdvižení jazyka k patru. Dvojhlaska **au** se upevňuje velmi brzy (v prvním roce života) a zpočátku nahrazuje dvojhlasku **ou**, která se ustálí až po druhém roce věku.

Na pořadí vývoje jednotlivých hlásek se objevují také odlišné názory. Vyštejn (1991) uvádí výsledky výzkumu Pačesové, která sledovala u dětí nejprve ustálení samohlásek *i* a *u*, a až později fixaci samohlásek *e* a *o*. Ustálení samohlásek přitom podle Pačesové může trvat i několik let.

Mnohem obtížnější než artikulace vokálů, je **artikulace konsonantů**. Jednak proto, že na rozdíl od samohlásek, které jsou artikulovány celou masou jazyka, je většina souhlásek artikulována pouze jeho částí a dochází tak snadněji k nepřesnostem. A také proto, že množství konsonantů si je artikulačně nebo akusticky blízkých a dochází tak obtížněji k jejich diferenciaci. Vývoj výslovnosti souhlásek tedy probíhá podstatně déle než vývoj artikulace samohlásek (Ohnesorg, 1948).

Lechta (1990) i Vyštejn (1991) uvádějí vývoj výslovnosti konsonantů, jak jej zaznamenal Ohnesorg. Jako první se objevují okluzivní bilabiály **p**, **b**, **m**, které se dají lehce odezírat a jsou artikulačně nenáročné.

V jejich výslovnosti se vyskytují odchylky jen vzácně. Dále se upevňují okluzivní alveoláry *t*, *d* (zpočátku dochází k jejich záměně) a později *n* a okluzivní palatály *t'*, *d'* a poté *ň*. Velární okluzivy *k*, *g* se objevují nejpozději, dlouho jsou nahrazovány alveolárami (*t* místo *k* a *d* místo *g*). Později než hlásky okluzivní se upevňují hlásky konstriktivní: *f*, *v*, *j*, *ch*, *h* a zvláště artikulačně náročné sykavky *s*, *z*, *š*, *ž*. Obtížná je také artikulace laterální konstriktivy *l* a semiokluziv *c*, *č*. Za nejobtížnější hlásky jsou považovány konstriktivní vibranty *r* a zvláště *ř*, jejichž výslovnost se fixuje zpravidla mezi posledními. To je v souladu s názorem Jakobsona, že fonémy, které jsou typické pro daný mateřský jazyk, si děti osvojují až naposledy.

Ohnesorg (1959) sledoval ustálení artikulace hlásek *p*, *b*, *m*, *t*, *d*, *n*, *t'*, *d'*, *ň* v polovině druhého roku života dítěte. Do třetího roku věku se fixuje výslovnost hlásek *k*, *g*, *j*, *l*, *f*, *v*, *š*, *ž*. Do poloviny čtvrtého roku věku se zpravidla ustálí hlásky *h*, *ch*, *s*, *z*, *č*, *c*. Fixace hlásek *r*, *ř* může probíhat ještě v průběhu pátého roku života.

V současnosti se autoři vyhýbají stanovení vývojových norem při posuzování vývoje dětské řeči a jejich pozornost se přesouvá z roviny foneticko-fonologické také na ostatní jazykové roviny.

Holmanová (2007) uvádí při popisu vývoje dětské řeči pouze zmínku o ustálení artikulace hlásek *b*, *p*, *m*, *v*, *h*, *l*, *š*, *j* ve věku tří až čtyř let. Ve stejné době uvádí používání hlásek *k*, *g*, *t*, *d*, *n*, *s*, *r*, které však ještě někdy dítě plně neovládá.

Lechta (1990) uvádí, že správná výslovnost hlásek se objevuje nejprve na začátku a uprostřed slova, na konci slova až nejpozději. Předtím, než dítě zvládne bezpečně výslovnost všech hlásek, dochází k určitým zákonitostem ve vývoji výslovnosti. Tyto zákonitosti sepsal Schulze a na naše hlásky je přepracoval Kapras. Jde o:

- zaměňování některých hlásek za jiné, pro dítě artikulačně snazší (př. Brno = Bino);
- vynechávání obtížné hlásky (př. červivý = čevivý);
- zaměňování některých hlásek a současné vynechávání jiných hlásek (př. rakousky = atousi);

- zaměňování jedné hlásky již vyslovenou hláskou (př. tak = tat);
- pro zalíbení v některých slabikách jejich opakování (př. abeceda = asasa);
- vytváření osobitých náhodných napodobenin (př. jahody = hatili).

Vyštejn (1991) upozorňuje na skutečnost, že zvládnutí artikulace izolovaných hlásek ještě neznamena dovednost používat je ve spontánní komunikaci. Dítě se musí naučit hlásku používat v souhláskových shlucích, poté ve slovech a nakonec ve spontánním mluvním projevu. Tuto skutečnost je třeba respektovat také při úpravě výslovnosti.

Výskyt nesprávné výslovnosti u dětí je do určitého věku jevem fyziologickým. Věková hranice zvládnutí správné výslovnosti se uvádí kolem pátého až sedmého roku věku dítěte. Je žádoucí, aby dítě při nástupu školní docházky mělo již ustálenou správnou výslovnost.

Podle Krahulcové (2003) se může výslovnost spontánně upravit ještě v průběhu prvopočátečního čtení a psaní. *Autokorektivní procesy vývoje výslovnosti* bývají podporovány identifikací hlásky a písmene, dozráváním centrální nervové soustavy, fonemického sluchu a motoriky. Výrazný vliv může mít také napodobování mluvního vzoru učitelky, nebo snaha prosadit se ve skupině spolužáků.

2 DYSLÁLIE - VYBRANÉ KAPITOLY

Dyslálie je druhem narušené komunikační schopnosti, vyznačujícím se poruchou článkování řeči (artikulace). Je nejčastější vadou výslovnosti a zároveň i nejfrekventovanější poruchou řeči. Dyslálii se dostalo pozornosti mnoha odborníků, její problematika je tedy v logopedii velmi podrobně rozpracována, a to včetně možností terapie. Z důvodu omezeného rozsahu naší práce se budeme věnovat pouze teoretickému vymezení problematiky dyslálie, bez zpracování možností terapie. V této kapitole popisujeme terminologii a etiologii dyslálie.

2.1 TERMINOLOGIE DYSLÁLIE

Dyslálie (neboli patlavost, psellismus) je porucha výslovnosti, definovaná jako neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem (Lechta, 1990).

Krahulcová (2003, s. 8) používá podrobnější, Dvořákovu popisnou definici dyslálie: „dyslálie je funkční porucha nebo orgánová vada artikulace, porucha nebo vada výslovnosti nejméně jedné hlásky,

- která se konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy českého jazyka a tím působí rušivě;
- je tvořena na jiném místě nebo jiným způsobem než stanoví fonetická spisovná norma a tak působí především vizuálně neesteticky;
- je současně odchylná akusticky i esteticky“.

První definici dyslálie vytvořil v roce 1830 švýcarský lékař Schulthes. V české literatuře zavedl Zikmund Janke v roce 1900 označení patlavost (Sovák, 1978). V současnosti převládá v české odborné literatuře označení dyslálie. V Defektologickém slovníku (Sovák, 1984) i v Logopedickém slovníku (Dvořák, 2007) je dyslálie vymezena jako souborné označení pro různé formy poruch výslovnosti.

Specifické pojetí dyslálie uvádí Nádvorníková (2003), kdy dyslálii rozumí konvenční termín, zahrnující několik specifických stránek narušené řečové produkce. Rozlišuje poruchy řeči na fonetické a na fonologické úrovni. Na fonetické úrovni se porucha řeči projevuje např. vynecháváním hlásek, zaměňováním, nebo nepřesným vyslovováním v místě artikulace. Na fonologické úrovni se objevují poruchy v plynulé řeči, ovlivňováním jednotlivých hlásek sousedními hláskami nebo suprasegmentálními znaky řeči, jako jsou přízvuk, důraz, melodie, rytmus, pauza, či tempo řeči. V nejširším slova smyslu tedy dyslálie spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.

Při posuzování výslovnosti u dětí je nezbytné rozlišovat mezi nesprávnou výslovností a vadnou výslovností. V rámci vývoje dětské řeči dochází k nepřesnostem a odchylkám v artikulaci hlásek, které jsou z vývojového hlediska zcela přirozené. Krauhlová (2003) uvádí, že **nesprávná výslovnost** se projevuje neustáleností mechanismu tvoření hlásek nebo nepřesností jejich diferenciací. Tento jev je jevem vývojovým, fyziologickým a označuje se jako tzv. „fyziologická patlavost“ (vývojová nesprávná výslovnost). Nesprávná výslovnost se většinou spontánně upraví do konce pátého roku věku, někdy i později. Peutelschmiedová (2008) rozlišuje fyziologickou dyslálii projevující se okolo třetího roku věku od prodloužené fyziologické dyslálie, která trvá do pátého až sedmého roku věku dítěte. Pokud odchylka ve výslovnosti přetrvává i po sedmém roku věku, pak jde již o vadnou výslovnost. „**Vadná výslovnost** neboli dyslálie je přetrvávající odchylka výslovnosti jedné nebo více hlásek, kterou můžeme označit za vadný mluvní stereotyp - z hlediska zvuku hlásky, mechanismu či místa a způsobu jejího tvoření nebo obojího“ (Krauhlová,

2003, s. 7). Jako vadnou výslovnost označujeme také deformovanou výslovnost hlásky (např. velární *r*), a to i v případě, že se objevuje u dítěte již v předškolním věku (Vyštejn, 1991).

Gúthová a Šebianová (2005) poukazují na nejednotnost v terminologii dyslalie v naší a zahraniční odborné literatuře. Největší rozdíly se objevují v diferenciální diagnostice, kdy odlišujeme dyslálii např. od nesprávné výslovnosti, dysartrie (narušení motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy), fonologických poruch (poruch jazyka, narušení osvojení pravidel ke spojování jednotlivých zvuků při vytváření slov) nebo verbální dyspraxie. Dvořák (2007) označuje **vývojovou verbální dyspraxií** poruchu řeči, kterou zařazuje k diagnóze Specifická vývojová porucha motorických funkcí. Označuje ji jako slovní patlavost, tj. poruchu v realizaci slova, projevující se vývojovými obtížemi v plánování a programování pohybových aktivit při sestavování slov. Dítě s vývojovou verbální dyspraxií má obtíže ve vyhledávání adekvátních segmentů (hlásek, nebo slov), má obtíže s tvořením kombinací a spojováním elementů do vyšších celků (slov, nebo vět). Někdy odchylka postihuje pouze určité skupiny slov, jindy zasahuje větší část slovní zásoby. Obtíže se objevují při realizaci delších frází nebo vět. Produkce řeči je namáhavá, dítě si uvědomuje nedostatky své řečové produkce.

V naší literatuře jsou podrobně popsány artikulační neobratnosti a specifické asimilace jakožto příznaky verbální dyspraxie. Tyto příznaky jako první objevil a popsal Žlab, při práci s dyslektiky (Matějček, 2005). *Artikulační neobratností* se rozumí narušení jemné koordinace artikulačních pohybů, projevující se pomalou a těžkopádnou řečí. Dítě s artikulační neobratností vyslovuje jednotlivé hlásky správně, ale ve slovech nebo větných vazbách dochází ke zkomoleninám (Jirásek, Matějček, Žlab, 1966). Dvořák (2007) popisuje artikulační neobratnost podle Žlaba jako neschopnost složitější koordinace koartikulačních pohybů, projevující se při realizaci složených a víceslabičných slov (např. lichokopytník, nepolapitelný, apod.).

Při *specifických asimilacích* dochází ke spodobám souhlásek při výslovnosti slov nebo slovních skupin. Samostatné hlásky děti opět vyslovují správně. Specifické asimilace se vyskytují nejčastěji u sykavek, kdy dítě vysloví např. místo slov sušené švestky „susené svestky“, nebo „šušené švešky“. Druhou variantou specifických asimilací jsou spodoby tvrdých a měkkých souhlásek t-d-n, t'-d'-ň, kdy dítě např. místo slova hodiny vysloví „hodini“, nebo „hodyny“ (Jirásek, Matějček, Žlab, 1966). Dvořák (2007) popisuje specifické asimilace jako projev vývojové verbální dyspraxie. Rozlišuje asimilace progresivní (např. slovo dáva vysloví dítě jako „dádá“) a regresivní (např. slovo kope vysloví dítě jako „pope“). Dvořák dále popisuje specifické asimilace sykavek, vyskytující se při artikulaci slov nebo slovních spojení, v nichž se střídají ostré a tupé sykavky nebo polosykavky. Jako příklad progresivní asimilace sykavek uvádí „Sása“ místo Sáša; příkladem regresivní asimilace je výslovnost „sustí“ místo slova šustí.

Oba „specifické logopedické nálezy“, artikulační neobratnost i specifické asimilace, mají spojitost s nedokonalou sluchovou analýzou a vyskytují se při dysortografii (Jirásek, Matějček, Žlab, 1966).

2.2 ETIOLOGIE DYSLÁLIE

Existuje poměrně široká škála faktorů, které mohou zapříčinit vznik dyslálie. V odborné literatuře se setkáváme s různými přístupy k dělení těchto příčin.

Seeman (1955) rozlišuje různé příčiny vzniku dyslálie podle toho, zda je dyslálie funkčně, nebo organicky podmíněná. **Funkční** dyslálii popisuje jako vývojovou poruchu, která vzniká z fyziologické dyslálie bez chorobných organických změn na vjemových a expresivních drahách řeči. U těžkých a dlouho trvajících forem dyslálie bývá často sledován opožděný vývoj řeči, defekty intelektu a výskyt v rodině (častěji u otce než u matky).

Seeman zjišťuje vliv dědičnosti na opožděný vývoj řeči s následující přetrvávající dyslálií.

Seeman (1955) dále rozlišuje motorickou a senzorickou formu funkční dyslalie. *Motorická forma dyslalie* bývá způsobena porodními úrazy, zapříčiňujícími poruchy motorických drah v mozku. Důsledkem je pak porušení obratnosti jemné motoriky, a tedy i artikulace. *Senzorická forma dyslalie* vzniká na základě nedostatečné diferenciací schopnosti sluchového analyzátoru. Bývá často doprovázena amúzií nebo také dysgrafií.

Organická dyslalie může být zapříčiněna poruchou vjemových drah řeči, poruchou centrální nervové soustavy, anebo anatomickými odchylkami mluvidel. *Poruchy sluchu* jsou obecně uznávány jako významný faktor poruch výslovnosti, přičemž záleží na době vzniku, stupni i druhu sluchového postižení. Vyštejn (1991) uvádí např. u percepčního typu (nitroušní nedoslýchavosti) jako specifický projev sníženou schopnost vnímání vysokých tónů (především sykavek). Narušeny jsou také modulační faktory. Dítě v takovém případě slyší mluvu zkresleně a napodobuje ji zvukově nepřesně. *Poruchy řečových center* vznikají nejčastěji po krvácení do mozku při obtížném porodu a jsou vesměs těžkého rázu. Seeman (1955) takové poruchy odlišuje od prosté patlavosti označením centrální dyslalie. *Anatomické odchylky mluvidel* podle Seemana vždy zapříčiňují vady výslovnosti. Odchylkami mluvidel se přitom rozumí rozštěpy patra, anomálie vzrůstu tvrdého patra, odchylky ve vývoji a postavení chrupu, odchylky skusu, obrny jazyka a rtů či zkrácená jazyková uzdička.

Sovák (1978) kritizuje Seemanovo pojetí etiologie dyslalie. Staví se proti přeceňování významu anomálií mluvidel pro výslovnost, přičemž uvádí, že s vadou mluvidel se může, ale nemusí současně vyskytovat vada výslovnosti. Odlišný názor má také na vliv dědičnosti na vady výslovnosti. Vychází z pozorování vývoje výslovnosti jednovaječných dvojčat, kdy v párech zjišťuje rozdílné typy i stupně dyslalie. Na základě tohoto zjištění popírá vlivy dědičnosti na dyslálii. Lechta (1990) mluví v souvislosti s vadnou výslovností o tzv. *nespecifické dědičnosti*, kdy se nejedná

o zdědění konkrétního typu dyslálie, ale o zdědění artikulační neobratnosti, snížené schopnosti fonematické diferenciaci nebo vrozené řečové slabosti.

Sovák (1978) upozorňuje také na vliv *narušení hemisférové dominance*, způsobené přecvičováním vrozené laterality, na mluvní schopnosti a výslovnost.

Nádvorníková (2003) rozlišuje vnitřní a vnější příčiny dyslálie. **Vnitřní příčiny** jsou málokdy zřejmé, usuzujeme na ně proto z klinických korelací mezi uživateli řeči. Vysoká *korelace* bývá sledována např. *mezi artikulací a mírou inteligence*. Avšak sama korelace ještě neznámá příčinu, vždy záleží i na dalších faktorech. (Např. dítě se sníženým intelektem může mít lepší výslovnost než dítě intaktní, v důsledku uplatnění lepší napodobovací schopnosti.) Častější a závažnější projevy dyslálie se projevují u dětí s Downovým syndromem, podmíněným *chromozomální aberací*, kdy při větších fonologických obtížích bývá často narušena také morfologie jazyka. Jako významný faktor ovlivňující artikulaci uvádí Nádvorníková schopnost slyšet a jednu z hlavních příčin vzniku dyslálie spatřuje v *nedostatečné diskriminaci zvuku*. *Anomálie mluvních orgánů* označuje jako méně významné příčiny poruch výslovnosti. Přejídné obtíže se mohou objevovat při výměně dentice, avšak např. často zmiňovaná krátká jazyková uzdička, velikost jazyka nebo poruchy vzájemného postavení horní a dolní čelisti většinou artikulaci výrazně neovlivní. Negativní dopad na výslovnost však mohou mít větší strukturní anomálie, kterými bývají nejčastěji rozštěpy tvrdého patra. Dalším faktorem ovlivňujícím artikulaci je *polohocit*. Při narušení této hluboké sensorické funkce dochází ke zpomalené artikulaci.

Lechta (1990) uvádí některé další vnitřní příčiny dyslálie, jako *poškození dostředivých a odstředivých nervových drah*, projevující se narušenou percepcí a produkcí správné výslovnosti; dále *poškození centrálního nervového systému*, způsobující rozsáhlejší postižení, jehož příznakem může být i dyslálie; nebo poškození *exteromotorického řečového neuroefektoru*, při kterém hrají významnou roli kompenzační mechanismy.

Gúthová (2009) popisuje *orofaciální dysfunkce*, v praxi též označované jako *myofunkční porucha*, coby příčinu dyslálie. Jedná se

o orofaciální svalovou nevyváženost, často spojenou s poruchami dýchání a polykání. Svaly jazyka, rtů a tváří vykazují změněné stavy napětí v důsledku kompenzačního napínání jiných skupin svalů. Poruchy dýchání a polykání mají navíc často za následek ortodontické odchylky (deformaci horní čelisti a patra), což ovlivňuje především výslovnost sykavek. Gúthová uvádí také zjištění Horňákové, Kaplakové a Mikulajové, že *dlouhodobé nesprávné dýchání ústy*, zapříčiněné např. zvětšenou nosohltanovou mandlí, může mít negativní vliv na výslovnost. Zapříčiňuje změnu klidové polohy jazyka, čímž může docházet ke změnám tvaru ústní dutiny a postavení zubů, což následně ovlivňuje výslovnost.

Z **vnějších příčin** dyslálie vyzdvihuje Nádvorníková (2003) jako nejdůležitější *psychosociální vlivy*. Ty působí na artikulační schopnost v závislosti na věku i na pohlaví (dívky jsou ve srovnání s chlapci ve vývoji jazyka akcelerovány). Biologické vlivy a socioekonomické faktory Nádvorníková nepovažuje ve vývoji výslovnosti za rozhodující. Uplatňuje se především osobnost dítěte v jeho projevech chování a osobnostních vlastnostech, pokud není pouze odrazem osobnosti rodičů.

Vyštejn (1991) uvádí další faktory, které můžeme zařadit mezi vnější příčiny dyslálie. Patří mezi ně *patologičnost prostředí z hlediska řečové hygieny*, čímž se rozumí především nesprávné mluvní vzory z prostředí dítěte. Význam má přitom citová vazba dítěte na osobu reprezentující mluvní vzor. Čím více je dítě na tuto osobu fixováno, tím více se s ní snaží identifikovat. Vývoj řeči ovlivňuje také *citová karence*, tedy nedostatek citových vztahů. U dítěte se objevuje opožděný i nesprávný vývoj řeči a prodlužuje se infantilní vývoj řeči i vyslovování. Dalším faktorem je *nesprávný postoj okolí dítěte k jeho řečovému vývoji*, kterým je kárání dítěte za jeho řečové neúspěchy či nucení dítěte k opakování nesprávně vyslovované hlásky. Tento přístup je zvláště nevhodný, protože místo nápravy dochází k fixaci vadné výslovnosti a zároveň ke snižování sebevědomí dítěte.

Lechta (1990) mezi negativní vlivy prostředí zařazuje také příliš dlouhé tolerování nebo *napodobování mazlivé nesprávné výslovnosti dítěte*, čímž dochází k její fixaci. Upozorňuje také na *výchovné vlivy*, jako např.

neurotizaci coby příčinu dyslálie, přičemž však častější je výskyt neurotizace jako důsledek nepříznivých výchovných vlivů. Lechta připouští také *vliv bilingvistického prostředí* na vývoj výslovnosti dítěte, přičemž poukazuje na rozdílnou výslovnost některých hlásek v různých jazycích.

Na otázku bilingvální výchovy však existují mezi odborníky rozdílné názory; od odsuzování a odmítání, až po její propagování. Např. Peutelschmiedová doporučuje dopřát dětem již v nejútlejším věku cizojazyčnou tetu nebo babičku, které by v kontaktu s dítětem pokaždé mluvily cizím jazykem. Přínos této výchovy dokládá slovy Leo Rostena: „Nic nezbystruje ucho k jemným rozlišnostem mezi slovy tak dobře jako pendlování mezi dvěma jazyky.“ (Peutelschmiedová, 2008, s. 31).

Vyštejn (1991) shrnuje výčet příčin vzniku vadné výslovnosti jakožto rizikové faktory. Jejich přítomnost může, ale vždy nutně nemusí vést ke vzniku dyslálie, závažná je jejich kombinace.

3 SYMPTOMATOLOGIE A KLASIFIKACE DYSLÁLIE

Symptomatologie dyslálie je bohatá. Její pestrost se projevuje jak v samotné výslovnosti, tak i v doprovodných jevech. O příznacích doprovázejících dyslálii pojednává Sovák (1978); v naší práci se věnujeme pouze symptomům týkajícím se samotné výslovnosti.

V rámci klasifikace dyslálie poskytujeme přehled různých způsobů posuzování této narušené komunikační schopnosti.

3.1 SYMPTOMATOLOGIE DYSLÁLIE

Poruchy výslovnosti se mohou projevovat na úrovni hlásek, slov, či celých vět. Dvořák (2007) tak rozlišuje patlavost hláskovou, slovní a větnou. **Hláskovou patlavostí** rozumí dyslálii, popisuje ji jako vadnou výslovnost hlásek. Při **slovní patlavosti** jedinec komolí slova, přestože jednotlivé hlásky dokáže realizovat správně. Jedná se o poruchu řeči, kterou si jedinec uvědomuje (vývojová verbální dyspraxie), nebo o poruchu jazyka, kterou si jedinec neuvědomuje (vývojová fonologická porucha). **Větná patlavost** je charakterizována obtížemi v tvoření správných vět. Jedná se často o symptom vývojové dysfázie nebo dyspraxie. V případě dyspraxie se projevuje deformacemi (komolením) slov, redukcemi (vynecháváním) slov, dynamickou inverzí (přehazováním slov ve větě), či substitucí (záměnou) slov při zachování obdobného obsahu.

Vyštejn (1991) rozlišuje dyslálii hláskovou, slabikovou a slovní. Hláskovou dyslálii definuje shodně s Dvořákem jako vadnou výslovnost jednotlivých hlásek. Při **slabikové** a **slovní dyslálii** může být výslovnost jednotlivých, izolovaně vyslovených hlásek správná, avšak v hláskových seskupeních dochází k vynechávání, přesmykování, zaměňování hlásek, nebo ke komolení řeči až k nesrozumitelnosti. Nejčastěji jsou redukovány hláskové shluky (např. „b“ místo „bl“, „tř“ místo „stř“, apod.). V rámci komolení slov může docházet až k vytváření slovních novotvarů, které zvukově nesouvisí s původním slovem (např. „bako“ = pták, „imo“ = pes, aj.).

Neundlinger (In Lechta, 1990) uvádí v rámci slovní dyslálie další symptomy, jako metateze (přesmykování hlásek), kontaminace (směšování hlásek), anaptixe (vkládání hlásek), asimilace, či jiné změny hláskové struktury slov.

Dyslálie se vyznačuje rozličnými příznaky. Lechta (1990) vysvětluje různorodost symptomů jako výsledek kombinací různých typů dyslálie, jejich pozadí, vývoje, specifík artikulačních procesů, aj. Jako nejjednodušší symptomatologický přístup uvádí rozlišování mogilálie, paralálie a dyslálie v užším slova smyslu, kterou označuje jako tzv. „ismus“. Nádvorníková (2003) nahrazuje tyto pojmy již novými termíny: *delece*, *eliminace*, či *elize* místo mogilálie, *substituce* místo paralálie a *distorze* místo „ismu“.

Eliminace (mogilálie) znamená vynechávání některé hlásky. Objevuje se u obtížných hlásek (např. „ámen“ místo „kámen“) nebo ve složitých slabikách (např. „cíkačka“ místo „stříkačka“). Většinou však nejde o úplné vynechání hlásky, hláska je naznačena neurčitým hláskovým zvukem, či předrazem (Sovák, 1978). Do čtvrtého roku věku dítěte jde o jev fyziologický. Pokud přetrvává takto nesprávná výslovnost i po čtvrtém roce, lze ji označit podle řeckého názvu vynechávané hlásky s předponou *mogi-* a příponou *-ismus* (např. *mogirotacismus*) (Klenková, 2006).

Substituce (paralálie) znamená zaměňování určité hlásky za jinou hlásku, přičemž záměna se uskutečňuje důsledně a pravidelně (např. „tláva“ místo „tráva“, „loula“ místo „roura“, atd.). Klenková opět uvádí označení

vady podle řeckého názvu zaměňované hlásky s předponou para- a s příponou -ismus (např. pararotacismus).

Distorzí (dyslálií v užším slova smyslu) rozumí Lechta (1990) tvoření dané hlásky vadným způsobem. Vzniká hláska zvukově deformovaná (např. velární *r*, interdentalní *s*, apod.). Označuje se řeckým názvem vadně tvořené hlásky s příponou -ismus (např. rotacismus, sigmatismus, lambdacismus, apod.). Tento typ dyslálie uvádí Lechta jako nejtěžší, protože je již zafixovaný chybný mechanismus tvoření hlásky, je tedy malá naděje na její spontánní úpravu. Naproti tomu u eliminace nebo substituce existuje reálná možnost spontánní úpravy.

Gúthová (2009) uvádí Oyerovo, Croweovo a Haasovo označení poruch artikulace v dětském věku zkratkou **S.O.D.A.**, která vznikla z počátečních písmen názvů jednotlivých symptomů: S = substitution (nahrazování artikulačně náročnější hlásky hláskou artikulačně méně náročnou), O = omission (vynechávání cílové hlásky), D = distorsion (chybná výslovnost cílové hlásky), A = addition (přidávání hlásky k cílovému slovu).

Podle charakteru symptomů rozlišujeme dyslálii **konstantní**, kdy určitá hláska je tvořena chybně ve všech koartikulačních spojeních a dyslálii **nekonstantní**, v případě, že daná hláska není tvořena vždy chybně, ale v některých spojeních je vyslovována správně. Dále rozlišujeme dyslálii **konsekventní**, kdy určitá hláska je vyslovována jedním patologickým mechanismem ve všech koartikulačních spojeních, od dyslálie **nekonsekventní**, pokud se daná hláska netvoří vždy stejně chybným způsobem (Krahulcová, 2003).

3.2 KLASIFIKACE DYSLÁLIE

Dyslálie se dá hodnotit z různých hledisek. Nádvorníková (2003) uvádí jako nejjednodušší a zároveň *nejstarší klasifikaci* třídění *podle druhu symptomů* na mogilálii, paralálii a tzv. -ismy. Třídění dyslálie podle druhu symptomů jsme uvedli v předchozí podkapitole.

V této podkapitole předkládáme přehled dalších klasifikací dyslálie, jak je zpracoval Lechta (1990): klasifikaci z vývojového hlediska, z etiologického hlediska, z hlediska rozsahu a z hlediska kontextu.

3.2.1 KLASIFIKAČE Z VÝVOJOVÉHO HLEDISKA

Vývoj výslovnosti dítěte až k dosažení jazykové normy probíhá poměrně dlouho. Dítě se ve výslovnosti zdokonaluje postupně, současně s dozráváním struktur centrální nervové soustavy, i celého organismu. Lechta (1990) z tohoto hlediska rozlišuje dyslálii:

- **fyziologickou** - nesprávná výslovnost je přirozeným, fyziologickým jevem; trvá do pátého roku věku dítěte;
- **prodlouženou fyziologickou** - nesprávná výslovnost přetrvává mezi pátým až sedmým rokem věku dítěte, může ještě dojít ke spontánní úpravě řeči;
- **(pravou) dyslálii** - odchylky ve výslovnosti přetrvávají i po sedmém roku věku dítěte, vadná výslovnost je zafixovaná, spontánní autokorekce již není možná. Salomonová (2003) označuje tuto dyslálii jako *patologickou*.

Půstová (In Salomonová, 2003) upozorňuje na význam rozlišení fyziologické a patologické výslovnosti, jejichž rozpoznání je důležité pro zahájení a vedení logopedické intervence.

3.2.2 KLASIFIKACE Z ETIOLOGICKÉHO HLEDISKA

Podle příčin se dyslálie tradičně dělí na orgánovou a funkční (Lechta, 1990):

- **Orgánová (organická) dyslálie** - vzniká jako důsledek organického narušení dostředivých nervových drah (*impresivní dyslálie*), odstředivých nervových drah (*expresivní dyslálie*), centra řeči (*centrální dyslálie*), dále při poruchách sluchu, nebo anatomických a inervačních odchylkách mluvidel. Podle lokalizace příčiny rozlišuje Lechta (1990) dyslálii *audiogenní* či akustickou (při poruchách sluchu), *labiální* (při defektech rtů), *dentální* (při anomáliích zubů), *palatální* (při anomáliích patra), *lingvální* (při anomáliích jazyka) a *nazální* (při anomáliích nosu). Krahulcová (2003) podle orgánu narušujícího výslovnost dále rozlišuje dyslálii *optogenní*, *addentální*, *interdentální*, *velární*, *uvulární*, *laterální*, *stridens*, *laryngeální*, *faryngeální* a další.
- **Funkční (funkcionální) dyslálie** - vzniká bez patologicko-anatomického podkladu. Seeman (1955) rozlišoval funkční dyslálii *motorickou*, související s tzv. motorickou neobratností a *senzorickou*, vztahující se k nedostatečné sluchové diferenciaci. Lechta (1990) poukazuje na nepřesnost v uvedeném dělení dyslálie na orgánovou a funkční, neboť v mnoha případech dříve diagnostikované funkční dyslálie jsou v současnosti zjišťovány minimální orgánové odchylky. Za skutečně funkčně podmíněnou dyslálii lze dnes tedy pokládat pouze dyslálii podmíněnou *napodobováním nesprávného řečového vzoru*, *zanedbáváním ze strany prostředí*, či *dědičnými vlivy*. Neundlinger (In Lechta 1990) vyčleňuje *psychogenní* dyslálii, způsobenou napodobováním vzoru, se kterým se chce jedinec identifikovat, nebo jako symptom regresivní formy chování. Podle některých současných odborníků jde o zastaralý názor, avšak je stále prezentován i v nejnovějších publikacích (např. Gúthová, 2009).

3.2.3 KLASIFIKACE Z HLEDISKA ROZSAHU

Při dyslálii může být výslovnost narušena v různém rozsahu. Dvořák (2007) uvádí několik stupňů dyslálie:

- dyslálie **levis (simplex)** - narušení výslovnosti jen několika hlásek; jde o jednoduchou vadu výslovnosti; Lechta používá termín **parciální** dyslálie, kterou dělí na *monomorfní* (nesprávně vyslovované hlásky jsou z hlediska místa jejich artikulace v jedné artikulační oblasti) a *polymorfní* dyslálii (nesprávně vyslovované hlásky jsou z více artikulačních oblastí);
- dyslálie **gravis (multiplex), polymorfní** - postižení artikulace většího počtu hlásek; jde o těžkou vadu výslovnosti;
- **tetizmus**, hotentotizmus - vadná výslovnost prakticky všech hlásek; řeč je nesrozumitelná. Název tetizmus je odvozen od nahrazování souhlásek hláskou *t*. Hotentotizmus je označení ze starší literatury, od kterého se v současnosti upouští. Lechta (1990) označuje tento stupeň dyslálie jako *dyslalia universalis*, Nádvorníková (2003) používá termín *mnohočetná dyslálie*.

3.2.4 KLASIFIKACE Z HLEDISKA KONTEXTU

Dyslálie se může projevat na úrovni hlásek, slabik, nebo celých slov. Dělení dyslálie na dyslálii hláskovou, slabikovou a slovní jsme uvedli v rámci symptomatologie dyslálie (kapitola 3.1).

4 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA A VÝSKYT DYSLÁLIE

Logopedická diagnostika je nedílnou součástí logopedické intervence. Její význam spočívá především ve stanovení správné diagnózy, neboť od té se zpravidla odvíjí úspěšnost celé následující terapie. Pomocí logopedické diagnostiky zjišťujeme také výskyt narušené komunikační schopnosti a určujeme její druh.

Mezi základní **cíle** logopedické diagnostiky řadí Lechta (2003):

- rozlišení, zda jde skutečně o narušení komunikační schopnosti, a ne o fyziologický jev nebo přijatelnou odchylku, a identifikace tohoto narušení;
- zjištění příčiny vzniku narušení;
- určení, jestli jde o trvalé, nebo přechodné narušení, a stanovení prognózy;
- rozlišení vrozeného narušení od získaného;
- určení, zda se jedná o dominující poškození, nebo o symptomatickou poruchu řeči;
- zjištění schopnosti uvědomění si poruchy;
- stanovení stupně narušení.

V pracích některých zahraničních autorů je mezi cíli logopedické diagnostiky zařazen také návrh vhodných metod odborné terapie. V našich podmínkách se v rámci diagnostiky stanovuje prognóza či potenciální možnosti rozvoje jedince, návrh speciálních terapeutických postupů se ale neuvádí. Při posuzování narušené komunikační schopnosti je nutno dodržovat princip komplexnosti vyšetření, spočívající ve vícedimenzionální analýze. V popředí je snaha o co nejobektivnější posouzení komunikační schopnosti, podporovaná uplatňováním zásady týmového přístupu, který zapojuje do diagnostiky větší počet odborníků (Lechta, 2003).

Konkrétně při vyšetřování dyslálie je podle Sováka potřeba provést **diferenciální diagnostiku**, která rozlišuje dyslálii od poruch výslovnosti: při narušení sluchu, při snížených rozumových schopnostech, při nervových onemocněních, lehké mozkové dysfunkci, mozkových lézích, při deformaci sociálních vztahů, v případě výchovné zanedbanosti, cizojazyčného prostředí, či žargonových a dialektových zvláštností (Vyštejn, 1990).

Lechta (2003) vyčleňuje **tři úrovně diagnostiky** narušené komunikační schopnosti: 1. *orientační vyšetření*, realizované v rámci screeningu či depistáže; 2. *základní vyšetření*, zjišťující konkrétní druh narušené komunikační schopnosti s cílem základní diagnózy či stanovení diagnostické hypotézy; 3. *speciální vyšetření*, zaměřené na co nejpřesnější identifikaci zjištěné narušené komunikační schopnosti, za využití co nejspecifičtějších diagnostických postupů.

4.1 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ VÝSLOVNOSTI

Orientační logopedické vyšetření probíhá na úrovni screeningu, nebo depistáže (Lechta, 2003). Logopedický screening nebo logopedická depistáž je aktivním cíleným vyhledáváním osob s narušenou komunikační schopností v širší populační skupině. Při screeningu jde o celoplošné vyhledávání odchylek od mluvní normy (Krahulcová, 2003).

Jedná se o orientační vyšetření, obsahující prvky **prevence**. Nejčastěji se provádí u dětí předškolního nebo mladšího školního věku, v kolektivních zařízeních (v mateřských školách a základních školách), což poskytuje vyšetřujícímu možnost porovnávání osob stejné věkové kategorie a pohlaví (Nádvorníková, 2003).

Lechta (2003) uvádí Bundschuhův názor na **nejvhodnější věk** k orientačnímu logopedickému vyšetření, kterým je čtvrtý rok života dítěte. V našich podmínkách se orientační logopedické vyšetření tradičně

provádělo na začátku školní docházky, v současnosti se realizuje již před nástupem do školy, tzn. ve věku pěti až šesti let.

Orientační vyšetření výslovnosti využívá různé **metody**. Může mít podobu *reprodukce*, kdy vyšetřující osoba předřikává slova nebo věty a vyšetřovaná osoba je opakuje. Výhodou této metody je její rychlost. Avšak výsledky takto získané mohou být zkreslené v důsledku tzv. imitačního efektu, kdy proband může napodobovat způsob projevu examinátora, čímž nepodává obraz o vlastním spontánním řečovém projevu. Podle Böhma se nedoporučuje ani *vyšetřování výslovnosti izolovaných hlásek*, neboť neodpovídají reálné řečové situaci, kdy se hlásky užívají převážně v koartikulačních spojeních. Vhodnějšími metodami orientačního logopedického vyšetření výslovnosti jsou tedy *krátký řízený rozhovor* nebo *popis situačních obrázků* (Lechta, 2003).

Nádvorníková (2003) uvádí u nejmladších dětí metodu *neformálního rozhovoru*, obsahujícího otázky, na které bude moci dítě bezpečně odpovědět (např. jméno dítěte, bydliště, zážitky z domova,...). U dospělých se předkládají *texty ke čtení*, v nichž se vyskytují místa s nejčastěji porušovanou artikulací. V případě odchylek ve výslovnosti se využívají *rychlé fonologické testy*, obsahující obrázky s názvy, kdy vyšetřovaný řečový zvuk se vyskytuje vždy na začátku a na konci slova. Výsledkem screeningového vyšetření není návrh na terapii, ale zjištění potřeby dalšího logopedického působení.

4.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ DYSLÁLIE

Úkolem klinického vyšetření výslovnosti je stanovení přesné diagnózy, obsahující podrobný popis příznaků dyslálie, určení jejího typu a stupně a stanovení prognózy. Klinické vyšetření sestává z více kroků, které se aplikují individuálně, podle charakteru a aktuálních potřeb jednotlivých případů. Lechta (2003) rozlišuje osm kroků logopedického

vyšetření: 1. navázání kontaktu, 2. sestavení anamnézy, 3. vyšetření sluchu, 4. vyšetření porozumění řeči, 5. vyšetření řečové produkce, 6. vyšetření motoriky, 7. vyšetření laterality, 8. průzkum sociálního prostředí. V rámci vyšetření dyslálie je vhodné provést následující kroky:

1. navázání kontaktu

- při navazování kontaktu se diagnostik snaží působit tak, aby v klientovi vzbudil důvěru a ochotu spolupracovat; zvláště při kontaktu s dětmi je příhodné budovat příjemnou přátelskou atmosféru (doporučuje se nepoužívat bílý plášť) a poskytnout dítěti čas na aklimatizaci (začít rozhovor s rodiči, přičemž si dítě může např. malovat, hrát s hračkami,...); nikdy se nesmí používat násilného vynucování komunikace (Lechta, 2003);

2. sestavení anamnézy

- při sestavování anamnézy jde o zachycení údajů, ovlivňujících vznik nebo fixování poruchy; anamnéza může mít podobu objektivní (údaje o klientovi poskytuje třetí osoba, většinou rodiče dítěte), nebo subjektivní (údaje poskytuje klient sám o sobě); anamnézu můžeme dále rozlišovat na rodinnou a osobní; Krahulcová (2003) zdůrazňuje při diagnostice dyslálie zjistit především: začátek napodobovacího žvatlání, vývoj motoriky, schopnosti v oblasti hudebního sluchu, posouzení výslovnosti matky a blízkých osob a rodinný bilingvismus; Vyštejn (1991) upozorňuje, že údaje získané pro sestavení anamnézy jsou přísně důvěrné a jejich prozrazení třetí osobě je v rozporu s profesionální etikou logopedického pracovníka a současně je právně postižitelné;

3. vyšetření sluchu

- při vyšetřování dyslálie je vyšetření sluchu nezbytným krokem; diagnostik provádí pouze orientační vyšetření, které je při pozitivním nálezu nutné upřesnit audiologickým vyšetřením; Lechta (2003) uvádí Mašurovo orientační vyšetření sluchu: *zvukovými hračkami* (u nejmenších dětí) a *slovně-orientační vyšetření*, které se provádí šepem a poté hlasitou řečí (používají se vybraná slova s tzv. hlubokými a poté vysokými hláskami); v rámci vyšetření sluchu se zjišťuje také *schopnost fonemické diferenciace*, tedy schopnost sluchovou cestou rozlišit distinktivní rysy hlásek daného jazyka (využívají se dvojice slov lišících se pouze jedním,

protikladným fonémem) nebo schopnost rozpoznat rozdíl mezi správným a chybným zněním fonémů (artikuluji se střídavě obě varianty, přičemž proband signalizuje chybnou variantu);

4. vyšetření řečové produkce

- vyšetření řečové produkce je v rámci diagnostiky dyslálie logicky stěžejním; základní vyšetřovací metodou je zde řečová komunikace;

Nádvorníková (2003) rozlišuje dvě části diagnostického postupu, a to *spontánní* a *provokovanou*; z hlediska způsobu šetření rozlišuje vyšetření komunikativní - neformální, a testové - formální:

- **komunikativní - neformální vyšetření** se skládá z několika na sebe navazujících kroků:

- *sledování korektnosti zvuků při navozené spontánní konverzaci*; lze sledovat již při navazování kontaktu, poté v řízeném rozhovoru; pozoruje se výslovnost hlásek, skladba slabik a slov, ale i suprasegmentální prostředky (tempo, intonace, přízvuk); postupně se přechází na provokovaný způsob vyšetření (popis obrázků, čtení);

- *produkce jednotlivých slov* (pojmenovávání obrázků); sleduje se výslovnost každé hlásky (vokálů i konsonantů) izolovaně, ve slabikách, i ve shlucích hlásek, na začátku, uprostřed, i na konci slova (tj. v pozici iniciální, mediální a finální); pořadí vyšetřovaných hlásek může být libovolné, nebo má svůj systém (např. podle místa tvoření: přes hlásky bilabiální, labiodentální, alveolární, alveolopalatální a palatální hlásku j, až po hlásky velární, konče hláskou laryngální); slova k produkci jsou vybírána tak, aby neobsahovala více náročných hlásek zároveň; k hodnocení výslovnosti je možno využít magnetofonový záznam (k jeho pořízení musí dát rodiče vyšetřovaného dítěte svolení; dítě by o záznamu nemělo vědět); porovnávají se výsledky výslovnosti při spontánní řeči a jednotlivých slov;

- *napodobování, imitace* podle Farquhara; slouží jako doplňující forma komunikativního vyšetření; posuzuje schopnost opakovat nápodobou po vyšetřujícím správný zvuk hlásky, který dítě tvoří

spontánně nesprávně; tato metoda zjišťuje míru fixace nesprávné výslovnosti a možnosti spontánní úpravy;

- *vyšetření kontextu*, jakožto závěrečný krok neformálního vyšetření; sleduje se rozdíl mezi chybnou výslovností jednotlivých slov a slov ve slovním kontextu (v proudu řeči);

- **testové - formální vyšetření** umožňuje **kvantifikaci chybné řečové produkce**, která definuje výskyt a rozsah chybné výslovnosti a také slouží ke kontrole výsledků; využívají se tzv. *kvantitativní metody* se skóre, např. skóre výskytu eliminací, substitucí a distorzí, při nichž se sleduje výskyt chybné výslovnosti hlásek ve známém počtu slov či vět; (pro objektivnost logopedického vyšetření doporučuje Nádvorníková (2003) používat další testy, např.: test diskriminace hlásky, test percepce řečové produkce, fonologický konverzační test, či fonologicko-kontrastní test);

5. vyšetření motoriky

- jelikož existuje vysoká korelace mezi úrovní vývoje motoriky a vývojem řeči, provádí se v rámci diagnostiky dyslálie vyšetření motoriky (může se provádět vyšetření celkové motoriky, zejména jemné motoriky rukou), především se však sleduje *úroveň motoriky mluvních orgánů*; Lechta (2003) popisuje Wirthovo vyšetření, určené pro menší děti (provádí se před zrcadlem, nápodobou); ve starším věku se využívají testy LaPointa a Wertze: test izolovaných orálních pohybů a test orálních sekvencí, Kwintův test aktivní mimické psychomotoriky, či vyšetření jemné motoriky jazyka podle Seemana;

6. průzkum sociálního prostředí

- při posuzování dyslálie je vhodné zjistit stav řečového prostředí klienta (působení mluvních vzorů), ale i postoje okolí k osobě s dyslálií, např. kárání, posměch, nucení k opakování slov apod. (Lechta, 2003).

Nádvorníková (2003) uvádí v metodice vyšetřování dyslálie také **vyšetření artikulačních orgánů**, které má interdisciplinární charakter. Provádí se orientační prohlédnutí zubů, ústní dutiny, patra, nosohltanu a ověřuje se funkce patrohltanového uzávěru. Zjistí-li se podezření na poruchu nebo porucha artikulačních orgánů, je nutno doplnit logopedické

vyšetření vyšetřením lékařským. Vedle základních metod logopedického vyšetření se mohou uplatnit také **laboratorní metody vyšetřování řeči**. Ty však slouží většinou k výzkumným účelům. Využívají se speciální aparatury, jako např. *sonograf* či *spektrograf*, které provádí frekvenční analýzu. V logopedické praxi se může realizovat fonetická metoda *chromografie* (dělí se na lingvografii a palatografii). Za využití kaolinového prášku, nebo práškového živočišného uhlí smíchaného s vodou se sledují stopy dotyku jazyka na patře.

Salomonová (2003) uvádí v rámci diagnostiky dyslálie také *orientační hodnocení laterality*. Pokud se objevují pochybnosti ve výkonech, je vhodné provést test laterality Matějčka a Žlaba.

Průběh a výsledky veškerého šetření se zaznamenávají do **záznamového archu**, sestávajícího z administrativně-evidenční části a z funkční části. Funkční část obsahuje vyčerpávající informace o diagnostickém postupu, vyústujícím do komplexního rozboru, konečné diagnózy a do závěrečné zprávy (Nádvorníková, 2003).

4.3 VÝSKYT DYSLÁLIE

Dyslálie je nejfrekventovanější poruchou řeči. Údaje o jejím výskytu se v literatuře významně liší. Lechta (1990) uvádí možné příčiny někdy až extrémně odlišných údajů: jedním z důvodů může být nejednotnost kritérií posuzování, které má často subjektivní charakter (např. nenápadná odchylka ve výslovnosti, kterou laický posluchač nezaznamená, je hodnocena jako vadná výslovnost, nebo naopak při povrchové šetření může vadná výslovnost ujít pozornosti vyšetřujícího).

Výskyt dyslálie se dá zkoumat z více hledisek. Nejčastěji je to z hlediska věku nebo pohlaví, je však možné jej posuzovat také podle intelektu. **Z hlediska věku** je nejvyšší výskyt nesprávné výslovnosti pozorován v *předškolním věku*, kdy je ještě součástí vývoje schopností dětí,

je tedy ještě jevem fyziologickým. Výskyt nesprávné výslovnosti v předškolním věku je uváděn kolem 50-60 %. Sovák (1981) uvádí poruchy výslovnosti u 50 % žáků mateřských škol. Seeman (1955) uvádí výsledky šetření Brůžové, Fišerové a Štulíkové z roku 1929/30, kdy byla dyslálie u dětí předškolního věku zjištěna v 51 %, z toho: mezi 3.-4. rokem u 69 % dětí, mezi 4.-5. rokem u 58 % dětí a mezi 5.-6. rokem u 46 % dětí. Krauhlová (2003) uvádí statistické výsledky logopedického šetření Brůžové

a Štulíkové z roku 1931, které dopadly podstatně hůře: nesprávná mluva byla zjištěna mezi 3.-4. rokem u 91 % dětí, mezi 4.-5. rokem u 72 % dětí a mezi 5.-6. rokem u 58 % dětí. Významně odlišný údaj prezentuje Ohnesorg (1974): v průzkumu Konturové na Slovensku v roce 1972 byla dyslálie zjištěna jen u 26 % dětí předškolního věku.

Údaje o výskytu dyslálie u dětí *školního věku* se poměrně shodují, přestože se jedná o srovnávání věkově velmi široké skupiny dětí. Sovák (1981) uvádí výskyt dyslálie u 25-15 % dětí školního věku, Seeman (1955) uvádí výsledek šetření Dubné z roku 1951/52, zjišťující 24 % dětí základních škol s dyslálií. Ohnesorg (1974) uvádí téměř 19 % dětí základních škol s dyslálií.

Protože výskyt dyslálie se u dětí v průběhu prvních pěti let školní docházky výrazně liší (snižuje), pro zjištění přesnějších údajů bývá sledovaná skupina dětí dále rozdělena podle věku. V průzkumu Brůžové, Fišerové a Štulíkové v roce 1929/30 bylo zjištěno mezi 6.-7. rokem 37 % dětí s dyslálií (Seeman, 1955). O rok později Brůžová a Štulíková uvádějí 53 % dětí s dyslálií ve věku 6.-7. let. V roce 1989/90 provedla Benešová a kol. průzkum výslovnosti školních začátečníků (u dětí v prvních třídách základních škol) a zjistila mezi nimi 38 % dětí s dyslálií (Krauhlová, 2003). V roce 1949 proběhlo do té doby nejrozsáhlejší logopedické vyšetřování a stalo se tak základem statistických přehledů. Tomiška (1960) uvádí výsledky tohoto šetření, týkající se 208 tříd v 36 školách: v prvních třídách základních škol bylo zjištěno až 33 % dyslálií, ve druhých třídách to bylo 22 %, ve třetích 18 %, ve čtvrtých 14 % a v pátých jen 10 %.

V 6.-8. školním roce klesl výskyt dyslálie na 8,6 %. Z výsledků šetření je tedy zjevné, že s **přibývajícím věkem dyslálií ubývá**.

V *produktivním věku* uvádí Krahulcová (2003) konstantní výskyt dyslálie, a to u 8 % populace. V *postproduktivním věku* její výskyt naopak mírně stoupá, avšak celkové údaje o výskytu dyslálie u osob seniorského věku nejsou k dispozici.

Z hlediska pohlaví převažuje výskyt dyslálie jednoznačně u chlapců. Poměr výskytu u chlapců a dívek se u většiny autorů shoduje na údaji 6:4 (Krahulcová, 2003). Ohnesorg (1974) uvádí poměr 63 % chlapců : 37 % dívek, Lechta (1990) uvádí 60 % : 40 % v neprospěch chlapců.

Údaje o výskytu dyslálie **z hlediska intelektu** vypovídají o vyšší prevalenci u dětí se sníženým intelektem (tj. u dětí na základních školách speciálních). Krahulcová (2003) uvádí Sovákův údaj o výskytu dyslálie v roce 1941/42 u 30 % dětí zvláštních škol. Tomiška (1960) uvádí dyslálii u 45 % žáků tehdy zvláštních škol, přičemž vady výslovnosti označuje nejen za častější, ale také závažnější, než u žáků běžných základních škol. Lechta (1990) zjišťuje také 45 % dětí s dyslálií na zvláštních školách, zároveň však upozorňuje na skutečnost, že neplatí vztah přímé úměry mezi úrovní intelektu a úrovní výslovnosti. Tzn. dítě s nadprůměrnou inteligencí může mít poruchu výslovnosti a naopak dítě s podprůměrným intelektem může mít díky dobré napodobovací schopnosti zcela správnou výslovnost.

Při vyšetření výslovnosti se v rámci výskytu dyslálie sleduje také **zastoupení jednotlivých hlásek**. Tyto údaje se v literatuře poměrně shodují. Sovák (1978) uvádí Ohnesorgovo zjištění: ze všech vadně vyslovovaných hlásek se vyskytuje nejčastěji deformovaná výslovnost u hlásek **ř** - 52 % (rotacismus bohemicus), **r** - 22 % (rotacismus) a **sykavek** - 21 % (sigmatismus). U dalších hlásek je výskyt vadné výslovnosti podstatně nižší: l - 2,6 % (lambdacismus), palatály - 1,1 %, k a g - 0,8 % a ostatní hlásky 0,4 %. Podobné výsledky uvádí také Tomiška (1960).

5 TERMINOLOGIE NEJČASTĚJŠÍCH TYPŮ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

U dětí mladšího školního věku se vedle dyslálie vyskytují také další typy narušené komunikační schopnosti. Vzhledem k možnostem a k omezenému rozsahu naší práce vymežíme pouze poruchy hlasu, narušení zvuku řeči a narušení plynulosti řeči, které patří k nejčastějším.

5.1 PORUCHY HLASU

Poruchy hlasu definuje Sovák jako patologické změny v individuální struktuře hlasu, změny v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž v hlase se mohou vyskytnout i různé vedlejší zvuky (Kerekrétiová, 2003). Dvořák (2007) označuje poruchy hlasu jako **dysfonie**, které se v závislosti na příčině projevují totálním chyběním hlasu (afonií), hrubostí, diplofonií, velmi nízkým nebo vysokým hlasem, či hlasovým zhroucením. Poruchy hlasu se mohou objevovat jak u dětí, tak v dospělosti.

Údaje o **výskytu** poruch hlasu se v literatuře značně liší. V roce 1941/42 zjistil Sovák poruchy hlasu (zejména chraptivost) u 4,6 % školních začátečníků a v předškolním věku jen u 2,4 % dětí (Krahulcová, 2003). V sedmdesátých letech už uvádí Sovák (1978) poruchy hlasu u 10 % dětí předškolního věku. Lechta (1990) uvádí Seemanův údaj o výskytu poruch hlasu u téměř 50 % dětí v prvních ročnících základních škol. Kerekrétiová (2009) uvádí poruchy hlasu u 5-7 % dětí předškolního věku, u 6-23 % dětí

školního věku a u 7-10 % dospělých. Poruchy hlasu se vyskytují ve školní populaci častěji u chlapců, v dospělé populaci častěji u žen.

5.2 NARUŠENÍ ZVUKU ŘEČI

Rinolalie (huhňavost) je porucha zvuku řeči, projevující se patologicky změněnou nosovostí hlásek při hlasitém mluvním projevu. Porucha vzniká v důsledku patologických změn v nosní nebo nosohltanové rezonanční dutině (Sovák, 1984). Dvořák (2007) rozlišuje tři druhy rinolalie: *rhinolalia aperta* (otevřená huhňavost), což je patologicky zvýšená nosovost (hypernazalita), *rhinolalia clausa* (zavřená huhňavost), vyznačující se patologicky sníženou nosovostí (hyponazalitou) a *rhinolalia mixta* (smíšená huhňavost), vznikající kombinací otevřené a zavřené huhňavosti. Při otevřené huhňavosti je postižena výslovnost všech hlásek kromě nosovek. Příčinou je velofaryngální insuficience, vznikající na základě orgánových nebo funkčních změn. Při zavřené huhňavosti je nejvíce postižen zvuk nosovek m, n, ň, které znějí jako b, d, d'; celková mluva zní přidušeně. Příčinou je nejčastěji adenoidní vegetace, nosní polypy, vzácněji hyperfunkce patrohltanového závěru a přechodně záněty nosní sliznice. Při smíšené huhňavosti se jedná o patrohltanovou insuficienci v kombinaci se zmenšeným prostorem rezonančních dutin.

Sovák (1978) uvádí **výskyt** rinolálie u 18 % předškolních dětí, s tím, že v pozdějším věku huhňavosti ubývá. Kerekrétiová (1990) uvádí shodný údaj o výskytu rinolálie, tj. u 18 % dětí předškolního a mladšího školního věku. Je zajímavé, že v novějších publikacích (2003, 2009) autorka údaje o výskytu rinolálie vůbec nezmiňuje.

Krahulcová (2003) uvádí výsledky lékařských prohlídek z roku 1940/41, zjišťující 19 % dětí ve věku 5-6 let s huhňavostí, z toho 18,8 % byla huhňavost zavřená a 0,2 % huhňavost otevřená. Podobné výsledky zjistil také Sovák v roce 1941/42 u školních začátečníků: huhňavost

u 16,95 % dětí, z toho byla 16,8 % huhňavost zavřená a 0,15 % huhňavost otevřená. Odlišné údaje o výskytu huhňavosti uvádějí Brůžová a Štulíková z šetření v roce 1931, kdy zjistily huhňavost u 4,45 % dětí předškolního věku.

5.3 NARUŠENÍ PLYNULOSTI ŘEČI

K narušení plynulosti řeči dochází při tumultu sermonis a při balbuties.

Tumultus sermonis (breptavost) je narušení plynulosti řeči, při kterém je charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči Lechta (1990). Etiologie poruchy zatím není objasněna. V odborné literatuře existuje více názorů na její vznik, diagnostiku, i možnosti terapie. Tarkowski uvádí nejčastější pracovní definici breptavosti, kterou sestavil Weiss: „Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování“ (Tarkowski, 2003, s. 283).

O frekvenci **výskytu** tumultu sermonis není v odborné literatuře mnoho záznamů. Sovák (1978) pouze konstatuje, že žáků s breptavostí je o něco více než žáků s koktavostí. Krahulcová (2003) uvádí nejednotnost údajů o výskytu breptavosti: od 1,5 % u školních začátečníků až po 18 % v celkové populaci. Lechta (2009) upozorňuje na častou kombinaci breptavosti s koktavostí, přičemž je někdy obtížné obě poruchy diferencovat, což způsobuje komplikace při zjišťování výskytu breptavosti v populaci. Lechta dále uvádí zjištění Sickové, že tzv. „čistá“ breptavost (bez přítomnosti symptomů koktavosti) se objevuje u 0,05-1,5 % populace.

Přítom breptavost v kombinaci s koktavostí se podle různých zdrojů objevuje v 30-66 % případů.

Balbuties (koktavost) je podle Lechty (2003, s. 318) jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Koktavost pokládá za „syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nenápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení“. Příznaky koktavosti se promítají do všech jazykových rovin (foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, i pragmatické). Lechta (2009) rozlišuje koktavost *incipientní* (začínající), která se objevuje nejčastěji v předškolním věku nebo do začátku školní docházky, dále koktavost *fixovanou*, přetrvávající v průběhu školní docházky a koktavost *chronickou*, která přetrvává až do adolescence a dospělosti. Etiologie a patogeneze balbuties dosud není rozřešena, z čehož vyplývá problém její terapie.

Údaje o **výskytu** balbuties se různí podle kritérií jejího posuzování. Sovák zjistil v roce 1944 koktavost u 1,6 % školních začátečníků, v mateřských školách zjistil koktavost u 0,6 % dětí a ve zvláštních školách (dnes základní školy speciální) u 3,7 % dětí. V sedmdesátých letech uvádí Sovák přibližně stejné procento výskytu koktavosti u dětí, jako bylo ve čtyřicátých letech. V dospělosti uvádí pokles výskytu na 0,5 % (1978). V současnosti uvádí Lechta (2010) prevalenci koktavosti přibližně 1 % (tj. část populace, která má aktuálně příznaky koktavosti) a incidenci koktavosti uvádí až 5 % (tj. část populace, u které se někdy v životě projeví příznaky koktavosti). Z hlediska věku se koktavost v drtivé většině případů objeví již v předškolním věku, v dospělosti se počátek koktavosti objevuje jen velmi vzácně. Z hlediska pohlaví je výskyt balbuties vyšší u chlapců než u děvčat, a to zpočátku v poměru 2:1, přičemž s časem se poměr mění dále v neprospěch chlapců na 3:1 - 5:1. Podle Kehoea jsou v dospělosti balbutiky muži dokonce v 80 % případů.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 CÍL PRÁCE

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat aktuální stav výslovnosti u dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu. Konkrétně jsme se zaměřili na zjištění výskytu dyslálie.

6.2 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Klíčovou metodou ke zjištění výskytu dyslálie bylo vyšetření výslovnosti u dětí sledovaného souboru. Kromě metody vyšetření výslovnosti jsme ve výzkumném šetření uplatnili dále metody dotazníku, rozhovoru a vyšetření motoriky mluvidel.

6.2.1 DOTAZNÍK

Chráska (2007, s. 163) vymezuje dotazník jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“. Významnou výhodou dotazníku je, že umožňuje v krátkém čase nashromáždit velké množství informací. Jeho nevýhodou je na opačné straně nízká návratnost (především u dotazníků rozesílaných poštou). Při rozesílání dotazníků je proto zapotřebí počítat s touto skutečností a je třeba rozesílat větší množství dotazníků, než má činit požadovaný výběr. Chráska (2007) uvádí, že ačkoli se údaje o návratnosti dotazníků v literatuře značně liší,

návratnost se pohybuje zhruba v rozmezí 30 % – 60 %. Pro naše výzkumné šetření jsme uskutečnili předání dotazníku prostřednictvím další osoby. Návratnost dotazníků v našem případě činila 85 % (viz kapitola Organizace šetření).

Dotazníky jsou tvořeny položkami (často otázkami), které mohou být zaměřeny na zjišťování faktů, dále znalostí a vědomostí, či mínění, postojů a motivů. Podle formy zjišťované odpovědi dělíme položky na otevřené (respondent nemá k dispozici nabízenou odpověď), uzavřené (respondent vybírá z nabízených odpovědí) a polouzavřené (používá se u odpovědi „jiná odpověď“, kterou respondent doplní volnou odpovědí). Při sestavování dotazníku je třeba dbát na srozumitelnost a jednoznačnost kladených otázek, i na jasnou formulaci pokynů k vyplňování.

Dotazník sestavený pro naše výzkumné šetření obsahuje položky zjišťující fakta, a to položky otevřené, uzavřené, i polouzavřené.

V jednotlivých položkách dotazníku jsme zjišťovali:

- zda mělo dítě odklad školní docházky, případně jeho důvod
- zda dítě navštěvovalo v předškolním věku logopeda, případně důvod logopedické péče
- zda dítě navštěvuje v současné době logopeda, popřípadě důvod
- v případě, že dítěti byla poskytována logopedická péče, kdo logopedickou péči poskytoval
- v případě, že dítěti je nebo byla poskytována logopedická péče, zda se jednalo o péči poskytovanou pouze jedním logopedem, nebo zda se v logopedické péči vystřídal více logopedů a z jakého důvodu.

Kompletní znění dotazníku uvádíme v příloze č. 1.

6.2.2 ROZHOVOR

Z hlediska pedagogického výzkumu „rozhovor slouží jako metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, spočívající v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta“ Horák (1989, s. 130).

V našem výzkumném šetření bylo rozhovoru využito především k navázání kontaktu s vyšetřovanými dětmi a dále k primárnímu seznámení s řečovým projevem dětí. Lechta (2003) uvádí řízený rozhovor a popis obrázků jako jedny z prostředků vhodných k základnímu určení jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti. V rámci realizovaného šetření byl veden rozhovor volný (nestrukturovaný), s pevnou strategií a volnou taktikou. Dětem byly předloženy obrázky, od kterých se odvíjel rozhovor. (Na obou obrázcích byla vyfotografována vlaková nádraží: na jednom malá vlaková stanice, na druhém velké vlakové nádraží.) Ukázky obrázků jsou přiloženy v příloze č. 3. Děti byly vyzvány k pozornému prohlédnutí obrázků a měly určit, co mají oba obrázky společného. Jejich dalším úkolem byl zpravidla popis jednoho z obou obrázků. Následně měly určit, čím se obrázky liší. Dále jsme se dětí ptali na detaily obou obrázků (ptali jsme se např., které roční období je na obrázku zachyceno a podle čeho se to dá poznat,...). Děti také určovaly, který obrázek se jim více líbí a proč. V závěru rozhovoru jsme se dětí ptali, jestli už někdy cestovaly vlakem, jestli vlakem cestují rády a kterým dopravním prostředkem cestují nejraději.

Při rozhovoru s dětmi nebyl pro účel našeho šetření klíčovým obsah, nýbrž forma jejich odpovědí.

6.2.3 VYŠETŘENÍ VÝSLOVNOSTI

Po úvodním rozhovoru s dítětem, při kterém byla sledována korektnost zvuků při spontánní navozené konverzaci, probíhalo vyšetření výslovnosti formou produkce jednotlivých slov, kdy vyšetřované dítě opakovalo slova po vyšetřujícím. Byly sledovány vokály i konsonanty jednotlivě, poté ve slovech v pozici iniciální (na začátku slova), mediální (uprostřed slova) a finální (na konci slova). V příloze č. 4 uvádíme výčet slov, užitých při vyšetření.

6.2.4 VYŠETŘENÍ MOTORIKY MLUVIDEL

Vyšetření motoriky mluvidel jsme provedli po vyšetření výslovnosti, v závěru interakce s dítětem. Toto vyšetření pro nás mělo spíše orientační význam. Vyšetřovanému dítěti jsme slovně popsali požadovaný úkon a zároveň examinátor požadovaný motorický úkon provedl. Poté mělo dítě daný úkon provést samostatně. Hodnotila se kvalita provedení jednotlivých úkonů.

Pro naše šetření jsme vybrali některé úkony z *Testu izolovaných orálních pohybů* (LaPointe, Wertz In Lechta, 1990) a z *Myofunkční terapie* (Kittel, 1999). Sledovali jsme aktivitu jazyka, rtů a patrohltanového uzávěru:

jazyk:

- *protruze (vysunutí jazyka dopředu)*
- *pohyb vysunutého jazyka laterálně*
- *při otevřeném čelistním úhlu se dotknout hrotem jazyka středu horního rtu*
- *při otevřeném čelistním úhlu olíznout horní, poté spodní ret*
- *při zavřených ústech tlačit jazykem v předsíni dutiny ústní směrem dolů, poté směrem nahoru („opička“)*
- *při zavřených ústech tlačit jazykem do stran („bonbón“)*
- *při otevřeném čelistním úhlu klepat hrotem jazyka na tvrdé patro, bez pohybu dolní čelisti*
- *při otevřeném čelistním úhlu přisát hrot a středovou část jazyka na horní patro, udržet několik vteřin, poté spustit („koník“), bez pohybu dolní čelisti*
- *frkání, které popisuje Chvatcev – bez hlasu / s hlasem (Svačina, 1972)*

rtý:

- *protruze („pusa“)*
- *usmát se / s ukázáním zubů*

patrohltanový uzávěr:

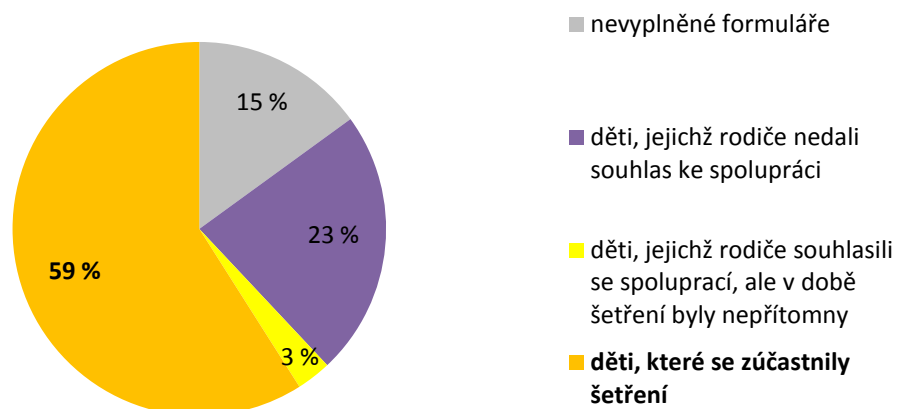
- *nafouknout líce – udělat „pu“.*

6.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Před započítím vlastního výzkumného šetření byli osloveni ředitelé čtyř náhodně zvolených základních škol kyjovského regionu a byli požádáni o svolení k provedení šetření na jejich škole. Všichni oslovení ředitelé souhlasili s podmínkami výzkumného šetření a dali souhlas k jeho uskutečnění na škole. Rodičům (zákonným zástupcům) dětí druhých tříd vybraných základních škol byly prostřednictvím třídních učitelek předány obálky s formuláři a krátkými dotazníky (viz příloha č. 1). Ve formulářích rodiče vyjadřovali souhlas ke spolupráci s jejich dětmi. Vyplněné formuláře i dotazníky vraceli rodiče, opět prostřednictvím třídních učitelek, v zalepených obálcích. Toto opatření jsme provedli pro zachování ochrany důvěrných informací. Autorka se zavázala použít získané informace pouze k účelům této diplomové práce a neposkytnout je žádné třetí osobě. Návratnost formulářů s dotazníky byla 115 ze 135, tedy 85 %. Vlastní šetření dále probíhalo pouze u dětí, jejichž rodiče dali souhlas ke spolupráci s dítětem. Rodiče souhlasili se spoluprací v 84 případech ze 115, což činilo 73 %.

Práce s každým dítětem probíhala individuálně. K vyšetření výslovnosti bylo zapotřebí klidného a nerušeného prostředí. Ve všech školách byla tato podmínka splněna poskytnutím volné místnosti k provedení šetření. Šetření bylo především časově značně náročné, doba šetření u každého dítěte byla asi 20 minut. Na některých školách nám bylo umožněno pracovat s dětmi během vyučování, na jiných školách probíhala práce s dětmi pouze v době jejich pobytu ve školní družině. Výzkumné šetření na školách probíhalo v termínu od 15. února 2010 do 25. června 2010. Z celkového počtu 84 dětí byly 4 děti v době šetření z důvodu nemoci nepřítomny. Celkem bylo vyšetřeno 80 dětí. Graf 1 popisuje soubor dětí vybraných pro šetření.

Graf 1 Soubor dětí vybraných pro šetření



6.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

6.4.1 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor našeho výzkumného šetření tvořily děti druhých ročníků základních škol.

Při popisu výběru jedinců do výzkumného vzorku používá Horák (1989) pojmy základní soubor a výběr. Přičemž základním souborem rozumí všechny jedince patřící do skupiny, kterou zkoumáme, a výběrem rozumí určitý počet jedinců vybraných ze základního souboru. *Základním souborem* pro naše výzkumné šetření byly všechny děti druhých ročníků základních škol kyjovského regionu, *výběrem* bylo 135 dětí druhých ročníků ze čtyř vybraných základních škol v kyjovském regionu. Výběr jedinců byl uskutečněn skupinovým výběrem. Podle Horáka (1989, s. 64) se „tato výběrová technika používá v případě, že základní soubor je uspořádán do určitých skupin“. V našem případě je základní soubor dětí druhých ročníků základních škol kyjovského regionu rozdělen do určitého počtu tříd, výběr činily děti ze sedmi náhodně zvolených tříd.

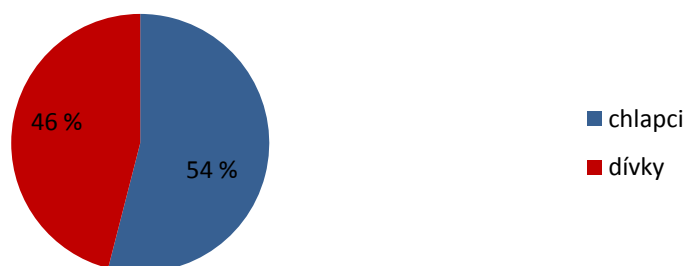
6.4.2 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor (soubor dětí, které se zúčastnily výzkumného šetření) zahrnoval 80 dětí druhých ročníků základních škol kyjovského regionu. Děti byly ze sedmi tříd čtyř základních škol. Výzkumný soubor dále charakterizujeme z hlediska pohlaví a z hlediska věku.

▪ Popis výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 80 dětí, z toho 43 chlapců, což je 54 % a 37 dívek, tj. 46 %. Počet dětí obou pohlaví byl poměrně vyrovnaný (viz graf 2).

Graf 2 Struktura výzkumného souboru podle pohlaví



▪ Popis výzkumného souboru z hlediska věku

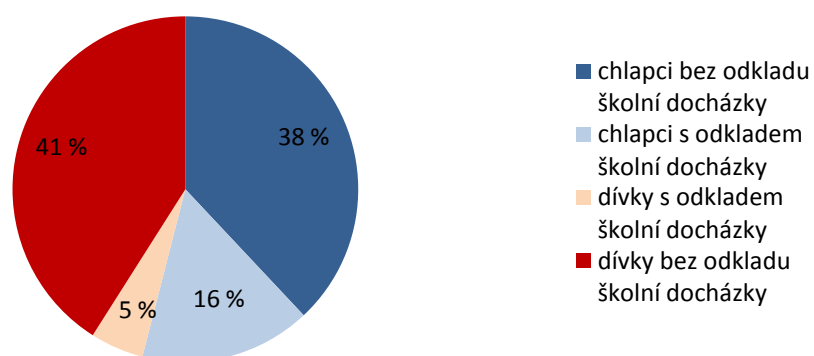
Ve druhých ročnících základních škol bývají zpravidla děti ve věku sedmi či osmi let. Pro účely naší práce rozlišujeme děti, které nastoupily do školy po dovršení šesti let a děti, které měly odloženou školní docházku (viz tabulka 1, graf 3). Děti, které nastoupily do školy bez odkladu školní docházky (dále OŠD), jsou ve druhém ročníku zpravidla ve věku sedmi let až sedmi let a jedenácti měsíců, děti s OŠD mají ve druhém ročníku osm let až osm let a jedenáct měsíců.

Ve výzkumném souboru je 63 dětí, tj. 79 %, které nastoupily do školy po dovršení šesti let věku a 17 dětí s OŠD, tj. 21 %. Odklad školní docházky měli častěji chlapci, a to v 16 % případů. Dívky měly OŠD jen v 5 % případů.

Tabulka 1 Struktura výzkumného souboru podle doby zahájení školní docházky

nástup do školy	chlapci		dívky		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
běžný nástup do školy	30	37,50	33	41,25	63	78,75
odklad školní docházky	13	16,25	4	5,00	17	21,25

Graf 3 Struktura výzkumného souboru podle doby zahájení školní docházky



7 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

7.1 VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK

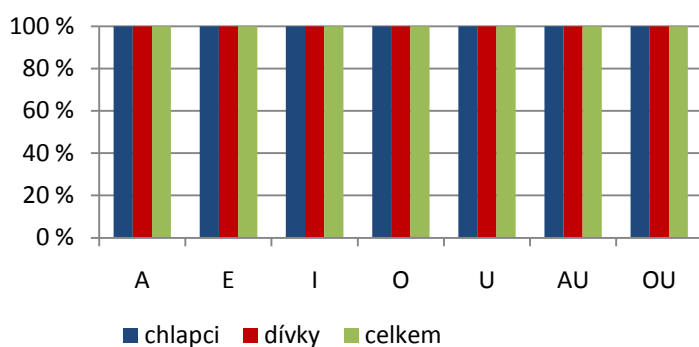
V rámci vyšetření výslovnosti jsme sledovali správnost výslovnosti jednotlivých hlásek (viz tabulka 2). Porovnávali jsme výslovnost chlapců a dívek. Výslovnost vokálů i diftongů byla u chlapců i dívek správná ve 100 % případů (graf 4). Bilabiální okluzivy P, M byly vyslovovány správně ve 100 % případů, hláska B v 99 % případů. Labiodentální konstriktivy F, V vyslovovalo správně 100 % dětí. Prealveolární okluzivu T vyslovovalo správně 98 % dětí, hlásku D 84 % dětí a hlásku N vyslovovalo správně 100 % dětí. Prealveolární laterální konstriktivu L vyslovovalo správně 98 % dětí. Výslovnost vibranty R byla správná u 85 % dětí. Vibrantu Ř vyslovovalo správně 78 % dětí, přičemž byly výrazné rozdíly mezi výskytem správné výslovnosti u chlapců a u dívek (správná výslovnost u chlapců byla v 70 % případů, u dívek v 86 % případů). Výrazné rozdíly ve správné výslovnosti chlapců a dívek se objevily také u prealveolárních konstriktiv S (u 74 % chlapců a u 95 % dívek), Z (u 74 % chlapců a 97 % dívek) a u semiokluzivy C (u 74 % chlapců a u 95 % dívek). Méně významné rozdíly byly u postalveolárních konstriktiv Š (u 72 % chlapců a u 84 % dívek), Ž (u 81 % chlapců a 86 % dívek) a u semiokluzivy Č (u 74 % chlapců a 86 % dívek). Palatální hlásky Ť, J vyslovovalo správně 99 % dětí, hlásky Ď, Ň vyslovovalo správně 100 % dětí. Výslovnost velárních hlásek K, G, CH a laryngální hlásky H byla správná ve 100 % případů. Shluky konsonantů -VL- vyslovovalo správně 98 % dětí, -PL- 100 % dětí a -STL- 94 % dětí (viz graf 5).

Nejvyšší výskyt vadné výslovnosti byl u hlásek Ř a Š, tyto hlásky vyslovovalo vadně 23 % dětí. Vysoké procento odchylek v artikulaci

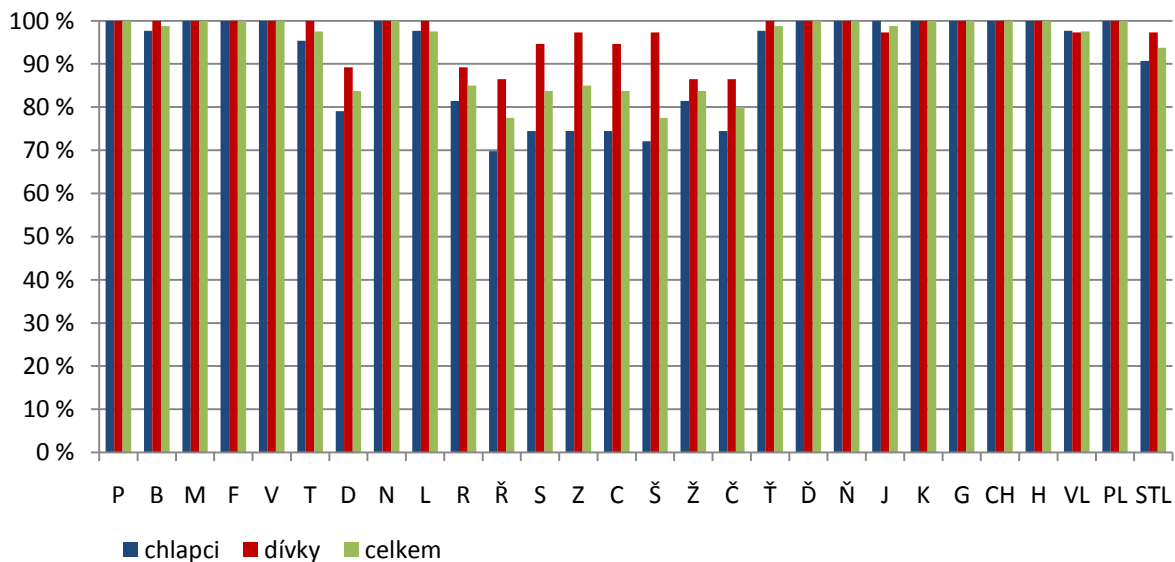
se objevovalo také u hlásek D (16 %), R (15 %) a u sykavek (průměrně 17,5 %).

Nejvyšší výskyt správné výslovnosti byl u vokálů a diftongů (100 %), hlásek labiálních, palatálních, velárních a u laryngální hlásky H.

Graf 4 Výskyt správné výslovnosti vokálů a diftongů



Graf 5 Výskyt správné výslovnosti jednotlivých hlásek



Tabulka 2 Výskyt správné výslovnosti jednotlivých hlásek

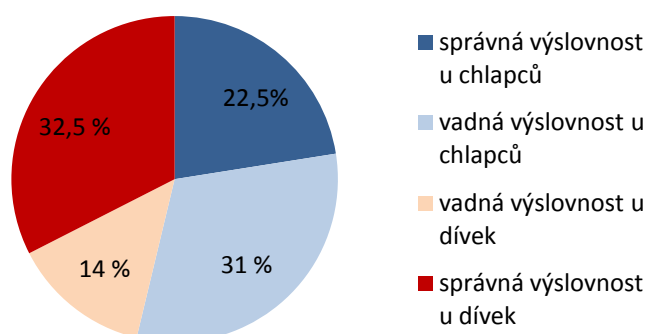
hláska	chlapci		dívky		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
A	43	100	37	100	80	100
E	43	100	37	100	80	100
I	43	100	37	100	80	100
O	43	100	37	100	80	100
U	43	100	37	100	80	100
AU	43	100	37	100	80	100
OU	43	100	37	100	80	100
P	43	100	37	100	80	100
B	42	97,67	37	100	79	98,75
M	43	100	37	100	80	100
F	43	100	37	100	80	100
V	43	100	37	100	80	100
T	41	95,35	37	100	78	97,50
D	34	79,07	33	89,19	67	83,75
N	43	100	37	100	80	100
L	41	95,35	37	100	78	97,50
R	35	81,40	33	89,19	68	85,00
Ř	30	69,77	32	86,49	62	77,50
S	32	74,42	35	94,60	67	83,75
Z	32	74,42	36	97,30	68	85,00
C	32	74,42	35	94,60	67	83,75
Š	31	72,10	31	83,78	62	77,50
Ž	35	81,40	32	86,49	67	83,75
Č	32	74,42	32	86,49	64	80,00
Ť	42	97,67	37	100	79	98,75
Ď	43	100	37	100	80	100
Ň	43	100	37	100	80	100
J	43	100	36	97,30	79	98,75
K	43	100	37	100	80	100
G	43	100	37	100	80	100
CH	43	100	37	100	80	100
H	43	100	37	100	80	100
-VL-	42	97,67	36	97,30	78	97,50
-PL-	43	100	37	100	80	100
-STL-	39	90,70	36	97,30	75	93,75

- **Celkový přehled aktuálního stavu výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu**

Z celkového počtu 80 dětí mělo 44 dětí (tj. 55 %) správnou výslovnost (viz graf 6). Z toho bylo 18 chlapců, tj. 23 % z celkového počtu dětí a 26 dívek, tj. 33 % z celkového počtu vyšetřených dětí.

Dyslálii jsme zaznamenali u 36 dětí (tj. ve 45 %), z toho bylo 25 chlapců (31 %) a 11 dívek (14 %).

Graf 6 Celkový přehled aktuálního stavu výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu



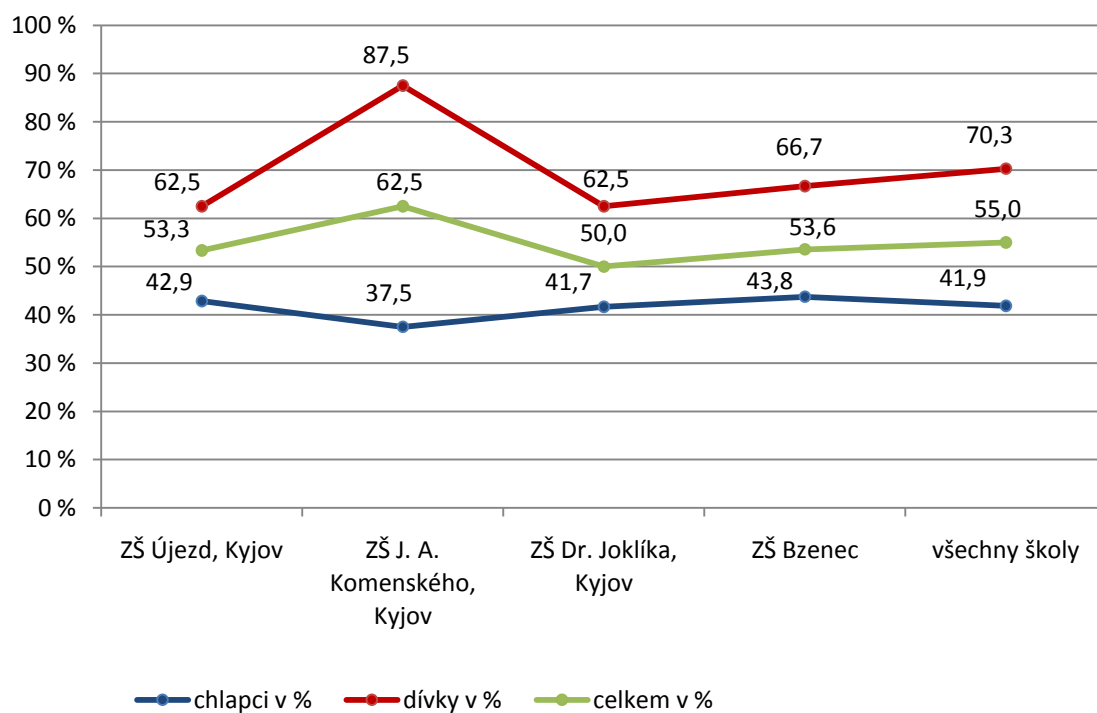
- **Výskyt správné výslovnosti hlásek u dětí ve druhých třídách na jednotlivých školách**

Výzkumné šetření probíhalo na čtyřech základních školách kyjovského regionu: ZŠ Újezd, Kyjov; ZŠ J. A. Komenského, Kyjov; ZŠ Dr. Joklíka, Kyjov a ZŠ Bzenec. Ve výskytu správné výslovnosti dětí nebyly mezi školami významné rozdíly (viz tabulka 3, graf 7). Výskyt správné výslovnosti se pohyboval v rozmezí od 50 % (ZŠ Dr. Joklíka, Kyjov) do 62,5 % (ZŠ J. A. Komenského, Kyjov). Správná výslovnost hlásek se objevuje v průměru u 55 % dětí.

Tabulka 3 Výskyt správné výslovnosti hlásek u dětí ve druhých třídách na jednotlivých školách

škola	chlapci		dívký		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
ZŠ Újezd, Kyjov	3	42,86	5	62,50	8	53,33
ZŠ J. A. Komenského, Kyjov	3	37,50	7	87,50	10	62,50
ZŠ Dr. Joklíka, Kyjov	5	41,67	5	62,50	10	50,00
ZŠ Bzenec	7	43,75	8	66,67	15	53,57
všechny školy	18	41,86	26	70,27	44	55,00

Graf 7 Výskyt správné výslovnosti hlásek u dětí ve druhých třídách na jednotlivých školách



7.1.1 ANALÝZA VADNÉ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK

Při hodnocení výslovnosti dětí jsme se snažili nejen o rozlišení správné výslovnosti od vadné výslovnosti, ale také o určení projevů dyslálie. Posuzovali jsme také výslovnost hlásek v různých pozicích ve slově, tj. izolovaně, v pozici iniciální, mediální a finální (viz tabulka 4).

Některé vadně vyslovované hlásky byly vyslovovány stejným způsobem bez ohledu na pozici hlásky ve slově (B, T, Z, Č, Ť, J). Odchytky v artikulaci většiny dalších hlásek se lišily v závislosti na pozici hlásky ve slově jen nepatrně (výslovnost hlásky L a shluků hlásek -VL- a -STL- byla častěji vadná ve finální pozici, u hlásek C a Š se naopak vadná výslovnost ve finální pozici vyskytovala méně často; odchytky v artikulaci hlásek S a Ž byly méně časté v pozici izolovaných hlásek). U hlásek R, Ř byl nejvýraznější rozdíl ve vadné výslovnosti vzhledem k pozici hlásek ve slově. Obě hlásky byly vadně vyslovovány nejčastěji v pozici iniciální a mediální, méně často se vyskytovaly odchytky v artikulaci v pozici finální, či izolovaně. Hláška D byla vadně vyslovována nejčastěji v pozici mediální.

Podle projevů dyslálie jsme rozlišovali eliminace, substituce a distorze hlásek. Eliminace a substituce se vyskytovaly pouze ojediněle. Zaznamenali jsme v jednom případě eliminaci hlásek R a Ř a jednu substituci hlásky R (hláška R byla nahrazována hláskou L). Nejčastějším typem dyslálie byly distorze hlásek. Ve dvou případech jsme zaznamenali nekonstantní dyslálii, kdy děti vyslovovaly hlásku (R; Ř) vadně, různým způsobem. V dalších případech byla hláška R tvořena jednokmitně, vícekmitně, velárně, či jinak vadně. Bilabiální hláška B byla v jednom případě vyslovována labiodentálně. Nejčastějším typem distorze byla interdentalní výslovnost hlásek T, S, Z a C. Různé typy distorze se objevovaly u hlásky D (hláška byla tvořena addentálně, palatálně, dyšně, či jiným způsobem). U ostatních hlásek se nám nepodařilo určit blíže typ vadné výslovnosti.

Tabulka 4 Analýza vadné výslovnosti hlásek

vadně vyslovované hlásky	pozice vadně vyslovované hlásky				projev dyslálie		
	izolovaná	iniciální	mediální	finální	eliminace	substituce	distorze
B	1	1	1	-	-	-	labiodentální:1
T	2	2	2	2	-	-	interdentální: 2
D	10	10	13	-	-	-	addentální: 6 palatální: 2 dyšné: 3 ostatní: 2
L	1	1	1	2	-	-	2
R	8	12	12	9	1	1 [l]	jednokmitné: 1 vícekmitné: 1 velární: 2 nekonstantní: 1 ostatní: 7
Ř	13	18	18	13	1	-	nekonstantní: 1 ostatní: 17
S	11	13	13	13	-	-	interdentální: 1 ostatní: 12
Z	12	12	12	-	-	-	interdentální: 1 ostatní: 11
C	13	13	13	12	-	-	interdentální: 1 ostatní: 12
Š	18	18	18	17	-	-	18
Ž	12	13	13	-	-	-	13
Č	16	16	16	16	-	-	16
Ť	1	1	1	1	-	-	1
J	1	1	1	1	-	-	1
-VL-	-	-	1	2	-	-	2
-STL-	4	4	4	5	-	-	5

7.1.2 VÝSKYT DALŠÍCH FOREM NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ SLEDOVANÉHO SOUBORU

Přestože naše výzkumné šetření bylo zaměřeno na výskyt dyslálie, zaznamenali jsme některé další formy narušené komunikační schopnosti u dětí (tabulka 5). Pro stanovení přesné diagnózy by však bylo nezbytné provést speciální vyšetření, námi zjištěné údaje jsou pouze orientační.

Dalšími zjištěnými formami narušené komunikační schopnosti byly poruchy hlasu (chraptivost a nízko posazený hlas neodpovídající věku dítěte), rinolalie a tumultus sermonis. Poruchy hlasu jsme zjistili u dvou dětí (tj. 2,5 %), rinofonii u čtyř dětí (tj. 5 %) a tumultus sermonis u jednoho dítěte (tj. 1,3 %).

Tabulka 5 Výskyt dalších forem narušené komunikační schopnosti

forma narušené komunikační schopnosti	chlapci		dívky		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
poruchy hlasu	2	4,7	0	0,0	2	2,5
rinolalie	4	9,3	0	0,0	4	5,0
tumultus sermonis	0	0,0	1	2,7	1	1,3

7.2 VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ MOTORIKY MLUVIDEL

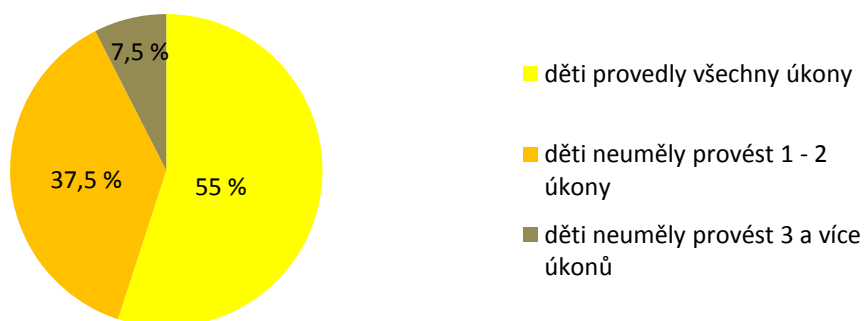
Vyšetření motoriky mluvidel mělo pro naše šetření spíše orientační význam, níže uvádíme pouze souhrnné výsledky tohoto orientačního vyšetření (tabulka 6, graf 8). Všechny motorické úkony provedlo 44 dětí (22 chlapců a 22 dívek) z celkového počtu 80 dětí, což je 55 %. Celkem 30 dětí (tj. 37,5 %) neumělo provést jeden až dva úkony a šest dětí (tj. 7,5 %) neumělo provést tři a více motorických úkonů. Největší počet neprovedených úkonů bylo pět úkonů (zaznamenáno u dvou žáků).

Nejčastěji neprovedeným úkonem bylo *frkání* (zaznamenáno u 22,5 % dětí), poté *při otevřeném čelistním úhlu klepat hrotem jazyka na tvrdé patro, bez pohybu dolní čelisti* (13,8 %) a *při otevřeném čelistním úhlu přisát hrot a středovou část jazyka na horní patro, udržet několik vteřin, poté spustit („koník“), bez pohybu dolní čelisti* (10 % dětí).

Tabulka 6 Vyšetření motoriky mluvidel - realizace úkonů

realizace úkonů	chlapci		dívky		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
děti provedly všechny úkony	22	51	22	60	44	55,0
děti neuměly provést 1 - 2 úkony	17	40	13	35	30	37,5
děti neuměly provést 3 a více úkonů	4	9	2	5	6	7,5

Graf 8 Vyšetření motoriky mluvidel - realizace úkonů



Při vyhodnocování vyšetření motoriky mluvidel jsme srovnávali realizaci úkonů dětí se správnou výslovností a dětí s dyslálií (tabulka 7). Výskyt úspěšnosti v realizaci motorických úkonů byl u obou skupin dětí srovnatelný. Děti se správnou výslovností realizovaly všechny motorické úkony v 56,8 % případů, děti s dyslálií v 52,8 % případů. Jeden až dva úkony neumělo provést 36,4 % dětí se správnou výslovností a 38,9 % dětí s dyslálií. Tři a více neprovedených úkonů bylo zaznamenáno u 6,8 % dětí se správnou výslovností a u 8,3 % dětí s dyslálií.

Tabulka 7 Vyšetření motoriky mluvidel - srovnání realizace motorických úkonů u dětí se správnou výslovností a u dětí s dyslálií

realizace motorických úkonů	děti se správnou výslovností		děti s dyslálií	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
děti provedly všechny úkony	25	56,8	19	52,8
děti neuměly provést 1 - 2 úkony	16	36,4	14	38,9
děti neuměly provést 3 a více úkonů	3	6,8	3	8,3

7.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

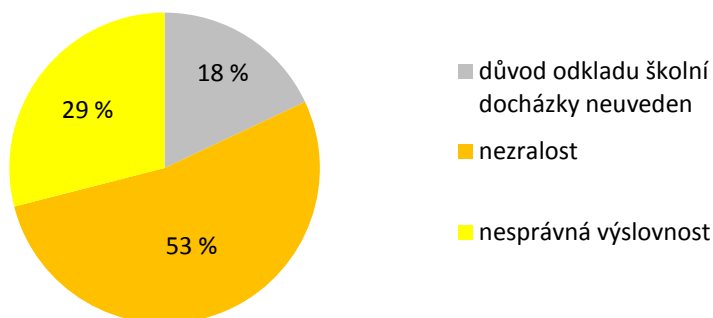
Dotazníky, na které odpovídali rodiče dětí, obsahovaly kromě kontaktních údajů položky týkající se doby zahájení školní docházky a poskytování logopedické péče dětem.

▪ Doba zahájení školní docházky

Dotazníková položka týkající se doby zahájení školní docházky byla vyhodnocena při popisu výzkumného souboru (viz podkapitola 6.4.2). Odklad školní docházky mělo 17 dětí, tj. 21 % z celkového počtu dětí.

Zjišťovali jsme také důvod odkladu školní docházky (viz graf 9). Rodiče uváděli nejčastěji jako důvod odkladu nezralost dítěte. Nezralost byla uvedena v devíti případech, tj. v 53 % případů (z toho rodiče uváděli: 1x celková nezralost, 1x školní nezralost, 2x sociální nezralost, 1x nezralost a hravost, 1x nezralost a hyperaktivita a 3x nezralost bez bližší specifikace). V pěti případech, tj. 29 % rodičů uvedlo jako důvod odkladu školní docházky nesprávnou výslovnost dětí (z toho: 1x nesprávná výslovnost a potíže s udržením pozornosti, 1x nesprávná výslovnost a hravost, 1x rozštěp patra a 2x nesprávná výslovnost bez bližší specifikace). Ve třech případech rodiče neuvedli důvod odkladu školní docházky.

Graf 9 Důvod odkladu školní docházky



▪ Poskytování logopedické péče dětem

Z celkového počtu 80 dětí byla v předškolním věku poskytována logopedická péče 44 dětem (tj. v 55 % případů). Z toho byla logopedická péče poskytována 29 chlapcům a 15 dívkám, což je dvakrát častěji u chlapců než u dívek.

V současnosti navštěvuje logopeda šest dětí (pět chlapců a jedna dívka), což činí 7,5 % z celkového počtu 80 dětí (viz tabulka č. 8).

Tabulka 8 Poskytování logopedické péče dětem

poskytovaná logopedická péče	chlapci		dívky		celkem	
	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
v předškolním věku	29	67,4	15	40,5	44	55,0
v současnosti	5	11,6	1	2,7	6	7,5

• Důvod poskytování logopedické péče dětem v předškolním věku

Jako důvod poskytování logopedické péče dětem v předškolním věku uvedli rodiče v pěti případech nesprávnou výslovnost bez bližší specifikace. Osm rodičů neuvedlo důvod poskytování logopedické péče.

Ostatní rodiče, tj. 31 rodičů uvádělo jako důvod poskytování logopedické péče nesprávnou výslovnost konkrétních hlásek. Nejčastěji byla uváděna nesprávná výslovnost vibrant (viz graf 10). Hlásku R uvedlo

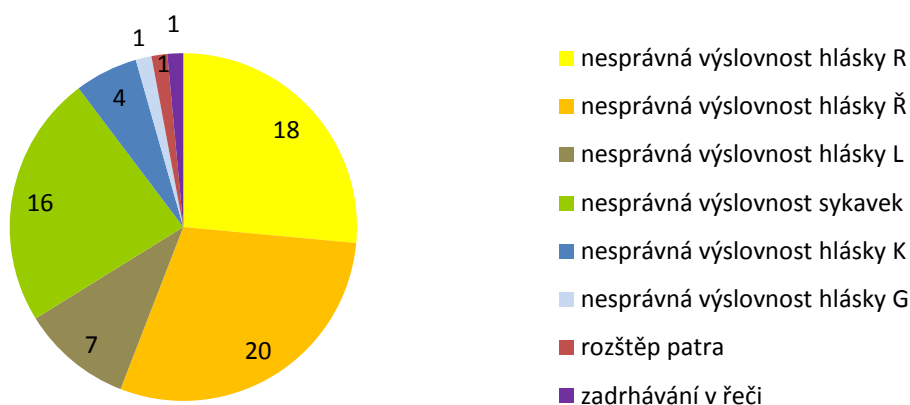
18 rodičů (tj. 58 %), hlásku Ř uvedlo 20 rodičů (tj. 65 %). Poměr zastoupení nesprávné výslovnosti vibrant u chlapců a dívek byl přitom srovnatelný (nesprávná výslovnost hlásky R byla uvedena u deseti chlapců a osmi dívek, nesprávná výslovnost hlásky Ř byla uvedena u jedenácti chlapců a devíti dívek).

Druhou nejčastěji uváděnou skupinou nesprávně vyslovovaných hlásek byly sykavky. Nesprávnou výslovnost sykavek uvedlo 16 rodičů (tj. 52 %), přičemž výrazně převažoval počet chlapců (třináct chlapců a tři dívky).

Rodiče uváděli také další nesprávně vyslovované hlásky: sedm rodičů uvedlo hlásku L (tj. 23 %), čtyři rodiče uvedli hlásku K (tj. 13 %) a jeden rodič uvedl hlásku G (tj. 3 %).

Jako důvod logopedické péče byl v jednom případě uveden rozštěp patra a jednou zadržávání v řeči.

Graf 10 Důvod poskytování logopedické péče dětem v předškolním věku



Pozn.: Čísla v grafu vyjadřují počet dětí s daným problémem

• Důvod poskytování logopedické péče dětem v současnosti

Z celkového počtu šesti dětí, kterým je v současnosti poskytována logopedická péče, navštěvují logopeda dvě děti z důvodu vadné výslovnosti hlásek R a Ř (jeden chlapec a jedna dívka). Jeden chlapec navštěvuje logopeda z důvodu nesprávné výslovnosti sykavek a jednou uvedli rodiče jako důvod logopedické péče nesprávnou výslovnost bez bližší specifikace. Rodiče od dvou dětí neuvedli důvod logopedické péče.

• **Poskytovatel logopedické péče**

Logopedickou péčí dětem nejčastěji poskytoval klinický logoped, a to v 55 % případů (viz tabulka 9). Logopeda ve speciálně pedagogickém centru logopedickém nenavštěvovalo žádné z vyšetřovaných dětí. Mateřskou školu logopedickou navštěvovalo sedm dětí (tj. 16 %), z toho šest chlapců a jedna dívka. Základní školu logopedickou navštěvoval jeden chlapec. *Jinou možností* poskytování logopedické péče využívalo 13 dětí (tj. 30 %), z toho šest dětí mělo logopeda v běžné mateřské škole, dvě děti navštěvovala logopedka jednou týdně v mateřské škole, jedno dítě navštěvovalo logopedický kroužek v mateřské škole, jedno dítě bylo v logopedické třídě běžné mateřské školy a třem dětem byla poskytována logopedická péče logopedem na běžné základní škole.

Tabulka 9 Poskytovatel logopedické péče

poskytovatel logopedické péče		chlapci		dívky		celkem	
		počet	výskyt v %	počet	výskyt v %	počet	výskyt v %
klinický logoped		14	48,3	10	66,7	24	54,5
logoped ve SPC logopedickém		0	0,0	0	0,0	0	0,0
logoped v MŠ logopedické		6	20,7	1	6,7	7	15,9
logoped na ZŠ logopedické		1	3,4	0	0	1	2,3
jiná možnost:	- logoped v běžné MŠ	5	17,2	1	6,7	6	13,6
	- logoped docházející 1x týdně do MŠ	0	0,0	2	13,3	2	4,5
	- logopedický kroužek v MŠ	1	3,4	0	0,0	1	2,3
	- logopedická třída v běžné MŠ	0	0,0	1	6,7	1	2,3
	- logoped na běžné ZŠ	3	10,3	0	0,0	3	6,8

Logopedickou péčí dětem poskytoval v 82 % případů jeden logoped. Pouze osm dětí (tj. 18 %) vystřídal během logopedické péče více logopedů. Důvodem střídání logopedů bylo ve dvou případech ukončení činnosti logopeda a nástup nového logopeda. V jednom případě se v logopedické péči o dítě střídaly dvě učitelky v mateřské škole.

Jedno dítě změnilo logopeda z důvodu lepší dostupnosti logopedické péče (blíže místa bydliště). Jedno dítě změnilo logopeda při postupu z mateřské školy do školy základní. Dvě děti změnilo logopeda z důvodu malých pokroků v rámci intervence. V jednom případě rodiče důvod změny logopeda neuvedli.

• **Srovnání výslovnosti dětí, kterým byla v předškolním věku poskytována logopedická péče a dětí bez logopedické péče**

V předškolním věku byla logopedická péče poskytována 44 dětem (tj. 55 %). Ostatním 36 dětem (tj. 45 %) v předškolním věku logopedická péče poskytována nebyla. V naší práci jsme se zaměřili na srovnání současného stavu výslovnosti obou skupin dětí - dětí, kterým byla v předškolním věku poskytována logopedická péče a dětí bez logopedické péče (viz tabulka 10, graf 11, 12).

Tabulka 10 Srovnání současného stavu výslovnosti dětí, kterým byla v předškolním věku poskytována logopedická péče a dětí, kterým logopedická péče poskytována nebyla

logopedická péče v předškolním věku	současný stav výslovnosti											
	správná výslovnost						dyslálie					
	chlapci		dívky		celkem		chlapci		dívky		celkem	
	počet	*%	počet	*%	počet	*%	počet	*%	počet	*%	počet	*%
byla poskytována	7	16,3	9	24,3	16	20,0	22	51,2	6	16,2	28	35,0
nebyla poskytována	11	25,6	17	45,9	28	35,0	3	7,0	5	13,5	8	10,0

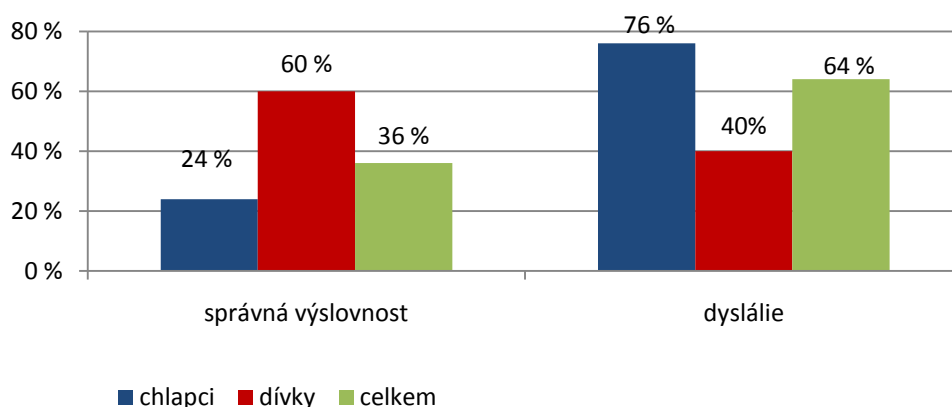
* (znamená výskyt v %)

Při sledování aktuálního stavu výslovnosti dětí, kterým byla v předškolním věku poskytována logopedická péče, jsme zjistili výrazné rozdíly ve výslovnosti chlapců a dívek. Dívky, kterým byla poskytována logopedická péče, mají v současnosti v 9 případech z 15 správnou výslovnost (tj. 60 %). Procento správné výslovnosti u chlapců, kterým byla

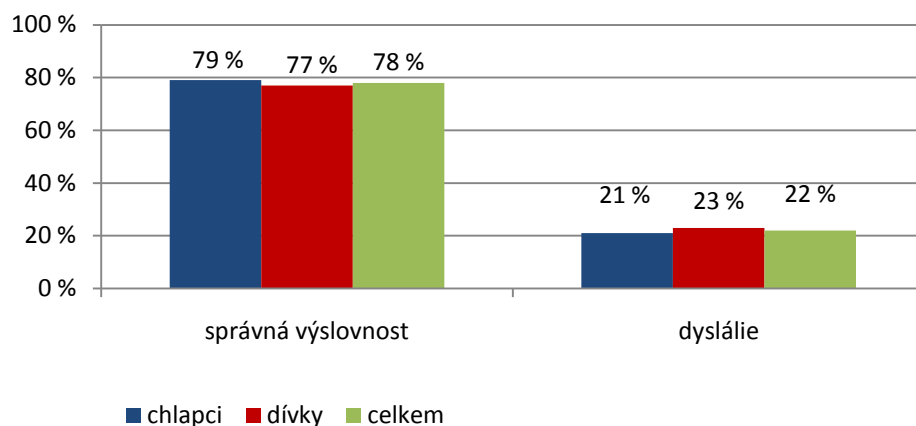
poskytována logopedická péče, je výrazně nižší. Z 29 chlapců má správnou výslovnost zatím pouze 7 chlapců (tj. 24 %).

U chlapců a dívek, kterým nebyla poskytována logopedická péče, je výskyt správné výslovnosti srovnatelný. Dívky mají správnou výslovnost v 17 případech z 22 (tj. v 77 %), chlapci v 11 případech ze 14 (tj. v 79 %).

Graf 11 Aktuální stav výslovnosti dětí, kterým byla v předškolním věku poskytována logopedická péče



Graf 12 Aktuální stav výslovnosti dětí, kterým nebyla poskytována logopedická péče



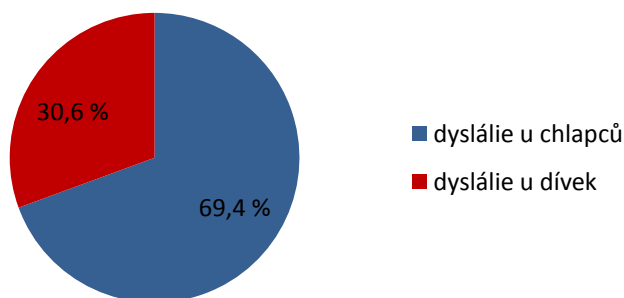
8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

VYŠETŘENÍ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK

V rámci vyšetření výslovnosti hlásek jsme zjistili **výskyt správné výslovnosti u 44 dětí, tj. 55 %** z celkového počtu 80 dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu. Výskyt správné výslovnosti byl vyšší u dívek. Správnou výslovnost jsme zaznamenali u 26 dívek, tj. v 70 % případů a u 18 chlapců, tj. ve 42 % případů.

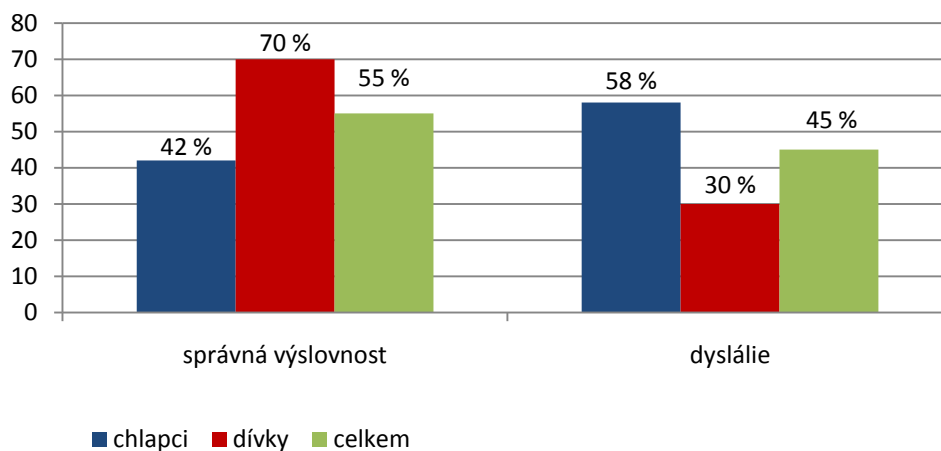
U 36 dětí, tj. 45 %, jsme zaznamenali vadnou výslovnost hlásek. Výskyt dyslálie byl vyšší u chlapců, a to zhruba v poměru 2 : 1 (viz graf 13).

Graf 13 Poměr zastoupení dyslálie u chlapců a u dívek



Celkový přehled aktuálního stavu výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu uvádí graf 14.

Graf 14 Celkový přehled aktuálního stavu výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu



Procento výskytu dyslálie, které jsme v našem výzkumném šetření zjistili, tj. **45 %**, je poměrně vysoké. A to i přes to, že výsledky ze statistických šetření frekvence výskytu dyslálie se v čase liší (viz kapitola 4.3 Výskyt dyslálie). Srovnání našich výsledků s výsledky statistických šetření je však problematické, neboť statistiky často uvádějí výsledky dětí ze širší věkové skupiny, než je náš vzorek dětí druhého ročníku. Nejčastěji uváděnými skupinami dětí ve statistických šetřeních jsou děti předškolního věku, dále školní začátečníci (tj. děti ve věku šesti až sedmi let), děti prvního stupně základních škol (tj. z 1. - 5. ročníku) a děti druhého stupně základních škol. Skupinu dětí v našem výzkumném šetření tak musíme porovnávat se skupinou dětí celého prvního stupně základních škol. Protože však výskyt dyslálie u dětí s narůstajícím věkem klesá, je srovnávání výslovnosti dětí z jednoho ročníku s průměrem výslovnosti dětí z pěti různých ročníků poněkud nepřesné.

Námi zjištěný údaj o výskytu dyslálie se nejvíce blíží číslu, které prezentuje Krahulcová (2003); výskyt vadné výslovnosti u školních začátečníků uvádí kolem 40 %. Do devíti let věku uvádí pokles výskytu dyslálie na průměrně 10 %, výskyt dyslálie v jednotlivých ročnících však neudává.

Pro ilustraci rozdílných výsledků sledování výskytu dyslálie u dětí prvního stupně základních škol uvádíme údaje, které prezentuje

Salomonová (2003, s. 328): „V roce 1951-1952 uvádí Seeman u dětí obecné školy 24,4 % dyslalií. V roce 1973 uvádí Sovák na základě šetření Olchavové u dětí prvního stupně základní školy 42,8 % dyslalií. V roce 1989 uvádí Janotová a kol. (1991) u dětí pražských škol 38 % dyslalií.“

Bez ohledu na srovnání se statistickými šetřeními frekvence dyslálie je námi zjištěné procento výskytu dyslálie značně vysoké. Jedním z důvodů vysokého výskytu může být tzv. rozšiřování normy výslovnosti, kdy v současné společnosti narůstá tolerance k drobným odchylkám v artikulaci a dětem je tak více tolerována nepřesná výslovnost, která se pak fixuje jako vadná výslovnost.

Další možnou příčinu vyššího výskytu dyslálie bychom snad mohli spatřovat v nižší kvalitě poskytované logopedické péče dětem. Toto tvrzení však zůstává v naší práci pouze domněnkou, protože jsme kvalitu logopedické péče neměli možnost posoudit. Zároveň by ale toto tvrzení mohlo sloužit jako podnět k dalšímu zkoumání, kde by byla prověřena kvalita současné logopedické péče.

• **Výskyt vadné výslovnosti jednotlivých hlásek**

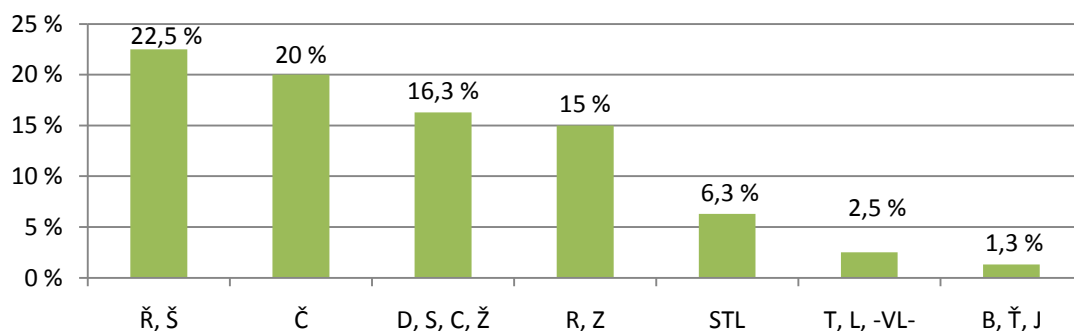
Při vyšetření výslovnosti jsme jako správnou výslovnost posuzovali pouze naprosto bezchybnou artikulaci hlásek. Podobně, pokud se vyskytla vadná výslovnost hlásky třeba jen v jedné pozici ve slově, označili jsme ji jako dyslálii.

Výslovnost samohlásek jsme zaznamenali správnou ve 100 % případů. Správně vyslovovaly děti také souhlásky P, M, F, V, N, Ď, Ň, K, G, CH, H a shluk souhlásek -PL-.

Výskyt vadně vyslovovaných hlásek je znázorněn v grafu 15. **Nejčastěji vadně vyslovovanými hláskami** byly hlásky **Ř a Š**, kdy se vadná výslovnost hlásek vyskytovala v **22,5 %** případů. Z toho chlapci vyslovovali vadně hlásku Ř ve 30 % případů a hlásku Š v 28 % případů. Dívky vyslovovaly hlásku Ř vadně v 13,5 % případů a hlásku Š v 16 % případů. Ve 20 % případů děti vyslovovaly vadně hlásku Č. Hlásky D, S, C, Ž vyslovovalo vadně 16 % dětí. Hlásky R, Z byly vyslovovány vadně 15 %

dětí. Shluk souhlásek -STL- vyslovovalo vadně 6 % dětí a 1,3 - 2,5 % dětí vyslovovalo vadně hlásky B, T, L, Ť, J a souhláskový shluk -VL-.

Graf 15 Výskyt vadně vyslovaných hlásek

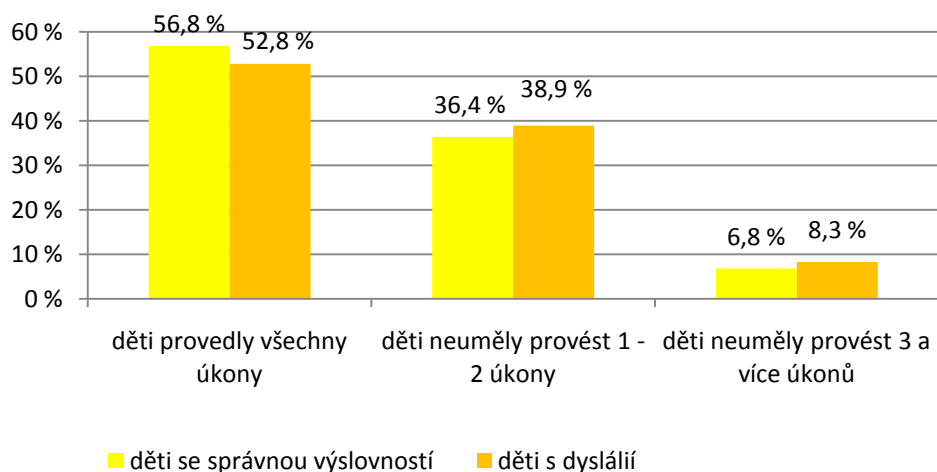


VYŠETŘENÍ MOTORIKY MLUVIDEL

V rámci vyšetření motoriky mluvidel jsme předpokládali větší potíže při realizaci motorických úkonů u dětí s dyslálií v porovnání s dětmi se správnou výslovností. Výskyt úspěšně realizovaných motorických úkonů byl však u dětí s dyslálií i u dětí se správnou výslovností zcela srovnatelný, stejně jako výskyt nesprávně realizovaných úkonů (viz graf 16).

Výsledky vyšetření nepoukazují na přímou souvislost mezi úspěšnou realizací motorických úkonů a správností artikulace.

Graf 16 Srovnání realizace motorických úkonů dětí s dyslálií a dětí se správnou výslovností

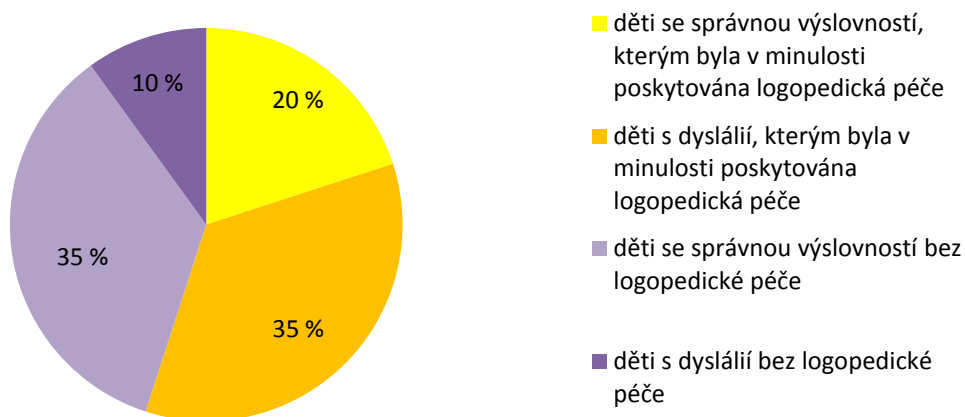


DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme zjišťovali, kolika dětem byla **poskytována logopedická péče**. V předškolním věku byla logopedická péče poskytována 44 dětem, což činí 55 %. V současnosti je logopedická péče poskytována šesti dětem, tj. 7,5 % dětí.

Dále jsme srovnávali **aktuální stav výslovnosti dětí**, kterým byla v minulosti poskytována logopedická péče a dětí bez logopedické péče (viz graf 17). Z počtu dětí, kterým byla v minulosti poskytována logopedická péče, zůstává stále ještě poměrně vysoké procento dětí (tj. 64 %), které nemají správnou výslovnost. Přestože logopedická péče je v současnosti poskytována pouze 7,5 % dětí, dyslálie byla zjištěna u 45 % dětí. Znepokojujícím je také zjištění, že z celkového počtu dětí, kterým nebyla v minulosti a není ani v současnosti poskytována žádná logopedická péče, je 10 % dětí s dyslálií.

Graf 17 Srovnání aktuálního stavu výslovnosti dětí, kterým byla v minulosti poskytována logopedická péče a dětí bez logopedické péče



Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit aktuální stav výslovnosti dětí ve druhých ročnících základních škol kyjovského regionu. Výsledky výzkumného šetření ukazují na vysoký výskyt dyslálie u dětí. Dyslálie byla zjištěna u 36 dětí z 80, tj. u 45 % vyšetřovaných dětí.

Nabízela se nám tak otázka po příčině vysokého výskytu dyslálie, na kterou jsme si odpověděli úvahou o rozšiřující se normě správné výslovnosti, nebo jinak řečeno o narůstající toleranci k nedbalé výslovnosti.

Význam správné výslovnosti pro každé dítě v počátečních ročnících základní školy je značný. Jednak napomáhá dítěti k lepšímu, bezproblémovějšímu zvládnutí elementárního učiva (např. identifikace hláska - písmeno) a jednak má obrovský význam v komunikaci (se spolužáky, s učitelem). Dyslálie (především těžšího stupně, kdy už bývá narušena srozumitelnost projevu) může mít negativní dopad na vývoj osobnosti dítěte. Děti se mohou cítit v komunikaci nejistě, mohou se začít vyhýbat slovním projevům, nebo se u nich dokonce mohou objevit pocity méněcennosti.

Je nutno podotknout, že ze zjištěných dyslálií v našem výzkumném šetření šlo v drtivé většině případů o dyslálii levis, tedy o lehký stupeň poruchy. Avšak i ten může v komunikaci působit rušivě a může být dítěti v budoucnu překážkou např. při přípravě na povolání (př. hlasový profesionál).

Z dětí vyšetřovaných ve výzkumném šetření navštěvuje v současnosti logopeda jen malé procento dětí s dyslálií. V odborné literatuře se uvádí ukončení přirozeného vývoje výslovnosti u dětí ve věku šesti až sedmi let, u těchto dětí bychom tak již neměli počítat se spontánní úpravou výslovnosti. Pokud by tedy u většiny dětí přetrvala vadná výslovnost až do dospělého věku, znamenalo by to do budoucna neobyčejně vysoký výskyt

dyslálie. Zatím zůstává otázkou, do jaké míry se tato předpověď naplní a jak bude v budoucnosti vypadat norma správné výslovnosti. Byli bychom rádi, kdyby naše diplomová práce přispěla ke zvýraznění tématu dyslálie u dětí. Zároveň apelujeme na potřebu provedení rozsáhlejšího výzkumu ke zjištění stavu výslovnosti u dětí i u dospělých.

LITERATURA

DVOŘÁK, J.: *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

GÚTHOVÁ, M.: Dyslália In KEREKRÉTIOVÁ, A. A KOL.: *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

GÚTHOVÁ, M., ŠEBIANOVÁ, D.: Terapie dyslalie In LECHTA, V. A KOL.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

HOLMANOVÁ, J.: Vývoj řeči In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M.: *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-1237-3.

HORÁK, F, CHRÁSKA, M.: *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, s. 130-131.

CHRÁSKA, M.: *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, s. 163-184. ISBN 978-80-247-1369-4.

JIRÁSEK, J., MATĚJČEK, Z., ŽLAB, Z.: *Poruchy čtení a psaní: vývojová dyslexie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1966, s. 30-32.

KEREKRÉTIOVÁ, A.: Diagnostika poruch hlasu In LECHTA, V. A KOL.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A.: Diagnostika poruch zvuku řeči In LECHTA, V. A KOL.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A.: Rinolália In LECHTA, V.: *Logopedické repetitóriium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990, s. 129. ISBN 80-08-00447-9.

KEREKRÉTIOVÁ, A.: *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009, s. 158. ISBN 978-80-223-2574-5.

KITTEL, A. M.: *Myofunkční terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-619-6.

KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 99-116. ISBN 978-80-247-1110-2.

KRAHULCOVÁ, B.: *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudemus, 2003. ISBN 80-7041-413-8.

LECHTA, V.: Brblavosť In KEREKRÉTIOVÁ, A. A KOL.: *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

- LECHTA, V. a kol.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 15-59, 317-320. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V.: *Koktavost: Integrativní přístup*. Praha: Portál, 2010, s. 29-32. ISBN 978-80-7367-643-8.
- LECHTA, V.: *Logopedické repetitóriium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990, s. 112-119. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2008, s. 13-50. ISBN 978-80-7367-433-5.
- LECHTA, V.: Zajakavosť In KEREKRÉTIOVÁ, A. A KOL.: *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- MATĚJČEK, Z.: *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005, s. 54. ISBN 80-246-1056-6.
- NÁDVORNÍKOVÁ, V.: Diagnostika dyslalie In LECHTA, V. A KOL. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- OHNESORG, K.: *Druhá fonetická studie o dětské řeči*. Brno: Universita v Brně, 1959, s. 42-43.
- OHNESORG, K.: *Fonetická studie o dětské řeči*. Praha: Filosofická fakulta University Karlovy, 1948.
- OHNESORG, K.: *Fonetika pro logopedy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974, s. 77-78.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 51-56. ISBN 80-244-1233-0.
- SALOMONOVÁ, A.: Dyslalie In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL. *Klinická logopédie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- SEEMAN, M.: *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955, s. 82-85.
- SOVÁK, M. A KOL.: *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, s. 307.
- SOVÁK, M.: *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978, s. 122-139.
- SOVÁK, M.: *Uvedení do logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981, s. 29-30.
- SVAČINA, S.: Porovnání metod užívaných při vyvozování artikulace u dětí patlavých a neslyšících In LIŠKA, J. A KOL.: *Logopedický zborník I*. Košice: Krajský ústav národného zdravia v Košiciach, 1972.
- TARKOWSKI, Z.: Diagnostika breptavosti In LECHTA, V. A KOL.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 280-287. ISBN 80-7178-801-5.

TOMIŠKA, F.: Statistika dyslalií na Plzeňsku In SOVÁK, M. *Dyslalie: Sborník přednášek o poruchách výslovnosti z VIII. celostátního zasedání logopedických pracovníků, konaného v Praze ve dnech 20. a 21. května 1960.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1960.

VYŠTEJN, J.: *Vady výslovnosti.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, s. 12-39. ISBN 80-04-24504-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Formulář pro rodiče

Příloha č. 2 Dotazník pro rodiče

Příloha č. 3 Obrázky k rozhovoru

Příloha č. 4 Seznam slov k vyšetření výslovnosti

PŘÍLOHA Č. 1

Formulář pro rodiče

Zuzana Jurečková
Studentka 4. ročníku oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žižkovo náměstí 5
771 40 Olomouc

e-mail: zuzana.jureckova@seznam.cz

V Těmicích dne 4. ledna 2010

Vážený rodiče,

zpracovávám diplomovou práci na téma „Výskyt dyslálie u dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu“. Cílem mé práce je zjistit aktuální stav výslovnosti dětí v druhých ročnících základních škol.

Tímto bych Vás chtěla požádat, zda bych mohla spolupracovat s Vaším dítětem.

Údaje týkající se Vašeho dítěte budou sloužit pouze k účelům této diplomové práce a nebudou poskytnuty žádné třetí osobě. Vyšetření výslovnosti provede autorka diplomové práce, Zuzana Jurečková, v termínu od 15. února do 25. června 2010.

Žádám Vás také o laskavé vyplnění následujících údajů. Vybrané možnosti, prosím, označte zakroužkováním:

1. SOUHLASÍME - NESOUHLASÍME s vyšetřením výslovnosti našeho dítěte.
2. SOUHLASÍME – NESOUHLASÍME se sběrem údajů o našem dítěti, které budou zjišťovány příloženým dotazníkem.

Jméno a příjmení Vaší dcery / Vašeho syna: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Podpis rodičů (zákonných zástupců): _____

Vyplněný formulář, prosím, odevzdejte třídnímu učiteli Vašeho dítěte nejpozději do termínu 29. ledna 2010.

Děkuji Vám

Zuzana Jurečková

PŘÍLOHA Č. 2

Dotazník pro rodiče

Zuzana Jurečková
Studentka 4. ročníku oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol a speciální pedagogika
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žižkovo náměstí 5
771 40 Olomouc

e-mail: zuzana.jureckova@seznam.cz

V Těmicích dne 4. ledna 2010

Vážení rodiče,

pro účely své diplomové práce, na téma Výskyt dyslálie u dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu, jsem připravila krátký dotazník. Budu velmi ráda, když na něj odpovíte.

Vybrané možnosti, prosím, označte zakroužkováním:

1. Mělo Vaše dítě odklad školní docházky? ANO - NE

Pokud Vaše dítě mělo odklad školní docházky, uveďte, prosím, jeho důvod:

2. Navštěvovalo Vaše dítě v předškolním věku logopeda? ANO – NE

Pokud Vaše dítě navštěvovalo logopeda, uveďte, prosím, důvod logopedické péče:

3. Navštěvuje Vaše dítě v současné době logopeda? ANO – NE

Pokud Vaše dítě navštěvuje v současné době logopeda, uveďte, prosím, důvod:

4. Pokud je nebo byla Vašemu dítěti poskytována logopedická péče, kdo logopedickou péčí Vašemu dítěti poskytoval?

- a) klinický logoped v logopedické ambulanci
- b) logoped ve speciálně pedagogickém centru logopedickém
- c) logoped v mateřské škole logopedické
- d) logoped na základní škole logopedické
- e) jiná možnost: _____

5. Pokud je nebo byla Vašemu dítěti poskytována logopedická péče, jednalo se o péči poskytovanou:

- a) pouze jedním logopedem
- b) vystříдалo se v péči o Vaše dítě více logopedů a z jakého důvodu. Prosím, uveďte:

Jméno a příjmení Vaší dcery / Vašeho syna: _____

Podpis rodičů (zákonných zástupců): _____

Vaše případné dotazy zodpovím na e-mailové adrese: zuzana.jureckova@seznam.cz
nebo na poštovní adrese: Zuzana Jurečková, Těmice 263, PSC 696 84.

Vyplněný dotazník, prosím, odevzdejte třídnímu učiteli Vašeho dítěte nejpozději do termínu 29. ledna 2010.

Děkuji Vám za Váš čas a za laskavou spolupráci

Zuzana Jurečková

PŘÍLOHA Č. 3

Obrázky k rozhovoru



PŘÍLOHA Č. 4

Seznam slov k vyšetření výslovnosti

a - a - a, Ája, ano, mám, máma, padá

e - e - e, Eva, Ema, mele, med, dáme, budeme

i - i - i, Iva, Ida, jíme, dým, jí, ví

o - o - o, Ota, Ola, moje, bota, mámo, bábo

u - u - u, ucho, umí, pupen, dub, jdu, vedu

au - au - au, auto, audio, faul, mňau

ou - ou - ou, ouvej, bouda, louka, jdou, budou

p - p - p, Pepa, pán, pípá, houpá, hop, dup

b - b - b, bába, boty, buben, oba

m - m - m, máme, myje, doma, umí, dám, umím

f - f - f, fíky, fouká, houfy, hafá, baf, píf

v - v - v, voda, vana, mává, nový

t - t - t, ty, týden, táta, teta, jet, let

d - d - d, doma, dýchá, tudy, voda

n - n - n, Nána, nemá, Dana, Tonda, jeden, den

l - l - l, lem, lípa, pole, málo, půl, vůl

r - r - r, ruka, ráno, paráda, bere, dar, Petr

ř - ř - ř, řemen, řepa, moře, hoří, kouř, uvař

s - s - s, samo, sedí, osada, místo, pes, nos

z - z - z, zima, zelí, koza, mazel

c - c - c, cena, celý, pocit, ulice, pec, konec

š - š - š, šnek, šíp, píše, naše, koš, myš

ž - ž - ž, žába, živý, váží, nížina

č - č - č, čápi, čelo, počítá, domeček, míč, koláč

ť - ť - ť, ticho, ťuká, letí, tělo, chyt', nať

d' - d' - d', díky, dělo, podivný, hodiny

ň - ň - ň, něha, nitě, není, káně, dlaň, hoň

j - j - j, Jana, její, pojede, oje, můj, boj,

k - k - k, káva, koupe, mouka, okap, klik, mák

g - g - g, guma, gól, vagón, Magda

ch - ch - ch, chyba, chodí, moucha, ucho, mech, dech

h - h - h, Hana, houba, pohyb, táhne

vlek, vlna, povlak, navlnit, kývl, mávl

plátek, plán, oplatit, teplo, stoupl, zhoup

stlaní, stlačit, neustlal, zpusťl, ztlustl.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Jurečková
Ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Výskyt dyslálie u dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu
Název v angličtině:	Occurrence of dyslalia among children in the second year of primary schools in Kyjov region
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o výskytu dyslálie u dětí ve druhých třídách základních škol kyjovského regionu. Teoretická část poskytuje uvedení do problematiky dyslálie. Vymezuje její terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci a metody diagnostiky. Praktická část prezentuje výsledky regionálního výzkumného šetření. Šetření bylo realizováno souborem vybraných metod, přičemž stěžejní metodou bylo vyšetření výslovnosti. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit aktuální stav výslovnosti dětí ve druhých třídách základních škol, se zaměřením na výskyt dyslálie.
Klíčová slova:	dyslálie, výslovnost, hláska, etiologie, symptomatologie, klasifikace, diagnostika, výskyt, výzkumné šetření, děti;
Anotace v angličtině:	The thesis deals with occurrence of dyslalia among children in the second year of primary schools in Kyjov region. The theoretical part brings in the problems of dyslalia. It defines its terminology, etiology, symptomatology, classification and diagnostic methods. The practical part presents results of the regional investigation. The investigation was realized by the set of selected methods, whereas the principal method was the examination of pronunciation. The aim of the investigation was to establish the current state of pronunciation among children in the second year of primary schools, with the accent on occurrence of dyslalia.
Klíčová slova v angličtině:	dyslalia, pronunciation, speech sound, etiology, symptomatology, classification, diagnosis, occurrence, investigation, children;
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	Český jazyk