

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pavλίna Michálková

**Hodnocení vývoje výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku
v MŠ v regionu Uherskobrodsko**

Praha 2020

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

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Pavĺna Michálková

**Evaluation of speech sound pronunciation development of
pre-school children in kindergartens of Uhersky Brod region**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Pavλίna Michálková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavě Kotvové, Ph.D. za odborné vedení práce a všechny věcné připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat paní logopedce SPC a ředitelkám mateřských škol za vstřícnost při sběru potřebných podkladů a informací.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou vývoje výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku v mateřských školách regionu Uherský Brod. Charakterizuje nejčastější vady řeči u dětí předškolního věku, opožděný vývoj řeči a dyslálii. Zabývá se hodnocením vývoje výslovnosti hlásek konkrétních dětí navštěvujících poslední ročník vybrané mateřské školy před nástupem do základní školy v průběhu sledovaných 6 měsíců. V dané problematice se soustřeďuje také na porovnávání počtu dětí s nesprávnou výslovností v jednotlivých třídách vybraných mateřských škol v minulosti a dnes. Nabízí pohled na vývoj logopedické prevence v běžné praxi mateřských škol vybraného regionu a hledá souvislosti se zjištěnými výsledky šetření.

Klíčová slova

Dyslálie, logopedická prevence, předškolní věk, řeč, řečový vývoj, výslovnost.

Annotation

The bachelor thesis deals with the issue of the speech sound pronunciation development of pre-school children in kindergartens in Uhersky Brod region. It defines the most frequent sound speech disorders of pre-school children, retarded speech development and dyslalia. This thesis analyses the speech sound pronunciation development of particular children attending the last year of a selected kindergarten before the beginning of primary school attendance in the course of 6 months. It also focuses on comparing the number of children with speech disorders in individual classes of selected kindergartens in the past and the present. It offers a view of the speech therapy prevention development in kindergartens of a selected region and looks for relations with the survey results.

Key words

Dyslalia, pre-school age, pronunciation, speech, speech development, speech therapy prevention.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU..... | 10 |
| 1.1 Vývoj dítěte předškolního věku..... | 10 |
| 1.2 Řečový vývoj dítěte předškolního věku | 12 |
| 2 PORUCHY ŘEČOVÉHO VÝVOJE | 14 |
| 2.1 Příčiny vzniku poruch řečového vývoje | 15 |
| 2.2 Diagnostika poruch řečového vývoje | 19 |
| 2.3 Prevence poruch řečového vývoje..... | 20 |
| 3 DYSLÁLIE | 22 |
| 3.1 Etiologie dyslálie | 22 |
| 3.2 Klasifikace dyslálie | 23 |
| 3.3 Diagnostika dyslálie | 24 |
| 3.4 Terapie dyslálie..... | 25 |
| 3.5 Prevence dyslálie | 26 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 29 |
| 4 VÝVOJ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU V MŠ V REGIONU UHERSKOBRODSKO | 29 |
| 4.1 Cíl šetření..... | 29 |
| 4.2 Metody šetření | 30 |
| 4.3 Průběh šetření | 31 |
| 4.4 Interpretace výsledků šetření | 34 |
| 4.5 Dílčí závěry šetření..... | 51 |
| ZÁVĚR..... | 54 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 56 |
| SEZNAM ZKRATEK..... | 57 |
| SEZNAM TABULEK A GRAFŮ..... | 58 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 58 |

ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu zájmu o tuto problematiku. Podle osobních zkušeností získaných v průběhu pedagogické praxe a praxe logopedické preventistky se zvyšuje počet dětí s nesprávnou výslovností hlásek. Zvláště u dětí posledního ročníku před nástupem na základní školu. Správná výslovnost hlásek je v tomto věku jedním ze základních předpokladů školní zralosti. Problémy s řečí u dětí mají často za následek školní neúspěch.

Cílem bakalářské práce je zhodnotit vývoj výslovnosti hlásek u vybraného vzorku dětí posledního ročníku před nástupem na základní školu v konkrétní mateřské škole. Dílčím cílem je zmapovat, zda lze sledovat zvyšující se počet dětí s poruchami řečového vývoje u předškolních dětí v mateřských školách na Uherskobrodsku v porovnání s minulostí a zda zjištěné výsledky korespondují se situací v České republice.

Drtivá většina dětí předškolního věku navštěvuje předškolní zařízení. Zvláště v posledních letech, kdy je poslední ročník mateřské školy povinný. Mateřské školy mohou významně ovlivnit řečový vývoj dítěte. Proto se bakalářská práce zaměřuje také na realizaci logopedické prevence v mateřských školách vybrané oblasti.

Bakalářská práce se skládá ze čtyř kapitol. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola vymezuje pojem „dítě předškolního věku“ a zabývá se jeho celkovým a řečovým vývojem. Druhá kapitola rozebírá poruchy řečového vývoje, jejich příčiny, diagnostiku a prevenci. Třetí kapitola se zaměřuje konkrétně na dyslálii.

Praktická část obsahuje jednu kapitolu zabývající se hodnocením vývoje výslovnosti hlásek u vzorku předškolních dětí ve vybrané mateřské škole. Dále analyzuje výsledky šetření týkající se četnosti poruch řečového vývoje předškolních dětí a realizaci logopedické prevence v mateřských školách uvedeného regionu. Výzkum zahrnuje analýzu odborné dokumentace a legislativních opatření, hodnocení výsledků dotazníkového šetření a rozbor rozhovorů s ředitelkou mateřské školy z Uherskobrodsku a s logopedkou Speciálně pedagogického centra pro děti s vadami řeči v Uherském Hradišti. Analyzuje, srovnává a hledá souvislosti se zjištěnými výsledky šetření.

Řečový vývoj přímo souvisí s rozvojem všech ostatních oblastí celkového vývoje a je jeho neoddělitelnou součástí. Proto je důležité se tímto problémem zabývat, hledat možné příčiny poruch řečového vývoje a hodnotit výsledky logopedické prevence.

Na základě toho je možné hledat nové možnosti prevence, podporovat vývoj výslovnosti hlásek předškolních dětí v běžných mateřských školách a přispět k zefektivnění systému logopedické intervence.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Bakalářská práce se zabývá problematikou řečového vývoje dětí předškolního věku v mateřských školách. Tímto termínem bývají zpravidla označovány děti ve věku od 3 do 6, někdy dokonce až 7 let. (Zacharová, 2012, s. 41). Machová (2002, s. 208) hovoří o období od začátku čtvrtého roku do konce šestého roku. Kohoutek (2014, [online]) popisuje ukončení období předškolního věku z hlediska ontogenetické psychologie u většiny (více, než 80 %) dětí jako: „...adekvátní psychosomatickou způsobilost (zralost a připravenost) pro školní docházku.“

Vývoj řeči v tomto období je razantní a některé řečové nedokonalosti včetně dyslálie jsou považovány za fyziologický jev. Před vstupem do školy by však měly být napraveny (Machová, 2002, s. 213). Úroveň řeči je jedním z kritérií hodnocení školní zralosti. Nezvládá – li dítě výslovnost hlásek ještě v posledním ročníku mateřské školy před nástupem povinné školní docházky, může nastat problém, který přetrvává i při nástupu do základní školy. V tomto období však bývá náprava obtížnější a v některých případech se může jednat i o problém trvalý.

1.1 Vývoj dítěte předškolního věku

Předškolní věk bývá označován jako věk iniciativy. Zacharová (2012, s. 41) uvádí: „Aktivita je prostředkem i potvrzením dětského vývoje.“ Pro **tělesný vývoj** je typické pomalé, pravidelné a plynulé růstové tempo, přírůstek je kolem 5–6 cm za rok. Hmotnost narůstá asi o 2 kg za rok. Ve stavbě těla přetrvávají disproporce (kratší končetiny v poměru k velikosti hlavy, delší trup), ale postupně dochází k prodlužování dolních končetin. Zmenšuje se podíl podkožního vaziva, takže tělo působí štíhlejším dojmem. Hovoříme o tzv. období první vytáhlosti. Ke konci předškolního období dítě dosáhne tzv. filipínské míry (rukou si dosáhne na ušní lalůček přes vzpřímenou hlavu). Dochází ke zkosnatění (osifikaci) zápěstních kůstek. Tím se zdokonaluje jemná motorika. Zlepšuje

se koordinace pohybů, což se projevuje také v hrubé motorice. Do pátého roku se vyhraňuje lateralita. Ke konci předškolního věku začíná také výměna dočasného chrupu za trvalý. Mozek má již 90% hmotnosti mozku dospělého. (Zacharová, 2012, s. 41)

Motorický vývoj je odrazem psychomotorického vývoje, který je závislý na dozrávání mozku a má přímou souvislost s vývojem řeči. Ondráková, et.al. (2016, s. 8, 9) uvádí, že více poruch výslovnosti mívají děti neobratné. S obratností a rozvojem jemné motoriky souvisí také pohyblivost mluvidel – oromotorika.

Rozvoj pohybu umožňuje získávání nových zkušeností – rozvíjí se myšlení, paměť i řeč. V oblasti kognitivního vývoje sledujeme: **Pozornost** má stále bezděčný charakter, je nestálá. Dítě upoutají jen atraktivní podněty, zajímavé činnosti. V průběhu, zvláště ke konci tohoto období, se již utváří a rozvíjí úmyslná pozornost. **Paměť** se v tomto období prudce vyvíjí a vyznačuje se velkou kapacitou. Dítě tak může získávat bohaté individuální zkušenosti. Paměť má převážně bezděčný ráz, ke konci období se začíná formovat úmyslná paměť. Intenzivně se rozvíjí i trvalost paměti. **Myšlení** dostává výrazné kvalitativní změny, přechází od symbolického k názorovému, intuitivnímu myšlení. V chápání světa si dítě pomáhá fantazií. Pomocí ní interpretuje realitu tak, aby pro něj byla srozumitelnější. V myšlení je charakteristický egocentrismus, který vychází z potřeby jistoty orientace. „*Úroveň myšlení ovlivňuje i způsob verbálního vyjadřování a zpracování takto prezentovaných informací. Postupně se diferencuje egocentrická řeč, která slouží jako prostředek uvažování či autoregulace.*“ (Vágnerová, 2005, s. 201)

Nejlepší způsob stimulace dětského mozku je podpora vnímání světa všemi smysly, tedy zrakem, hmatem, čichem, sluchem a chutí. Důležité je upoutat pozornost dítěte na to, čeho si běžně nevšimne – co běžně nevidí, neslyší a necítí.

Významnou funkci ve vývoji předškolního dítěte má **kresba**. Je způsobem neverbálního vyjadřování a má symbolickou funkci. Vývoj kresby postupuje od bezobsažné čmáranice, přes fantazijní zpracování tématu až po konkrétní realistické zobrazení skutečnosti. (Vágnerová, 2005, s. 201). Důležitou a nenahraditelnou činností ve vývoji dítěte je **hra**. Dítě hru bere velice vážně a bouřlivě. U předškolního dítěte lze vypočítat širokou zásobu her. Mezi ně patří hry, při kterých zdokonaluje tělesnou obratnost, jako je síla, běh, skok, balancování, hod, honičky, tvořivé hry – hry na pískovišti, námětové hry. Zatímco tříleté dítě si hraje samo vedle ostatních, předškolní dítě si již hraje společně s ostatními, je schopno spolupracovat i organizovat hru.

Emoční vývoj od začátku do konce předškolního věku se postupně stabilizuje. Začátek předškolního věku (okolo 3 let) bývá označován jako období prvního vzdoru. Dítě odmítá poslušnost, prosazuje své požadavky, vzteká se, což „*se považuje za projev formující se vlastní vůle a sebevědomí, které se dostávají do rozporu s vůlí a autoritou dospělých.*“ (Machová, 2002, s. 2012) Ke konci předškolního období by dítě mělo své citové projevy ovládat.

V **sociálním vývoji** dochází ke změnám: vedle rodiny, která je do 3 let rozhodujícím prostředím dítěte, je důležité utváření nových sociálních vztahů – mezi vrstevníky a dalšími dospělými. Charakteristický je nástup do mateřské školy. Dítě se adaptuje na nové prostředí, postupně se osamostatňuje – odpoutává, učí se spolupracovat, ale i podřizovat se. Osamostatnění se projevuje také v úrovni sebeobsluhy, stolování, dodržování hygieny. V šesti letech je dítě obvykle připraveno pro vstup do základní školy – školní zralost.

1.2 Řečový vývoj dítěte předškolního věku

Řeč je schopnost, která je dána pouze člověku. Vývoj řeči u dítěte neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivňován vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení a také jeho socializací.

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 89).

Rozdíly ve vývoji řeči jednotlivých dětí předškolního věku jsou v tomto období veliké. Zezulková (2017, s.5) vymezuje dvě dominantní okolnosti, které ovlivňují osvojování komunikační kompetence a řečový vývoj u dětí: 1) biologické předpoklady včetně míry přirozeného talentu pro osvojování řeči, 2) interakce dětského organismu s prostředím. Zároveň uvádí, že u dětí intaktních probíhá osvojování komunikační kompetence zpravidla bez vážnějších odchylek. *„Jinak je tomu u dětí s narušeným vývojem řeči, jehož příčiny a projevy jsou velmi různorodé a téměř vždy s negativním odrazem v kompetenci k učení.“* (tamtéž, s. 5)

Řeč se rozvíjí ve všech rovinách. Celkem rozlišujeme 4 jazykové roviny. Všechny roviny spolu souvisí. **Lexikálně sémantická rovina:** Slovní zásoba v předškolním věku

narůstá a velmi rychle přibývá. Projevuje se to jak v pasivní, tak v aktivní formě používání řeči. Při postupném rozšiřování slovní zásoby vznikají i různé zkomoleniny (žabant, kolomotiva...). Tento vývojový jev časem vymizí. Dítě v období ke konci čtvrtého roku rozumí 1500 – 2000 slovům a používá 800 – 1500 slov (Škodová, Jedlička, 2003, s. 602). Lechta toto období nazývá obdobím intelektualizace řeči. Týká se nejen rozšiřování slovní zásoby, ale i zpřesňování obsahu slov a gramatických forem – **morfologicko syntaktická rovina**. Tato etapa (intelektualizace) trvá až do dospělosti. V období do 4 let jsou gramatické nepřesnosti považovány za fyziologický jev, který pokud přetrvává, může znamenat narušený vývoj řeči. Podle Kutálkové (2002, s. 43) je tato hranice posunuta až k věku 5 let. Děti předškolního věku jsou schopné tvořit jednoduchá a později i složitější souvětí. Postupně používají všechny slovní druhy, také číslovky, předložky, spojky, zájmena. Od 4 roku se objevuje používání minulého času.

Vývoje výslovnosti hlásek se týká především rovina foneticko fonologická. „*Vývoj výslovnosti začíná relativně brzy po narození, ukončen může být asi v 5 letech dítěte, ale může trvat také do 5. -7. roku života dítěte.*“ (Klenková, 2006, s. 40). Někteří autoři vývoj limitují věkem 4 let, jiní tuto hranici posouvají až do 7 let. Odborníci nejsou zajedno ani v posloupnosti vývoje výslovnosti jednotlivých hlásek. Většina se však přiklání k názoru Schulze, podle jehož pravidla nejmenší námahy je postup tvorby hlásek od artikulačně méně namáhavých po náročnější. Mnozí autoři však dokazovali, že „...*mnohé děti dávno vyslovují artikulačně obtížnější hlásky a hlásky jednodušší vyslovit nedokáží*“ (Klenková, 2006, s. 39). Obecně bývá postup osvojování výslovnosti hlásek popisován od samohlásek A,E,O,U,I, následují retné samohlásky P,B,M a F,V, velmi brzy se objevuje G, poté T,D,N, měkké hlásky Ť,Ď,Ň, poté sykavky v různém pořadí, zpravidla nejdříve měkké Č,Š,Ž, a poté C,S,Z. Hlásku K některé děti vyslovují velmi brzy, některým činí dlouho potíže. Hlásky L,R,Ř patří k posledním hláskám, které si dítě osvojí.

Pro správný vývoj výslovnosti hlásek je důležitý především dobrý fonemický sluch – schopnost sluchové diferenciaci. Typické pro dítě předškolního věku je, že „*začíná používat jazyk jako prostředek sociálního kontaktu*“ (Kutálková 2002, s. 46) Již dvou až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat v ní podle konkrétní situace. Zde se uplatňuje **pragmatická rovina**. Důležitou roli hraje souvislé vyjadřování a využívání komunikačních schopností „*k regulaci dění ve svém okolí.*“ (Klenková 2006 s. 40–41).

2 PORUCHY ŘEČOVÉHO VÝVOJE

Problematika narušeného vývoje řeči je složitá a velmi rozsáhlá. Proto byla a je předmětem zájmu mnoha odborníků – logopedů, foniatrů, neurologů, genetiků, lingvistů a dalších. S tím, že dítě nemůže hned od počátku vyslovovat přesně, souhlasí všichni. Kde je ale věková hranice, kdy už by mělo dítě mluvit srozumitelně a správně vyslovovat, na tom se často ani odborníci nemohou shodnout. Škodová, Jedlička (2003, s. 90) uvádí hranici 5–6 let. Podle některých pramenů (Kutálková, Zezulková, Lechta, Klenková, Sovák) se jako hraniční věk pro ukončení základního vývoje řeči uvádí až 7 let. Do té doby lze považovat řečové nedokonalosti za fyziologický jev, od 7 let je však označován za vadu.

Poruchy mohou postihnout řeč v širokém spektru příznaků, které se projeví v oblasti zvuku, gramatiky, nebo obsahu řeči. Nelze se tedy zabývat jen foneticko fonologickou stránkou řeči, ale je třeba sledovat i lexikálně sémantickou (obsahovou), morfologicko syntaktickou (gramatickou) a pragmatickou rovinu.

Názory na poruchy vývoje řeči zaznamenaly vývoj také v terminologii. Nejčastěji užívanou klasifikaci podle Lechty uvádí Klenková (2006, s. 55):

- 1) vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie),
- 2) získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- 3) získaná psychogenní nemluvnost (mutismus),
- 4) narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie),
- 5) narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties),
- 6) narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie),
- 7) narušení grafické stránky řeči,
- 8) symptomatické poruchy řeči,
- 9) poruchy hlasu,
- 10) kombinované vady a poruchy řeči

Mezi poruchy ve vývoji řeči řadíme tzv. **opožděný vývoj řeči**. „*Při opožděném vývoji řeči dochází u dětí k pozdějšímu užívání řeči a jazyka, než je obvyklé.*“ (Zezulková, 2017, s. 10) Hodnotí se vyjadřovací schopnosti, porozumění, sociální komunikace a poznávací schopnosti. Hodnocení se provádí zpravidla ve 3 letech. Opožděný vývoj řeči může být první známkou jiného závažného onemocnění.

Vývojová dysfázie je druhá nejčastější řečová vývojová porucha u dětí. Škodová, Jedlička (2003, s.106) definují, že se jedná o „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“. Na začátku je vždy opožděný vývoj řeči. Projevuje se tím, že dítě hůře rozumí delším větám, má malou slovní zásobu, horší slovní paměť, bývá přítomna mnohočetná dyslálie, porucha fonemického sluchu (mouka-louka, pes-les) a výskyt dysgramatismů v řečovém projevu, komolení slov, záměny a vynechávání hlásek a slabik – zhoršená srozumitelnost řečového projevu. Dítě si při komunikaci pomáhá ukazováním, gesty. Často jde také o nerovnoměrný vývoj intelektu, objevují se poruchy zrakového vnímání, děti mívají problémy s koordinací pohybů a grafomotorikou. Ve školním věku se mohou projevit specifické problémy učení.

2.1 Příčiny vzniku poruch řečového vývoje

„*Vývojové poruchy řeči a jazykových schopností jsou spjaty s procesem zrání CNS a dále pak s rozvojem percepčních, kognitivních a motorických funkcí.*“ (Zezulková a kol., 2017, s. 12) Příčiny mohou tedy být vnitřní i vnější. Klenková (2006, s. 54) uvádí klasifikaci příčin z časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. Dále dělí etiologické faktory na genetické, vrozené a získané a jejich kombinace (tamtéž, s. 69).

U dětí předškolního věku se setkáváme s různými typy poruch řečového vývoje.

Klenková (2006, s. 65) dále uvádí klasifikaci narušeného vývoje řeči z hlediska průběhu vývoje řeči podle Sováka: U **opozděného vývoje řeči** uvádí jako možnou příčinu dědičnost, opožděný vývoj centrální nervové soustavy (dále CNS), nedoslýchavost, nepodnětné, nestimulující prostředí, které nevěnuje pozornost neuropsychickému vývoji dítěte. Prognóza při včasném zachycení problému a správném ovlivňování řeči dítěte bývá příznivá. Příčinou **omezeného vývoje řeči** podle Sováka je mentální retardace, těžší poruchy sluchu, absence podnětů z prostředí – patologie sociálního prostředí. Zde je podle Sováka prognóza nepříznivá – ve smyslu dosažení normy. Jako příčinu **přerušného vývoje řeči** uvádí Sovák úrazy, těžká psychická traumata, vážná duševní onemocnění apod. V případě příznivého stavu – po vyléčení, odstranění příčiny může dítě dosáhnout normy. V případě, že nelze příčinu odstranit (např. při demenci) bude mít vývoj omezený

charakter. U **odchylného (scestného) vývoje řeči** uvádí jako příklad příčiny rozštěpy patra, nebo organické poškození mluvidel, kdy se odchylka od normy projevuje pouze v některé z rovin řečového vývoje (artikulace, modulace), takže vývojová křivka se pohybuje okolo normy.

Vývojová dysfázie – u této poruchy bývá nejčastěji zmiňována příčina poškození CNS, která zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast a podle vážnosti postižení se projevuje různou hloubkou příznaků (Škodová, Jedlička, 2003, s. 107). Dále jsou uváděny genetické souvislosti spojené s vrozenou řečovou slabostí, nebo poškození mozku, které pravděpodobně zasahuje tzv. řečové zóny levé hemisféry. Dále spolupůsobení většího počtu činitelů, kombinace genetických, vrozených i získaných faktorů – např. u matky z nižších sociokulturních vrstev: riziková gravidita, nesprávná životospráva matky, alkohol, nižší genetické předpoklady poznávacích schopností, matka méně komunikuje s dítětem apod. (Klenková, 2006, s. 69). Další možnou příčinou může být opoždění ve zrání nervových buněk v určitých korových oblastech, které může být vrozené, nebo získané v raném předřečovém období, v prenatálním, nebo časně postnatálním období. Dále výzkumy prokazují nevýrazná, ale četná poškození mozkové kůry obou hemisfér.

Afázie – u dětí je toto onemocnění vzácné, týká se především dospělých, kdy řeč byla již plně vyvinuta. Jedná se o **získané organické narušení komunikační schopnosti** a zahrnuje širokou škálu symptomů (mohou se týkat plynulosti, porozumění řeči, nevybavení si slov, deformace slov). Podle symptomů rozlišujeme množství druhů afázie. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou: cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, encefalitidy a meningoencefalitidy, intoxikace – vliv toxických látek (drogy, alkohol apod.) a degenerativní onemocnění CNS. (Klenková, 2006, s. 79)

U dětí se vyskytuje **dětská vývojová afázie**. Jedná se o postižení řeči v době, kdy vývoj řeči nebyl ještě ukončen. Mezi hlavní příčiny jeho vzniku patří úrazy hlavy a mozku (Klenková, 2006, s. 87). Teprve další příčiny jsou stejné jako u dospělých.

Mutismus – ztráta schopnosti verbálně komunikovat. U dětí předškolního věku se nejčastěji setkáváme s pojmem **elektivní (též selektivní) mutismus**, kdy se omezuje pouze na určité situace. Příčiny mutismu lze rozčlenit na dvě základní skupiny: endogenní příčiny – velká psychická senzibilita především vůči svým vlastním výkonům, a exogenní příčiny – přehnané požadavky na řečový výkon nebo všeobecně na chování dítěte,

psychicky zatěžující okolní prostředí. „*Elektivní mutismus lze chápat jako obranný mechanismus, který je reakcí na psychotraumatický podnět, či chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojovány základní potřeby dítěte.*“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 204).

Rinolalie, neboli huhňavost, postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. Příčinami vzniku mohou být rozštěpy patra, vrozeně zkrácené patro, obrny patra, změny anatomických poměrů v hrtanové brance (zvětšená nosní mandle), vybočená nosní přepážka, ale také důsledek nedoslýchavosti, mentální retardace, nesprávného mluvního vzoru, či může vzniknout jako návyk (po odstranění nosních a krčních mandlí).

Vrozené anomálie orofaciálního systému – rozštěpy rtu, čelisti, patra, či jejich kombinace jsou také příčinou **palatolálie** – poruchy rezonance a artikulace.

U narušení plynulosti řeči **balbuties** (koptavost) se uvádí množství nejrozličnějších možných příčin. Dnes se odborníci shodují, že se nejedná výlučně o funkční poruchu. Jedna z teorií – tzv. psychologická, považuje koptavost za reakci na určitou situaci, tedy formu, nebo poruchu chování. Uznává však také vrozené predispozice. Dynamická teorie udává jako příčinu postižení CNS a vrozené predispozice, projevující se křečí hlasivek a ataxií mluvidel. Somatická teorie uvádí některá somatická onemocnění – endokrinní poruchy, či metabolické poruchy, které může doprovázet koptavost (Škodová, Jedlička 2003, s. 258–259). Dalším přetrvávajícím názorem je, že koptavost vzniká jako důsledek psychotraumatu (šok, úlek, negativní zážitek). Prokázán je i vliv dědičnosti. Významné jsou také patosociální vlivy, zejména dlouhotrvající neurotizace v domácím, nebo školním prostředí, či u dospělých v zaměstnání. (Klenková, 2006, s. 155–156).

Breptavost – narušení plynulosti řeči, též nazývaná překotná mluva, kterou si postižený neuvědomuje. Klenková (2006, s. 170) uvádí definici podle Weissové, která mimo jiné popisuje, že postihuje pozornost, percepce, artikulaci, ale i čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování. Etiologie není zcela objasněná. Jako příčiny se nejčastěji uvádí dědičnost. Seeman se domníval, že příčinou jsou „minimální poškození mozku v podkorové oblasti“. (Klenková, 2006, s. 170). Dále bývá zmiňována i jako možný doprovodný příznak lehké mozkové dysfunkce. (Škodová, Jedlička, s. 288)

Dysartrie – mluvíme-li obecně o dysartrii, jedná se o poruchu motorické funkce mluvidel. Projevuje se v narušení článkování řeči. Avšak u **vývojové dysartrie** se jedná o širší spektrum syndromů. Příčinou je organické poškození CNS – jako následek řady

onemocnění mozku (především dětská mozková obrna, nádory, infekce, neurologické onemocnění...), nebo jeho traumatického poškození (úrazy).

Narušení grafické stránky řeči se předškolních dětí ještě přímo netýká, přesto je toto období důležité především pro včasné odhalení rizikových faktorů a prevenci, bereme – li v potaz možnost vnějších vlivů, jako příčiny vzniku poruchy. Jedná se o specifické poruchy učení, jmenovitě o **dyslexii, dysortografii a dysgrafii**. Nápadná je převaha chlapců s těmito projevy. Jako příčiny se uvádí drobné difuzní poškození mozku v době pre -, peri -, nebo krátce postnatální, dědičnost nebo kombinace těchto faktorů. Další příčiny mohou být smyslové postižení, sekundární projevy neurózy, deprivací faktory v raném dětství, nedostatek motivace, nedostatek podnětů, nedostatek odborného vedení (Škodová, Jedlička 2003, s. 359).

Symptomatické poruchy řeči chápeme jako „*typické narušení komunikační schopnosti, které provází jiné dominující postižení, poruchu, nebo onemocnění*“ (Lechta, 2000, In. Škodová, Jedlička, 2006, s. 386). Symptomy zahrnují celou šíři variant narušení komunikační schopnosti od úplné nemluvnosti až po lehké odchylky od normy.

Tři základní možnosti vzniku narušení komunikační schopnosti podle Lechty jsou:

- 1) Primární je příčina, která způsobila dominující postižení (např. dědičnost, která způsobila vadu sluchu) – projevem je špatně srozumitelná řeč;
- 2) Jediná primární příčina (např. prenatální poškození mozku) zavíní dominující (např. mentální retardaci) a současně druhotné postižení (rozštěp patra) – opožděný vývoj řeči + narušení zvuku řeči;
- 3) Dvě primární příčiny (perinatální poškození CNS a vrozená smyslová vada v důsledku dědičnosti), které způsobí primární (např. vadu zraku) i druhotné postižení (vývojovou dysfázi). (In. Klenková, 2006, s. 184)

Poruchy hlasu mohou být organické, nebo funkční. Příčiny organických poruch jsou, jak uvádí Škodová, Jedlička (2006, s. 431–433), záněty hrtanu, nádory hrtanu, poruchy inervace hrtanu, hormonální poruchy, úrazy hrtanu a anomálie hrtanu. Jako příčiny funkčních poruch hlasu uvádí přemáhání hlasu, psychogenní poruchy a tzv. hlasovou neurózu. Poruchy hlasu postihují jeho hlasitost, výšku, barvu i kvalitu.

U dětí se může objevit například chraptivost, zvláště po nástupu do předškolního zařízení, jako následek přemáhání hlasu.

Dyslálie – je nejrozšířenější poruchou nejen mezi dětmi, ale také mezi dospělými, a proto je jí věnována samostatná kapitola.

2.2 Diagnostika poruch řečového vývoje

Protože vývoj řeči u dětí probíhá od narození až do začátku školní docházky, je v tomto období velmi složité rozpoznat, zda se jedná o poruchu ve vývoji, či pouze o fyziologický jev. (Zezulková, 2017, s. 11) Ne vždy však vývoj probíhá standardně podle ustálených norem, což může, ale také nemusí signalizovat případný vznik poruchy a posléze vady. Zezulková zároveň upozorňuje na požadavek včasné logopedické diagnostiky v období záměrné i nezáměrné komunikace, a na to, že je velmi důležité se zabývat tzv. rizikovými dětmi (z pohledu narušeného vývoje řeči). Rizikové signály uvádí už u dětí do 1 roku života (absence iniciativy, nenavazování očního kontaktu, nepoužívání gest, pohledů, vokalizací...). (tamtéž, 2017, s. 7) Důležitost co nejpřesnější a včasné diagnostiky zdůrazňuje také Lechta (2003, s. 21).

Uvádí **7 hlavních cílů diagnostiky**:

- 1) určit, zda jde o narušení, a ne o fyziologický jev
- 2) zjistit příčinu (je-li to možné)
- 3) prognóza – určit pravděpodobnost trvalého, či přechodného narušení
- 4) určit, jde – li o narušení vrozené, či získané
- 5) zjistit, zda se jedná o dominující, či symptomatickou poruchu řeči
- 6) stanovit, zda si jedinec své narušení uvědomuje, či neuvědomuje
- 7) určit stupeň narušení (totální, nebo parciální)

Jako další cíl se uvádí i návrh vhodných metod odborné terapie. Logopedická diagnostika je tedy chápána jako součást logopedické intervence.

Vývojové poruchy řeči a jazykových schopností jsou spjaty s procesem zrání CNS a dále pak s rozvojem percepčních, kognitivních a motorických funkcí. Proto jejich diagnostika vyžaduje spolupráci mnohých odborníků.

Lechta dále uvádí **3 úrovně diagnostiky**:

1) **Orientační vyšetření**, realizuje se např. v rámci screeningů, depistáže; odpovídá na otázku: „Má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost (NKS), nebo ne?“

2) **Základní vyšetření**, jde o zjištění konkrétního druhu NKS, určení základní diagnózy; odpovídá na otázku: „O jaký druh NKS jde?“

3) **Speciální vyšetření**, snaha o co nejpřesnější identifikování zjištěné NKS; „Jaký je její typ, forma, stupeň NKS, jaké jsou její další zvláštnosti a následky?“ často je vázané na konzoliární vyšetření (vyšetření sluchu, fonemické diferenciaci...).

K diagnostice narušeného vývoje řeči lze použít různé metody a postupy. Mezi základní metody patří: metody pozorování, explorační metody (dotazníky, rozhovory -anamnestický, řízený...), testové metody (např. Token test, test laterality), kazuistické metody (analýza případů), rozbor výsledků činností (např. školních) a přístrojové metody. V rámci diagnostiky u dětí raného a předškolního věku se uplatňuje tzv. **analýza herního chování** (Zezulková, 2017, s. 18), kdy se používá vybraný základní set hraček, dítě si hraje společně s rodičem a na základě analýzy této hry podle stanovených kritérií se hodnotí úroveň herních dovedností.

Průběh diagnostického procesu obecně vychází z procesu speciálně pedagogické diagnostiky.

Diagnostika každé jednotlivé řečové poruchy má svá specifika. Podrobný přehled nabízí například Klenková (2006), do hloubky je popisuje Škodová, Jedlička a kol. (2003) dopodrobna je rozebírá Lechta (2003).

2.3 Prevence poruch řečového vývoje

U dětí předškolního věku má právě prevence nezastupitelné místo. Úkolem logopedické prevence je předcházet poruchám komunikačních schopností.

V logopedii můžeme aplikovat metody **primární, sekundární i terciální prevence**. Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003, str. 42) „*Primární prevence je předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci.*“ Může být jak nespecifická, například všeobecné propagování správné péče o řeč dítěte, nebo specifická, zaměřená proti konkrétnímu riziku, například koktavosti. Sekundární prevence je zaměřena na rizikovou skupinu. Například na děti s vývojovou neplynulostí řeči, u kterých je zvýšené riziko vzniku koktavosti. Může se jednat například o preventivní terapii. Terciální prevence se

věnuje osobám, u kterých se projevila NKS, a snaží se předejít dalšímu negativnímu vývoji.

Také včasné odhalování a objasňování příčin vzniku poruchy můžeme řadit mezi preventivní metody. V současné době se prosazuje osvěta, která informuje rodiče, vychovatele i pedagogy a nabízí pokyny pro optimální stimulaci řečového vývoje. Jsou to tematické přednášky, články, letáky, publikace, relace v médiích a jiné. Existují také počítačové programy, informace na internetu atd. Užitečnost některých informací je však rozporuplná, zvláště co se týče informací na internetu – je třeba ověřit si zdroje a posoudit kvalitu, reliabilitu a korektnost těchto informací.

K metodám prevence radíme také poradenství. Dnešním trendem je tzv. symetrické poradenství, které je založeno na partnerství, kdy *„rodič, příbuzný, osoba s NKS jsou partnery logopeda se všemi právy a povinnostmi spoluterapeuta“*. (Škodová, Jedlička, 2003, s. 42)

3 DYSLÁLIE

Dyslálie je nejrozšířenější poruchou nejen mezi dětmi, ale také mezi dospělými. Spolu s dysartrií patří k poruchám článkování řeči. Klenková (2006, str. 99) definuje dyslálii jako: „*poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky, nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem*“.

3.1 Etiologie dyslálie

Mnohé prameny dělí příčiny dyslálie na funkční a organicky podmíněné. U **funkční** poruchy jsou orgány – mluvidla neporušeny a rozeznává se **typ motorický** – jako důsledek celkové neobratnosti i neobratnosti mluvidel, a **senzorický** – kdy je nesprávné vnímání i diferenciací mluvních zvuků. Dyslálie **organická** je způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech.

Příčiny dyslálie můžeme dále dělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří poruchy sluchu a zraku, nedostatečná diskriminace zvuků (porucha fonemického sluchu), anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně lingvistické nedostatky. K vnějším příčinám patří především psychosociální vlivy (Lechta, 2003, s. 171–173).

Další příčinou může být dědičnost. Zde se názory liší, např. Sovák (1978) dědičnost vyvrací, jiní se k ní přiklání, např. Lechta (1990), jde však většinou o zdědění artikulační neobratnosti, nebo vrozenou řečovou slabost (In: Klenková, 2006, s. 101). Škodová, Jedlička (2003, s. 328) naopak řadí vlivy dědičnosti mezi nejčastější příčiny. Jako další příčiny uvádí pohlaví dítěte – častější je u chlapců, kteří tvoří až dvě třetiny dětí přijatých do logopedické péče. Dále jsou to poruchy CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu. Podstatné jsou vlivy prostředí, hlavně špatné mluvní vzory rodičů, sourozenců nebo blízkých přátel, bilingvální prostředí, zanedbávající výchova, trestání, napomínání, výsměch, komunikace s dítětem šišláním. Výzkum poukazuje na poškození dostředivých a odstředivých drah, kdy se potvrzuje úzká souvislost mezi motorickým vývojem dítěte a výslovností. (Škodová, Jedlička, 2003, s. 329)

3.2 Klasifikace dyslálie

Škodová, Jedlička (2003, s. 329) uvádí 3 hlavní symptomy. Při hláskové dyslálíi dítě hlásku: 1) vynechává – tzv. **mogilalie**, 2) nahrazuje jinou hláskou – tzv. **paralalie**, 3) tvoří chybně – pak se poruchy označují příponou – **ismus** (rotacismus, lambdacismus) podle hlásky, kterou dítě tvoří chybně.

Z vývojového hlediska rozlišujeme dyslálíi:

- 1) **fyzilogickou**, která je dána přirozeným vývojem a trvá asi do 5. roku věku
- 2) **prodlouženou fyzilogickou** – přetrvává – li mezi 5–7 rokem
- 3) **pravou** – po 7. roce, výslovnost je již zafixovaná

Podle lokalizace příčiny na:

- 1) akustickou – při vadách sluchu
- 2) labiální – při defektech rtu
- 3) dentální – při defektech zubů
- 4) palatální – při anomáliích patra
- 5) lingvální – při anomáliích jazyka
- 6) nazální – při narušení nazality (Klenková, 2006, s. 105), Škodová, Jedlička (2003, s. 330) uvádí dále – centrální – při poruchách CNS (nazální neuvádí).

Podle rozsahu:

- 1) dyslalia **univerzalis** (mnohočetná – postižena je výslovnost většiny hlásek),
- 2) dyslalia **multiplex** (gravis – menší rozsah vadně tvořených hlásek, řeč je srozumitelnější),
- 3) **parciální** dyslálie (levis, simplex – vada jedné, nebo několika hlásek) (Klenková, 2006, s. 105, 106)

Podle kontextu:

- 1) hlásková – týká se izolovaných hlásek,
- 2) slabiková – dochází k disimilaci,
- 3) slovní – vynechává, nebo přesmykuje slabiky ve slovech (Škodová, Jedlička, 2003, s. 331)

3.3 Diagnostika dyslálie

„Cílem diagnostiky je zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti a stanovení nejen diagnózy, ale také prognózy (Škodová, Jedlička 2003, s. 331).

Základem je logopedické vyšetření. Mnohdy mu předchází screeningové orientační vyšetření tzv. depistáž, většinou prováděné v kolektivních zařízeních formou neformálního rozhovoru. Toto vyšetření mohou provádět logopedičtí asistenti, další vyšetření provádí logoped. Screeningové postupy se liší od postupů klinických. Jejich význam spočívá v aktivním vyhledávání příznaků u jedinců ohrožené populace.

Diagnóza se stanoví na základě vyšetření logopeda, který upřesní další postup, např. foniatrické, neurologické, psychologické vyšetření. Zvláště důležité je vyšetření sluchu a artikulačních orgánů. Pozornost je věnována také vyšetření motoriky, hrubé i jemné a oromotoriky – motoriky jazyka, sanice, tváří a rtů.

Postup je: shromáždění anamnestických údajů, vyšetření sluchu, celkové, hrubé i jemné motoriky i motoriky mluvních orgánů, laterality, impresivní a expresivní složky řeči.

Základní vyšetřovací metodou je řečová komunikace s vyšetřovanou osobou, od které se odvíjí další speciální vyšetřovací metody. Rozhovor – základní metoda vyšetřování řeči, která zjišťuje současný stav, zjistí rozsah a stupeň vadné výslovnosti. Většinou vychází z neformálního rozhovoru – sleduje se např. spád řeči i intonace, a po navázání kontaktu přechází v rozhovor řízený s cílem zjistit výslovnost všech hlásek. Používá se obrázků k produkci jednotlivých slov. Sleduje se rozdíl mezi výslovností ve spontánní řeči. Sleduje se množství kritérií – výslovnost hlásek podle umístění ve slovech, ve spojení se samohláskami i souhláskami atd. Doplnující metodou je napodobování neboli imitace, kdy se zjišťuje schopnost imitovat správnou výslovnost. Závěrečnou metodou je vyšetření kontextu, kdy se chyby v jednotlivých slovech zkoušejí ve slovním kontextu. Při vyšetření artikulace se využívají i různé přístrojové metody, např. spektrograf, a sonograf. K objektivnosti základního logopedického vyšetření přispívají také testové a laboratorní metody vyšetřování.

Logoped výsledky vyšetření zaznamenává do tabulek, nebo vyšetřovacích archů.

3.4 Terapie dyslálie

Určení optimální terapie předchází analýza diagnostického šetření. Logoped se snaží o navázání kontaktu a postupné získání důvěry. Terapie by zvláště u předškolních dětí měla probíhat formou hry.

V terapii dyslálie se využívá čtyř zásad: 1) zásada krátkodobého cvičení, 2) sluchová kontrola, 3) používání pomocných hlásek. 4) zásada minimální akce. (Seeman, 1955, In: Škodová, Jedlička, 2003, s. 332, 333) Tyto zásady mnozí autoři doplňují: novou hlásku vyvozujeme individuálně, postupujeme od snadnějšího ke složitějšímu, špatně vyslovovanou hlásku neopravujeme, vždy vyvozujeme novou artikulaci, používáme nápodobu – logopedické zrcadlo.

Průběh korekce dyslálie se dělí na: 1) přípravná cvičení, 2) vyvozování hlásky, 3) fixace hlásky, 4) automatizace hlásky. Průběh a délka jednotlivých etap je individuální. V prvně jmenované etapě jde především o rozvoj motoriky mluvních orgánů pomocí dechových a fonačních cvičení a dále o rozvoj motoriky rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra atd. Druhá etapa se rozděluje na nepřímou a přímou. V nepřímé formě druhé etapy se dělají cvičení napodobující přírodní či technické zvuky (hlasy zvířat, dopravních prostředků atd.) a provádí se s malými dětmi. Přímá forma je prováděna se staršími dětmi a jde o navozování nesprávně tvořené hlásky. Fixace hlásky se zakládá na upevnění správné výslovnosti po správném navození a nacvičování hlásek ve slabikách a slovech. V poslední fázi se projevují výsledky úsilí. Dítě by mělo být schopno automatického vybavování hlásky ve spontánní řeči.

Existují čtyři hlavní metody korekce. Tou první je **substituční** metoda. Ta se vyznačuje pomocí výslovnosti hlásky s podobným místem tvoření jako je hláska korigovaná. **Nepřímá** metoda si pomáhá zvukomalebnými slovy. Hojně je využívané napodobení zvuků. **Přímá** metoda se vyznačuje cíleným napodobováním pomocí zrakové i sluchové kontroly a vnímáním polohy mluvidel. Metoda **mechanická** využívá různých logopedických pomůcek, které mají za úkol polohovat či stimulovat pohyb mluvidel. Metodiku korekce jednotlivých hlásek je možné prostudovat v dostupné odborné literatuře, například: Kutálková Dana, *Dyslálie – metodika reedukace*, 2010.

3.5 Prevence dyslalie

Stejně jako u ostatních poruch, se počátky prevence vzniku řečových poruch, tedy i dyslalie, týkají především zajištění optimálních podmínek pro zdravý vývoj plodu v prenatalním, perinatálním a časně postnatálním období. V období po narození je nejdůležitějším činitelem rodina, především matka. Jedná se především o zajištění psychické pohody dítěte, to znamená pozitivní a citový přístup k dítěti, časté a intenzivní projevy lásky, a také dostatečnou komunikaci s dítětem. Pro dítě má velký význam, když matka jeho žvatlání akceptuje jako smysluplný projev a reaguje na něj – např. zopakuje a mírně rozvede co řeklo, dítě tak cítí zpětnou vazbu, má model k napodobení a motivaci ke komunikaci. Dospělí dovedou, aniž si to uvědomují, přizpůsobit malému dítěti svůj řečový projev. Tato řeč ("motherese") je charakteristická zjednodušením formy i obsahu, krátkými větami, omezeným slovníkem, opakováním některých sekvencí, zdůrazněnou intonací, vyšší intenzitou zvuku, častějšími pauzami, zřetelnou artikulací. „*Jde zřejmě o vrozenou dispozici...*“ (Vágnerová, 2005, s. 96, 88). Přitom se mateřská řeč postupně přizpůsobuje vývojové úrovni dítěte. Pro komunikaci s dítětem je důležitý také správný mluvní vzor především rodičů, ale i působení širšího okolí.

Důležitý je celkový rozvoj schopností dítěte, **rovnoměrná** stimulace všech smyslů. Významnou roli hraje také rozvoj hrubé i jemné motoriky. Dále sem patří dostatečná stimulace mluvních orgánů formou herních činností, například fonetických a sluchových. Velmi prospívají rytmicko-pohybové aktivity a později hra na hudební nástroj. Nelze opomenout ani význam četby – od raného dětství by děti měla provázet jednoduchá říkadla, dětské písničky, četba pohádek. Kutálková (2002, s. 55) poukazuje i na rizika, jako jsou např. přetěžování, nebo naopak neochota a nezájem rodičů, či zprostředkování zábavy prostřednictvím pasivního využívání mediální techniky, která zatěžuje nadměrně jen jeden smysl.

Na rodinu by měla později navázat mateřská škola. Zde se jedná rovněž především o rozvoj všech smyslů a schopností dítěte, podporu duševního rozvoje a rozvoje celé osobnosti. Mateřské školy si volí vlastní organizaci logopedické prevence. Mezi prvotní úkoly, které můžeme zahrnout pod pojem prevence, patří screeningové metody, jejichž cílem je včasné zachycení nestandardního vývoje řeči u dětí a navázání spolupráce s odborníky a rodiči. Prevence v mateřské škole by měla probíhat zásadně formou hry.

V rámci logopedické prevence se zařazují preventivní a přípravná cvičení. Využívají se dechová a fonační cvičení, činnosti pro rozvoj fonemického sluchu, zrakového vnímání, motoriky jemné, hrubé, grafomotoriky, cíleně pak také oromotoriky. K rozvoji obratnosti mluvidel se zařazují průpravná artikulační cvičení. V případě **vadné** výslovnosti je třeba navštívit logopeda.

Podle učitelek mateřských škol i podle logopedů však narůstá počet dětí předškolního věku, které mají problémy s řečí před nástupem na základní školu. Proto některé mateřské školy nabízí další doplňující aktivity v rámci logopedické prevence. Jsou to například logopedické kroužky, nebo individuální prevence. Tyto aktivity by měli vykonávat odborníci v rámci **logopedické intervence**.

3.5.1 Logopedická intervence

Termín **logopedická intervence** vymezuje Lechta (In: Škodová, Jedlička, 2007, s. 37), jako „*aktivitu, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech*“. Intervence je přitom chápána v nejširším smyslu jako zákrok či všeobecně jako činnost, působení za účelem změny. Logopedická intervence je složitý multifaktoriální proces, jenž se realizuje na základě logopedické diagnostiky, logopedické terapie a logopedické prevence.

Logopedickou intervencí v České republice zajišťují tři rezorty, které navzájem spolupracují. Jsou to rezort školství, mládeže a tělovýchovy; rezort zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí. V rezortu školství, mládeže a tělovýchovy je logopedická péče zabezpečena Metodickým doporučením č.j. 14 712/2009–61 k zabezpečení logopedické péče ve školství (2009), které vymezuje podmínky poskytování logopedické péče.

Vybranými aspekty logopedické intervence se zabývá Zezulková, et. al. (2017, s. 98–105), která ve své publikaci přibližuje výsledky výzkumů, na základě, kterých poukazuje na „*naléhavé problémy logopedické intervence ve školství v kontextu prevence školní neúspěšnosti žáků s poruchami řečové komunikace*.“ V závěru navrhuje několik (9) opatření ke zvýšení efektivity logopedické intervence ve školství. Mimo jiné navrhuje aktualizaci Metodického doporučení č. j. 14 712/2009-61 do roku 2020. Dále navrhuje sestavení koncepce preventivních a nápravných opatření rozvoje mluvní gramotnosti

a čtenářské gramotnosti v preprimárním a primárním vzdělávání. Dalším doporučením je upevnění partnerství pedagogů a rodičů v rámci logopedické intervence.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝVOJ VÝSLOVNOSTI HLÁSEK U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU V MŠ V REGIONU UHERSKOBRODSKO

4.1 Cíl šetření

Cílem šetření bylo zhodnotit vývoj výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku v mateřských školách na Uherskobrodsku a přiblížit realizaci logopedické prevence v těchto mateřských školách. Dílčím cílem bylo posoudit (porovnat) stav řečových schopností u dětí v předškolním věku dnes a v porovnání s minulostí.

Cíle byly formulovány na základě výzkumných otázek:

1. Jak se změnila výslovnost sledovaných dětí před nástupem do základní školy během konkrétního časového období?
2. Jakou péči poskytují mateřské školy na Uherskobrodsku v oblasti logopedické prevence?
3. Zvyšuje se kvalita logopedické intervence ve sledovaném regionu z pohledu učitelek mateřských škol a z pohledu logopedky?
4. Jaké jsou v současnosti hlavní příčiny opožděného řečového vývoje předškolních dětí z pohledu učitelek vybraných mateřských škol a logopedky SPC?
5. Lze sledovat zvyšující se počet dětí předškolního věku, konkrétně posledního ročníku před nástupem na základní školu, které mají problém s výslovností v rámci ČR a ve sledované oblasti?

4.2 Metody šetření

Podle Hendla (2008) se výběr výzkumné metody pro sběr dat zakládá především na požadovaném typu informace, ale i na tom, od koho budeme potřebné informace získávat a za jakých okolností bude vše probíhat.

Práce je založena na smíšeném výzkumu. Ve výzkumu byly použity následující metody a techniky: analýza odborné dokumentace, dotazník a polostrukturovaný rozhovor.

Hendl (2005, s. 204) považuje **dokumenty** za data vzniklá v minulosti, která pořídila jiná osoba než výzkumník a vznikla za jiným účelem, než má současný výzkum. Úkolem výzkumníka je dokumenty vyhledat a zabývá se pouze tím, co má k dispozici. Dokumenty lze členit na osobní dokumenty, úřední dokumenty, archivované údaje, výstupy masových médií a data virtuální. Poznávací cena dokumentu se rozlišuje podle šesti kritérií:

1. typ dokumentu – oficiální listiny se považují za důvěryhodnější než například novinové články,
2. množina vnějších znaků dokumentu – zvláštní význam materiálu jako takového,
3. vnitřní znaky dokumentu – úřední význam obsahu u textových dokumentů, a pro ostatní dokumenty má obsah výpovědní hodnotu dokumentu,
4. intencionalita – ovlivnění snahy výzkumníka dosáhnout určitého cíle,
5. blízkost dokumentu k předmětu zkoumání – blízkost z pohledu času, prostoru nebo společnosti,
6. původ dokumentu

Mezi výhody **dotazníkového šetření** patří především nízká časová a finanční náročnost. Výzkum může být prováděn i malým počtem výzkumníků, přesto však umožní získání dat i od velkého množství lidí. Pro respondenty je důležitá relativně vysoká míra anonymity a časová nenáročnost. Výsledky lze statisticky zpracovat. Odpovědi z dotazníkového šetření se dají kvantifikovat a analyzovat.

Nevýhodou dotazníků je možnost vysokého zkreslení ze strany respondentů. Respondenti sdělují pouze svůj individuální pohled na danou situaci, odpovědi mohou být zkreslené, či lživé. Přesnost šetření je závislá na počtu odpovídajících vzhledem k oslovenému vzorku (Giddens, 2003, s. 64).

Doplňující metodou byl **polostrukturovaný rozhovor**. Tato metoda se pohybuje na pomezí strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Reichel (2009, s. 111) uvádí: „...kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru, tj. nestrukturovaného a strukturovaného“. Na rozdíl od přísně strukturovaného rozhovoru nejsou všechny otázky předem dané a v neměnném pořadí. Od nestrukturovaného se liší tím, že si zpovídaný nemůže říkat úplně, co by chtěl a autor má šanci si některé otázky připravit dopředu. Nevýhody jsou především časová a psychická náročnost.

4.3 Průběh šetření

Šetření bylo zahájeno začátkem listopadu 2019 a ukončeno v únoru 2020. Časově nejnáročnější bylo získávání a analýza dokumentů, proto byly zahájeny nejdříve. Tato metoda byla zvolena za účelem objasnění výzkumných otázek: Jak se změnila výslovnost dětí před nástupem do základní školy během konkrétního časového období? Lze sledovat zvyšující se počet dětí předškolního věku, konkrétně posledního ročníku před nástupem na základní školu, které mají problém s výslovností v rámci ČR a ve sledované oblasti?

K objasnění první otázky byly analyzovány dokumenty vybrané mateřské školy, konkrétně záznam o jednorázovém orientačním logopedickém vyšetření prováděné logopedkou SPC pro děti s vadami řeči v měsíci září a průběžné zápisy logopedické preventivní z preventivních logopedických cvičení prováděných v této mateřské škole v rámci individuální logopedické prevence. V únoru byly výsledky analyzovány a hodnoceny.

Cílem doplňujícího šetření bylo získat informace o počtu dětí předškolního věku a z toho počtu dětí se zjištěnými řečovými problémy jednotlivých mateřských škol v co nejširším časovém horizontu (10–15 let). Než bylo možné zahájit šetření, bylo nutné zjistit dostupnost informací, oslovit zamýšlené zdroje – jednotlivé mateřské školy zvoleného regionu, zda požadovanými dokumenty disponují a zda by byly ochotny je poskytnout. Bylo zjištěno, že požadované informace shromažďují pouze některé mateřské školy z důvodu, že tyto dokumenty nepatří k povinné dokumentaci mateřských škol a není tedy nutné je delší dobu uchovávat. Proto jako další možný zdroj bylo osloveno SPC Uherské Hradiště pro děti s vadami řeči, které spolupracuje také

s mateřskými školami regionu Uherský Brod. Poskytnuty byly dokumenty z aktuální databáze i z archivu SPC, konkrétně výpisy z depistáží, které byly prováděny v mateřských školách vybraného regionu od školního roku 2008/2009, do roku 2019/2020. Na základě předběžné dohody proběhly dvě návštěvy SPC, kde ve spolupráci s logopedkou SPC byly potřebné údaje vyhledány a zpracovány do tabulky. Byl vybrán výzkumný vzorek 12 mateřských škol z Uherskobrodsko s přihlédnutím na ucelenost údajů. Poté byly údaje přeneseny k elektronickému zpracování pomocí funkcí tabulky formátu Libre Office Calc – viz. Příloha A (Tabulka 1). Byl proveden výpočet – kolik procent předškolních dětí v jednotlivém školním roce a konkrétní mateřské škole mělo problém s výslovností hlásek. Porovnání dat bylo znázorněno pomocí růstového grafu viz. Příloha B (Graf 1), který obsahuje vývojovou křivku týkající se jednotlivých mateřských škol a z toho vyhodnocený průměr za účelem získání komplexnějšího obrazu reality.

Poskytnuté dokumenty neobsahovaly osobní ani jiné údaje týkající se ochrany dat. Přesto názvy jednotlivých mateřských škol nejsou uvedeny v souvislosti se zjištěnými údaji. Z důvodu ochrany osobních údajů podle zákona č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů je seznam těchto mateřských škol k nahlédnutí u autorky práce.

U některých z mateřských škol nebyly údaje kompletní z toho důvodu, že v daném školním roce s SPC nespolupracovala (depistáž nebyla z nějakého důvodu provedena). Dále chybí data z let 2010–2013, z doby mateřské dovolené logopedky, která s mateřskými školami spolupracovala. Uvedená data se nepodařilo dohledat. Přesto se podařilo získat vysoký počet informací v časovém období 12 let.

Pro srovnání byly dále analyzovány statistické údaje Národního zdravotnického informačního systému – ambulantní péče – Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2017 NZIS REPORT č. K/26 (08/2018). Dokument obsahoval údaje o počtech logopedických pacientů v časovém období 2007–2017. Náhled grafu je uveden v příloze (Příloha C, Graf 2).

Začátkem prosince 2019 bylo zahájeno dotazníkové šetření. Dotazníky byly rozeslány začátkem prosince 2019 elektronicky na oficiální Emailové adresy vybraných mateřských škol regionu Uherský Brod po individuálním telefonickém oslovení ředitelk těchto mateřských škol. Do výzkumného vzorku bylo zařazeno 26 mateřských škol, které

působí ve vybraném regionu. Ve všech případech jde o mateřské školy státní, tzn. že jsou příspěvkovou organizací s právní subjektivitou; zřizovatelem je obec. Z oslovených 26 mateřských škol byla návratnost 24 dotazníků.

Osloveny byly ředitelky všech mateřských škol. Z důvodu ochrany osobních údajů podle zákona č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů, nejsou uvedeny názvy ani sídla mateřských škol, ani jména ředitelek a předškolních pedagogů.

Bylo zpracováno 16 otázek, které byly formulovány tak, aby umožnily získat informace týkající se realizace logopedické prevence jednotlivých mateřských škol na Uherskobrodsku, podle výše uvedených výzkumných otázek. Náhled dotazníku je uveden v příloze (Příloha D). Výčet mateřských škol je k nahlédnutí u autorky práce.

Účelem rozhovorů bylo zjistit a doplnit podrobnější informace ohledně vývoje výslovnosti hlásek u předškolních dětí a organizace, průběhu a efektivity poskytované logopedické prevence dnes a v porovnání s minulostí. Forma rozhovoru byla zvolena polostrukturovaná, kdy bylo předem stanoveno 11 otázek a následně byl dán prostor k rozvinutí tématu a rozboru konkrétních otázek dle zájmu respondenta. Oslovena byla ředitelka jedné z mateřských škol z Uherskobrodsku, která má více než třicetileté zkušenosti s logopedickou prevencí v mateřské škole a pracovnice SPC Uherské Hradiště pro děti s vadami řeči – kvalifikovaná logopedka, která s mateřskými školami v tomto regionu dlouhodobě spolupracuje v rámci logopedické intervence. Vzhledem k rozdílné kvalifikaci dotazovaných byly pro každý rozhovor otázky formulovány odlišně s cílem získat dva různé úhly pohledu na stejné výzkumné téma. Z důvodu ochrany osobních údajů podle zákona č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů, nejsou uvedena jména informantek.

4.4 Interpretace výsledků šetření

4.4.1 Analýza odborné dokumentace

Analyzovány byly 4 typy dokumentů:

1) **Záznam o jednorázovém orientačním logopedickém vyšetření** provedeném logopedkou SPC pro děti s vadami řeči v měsíci září ve vybrané mateřské škole regionu Uherský Brod. Náhled záznamu je k dispozici v příloze (Příloha E). Z důvodu ochrany osobních údajů podle zákona č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů, byla v náhledu skryta jména dětí a jméno logopedky.

Ze záznamu o logopedickém vyšetření je patrné, že bylo vyšetřeno 13 dětí předškolního věku 5–7 let (chlapec s odkladem školní docházky). Jednalo se o 7 chlapců a 6 dívek. Všechny vyšetřené děti měly problém s fonologickou rovinou řeči. Největší počet – 9 ze 13 vyšetřených dětí mělo problémy s výslovností sykavek. Z toho to byly pouze 2 děvčata. Dva chlapci měli problém s výslovností C,S,Z, jedna dívka s Č,Š,Ž a tři děti s oběma typy sykavek. Jeden chlapec nevyslovil správně Z a Ž. Pět z těchto dětí mělo problém s asimilací sykavek.

Tři děti s nesprávnou výslovností sykavek měly zároveň problém s výslovností hlásek R a Ř. Další 4 nezvládly pouze výslovnost Ř, což znamená, že hláska R byla již vyvozená, přestože výslovnost sykavek ještě nebyla správná. Jeden chlapec dokonce zvládal R i Ř, přestože sykavky ani hláska L ještě zvládnuté nebyly. Také další tři děti s nesprávnou výslovností sykavek a zároveň hlásek R a Ř nevyslovily správně hlásku L.

Další dvě děvčata nevyslovila správně hlásku R a Ř. Jedno děvče nevyslovilo hlásku R, zatímco hlásku Ř již používalo. Jedno děvče mělo problém pouze s výslovností hlásky Ř, zároveň mělo ale nedostatky v morfologicko syntaktické rovině – gramatické stránce řeči a v porozumění řeči.

Jak je patrné, všechny vyšetřované děti měly problém s výslovností artikulačně nejobtížnějších hlásek, které zpravidla u dětí bývají vyvozovány jako poslední. Podle teoretických výstupů tedy můžeme hovořit o fyziologické poruše, pouze u jednoho sedmiletého chlapce s vícečetnou dyslálií už můžeme hovořit o vadě. Tomuto chlapci byla logopedkou navržena návštěva klinického logopeda (v záznamu je uvedeno: odeslat ke KL – viz. Příloha č. 6). Odbornou logopedickou péčí logopedka dále navrhla dalším

dvěma dětem. Další jedno děvče předškolního věku mělo doporučenu odbornou logopedickou péčí v případě, že se do konce 1. pololetí nebude dařit individuální logopedická prevence v mateřské škole. Z dětí, které logopedka navrhla k péči klinického logopeda, bylo pouze jedno děvče, které nebylo v posledním ročníku před nástupem na ZŠ. U této dívky se jednalo o větší počet již zafixovaných špatně vyvozených hlásek.

Děti, které nedokáží správně vyslovit všechny hlásky před nástupem na základní školu, jsou ohroženy školním neúspěchem. Proto byly z výše analyzovaného dokumentu k podrobnějšímu sledování vybrány právě 4 děti, které by měly nastoupit na základní školu v následujícím školním roce.

2) Průběžné zápisy logopedické preventistky z preventivních logopedických cvičení prováděných ve vybrané mateřské škole, v rámci individuální logopedické prevence.

S vybranými dětmi pracovala v rámci individuální prevence logopedická preventistka – učitelka této mateřské školy. Děti k individuální prevenci v MŠ taktéž navrhla logopedka (v záznamu uvedeno: ILP v MŠ, viz. Příloha E). Preventistka si vedla průběžné záznamy, které obsahovaly záznam o výchozím stavu výslovnosti, postup, metody, popis jednotlivých kroků a cvičení a poznámky pro rodiče – vysvětlení i rady, jak děti podporovat doma, kopie metodických listů – obrázky s artikulačními cviky, ale také grafomotorické listy, slova, říkanky k procvičení atd. Preventistka pracovala s každým dítětem individuálně 1krát týdně. Dětem se věnovala v době své nepřímé výchovné činnosti. Většinou po obědě, před odpoledním odpočinkem, někdy také v ranních hodinách před svačinou, mimo řízené činnosti.

Celkem v mateřské škole pracovaly 3 preventistky, z nichž každá měla na starosti 3–4 děti. Vybraná preventistka měla na starosti právě 3 děti posledního ročníku před nástupem na ZŠ, které tvořily výzkumný vzorek. Dále byl ke vzorku zařazen chlapec s odkladem školní docházky, kterého logopedka navrhla k péči klinického logopeda.

U těchto dětí byl sledován vývoj výslovnosti hlásek, aby bylo možné zodpovědět výzkumnou otázku: Jak se změnila výslovnost dětí před nástupem do základní školy během konkrétního časového období?

Vstupní záznamy, září 2019:

1. chlapec s odkladem: C=S; Č=Š=S; Š,Ž, R (odeslat ke KL)
2. chlapec: CSZ, ČŠŽ, Ř (R vyvozeno)

3. chlapec: asimilace sykavek, Ř – fixace

4. děvče: R (Ř vyvozeno)

Výsledky z měsíce února 2020:

1. chlapec s odkladem: rodiče nereagovali na doporučení logopedky a MŠ, chlapec nedocházel ke KL. Stav: C=S, Č=Š=S, Š,Ž,R, - beze změny,

2. chlapec: zvládl vyslovit Č, Š, Ž; Č a Š běžně užívá v řeči, Ž měl vyvozeno, ale v řeči nahrazoval hláskou Š. CSZ, Ř – přetrvávalo,

3. chlapec: sykavky asimilovány, fixace Ř pokračovala,

4. děvče: R vyvozeno, samostatně vyslovila, ale nebylo zcela fixováno ve slovech.

Podle záznamů preventistky lze vyvodit, že výslovnost hlásek 3 sledovaných dětí se za 5 měsíců zlepšila ve všech případech.

Výslovnost 1 chlapce s odkladem zůstala beze změny. Tomuto chlapci se preventistka individuálně nevěnovala, protože mu byla doporučena péče klinického logopeda. Rodiče na doporučení logopedky nereagovali a během sledovaných 4 měsíců chlapci logopedickou péči nezajistili.

3) Výpisy z depistáží

Přehled získaných informací analyzovaných dokumentů SPC Uh. Hradiště je znázorněn v tabulce – viz. Příloha A (Tabulka 1). Ze zjištěných hodnot bylo vypočítáno procento dětí s poruchami řeči z celkového počtu dětí před nástupem na základní školu v jednotlivých mateřských školách řešené oblasti a jednotlivých letech od roku 2008 do roku 2019. Procento dětí s poruchami řeči v jednotlivých letech kolísá u všech analyzovaných mateřských škol. Z celkového průměru všech mateřských škol však zřetelně vychází stoupající tendence, kterou zobrazuje linie grafu, viz. Příloha B (Graf 1). Shrnutí: analýzou informací získaných z poskytnutých dokumentů SPC bylo zjištěno, že počet dětí s poruchami řeči v populaci dětí posledního ročníku před nástupem do základní školy ve vybraném vzorku mateřských škol na Uherskobrodsku postupem času narůstá.

4) Dle analýzy statistických údajů Národního zdravotnického informačního systému–Ambulantní péče–Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2017 NZIS REPORT č. K/26 (08/2018) a jejích závěrů: „Počet osob v logopedické péči v čase roste. V roce 2007 se v oboru logopedie léčilo 130 639 pacientů, tj. 13 pacientů na 1 000 osob v populaci, v roce 2017 se jedná o 156 771 (téměř 15 na

1 000 osob) pacientů. V loňském roce bylo zařazeno do evidence 56 964 pacientů, léčbu ukončilo 40 728 pacientů.“ Náhled grafu je uveden v Příloze C (Graf 2)

Vzhledem k tomu, že podle této zprávy tvoří drtivou většinu pacientů děti předškolního věku, můžeme konstatovat, že zjištěné skutečnosti korespondují s výsledky analýzy dokumentů SPC.

4.4.2 Dotazníkové šetření

Dotazník byl anonymní. Obsahoval 10 polootevřených otázek, 1 otázku uzavřenou, 1 otázku otevřenou a 4 otázky na četnost. Počet vyplněných dotazníků byl 24 z 26 odeslaných. První otázka se skládala ze 3 částí a směřovala k osobě dotazovaného. Týkala se jeho věku, vzdělání a délky pedagogické praxe v mateřské škole. Důvodem bylo zjistit do jaké míry a v jakém časovém rozmezí může dotazovaný problém hodnotit. Jednotlivé odpovědi jsou zpracovány v Tabulce 2 a barevně rozlišeny pro lepší orientaci. Pro každý typ odpovědi platí: čím tmavší barva, tím vyšší vzdělání, vyšší věk a doba praxe.

Tabulka 2: Věk, vzdělání a délka praxe, n=24

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| č. respondenta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| věk | 60 | 59 | 59 | 59 | 58 | 58 | 57 | 57 | 56 | 55 | 55 | 54 |
| praxe | 40 | 40 | 40 | 12 | 11 | 8 | 38 | 35 | 36 | 36 | 35 | 36 |
| vzdělání | SŠ | SPgŠ | SŠ | SPgŠ | VŠPg | VŠPg | SPgŠ | VŠPg | SPgŠ | SŠ | SPgŠ | VŠPg |
| č. respondenta | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| věk | 54 | 53 | 53 | 52 | 39 | 38 | 35 | 35 | 31 | 29 | 28 | 27 |
| praxe | 30 | 30 | 30 | 11 | 8 | 0,5 | 13 | 9 | 12 | 6 | 9,5 | 8 |
| vzdělání | SPgŠ | SPgŠ | SPgŠ | SPgŠ | SPgŠ | SPgŠ | VŠPg | VŠPg | SPgŠ | VŠPg | SŠ | VŠPg |

| | |
|------|-------------------------------------|
| VŠPg | Vysoká škola - pedagogické zaměření |
| SPgŠ | Střední pedagogická škola |
| SŠ | Střední škola nespecifikovaná |

Zdroj: vlastní šetření, 2019

Z tabulky je patrné, že nejvíce: 12 dotazovaných udává praxi 30–40 let, 0 dotazovaných 20–30 let, 5 dotazovaných 11–20 let, 6 dotazovaných 6–10 let a 1 dotazovaná 6 měsíců. Lze tedy konstatovat, že až na 1 dotazovanou mají respondentky dostatečné zkušenosti, aby mohly problém hodnotit.

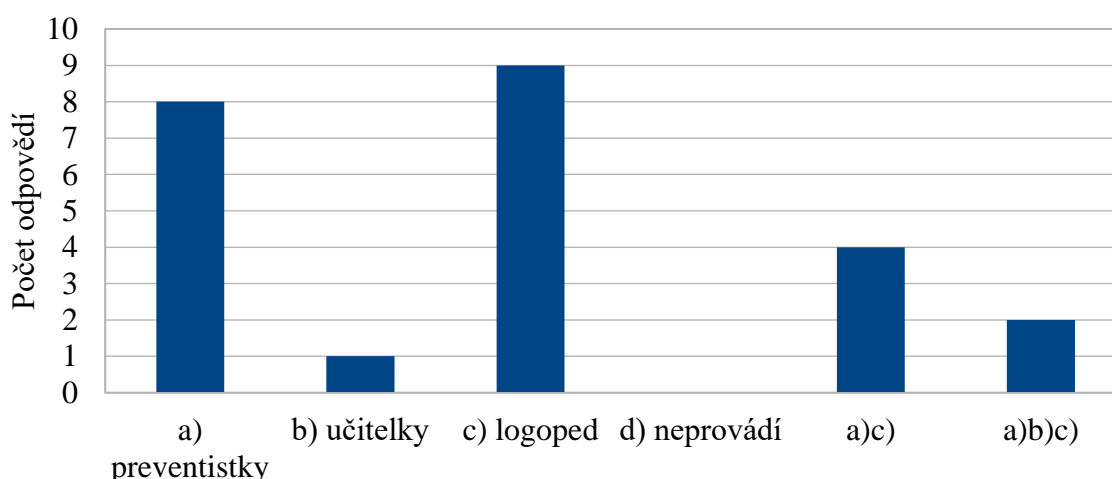
Dále dle tabulky má 15 dotazovaných učitelek středoškolské vzdělání, 11 z nich specifikovalo pedagogické vzdělání, 4 nspecifikovaly. 9 uvedlo vzdělání vysokoškolské pedagogického směru. Z toho vyplývá: z 24 dotazovaných má nejméně 20 učitelek pedagogické vzdělání, z toho 9 vysokoškolské.

Věk do 30 let uvedly 3 dotazované, věk do 40 let 5 dotazovaných, věk do 50 let žádná z dotazovaných, od 50 do 60 let 16 dotazovaných.

Shrnutí: Z výše uvedených údajů vyplývá, že se jedná o zkušené pedagožky s dlouholetou praxí v oboru. Pouze 1 dotazovaná má jen půlroční zkušenost, její hodnocení – porovnání současného stavu s minulostí, se nezakládá na zkušenosti.

Účelem dalších 7 otázek bylo zmapovat, jakým způsobem je realizována logopedická prevence v jednotlivých mateřských školách a kdo se podílí na její realizaci. První z nich zjišťovala, **kdo provádí logopedickou depistáž** v jednotlivých MŠ. Respondenti měli možnost výběru z více možností. Četnost jednotlivých odpovědí a jejich kombinací znázorňuje Graf 3.

Graf 3: Osoby provádějící depistáž

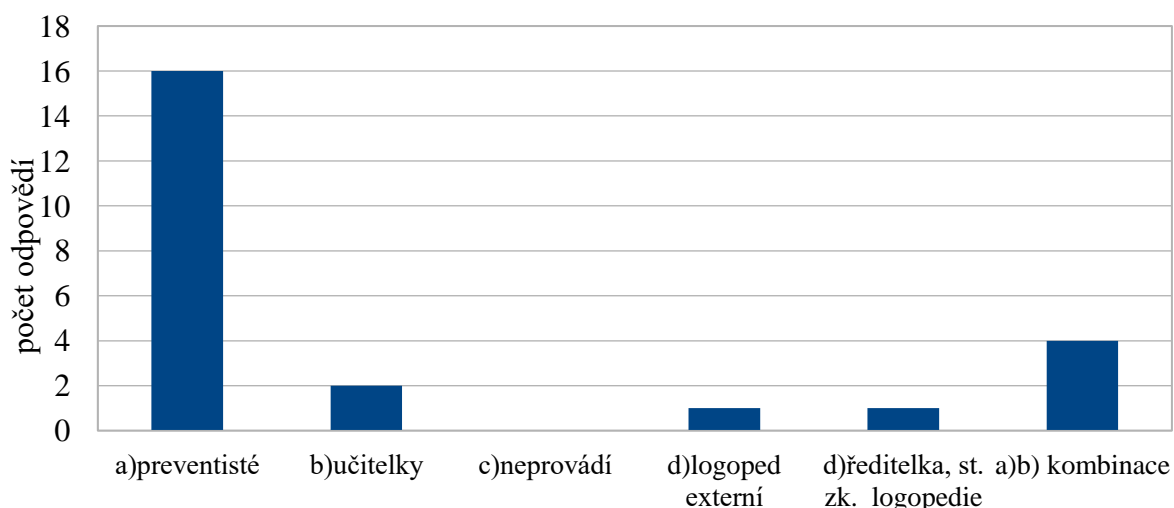


Zdroj: Vlastní šetření, 2019

Z uvedeného vyplývá, že depistáž, kromě 1 případu – možnost b) – provádí kompetentní proškolené osoby. V 6 mateřských školách využívají více možností provádění logopedické depistáže. Jedna z dotazovaných uvedla konkrétně, že logopedické preventistky provádí předběžnou depistáž a logoped odbornou. Uváděný počet preventistek provádějících depistáž v jedné MŠ je 1 až 3 (7x2, 6x1, 1x neuvedeno).

Další otázka zjišťovala, **kdo provádí logopedickou prevenci** v dané mateřské škole. Respondenti měli možnost výběru více možností. V Grafu 4 vidíme, že žádná z dotazovaných neuvedla, že prevenci v jejich MŠ neprovádí. Jen 2 uvedly pouze možnost „učitelky“ bez ohledu na kvalifikaci preventisty. 22 z 24 respondentů tedy uvedlo, že logopedickou prevenci v jejich MŠ realizují kvalifikované osoby.

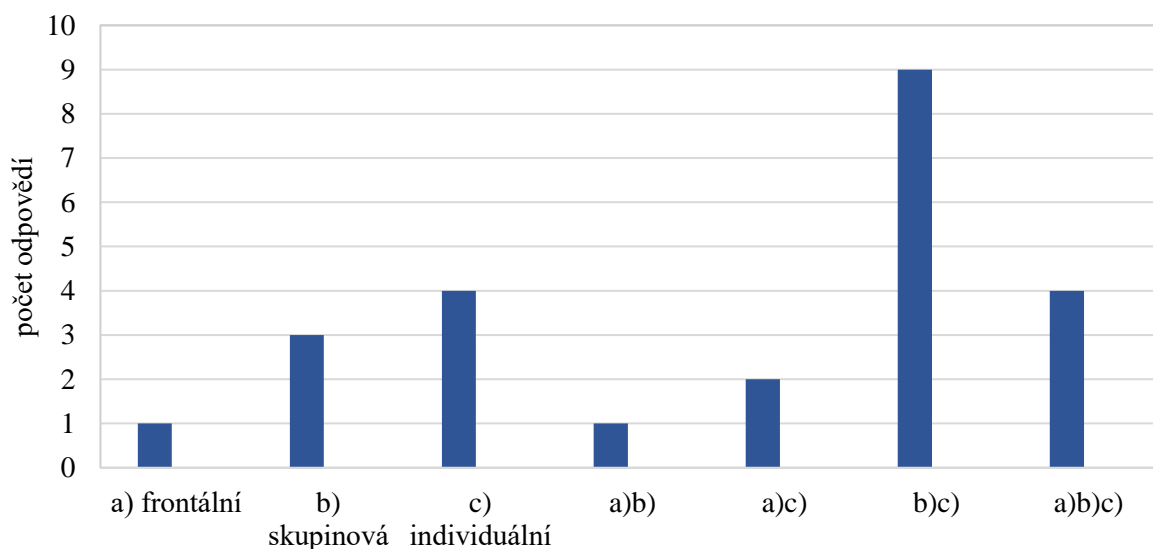
Graf 4: Osoby provádějící logopedickou prevenci



Zdroj: vlastní šetření, 2019

Další otázka zjišťovala, **jakou formou** je realizována logopedická prevence v jednotlivých mateřských školách. Respondenti měli možnost výběru několika možností, pro případ, že by využívali více forem. Z Grafu 5 je patrné, že nejčastěji je využívána forma individuální prevence, poté skupinová a nejméně využívaná je forma frontální. Přičemž se většinou využívá kombinací více forem: nejčastěji je to kombinace skupinové a individuální formy. 4 z dotazovaných využívají kombinace všech 3 jmenovaných forem prevence, 3 z dotazovaných kombinaci frontální a individuální a 1 dotazovaná frontální a skupinovou. Převažuje tedy individuální forma prevence a její kombinace. Délka sloupce znázorňuje počet odpovědí.

Graf 5: Forma realizace logopedické prevence

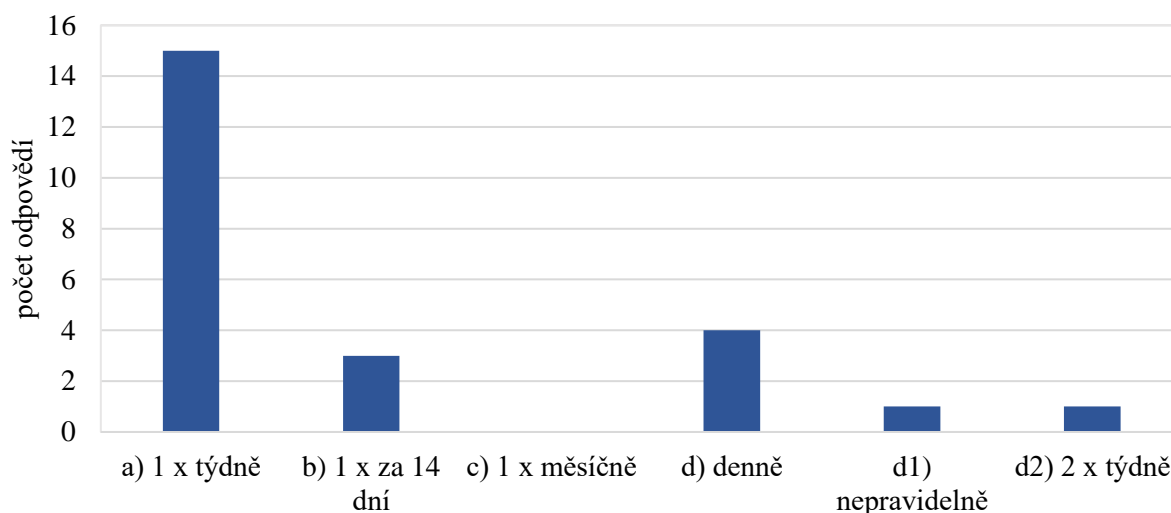


Zdroj: vlastní šetření, 2019

Další otázka zjišťovala, **jaký počet dětí připadá v průměru na 1 preventistku** při individuální prevenci. 1 x bylo uvedeno: dle vyhodnocení depistáže, 4 x neuváděno, dále byly uváděny počty od 1 do 14 dětí. Nejčastěji (4 x) bylo uvedeno množství 4 děti 3x3 děti, 2x1 dítě, 2x10 dětí, ostatní uvedeno 1x (počty 14, 7, 6). Při individuální logopedické prevenci tedy připadá na 1 učitelku rozdílné množství dětí. Spíše byly uváděny hodnoty nižší (10 x rozmezí 1-4 děti oproti 5 x 6–14 dětí).

Graf 6 znázorňuje odpovědi na otázku, **jak často je zařazována logopedická prevence v jednotlivých MŠ**. Je zřejmé, že logopedická prevence je nejčastěji zařazována 1 x týdně, minimálně alespoň 1 x za 14 dní, zvláště jedná-li se o individuální a skupinovou prevenci a v některých mateřských školách v kombinaci s každodenními logopedickými chvilkami (frontálně, nebo skupinově). Žádný z respondentů nevolil odpověď 1 x měsíčně.

Graf 6: Častost prevence

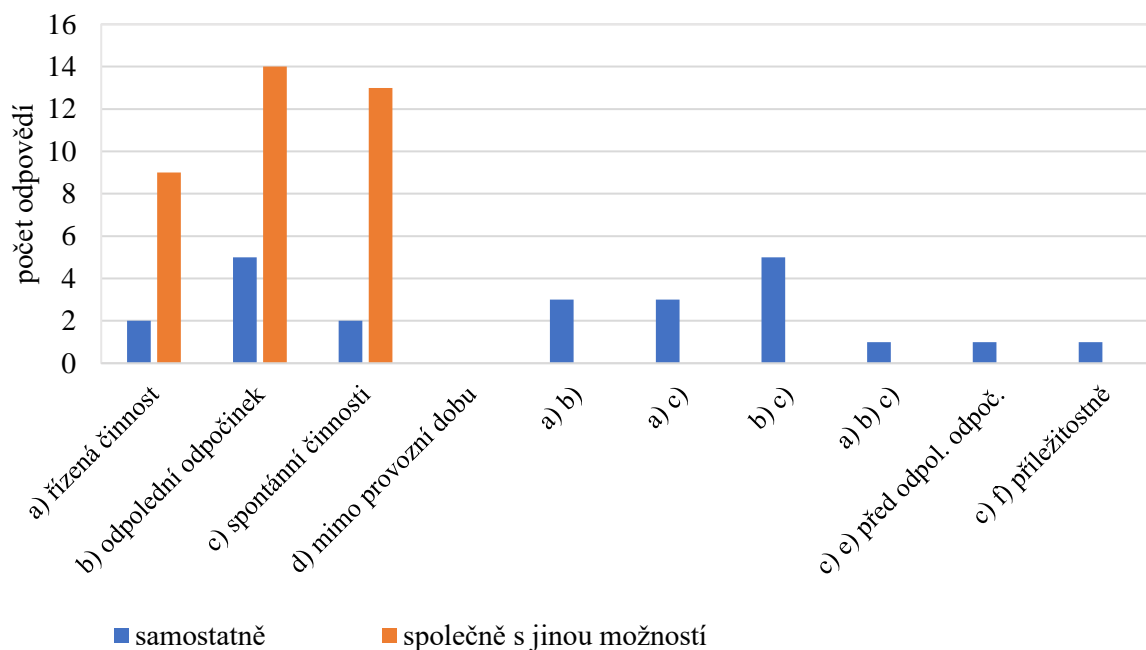


Zdroj: vlastní šetření, 2019

Další otázka zjišťovala, v **které části své pracovní doby učitelky prevenci provádějí**, zda v rámci přímé, či nepřímé výchovné činnosti. 10 respondentů uvedlo dobu přímé výchovné činnosti. Odpověď „v době překrývání“ můžeme vyhodnotit jako a), protože se jedná o přímou práci. Tedy 11 z 24 dotazovaných provádí prevenci v době přímé výchovné práce. 7 uvádí v době nepřímé výchovné činnosti. 6 uvádí kombinaci obou jmenovaných. Z odpovědi „v odpoledních hodinách“ není jasné, zda se jedná o přímou, či nepřímou práci učitelky, jelikož jsou možné obě varianty.

Cílem další otázky bylo zjistit **dobu realizace prevence vzhledem k organizaci dne MŠ**. Respondenti měli možnost výběru několika možností a také měli možnost odpověď doplnit. Samostatné odpovědi i jejich kombinace jsou znázorněny v Grafu 7. Četnost jednotlivých odpovědí je v grafu zobrazena modrou barvou. Oranžovou barvou je znázorněno, kolikrát byla daná možnost celkem zvolena – a to jak v samostatném výběru, tak v kombinacích s jinými možnostmi.

Graf 7: Doba realizace prevence vzhledem k organizaci dne MŠ



Zdroj: vlastní šetření, 2019

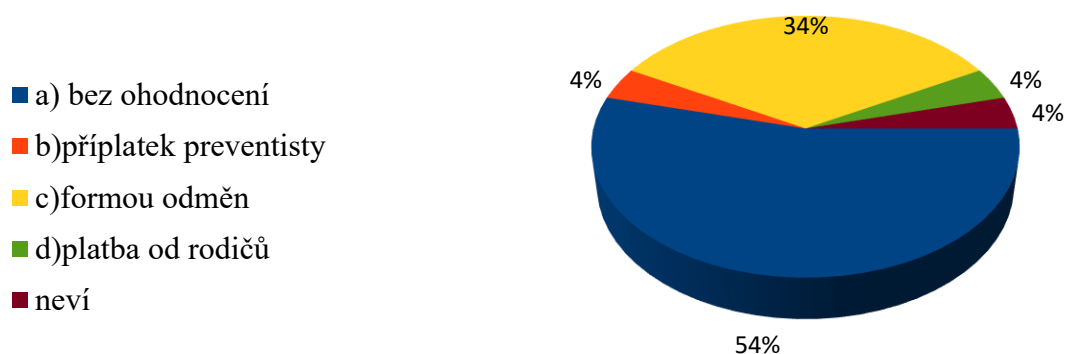
Z grafu vyplývá, že MŠ využívají k logopedické prevenci většinou dobu odpoledního odpočinku. Dále dobu spontánních neřízených činností a dobu řízených činností. Pouze 9 respondentů z 24 uvádí pouze jednu z možností, ostatní (celkem 15 odpovědí) uvádí kombinace dvou až tří možností. Nejčastěji byla zvolena kombinace b) c), poté a) b) a a) c). Žádná z uvedených MŠ nevyužívá dobu mimo provoz.

Další otázka zjišťovala **názory učitelek** jednotlivých MŠ **na efektivitu prevence** prováděné v konkrétní mateřské škole, ve které jsou zaměstnány. 23 z 24 dotazovaných hodnotí prevenci v MŠ ve které pracují jako efektivní. Jedna dotazovaná hodnotí prevenci jako neefektivní a jako důvod uvádí špatnou spolupráci s rodiči, cit: „*Rodiče s dětmi doma nepochvívají. Jen co děti pochvívají v MŠ, a to je velmi málo.*“

Cílem další otázky bylo zjistit, **zda jsou pedagogové** provádějící logopedickou prevenci v MŠ za tuto práci zvláště **ohodnoceni**. Otázka byla zvolena na podnět logopedky SPC a některých preventistek, které se necítí být dostatečně motivovány.

Zvláště se jednalo o případy, kdy preventistky provádějí individuální prevenci v době své nepřímé výchovné činnosti.

Graf 8: Ohodnocení pedagogů



Zdroj: vlastní šetření, 2019

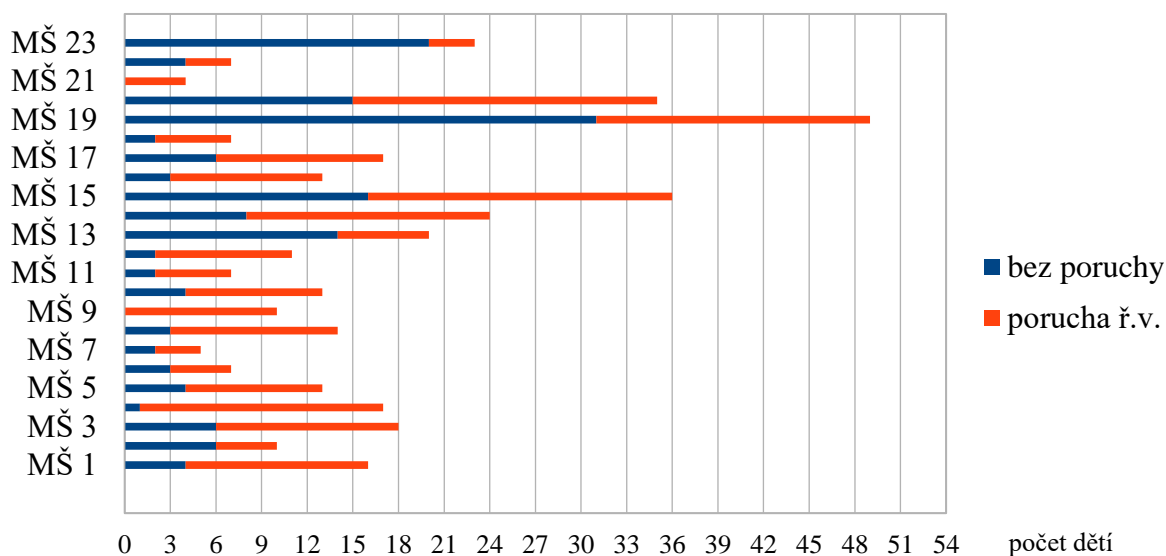
Z 24 dotazovaných uvedlo 13, že preventisté nejsou nijak ohodnoceni. 9 uvádí tyto formy ohodnocení: 7 uvedlo formu odměn, 2 platbu od rodičů, 1 uvádí příplatek logopedického preventisty. 1 nebyla informována. Je tedy patrné, že 54 % z dotazovaných uvedlo, že tato činnost není nijak ohodnocena.

Další 3 otázky směřovaly k poměru dětí s problémovou výslovností hlásek z celkového počtu předškolních dětí ve školním roce 2019/2020 v jednotlivých MŠ a jak často je řečová vada u zkoumaného vzorku důsledkem postižení.

Podle výpočtu na základě odpovědí dotazovaných je průměrný poměr dětí s poruchami řeči na Uherskobrodsku 64%. To znamená, že většina dětí posledního ročníku před nástupem na základní školu má poruchu řeči. Pouze 5 z dotazovaných uvedly poruchu řeči jako důsledek postižení. Jedná se o 10 dětí z celkového počtu 20 dětí (uvedených v dotaznících) s poruchami řeči.

Podrobné počty a poměry v jednotlivých MŠ jsou uvedeny v Tabulce 3 (Příloha G). Grafem 9 je znázorněn poměr dětí předškolního věku s poruchou řeči z celkového počtu předškoláků v jednotlivých mateřských školách.

Graf 9 Poměr dětí s poruchami řeči z celkového počtu dětí předškolního věku



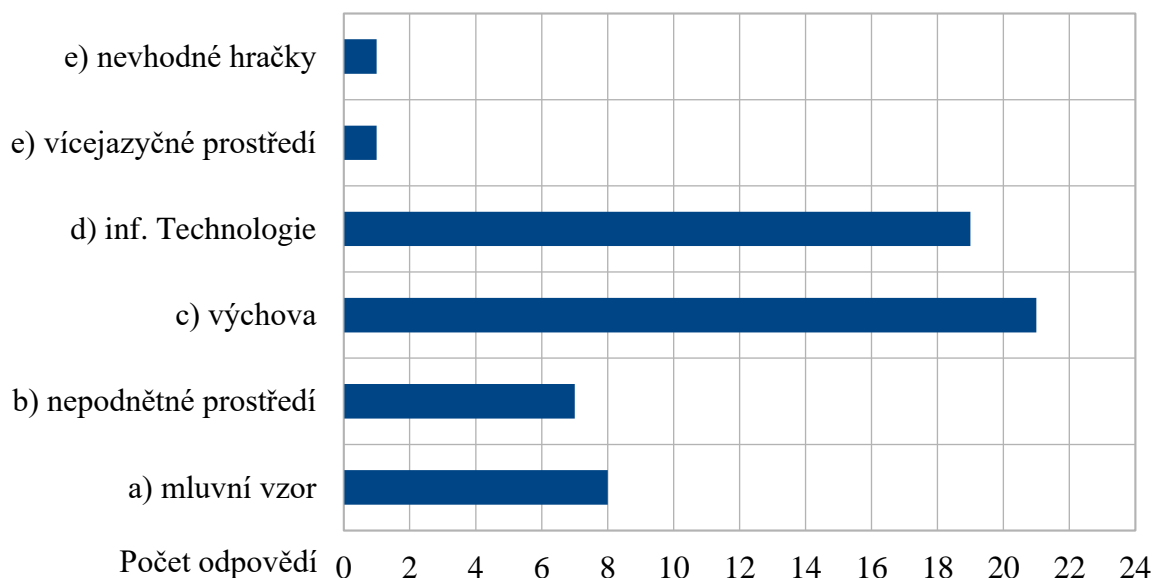
Zdroj: vlastní šetření, 2019

Cílem další otázky bylo zmapovat, **jaké poruchy se u dětí předškolního věku vybraného vzorku MŠ vyskytují nejčastěji**. 19 z 24 dotazovaných uvedlo jako nejčastější poruchu řečového vývoje předškolních dětí v jejich MŠ dyslálii. Dvakrát byl samostatně uveden opožděný vývoj řeči a třikrát byla otázka nezodpovězena. Někteří z dotazovaných uvádí starší název – patlavost. Z toho jednou byla společně s dyslálií jmenována rinolálie, a taktéž jednou společně s dyslálií, breptavost. Jednou byla společně s dyslálií uvedena špatná artikulace. Někteří dotazovaní uvedli konkrétní **problémové hlásky**. V sedmi případech se jednalo o sykavky (z toho dvakrát byly sykavky jmenovány: CSZ, ČŠŽ). Dále byly jmenovány hlásky R a Ř (4 x), a L (2x).

Další otázka směřovala ke **zhodnocení příčin poruch řeči u dětí předškolního věku** na základě zkušeností učitelek mateřských škol. Nejvíce, 21 z 24 dotazovaných, uvádí jako příčinu možnost d) rodičovskou výchovu: nedostatečná péče, nekomunikující rodiče, podcenění četby – pohádky, říkanky v raném věku. Druhou nejčastěji uváděnou příčinou, kterou uvádí 19 z 24 dotazovaných jsou e) informační technologie – televize, počítače, mobily – náplň volného času. Na dalším místě je špatný mluvní vzor a nepodněné prostředí. Pouze 3 dotazovaní uvádí pouze 1 příčinu. Ostatní uvádějí

kombinace více možností. 1 dotazovaná doplňuje: vícejazyčné prostředí, 1 dále uvádí: „hračky, které nerozvíjí tvořivost a fantazii dětí“. Vizuální srovnání počtu odpovědí znázorňuje Graf 10.

Graf 10: Příčiny poruch řeči



Zdroj: vlastní šetření, 2019

Cílem poslední otázky bylo zhodnotit systém logopedické intervence již jsou MŠ součástí, ve srovnání s minulostí, vzhledem k době, kterou mohou učitelky z hlediska své praxe posoudit. Logopedická intervence není jen samostatná prevence prováděná v MŠ, ale také spolupráce s SPC, spolupráce s rodiči – provázanost a vzájemná interakce. (Délku praxe hodnotících řeší otázka č. 1.). Respondenti odpovídali takto:

a) je kvalitnější a efektivnější, než v minulosti - 15x

b) je na stejné úrovni - 7x

c) je méně kvalitní a efektivní - 1x

d) jiný názor – jedna dotazovaná uvádí, že zatím s logopedickou prevencí začínají.

Jedna z respondentek, která zvolila možnost b), vyjádřila svůj názor, cit: „*Učitelka mateřské školy by měla být pouze preventivní, která dítěti pomáhá rozvíjet vyjadřování, komunikaci, rozšiřovat slovní zásobu, uvolňovat mluvidla, jazyková cvičení, trénovat správný nádech, výdech. Odbornou individuální péči s dětmi, nápravu by mohla provádět*

logopedka – s vysokoškolským vzděláním, která by se odborně individuálně věnovala v určitý den, hodinu. Logopedický kurz učitelkám mateřských škol umožňuje mít pojem a lepší přehled o logopedii u dětí předškolního věku. Individuální náprava náleží odborníkovi, který doporučuje konkrétní individuální péči.“

Její názor odpovídá praxi. Preventistky v mateřské škole nejsou kompetentní k provádění nápravy, a podle dostupných informací žádná z MŠ nevyužívá preventistky k nápravě. Jedna z dotazovaných uvádí, že jejich MŠ využívá služby externího logopeda, který je k nápravě kompetentní. **Individuální prevence** však neznámá nápravu, pouze využívá individuálního přístupu a možnosti věnovat se plně jednomu dítěti. Pouze 1 dotazovaná hodnotí intervenci jako méně kvalitní – respondentka s 36letou praxí.

4.4.3 Rozhovory

Vzhledem k ochraně osobních údajů nejsou uvedena jména informantek. Pro jejich rozlišení budou označeny: informantka č. 1 – ředitelka MŠ, informantka č. 2 – logopedka SPC. Rozhovor s ředitelkou MŠ byl realizován v ředitelně mateřské školy. Rozhovor s logopedkou SPC byl realizován v její kanceláři v SPC pro děti s vadami řeči. Každý rozhovor měl 10 připravených otázek. Otázky byly formulovány tak, aby bylo možné odpovědi navzájem porovnat. Některé však byly formulovány odlišně vzhledem k oblasti působení a profesi informantek. Každý z rozhovorů měl navíc několik specifických doplňujících otázek, které vyplynuly v průběhu rozhovoru. (Úplné znění rozhovorů viz. Příloha F). Oba rozhovory byly se souhlasem informantek nahrávány na záznamník a poté doslovně přepsány.

Analýza rozhovoru s ředitelkou MŠ – informantka č. 1

První otázka se týkala **délky praxe** informatek. Informantka č. 1 má praxi 38 let.

Další dvě otázky se týkaly porovnání problematiky výskytu řečových poruch předškolních dětí v současnosti ve srovnání s dobou, kdy obě informantky začínaly svou praxi. Informantka č. 1 uvádí, že výslovnost dětí se zhoršuje, cit.: „... *dřív toho tolik nebylo...nepamatuji si, že by se ta výslovnost tak horšila.*“. Dále konkretizuje, že děti mají největší potíže s tvrdými i měkkými sykavkami a hláskami L,R,Ř.

Dnešní stav považuje informantka č. 1 za civilizační problém. Uvádí, že společnost je „zrychlená“ a děti používají více techniky (mobily, tablety atp.) na úkor komunikace v rodině. Dříve si podle ní děti více malovaly, u toho si povídaly, hrály hry, více se mluvilo a výslovnost byla lepší.

Další otázky směřovaly k porovnání systému logopedické prevence dnes a v minulosti. Informantka č. 1 uvádí, že když jako učitelka začínala (před 38 lety, viz. ot. 1), taková prevence v rámci MŠ nebyla. Počátky odhaduje na dobu před 15-20 lety. Kladně hodnotí logopedické kurzy a současnou spolupráci s SPC. Výhody vidí v tom, že odborník vyhodnotí konkrétní případy a navrhne další postup. Další výhodou spatřuje v tom, že rodiče spíše reagují na doporučení odborníka než na doporučení učitelky MŠ. Současně ale dodává, že, cit.: *„Je hrůza rodičů, kteří sice na logopedii chodí, ale doma necvičí. Ale je to posun dopředu, jak říkám, ta péče, má to jakýsi řád, má to jakási pravidla a má to výsledky.“*

Z rozhovoru vyplynulo, že informantka č. 1 má osobní zkušenosti s prováděním logopedické prevence v MŠ. Popisuje průběh: jak sama postupuje od monitorování při nástupu dítěte do MŠ, až po spolupráci s logopedkou SPC, cit.: *„Člověk si tu prevenci vlastně dělá, jak děti nastoupí, tak už poslouchá, případně nad obrázkama si zjišťuje, jaká je ta výslovnost.“* Všimá si například dýchání i artikulace. Odhadne, zda se jedná o věkovou zvláštnost (uvádí: *výslovnost věková*), nebo začínající problém. Na základě toho posoudí děti logopedka SPC a navrhne další postup, jak s dítětem pracovat.

Informantka 1 v rozhovoru uvádí, že v MŠ kde působí, se v současné době vzdělává 13 předškolních dětí – před nástupem na ZŠ. 10 z nich má problém s výslovností hlásek – málo je těch, kteří mluví opravdu dobře.

Informantka č. 1 uvádí, že obě učitelky MŠ mají logopedický kurz. Průběžně si dělají seznam dětí, které logopedka vyšetří při návštěvě MŠ. MŠ informuje rodiče dětí, které logopedka navrhla k péči logopeda. Dětem, kterým je doporučena individuální logopedická prevence v MŠ se věnují učitelky asi 1 x týdně. Provádí individuálně cvičení (uvádí – obličejové svaly, jazyk...) dle potřeby dětí. Denně zařazují logopedické chvílky hromadně s celou třídou (uvádí dechová cvičení, artikulační cvičení, nápodobu zvířátek).

Logopedické chvílky hodnotí informantka č. 1 jako výborné, mají výsledky, výslovnost dětí se zlepšuje. Dále uvádí, že by uvítala intenzivnější spolupráci s rodiči dětí, které docházejí k logopedovi. Ráda by dostávala informace – materiály od logopeda,

aby mohla s dětmi průběžně při hrách procvičit, co je potřeba. Cit: „*Takže víceméně, když to shrnu, tak ten stav je optimální, až na tu spolupráci s některými rodiči.*“

V další části rozhovoru se informantka č. 1 zamýšlí nad tím, jaké jsou nejčastější příčiny řečových poruch u dětí v MŠ kde působí. Jako hlavní příčinu uvádí výchovu, popisuje, že rodiče s dítětem dlouho mluví „jako s miminem“. Často také prý rodiče neslyší, že dítě mluví špatně, preferují výslovnost R, a další problémy a hlásky už neřeší. Například komolení slov, výslovnost sykavek, tzv. zadní R. Dále vidí příčinu v nedostatku řečové komunikace, podceňování četby pohádek. S tím souvisí nadměrné sledování televize, používání mobilních telefonů, počítačů. Postižené děti v mateřské škole nemají a nedonošenost podle ní nemá na vývoj řeči zásadní vliv.

Závěrem informantka č. 1 hodnotí spolupráci s rodiči v rámci individuální prevence poskytované dětem v MŠ. V předchozí části rozhovoru, projevila nespokojenost s tím, že se doma rodiče dětem často dostatečně nevěnují – nepochvívají. Nyní doplňuje, že dobře funguje spolupráce v rámci individuální prevence poskytované dětem v MŠ, kdy rodiče dostanou informace ústně, nebo písemně, co a jak doma procvičovat.

Analýza rozhovoru s logopedkou SPC – informantka č. 2

Informantka č. 2 uvedla, že pracuje 12 let v SPC a 5 let pracovala jako logopedka mimo SPC. Z rozhovoru vyplynulo, že v současné době SPC spolupracuje s 25–30 mateřskými školami Uherskobrodského regionu. Počet se mění, protože spolupráce je dobrovolná. Jednotlivé školy musí projevit zájem o spolupráci, kterou SPC poskytuje na základě jejich žádosti. Situace před 12 lety byla jiná, bylo povinností SPC navštívit veškeré MŠ určené oblasti.

K problematice vývoje výslovnosti hlásek u předškolních dětí na Uherskobrodsku se informantka č. 2 vyjádřila takto: cit.: „*Mám pocit, že máme v péči pořád víc dětí.*“

Informantka uvádí nejčastější poruchy, se kterými se u dětí v této oblasti setkává. Udává jednoznačnou převahu dyslálie, konkrétně v mateřských školách zmiňuje problém s výslovností obou typů řady sykavek, asimilaci sykavek, hlásku L, R a Ř. Dále zmiňuje méně častý balbuties.

Při srovnávání současné situace s dobou, kdy začínala svou praxi, informantka č. 1 uvádí, že to je stejné – vady byly a budou, jen jsou v současné době těžší. Připouští ale, že co do počtu je jich také o něco více.

Informantka č. 2 v mateřské škole přímo nepracuje, přesto na základě dlouhodobé spolupráce s mateřskými školami popisuje a srovnává logopedickou péči poskytovanou mateřskými školami dnes a v minulosti. Svou obsáhlou odpověď začíná slovy, cit: *„Myslím si, že to lepší není.“* Dále popisuje, jak se dřív s dětmi v MŠ pracovalo v rámci koncepce tzv. jazykové výchovy a vyzdvihuje její propracovanost a vidí v ní základy logopedické prevence. Oproti tomu podle ní z RVP PV jazyková výchova „vypadla“. Pokrok sleduje s nástupem SPC a školením preventistek. Zároveň dodává, cit.: *„...ale to jsou všechno věci, které ty učitelky dřív vlastně dělávaly.“* V poslední době sleduje spíše pokles zájmu ze strany učitelek, cit.: *„Takže mám takový pocit, že to už dělá taková ta stará garda učitelek, které byly zvyklé to dělat a těm mladým holkám se moc nechce. Takže já bych řekla, že to velice upadá ta prevence. I když všude se apeluje, že je nutná logopedická prevence, tak to není dobré. Když jezdím po těch školičkách, tak bych možná na jedné ruce spočítala školky, kde to opravdu funguje, kde bych řekla, jo, tady to šlape.“*

V této odpovědi se informantka č. 2 rozchází s údaji, které vyplynuly z dotazníkového šetření. Dále poukazuje na uspěchanost doby a preferování zájmových a jazykových kroužků na úkor logopedické prevence.

Příčiny vzniku řečových poruch předškolních dětí v současnosti informantka č. 2 hodnotí již od období těhotenství. Uvádí vliv životního prostředí, které působí na těhotnou matku – stav ovzduší, dále riziková těhotenství, rizikové porody, těžší průběh porodů, větší výskyt těhotenské cukrovky, předčasně narozené děti, velmi nízká porodní hmotnost. Dále informantka uvádí civilizační záležitosti: rozvody, rozpadající se manželství, neúplné rodiny – rodiče nemají čas na děti, děti nemají psychickou pohodu. Vliv na vznik řečových poruch má podle informantky č. 2 také způsob komunikace s dětmi, cit.: *„...s těmi dětmi se miň mluví a víc se pouští televize, počítače, hry, ...“.*

Informantka č. 2 potvrzuje, že problém je také ve spolupráci s rodiči. Mnozí rodiče, jak se vyjádřila, spoléhají na prevenci ve školce a doma se dětem nevěnují. V tom vidí i jednu z příčin demotivace učitelek.

Informantka č. 2 uvádí konkrétní příklady, podněty pro zefektivnění logopedické intervence. Mateřské školy by měly více využívat možností spolupráce s SPC, zvýšit četnost návštěv logopedky, častěji konzultovat. Zmiňuje i možnost externí spolupráce logopedky s mateřskými školami – zprostředkování odborné péče dětem přímo v MŠ.

Dále pokládá za důležité prezentovat rodičům, jakou nadstandardní péči v oblasti logopedické prevence daná MŠ poskytuje, vysvětlit výhody a motivovat je ke spolupráci.

Informantka č. 2 vyslovila zajímavou myšlenku, že by se do procesu logopedické intervence měl zapojit pediatr, jakožto první odborník, který se s dítětem setkává již od jeho narození. Zamýšlí se nad zvýšením četnosti preventivních prohlídek, kdy dítě mezi 3–5 lety pediatr nemusí vidět, pokud není nemocné. Výhodu vidí v možnosti včasnějšího odhalení problémů a v provázanosti spolupráce s dalšími odborníky – ORL, Foniatrem atd. Podle její zkušenosti však většinou pediatr doporučí s návštěvou logopeda počkat až do 5 let, což je podle ní pozdě. Další výhodu vidí v tom, že lékaře vnímá většina rodičů jako autoritu. Přednášky pro rodiče, jako další způsob osvěty by se podle ní mohly setkat s nezájmem ze strany rodičů.

Informantka č. 2 zdůrazňuje, že sledovat by se děti měly ještě před nástupem do mateřské školy.

V závěru rozhovoru se informantka č. 2 vyjádřila k názoru některých rodičů, kteří si myslí, že pokud dítě dají co nejdříve do školky (nejlépe před druhým rokem), mezi dětmi se rozmluví. Tento názor informantka vyvrací. Naopak si myslí, že by na dítě mohla negativně působit separace od rodičů, cit: „...já jsem toho názoru, že rodiče školka nenahradí, to dítě do tří let tu maminku potřebuje. Navíc do tří let si stejně děti mezi sebou moc nepovídají, ještě si kooperativně nehrají...“ Dále uvádí, že pokud se nejedná o patologickou rodinu, kde by asi mateřská škola byla lepší, je i pro rozvoj řeči ideální, když se matka může dítěti věnovat do tří let. Dále uvádí, cit: „Já vím, že ty malé děti vodí do školky i maminky s kočárkem, ve kterém mají mladšího sourozence – další důvod proč si ho nechat doma.“

Závěry z analýzy rozhovorů

Srovnáme – li jednotlivé odpovědi obou informantek, dojdeme k těmto závěrům:

Obě informantky mají dlouholetou praxi ve svém oboru a mají zkušenosti s realizací logopedické prevence v mateřské škole. Větší rozdíl v četnosti řečových poruch dětí předškolního věku vidí informantka č. 1, která hodnotí situaci z hlediska své 38leté praxe učitelky mateřské školy. Informantka č. 2 s praxí 12 let v oboru logopedie připouští zvýšení četnosti poruch, spíše však zdůrazňuje, že se zvyšuje počet těžších poruch. Jako nejčastější poruchu uvádí dyslálii, většinou mnohočetnou. Děti mají

největší potíže s tvrdými i měkkými sykavkami a hláskami L,R,Ř. Výčet těchto problémových hlásek uvádí i informantka č. 1, při čemž poukazuje na problém, kdy dochází k preferenci a podpoře (především ze strany rodičů) vývoje výslovnosti artikulačně složitějších hlásek, hlavně hlásky R na úkor ostatních hlásek, především sykavek, jejichž vývoj je nedokončený.

S realizací logopedické prevence je informantka č. 1 spokojená, její vývoj hodnotí kladně. Informantka č. 2 má jiný názor, podle ní se logopedické prevenci v mateřských školách nevěnuje taková pozornost jako dříve.

Obě informantky se shodují na tom, že řeč dětí v současnosti negativně ovlivňují civilizační faktory: převaha pasivního užívání informačních technologií nad přímou řečovou komunikací, ale i zhoršující se stav životního prostředí. Zásadním faktorem ovlivňujícím vývoj řeči je dle obou informantek také rodina a její výchovný přístup.

Obě informantky se taktéž shodují na tom, že by se měla zlepšit informovanost rodičů a spolupráce s nimi. Informantka č. 2 navíc navrhuje, aby se do problematiky více angažovali lékaři, především pediatři.

4.5 Dílčí závěry šetření

Cílem šetření bylo zhodnotit vývoj výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku v mateřských školách na Uherskobrodsku. Analýzou poskytnutých dokumentů bylo zjištěno, že lze sledovat změny ve vývoji výslovnosti hlásek u vybraného vzorku dětí v časovém rozmezí 5 měsíců. Odpovědí na první výzkumnou otázku, **jak se změnila výslovnost sledovaných dětí před nástupem do základní školy během konkrétního časového období** je, že lepších výsledků dosáhly děti, kterým byla poskytována individuální logopedická prevence v rámci mateřské školy. Konkrétně jeden chlapec na konci sledovaného období zvládl vyslovit Č, Š, Ž; Č a Š běžně užíval v řeči, přetrvávala nesprávná výslovnost C,S,Z a Ř. Druhý chlapec zvládl asimilaci sykavek, Ř je třeba fixovat. Děvče zvládlo vyvození hlásky R, prozatím nebylo fixováno ve slovech. U chlapce s odkladem ke změně ve vývoji hlásek nedošlo. Chlapec nedocházel ke klinickému logopedovi, jak bylo rodičům doporučeno. Výslovnost hlásek 3 sledovaných

dětí, kterým byla poskytnuta individuální logopedická prevence, se za 6 měsíců zlepšila ve všech případech. Dítě bez logopedické péče však žádné změny nedosáhlo.

Z výsledků analýzy dokumentů, dotazníkového šetření i rozhovorů dále vyplývá, že z hlediska vývoje výslovnosti hlásek měly děti předškolního věku na Uherskobrodsku největší problémy s výslovností sykavek, dále jsou to hlásky L, R a Ř. Tyto hlásky patří mezi ty, které jsou vyvozovány nejpozději, viz. kapitola 1.2. Přesto se ještě v posledním ročníku MŠ vyskytovalo vysoké procento dětí s poruchou výslovnosti.

Cílem bylo také přiblížit realizaci logopedické prevence v mateřských školách na Uherskobrodsku a tím zodpovědět druhou výzkumnou otázku: **Jakou péči poskytují mateřské školy na Uherskobrodsku v oblasti logopedické prevence?** Podle výsledků dotazníkového šetření, z pohledu učitelek poskytují mateřské školy na Uherskobrodsku optimální logopedickou prevenci. Spolupracují s SPC v rámci logopedické intervence a dětem je poskytována jak standardní, tak nadstandardní logopedická péče, která je poskytována odborníky, většinou logopedickými preventistkami, a je založena na spolupráci s SPC a rodiči. Většina mateřských škol se věnuje individuální logopedické prevenci a zároveň frontálně, či skupinově zařazují preventivní činnosti. Přibližně polovina preventistů není za tuto činnost zvlášť ohodnocena.

Zvyšuje se kvalita logopedické intervence ve sledovaném regionu z pohledu učitelek mateřských škol a z pohledu logopedky? Podle většiny odpovědí učitelek se úroveň logopedické intervence v MŠ na Uherskobrodsku zvyšuje. Podle logopedky SPC však situace zcela neodpovídá skutečnosti. Mateřské školy v poslední době podle ní optimálně nevyužívají možností, které jim nabízí logopedická intervence, například možnosti intenzivnější spolupráce s SPC.

Jaké jsou v současnosti hlavní příčiny opožděného řečového vývoje předškolních dětí z pohledu učitelek vybraných mateřských škol a logopedky SPC? Podle výsledků dotazníkového šetření a analýzy rozhovorů je to na prvním místě rodičovská výchova: nedostatečná péče, nekomunikující rodiče, podcenění četby – pohádky, říkanky v raném věku; a informační technologie – televize, počítače, mobily jako náplň volného času. Zmíněn byl také vliv životního prostředí, civilizační záležitosti a výčet dalších příčin. Logopedka v rozhovoru rozebrala příčiny od samotného počátku – zdravotního stavu matky v důsledku negativních vlivů životního prostředí, předčasně narozené, nevyvinuté děti s nízkou porodní hmotností a další. Přičemž z dotazníkového

šetření vyplynulo, že se jedná o zanedbatelné procento dětí se symptomatickou poruchou, z celkového počtu dětí s poruchami řeči.

Dílčím cílem bylo posoudit a porovnat stav řečových schopností u dětí v předškolním věku dnes a v minulosti. Na otázku, zda **lze sledovat zvyšující se počet dětí předškolního věku, konkrétně posledního ročníku před nástupem na základní školu, které mají problém s výslovností v rámci ČR a ve sledované oblasti**, můžeme odpovědět kladně. Podle výsledků analýzy dokumentů SPC a podle statistických údajů Národního zdravotnického informačního systému (2018) lze potvrdit, že počet předškolních dětí, které mají problém s výslovností hlásek, se zvyšuje. S touto skutečností korespondují také výsledky obou rozhovorů. Zároveň můžeme konstatovat, že nejrozšířenější poruchou je dyslálie a většinou skupinu tvoří chlapci.

Na základě zjištěných skutečností lze doporučit pedagogům mateřských škol, aby se věnovali podpoře řečového vývoje dětí předškolního věku v rámci logopedické prevence, která podle závěrů šetření má své opodstatnění a prokazuje dobré výsledky. Zároveň mohou být výsledky inspirací k dalšímu šetření, zamyšlení se nad důležitostí včasného odhalování rizikových faktorů, aby bylo možné co nejdříve se věnovat dětem, které mohou být ohroženy poruchami výslovnosti, ale i ostatními projevy narušené komunikační schopnosti. Hlubší šetření by mohlo pomoci nalézt způsob, jak rodiče i odborníky zasvětit do problematiky prevence ještě před nástupem dítěte do mateřské školy. Naléhavost řešení problémů logopedické intervence ve školství zdůrazňuje také Zezulková (2017), která ve své publikaci přibližuje podrobné výsledky nedávného výzkumu zabývajícího se podobnou tematikou. Opatření, která v závěru navrhuje, zahrnují také sestavení koncepce preventivních a nápravných opatření rozvoje mluvní gramotnosti a čtenářské gramotnosti v preprimárním a primárním vzdělávání. Ucelená koncepce je také podle výsledků šetření této bakalářské práce (například názor logopedky SPC) slabým článkem současné logopedické intervence.

ZÁVĚR

Stanoveným cílem bakalářské práce bylo zhodnotit vývoj výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku v mateřských školách na Uherskobrodsku. V tomto regionu měly podle výsledků šetření děti nejčastěji problém s výslovností hlásek C,S,Z,Č,Š,Ž, dále s hláskami L,R a Ř. Tak tomu bylo i u sledovaného vzorku dětí. Už za 4 měsíce u 3 z těchto dětí můžeme hodnotit vývoj výslovnosti hlásek pozitivně. Každé z těchto dětí zvládlo vyvodit správnou výslovnost alespoň jedné hlásky. Těmto dětem byla poskytována individuální logopedická péče v MŠ v podobě preventivních cvičení. Jeden chlapec, u kterého byla jedním z důvodů odkladu školní docházky porucha řeči, zůstal na stejné úrovni.

Důležitou informací je zjištěná skutečnost, že s vývojem výslovnosti má problém stále více předškolních dětí nejen v regionu Uherský Brod, ale také v celé České republice. Hovoříme-li o výslovnosti hlásek a poruchách řeči u dětí předškolního věku, jedná se o riziko vzniku narušené komunikační schopnosti. U dětí předškolního věku se řeč vyvíjí, a je tedy možno ji ovlivnit tak, aby nedocházelo k rozvoji některé z forem narušené komunikační schopnosti, která by mohla dítěti přinést mnohé problémy. Logopedická prevence je proto velice důležitou součástí oboru logopedie. Jedním z důležitých úkolů logopedické prevence v mateřských školách je předcházení potenciálním problémům nejen při nástupu na základní školu, ale i v dalších etapách života v pozdějším věku. Čím dříve se podaří zahájit intervenci – ne pouze prevenci v mateřských školách – a využít potenciál tohoto vývojového období dítěte, tím větší může být šance na úspěch.

Důležité je zdůraznit, že řečový vývoj dítěte je úzce a neoddělitelně spjatý s rozvojem ostatních oblastí – hrubé motoriky, jemné motoriky, sluchového i zrakového vnímání. Každá lidská bytost je jedinečná, proto názory na to, co a kdy má dítě umět, nejsou jednotné. Je třeba si také uvědomit, že technické vymožitky dnešní civilizace nemohou dítěti nahradit dostatek sociálního kontaktu, komunikace, přirozeného pohybu a zapojení všech smyslů.

V souladu se zjištěnými výsledky šetření lze pouze souhlasit s názory odborníků v teoretické části i s názory respondentů výzkumného šetření, kteří zdůrazňují, že rozvoji řečového vývoje je třeba se věnovat už od narození dítěte. Do mateřské školy nastupují

děti, které si nesou základy budované v domácím prostředí, v jejich rodině. Lze proto jen souhlasit s tím, že by bylo dobré šířit osvětu o logopedické prevenci mezi rodiči a snižovat tak řady dětí, které navštěvují logopedické ambulance. To je podnětem k zamyšlení pro stávající i budoucí odborníky v oboru logopedie.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.
- HENDL, Jan. 2008 *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. 2002. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 3. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-667-5.
- LECHTA, Viktor. a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- MACHOVÁ, Jitka. 2002. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-867-0.
- ONDŘÁKOVÁ, Lenka. a kol. 2016. *Metodická příručka logopedické prevence pro účastníky kurzu*. Měcholupy: Asociace logopedů ve školství, ISBN neuvedeno.
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8
- ZACHAROVÁ, Eva. 2012. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-220-3
- ZEZULKOVÁ, Eva. 2017. *Vybrané otázky logopedické teorie a praxe*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7464-961-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- GIDDENS, Anthony. 2003. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.

Seznam použitých internetových zdrojů

KOHOUTEK, Rudolf. 14. 4. 2014. *Předškolní dítě a jeho vývoj a výchova* [online]. [cit.2019-12-10]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1404/psychologie-vyvoje-a-vychovy-predskolniho-ditete>

Zákon č. 110/2019 Sb. ze dne 12. března 2019, *Zákon o zpracování osobních údajů* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>

Národní zdravotnický informační systém – ambulantní péče – Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2017 NZIS REPORT č. K/26 (08/2018). [online] [cit.2020-01-12, s.1]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K26_A061_logopedie_2017.pdf

Dokument MŠMT, Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství [online]. Dostupné z: <http://www.ceskaskola.cz/2012/03/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni.html>

SEZNAM ZKRATEK

NKS: narušená komunikační schopnost

MŠ: mateřská škola /mateřské školy

CNS: centrální nervová soustava

ZŠ: základní škola

ČR: Česká republika

KL: klinická logopedie

SPC: Speciálně pedagogické centrum

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

ILP: individuální logopedická prevence

NZIS: Národní zdravotnický informační systém

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

| | |
|--|-----|
| Tabulka 1: Počty dětí s poruchami řeči-hodnoty z depistáží (Příloha A) | I |
| Tabulka 2: Věk, vzdělání a délka praxe | 37 |
| Tabulka 3: Poměr dětí s poruchami řeči z počtu dětí předškolního věku (Příloha G)... | III |

Seznam grafů

| | |
|--|-----|
| Graf 1: Vývojová tendence poruch řeči-hodnoty z depistáží SPC (Porovnání celkových průměrných hodnot ve sledovaném období) (Příloha B) | II |
| Graf 2: NZIS – počty logopedických pacientů 2007 – 2017 (Příloha C)..... | III |
| Graf 3: Osoby provádějící depistáž..... | 38 |
| Graf 4: Osoby provádějící logopedickou prevenci..... | 39 |
| Graf 5: Forma realizace logopedické prevence..... | 40 |
| Graf 6: Častost prevence..... | 41 |
| Graf 7: Doba realizace prevence vzhledem k organizaci dne MŠ..... | 42 |
| Graf 8: Ohodnocení pedagogů..... | 43 |
| Graf 9: Poměr dětí s poruchami řeči z počtu dětí předškolního věku..... | 44 |
| Graf 10: Příčiny poruch řeči..... | 45 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|------|
| Příloha A: Tabulka 1: Počty dětí s poruchami řeči-hodnoty z depistáží..... | I |
| Příloha B: Graf 1: Vývojová tendence poruch řeči-hodnoty z depistáží SPC..... | II |
| Příloha C: NZIS – počty logopedických pacientů 2007–2017 (Graf 2) | III |
| Příloha D: Náhled dotazníku..... | IV |
| Příloha E: Záznam z logopedického vyšetření..... | VI |
| Příloha F: Doslovný přepis rozhovorů..... | VII |
| Příloha G: Tabulka 3: Poměr dětí s poruchami řeči z počtu dětí předškolního věku.. | XIII |

Příloha A

Tabulka 1: Počty dětí s poruchami řeči – hodnoty z depistáží

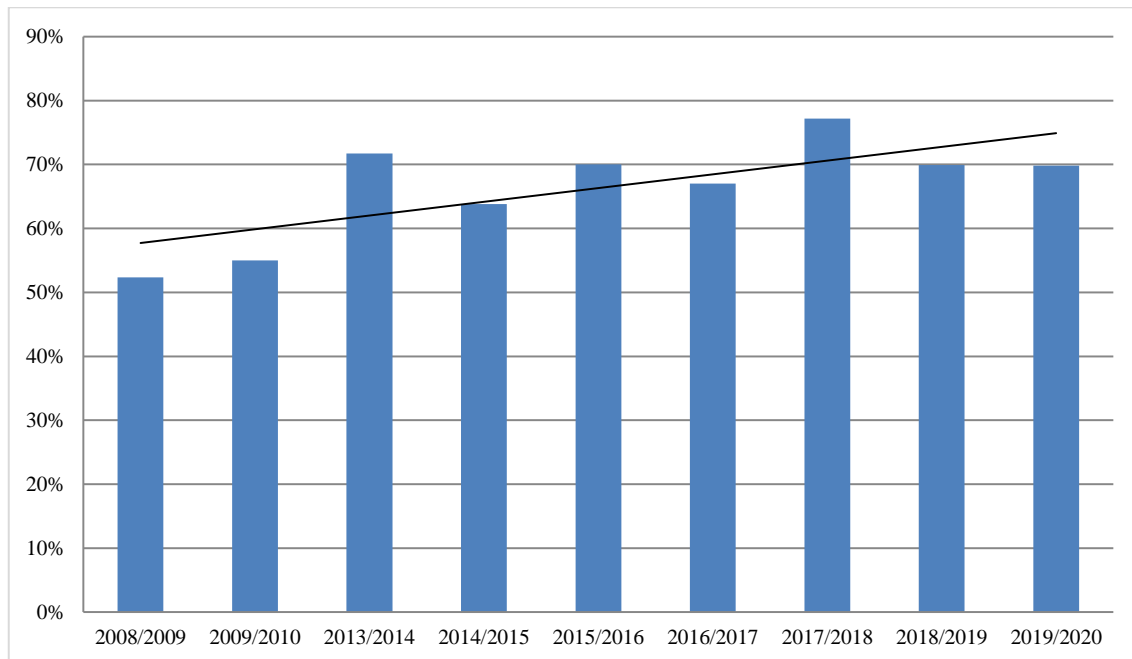
| školní rok | | MŠ 1 | MŠ 2 | MŠ 3 | MŠ 4 | MŠ 5 | MŠ 6 | MŠ 7 | MŠ 8 | MŠ 9 | MŠ 10 | MŠ 11 | MŠ 12 | celkem |
|---------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|--------|
| 2008/ 2009 | d.p.v | 23 | 16 | 8 | | 17 | 5 | 6 | | | 11 | 11 | 5 | 102 |
| | v.v.h | 11 | 6 | 5 | | 7 | 3 | 2 | | | 7 | 7 | 3 | 51 |
| | % | 48% | 38% | 63% | | 41% | 60% | 33% | | | 64% | 64% | 60% | 52% |
| 2009/ 2010 | d.p.v | 23 | 16 | 5 | 9 | 14 | 9 | 9 | 10 | 19 | 7 | 10 | 6 | 137 |
| | v.v.h | 15 | 8 | 2 | 7 | 4 | 6 | 5 | 6 | 11 | 4 | 5 | 3 | 76 |
| | % | 65% | 50% | 40% | 78% | 29% | 67% | 56% | 60% | 58% | 57% | 50% | 50% | 55% |
| 2013/ 2014 | d.p.v | | 10 | 11 | 15 | 13 | 5 | 9 | 7 | 12 | 6 | 6 | 8 | 102 |
| | v.v.h | | 9 | 7 | 10 | 8 | 5 | 4 | 5 | 10 | 3 | 5 | 6 | 72 |
| | % | | 90% | 64% | 67% | 62% | 100% | 44% | 71% | 83% | 50% | 83% | 75% | 72% |
| 2014/ 2015 | d.p.v | 23 | 14 | 8 | 14 | 20 | 4 | 13 | 9 | 14 | 5 | 12 | 15 | 151 |
| | v.v.h | 15 | 9 | 5 | 7 | 10 | 2 | 8 | 7 | 8 | 4 | 8 | 12 | 95 |
| | % | 65% | 64% | 63% | 50% | 50% | 50% | 62% | 78% | 57% | 80% | 67% | 80% | 64% |
| 2015/ 2016 | d.p.v | 38 | 25 | 7 | 14 | 15 | 7 | 13 | 8 | 11 | 11 | 10 | 7 | 166 |
| | v.v.h | 24 | 12 | 5 | 11 | 8 | 6 | 9 | 7 | 9 | 5 | 7 | 6 | 109 |
| | % | 63% | 48% | 71% | 79% | 53% | 86% | 69% | 88% | 82% | 45% | 70% | 86% | 70% |
| 2016/ 2017 | d.p.v | 24 | 26 | 13 | 17 | 18 | 6 | 10 | | 16 | 4 | 8 | 4 | 146 |
| | v.v.h | 17 | 8 | 9 | 15 | 9 | 4 | 6 | | 10 | 4 | 5 | 3 | 90 |
| | % | 71% | 31% | 69% | 88% | 50% | 67% | 60% | | 63% | 100% | 63% | 75% | 67% |
| 2017/ 2018 | d.p.v | 18 | 3 | 5 | 17 | 14 | 7 | 11 | 7 | | 14 | 10 | 11 | 117 |
| | v.v.h | 12 | 2 | 4 | 15 | 12 | 4 | 9 | 5 | | 10 | 8 | 11 | 92 |
| | % | 67% | 67% | 80% | 88% | 86% | 57% | 82% | 71% | | 71% | 80% | 100% | 77% |
| 2018/ 2019 | d.p.v | 18 | 15 | 3 | 6 | 16 | 8 | 13 | 6 | 13 | 16 | 10 | 4 | 128 |
| | v.v.h | 15 | 15 | 2 | 5 | 10 | 6 | 8 | 5 | 9 | 7 | 6 | 2 | 90 |
| | % | 83% | 100% | 67% | 83% | 63% | 75% | 62% | 83% | 69% | 44% | 60% | 50% | 70% |
| 2019/ 2020 | d.p.v | 16 | 9 | 3 | 14 | 16 | 13 | 12 | 7 | 21 | 5 | 7 | 2 | 125 |
| | v.v.h | 11 | 9 | 1 | 11 | 10 | 12 | 8 | 5 | 15 | 5 | 3 | 1 | 91 |
| | % | 69% | 100% | 33% | 79% | 63% | 92% | 67% | 71% | 71% | 100% | 43% | 50% | 70% |

Vysvětlivky: **d.p.v** - děti předškolního věku; **v.v.h** - vadná výslovnost hlásek

Zdroj: vlastní šetření, 2019

Příloha B

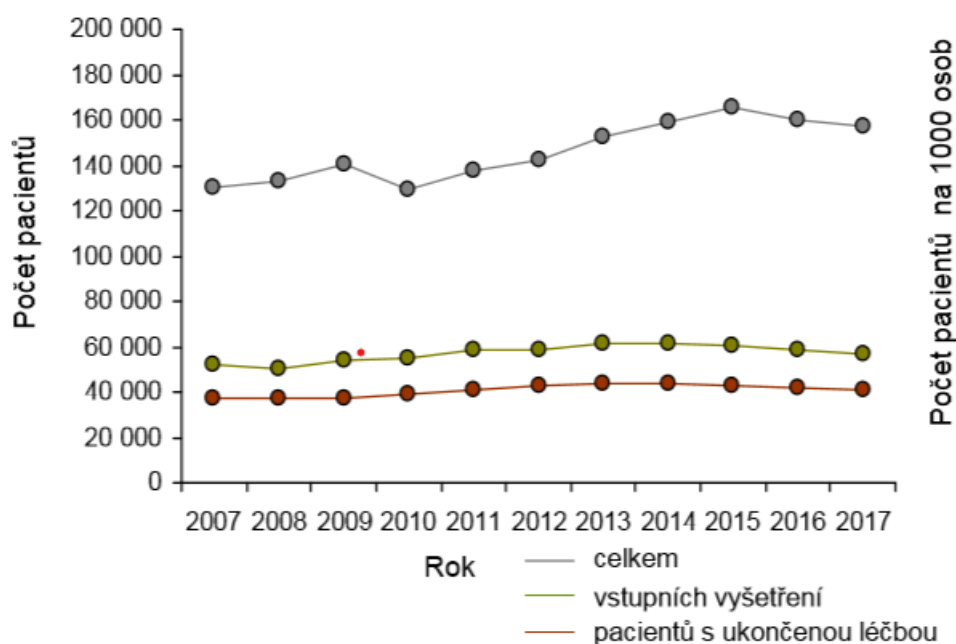
Graf 1: Vývojová tendence poruch řeči-hodnoty z depistáží SPC
(Porovnání celkových průměrných hodnot ve sledovaném období)



Zdroj: vlastní šetření, 2019

Příloha C

Graf 2: NZIS – počty logopedických pacientů 2007–2017



Zdroj: Národní zdravotnický informační systém – ambulantní péče –
Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru logopedie za období 2007–2017,
NZIS REPORT č. K/26 (08/2018). [online] [cit.2020-01-12, s.1]. Dostupné z:
https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K26_A061_logopedie_2017.pdf

Příloha D

Náhled dotazníku

Dotazník

Vážené paní učitelky, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který se týká logopedické prevence dětí předškolního věku v mateřských školách na Uherskobrodsku. Dotazníky budou podkladem k vypracování bakalářské práce. Pokuste se prosím odpovědět na pár krátkých otázek, jakým způsobem probíhá logopedická prevence ve vaší MŠ. Vyplnění dotazníku vám nezabere mnoho času, u většiny otázek stačí pouze označit správnou odpověď, popřípadě doplnit. V případě, že platí více možností, označte je.

1. Jak dlouho pracujete v mateřské škole?

Vaše vzdělání.....

Věk.....

2. Kdo ve vaší MŠ provádí logopedickou depistáž?

- a) proškolené učitelky – preventistky (doplňte počet)
- b) všechny učitelky bez ohledu na kvalifikaci preventistky
- c) odborník – logoped
- d) depistáž neprovádíme
- e) jiné.....

3. Kdo provádí logopedickou prevenci?

- a) proškolené učitelky – preventistky (doplňte počet)
- b) všechny učitelky bez ohledu na kvalifikaci preventistky
- c) prevenci neprovádíme
- d) jiné.....

4. Jakou formu prevence používáte?

- a) frontální
- b) skupinová
- c) individuální
- d) jiné.....

5. Pokud platí 4. c), prosím doplňte kolik dětí průměrně připadá na 1 učitelku.....

6. Jak často logopedickou prevenci provádíte?

- a) 1 x týdně
- b) 1 x za 14 dní
- c) 1 x měsíčně
- d) jiné.....

7. Organizace logopedické prevence:

- a) v době přímé výchovné práce
- b) v době nepřímé výchovné práce
- c) jindy, uveďte kdy.....

8. Kdy – v jaké části dne je logopedická prevence prováděna?

- a) v době řízených činností
- b) v době odpoledního odpočinku
- c) v době spontánních neřízených činností
- d) mimo provozní dobu MŠ
- e) jindy - uveďte kdy.....

9. Jak hodnotíte efektivitu logopedické prevence ve vaší MŠ? Jak jste spokojeni s výsledky?

- a) je efektivní
- b) není efektivní

10. Jak jsou pedagogové – logopedičtí asistenti, kteří provádí logopedickou prevenci ve vaší MŠ za tuto práci ohodnoceni?

- a) nejsou nijak ohodnoceni
- b) příplatek logopedického preventisty
- c) formou odměn
- d) jinak – doplňte jak.....
- e) nemáme je

11. Kolik dětí předškolního věku (poslední ročník před nástupem na ZŠ) navštěvuje vaší MŠ v letošním roce?.....

12. Kolik z těchto dětí nevysloví správně všechny české hlásky ?.....

13. U kolika z těchto dětí se jedná o přidruženou vadu ? (k postižení).....

14. S jakou logopedickou vadou se ve své praxi setkáváte nejčastěji ?
.....

15. Jaké jsou podle vás nejčastější vnější příčiny opožděného řečového vývoje u dětí předškolního věku v současnosti?

- a) špatný mluvní vzor
- b) nepodnětné prostředí
- c) příliš podnětné prostředí
- d) rodičovská výchova – nedostatečná péče, nekomunikující rodiče, podcenění četby – pohádky, říkanky v raném věku.....
- e) informační technologie - televize, počítače, mobily – náplň volného času
- f) jiné –doplňte.....

16. Jak se podle vašeho názoru změnila logopedická intervence v MŠ od doby, kdy jste začala pracovat v MŠ

- a) je kvalitnější a efektivnější, než v minulosti
- b) je na stejné úrovni
- c) je méně kvalitní a efektivní
- d) jiný názor.....

Děkuji vám za váš čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Pavλίna Michálková.

Příloha E

Záznam z logopedického vyšetření

Záznam o jednorázovém orientačním logopedickém vyšetření

Návštěva dne: 14. 9. 2019

Logopedické vyšetření provedla: Mgr.

- speciální pedagog – logoped
SPC Uh. Hradiště

Zařízení: MŠ

Počet vyšetřených dětí: 13 dětí

Nevyšetřováno: 3 děti (nemoc)

Důvěrné!!

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | C=S, Č=Š=S, Š Ž, Ř | odeslat ke KL |
| 2. | R | ILP v MŠ (do pololetí), poté příp. KL |
| 3. | R, Ř | ILP v MŠ |
| 4. | L – nízké položení jazyka nedotahuje zoubky, doladit sykavky | ILP v MŠ |
| 5. | S, Z, S=C, Č Š Ž, Ř asimilace sykavek | odeslat ke KL |
| 6. | L – na konci + shluky CSZ, R, Ř, asimilace sykavek | ILP v MŠ |
| 7. | L, CSZ, R, Ř, asimilace sykavek | ILP v MŠ |
| 8. | Ř – fixace, asimilace sykavek | ILP v MŠ |
| 9. | Ř + gramatická stránka řeči porozumění | doporučení k PPP |
| 10. | L, R, Ř, ČŠŽ, asimilace sykavek artikulace, špatné vyvozování | odeslat ke KL |
| 11. | Z=S, Ž=Š neznělé, Ř | ILP v MŠ |
| 12. | CSZ, ČŠŽ, Ř, sykavky | ILP v MŠ |
| 13. | R, Ř | správný mluvní vzor |

Zdroj: Dokumentace MŠ, 2019

Příloha F

Doslovný přepis rozhovorů

Rozhovor s informantkou č. 1 - ředitelkou jednotřídní MŠ, 28 dětí

1. Jak dlouho pracujete v MŠ? 38 let

2. Jak byste popsala současný stav – problematiku řečových poruch u předškolních dětí ve vaší MŠ?

Výslovnost u těch dětí je čím dál horší. Nejenom u těch malých, tam to vždycky naskakovalo rychleji, ale u těch předškolních dětí je to čím dál horší. Hlavně jsou to teda ty sykavky, tvrdé i měkké, je to jedno, no a L, R a Ř.

3. Pokuste se porovnat situaci z doby kdy jste začínala svou praxi se současností.

Já bych řekla, že dřív toho tolik nebylo. Že prostě v tom předškolním věku je toho teď strašně moc. Jestli to je civilizační problém, že opravdu ta společnost je taková zrychlená, a je tolik té techniky. Vlastně už tyto děcka používají mobily, tablety a té komunikace v rodině je hrozně málo. Myslím si, že toto dost dělá, že opravdu dřív ty děcka si povídaly, malovaly si hodně, u toho si povídaly, ty hry, mluvilo se, mluvilo a opravdu ta výslovnost byla lepší. Nepamatuju si, že by ta výslovnost byla tak jak teď, tak rapidně že by se ta výslovnost horšila. Takže rozhodně toho tolik nebývalo.

4. Jakým způsobem se změnil systém logopedické prevence?

No, já když jsem úplně začínala, tak nějaká takováto logopedická prevence ani nebyla. Buď to bývalo teda bokem, šlo to mimo školku, ale jako nebylo to. Pak se začaly ty logopedické kurzy a na základě toho se tady pracovalo s těma děckama. Co bylo potřeba. No, a to co se týče té spolupráce s těma logopedickýma poradnami, dnes logopedka přijede, děti si poslechne, vyhodnotí a my potom na základě toho pracujeme. Nevím, jestli 15–20 roků to tak funguje, a je to velice fajn. Rodiče si zvykli, protože zase když tomu rodiči řekneme: byla tady paní logopedka, poslechla si ho, navrhla přihlaste se na logopedickou péči, tak 90 % rodičů souhlasí, a je to poznat. Sice je hrůza rodičů, kteří sice na logopedii chodí, ale doma necvičí. Doma necvičí, ale když se těch dětí zeptáme, tak oni řeknou: ale však my jezdíme k paní logopedce. Ale je to posun dopředu, jak říkám, ta péče, má to jakýsi řád, má to jakási pravidla, a má to výsledky. Asi tak.

5. Máte osobní zkušenosti s prováděním logopedické prevence?

Tak ano, člověk si tu prevenci vlastně dělá, jak děti nastoupí, tak už poslouchá, případně nad obrázkama si zjišťuje jaká je ta výslovnost. Zase z toho, co má člověk nastudované už ví, jestli je to výslovnost věková, která se sama postupně spraví, nebo jestli je to špatné dýchání, špatná artikulace, a na základě toho potom, tedy aspoň u nás... záleží co zjistíme a podle toho se potom ty děti dávají k logopedce. Většinou když jsou to sykavky, R a Ř, tak kolem toho čtvrtého roku a pokud je tam toho víc, komolení slov, nebo takové jiné vady, co se nám nezdají, tak i tři a půl leté. Ona si je aspoň poslechne, řekne třeba dobře, ještě má čas, anebo doporučí, jak pracovat.

6. Kolik předškolních dětí máte letos ve vaší MŠ? 13

7. Kolik z nich má problém s výslovností hlásek? Zrovna 10 – velice málo je těch, kteří mluví opravdu dobře.

8. Popište organizaci logopedické prevence ve vaší MŠ – formy, metody, čas realizace, spolupráce s SPC, rodiči, kdo ji provádí..., jak jste s ní spokojena.

Máme obě učitelky logopedický kurz, takže průběžně, jak už jsem říkala, uděláme seznam dětí, na které se má paní logopedka podívat. Pak si s ní domluvíme schůzku a ona přímo ve školce děti vyšetří a doporučí co dál. Pak se domlouváme s rodiči, kdo potřebuje nápravu, tomu doporučíme logopeda. S ostatníma pak procvičujeme individuálně, asi 1 x týdně s každým. No ale denně máme logopedické chvílky s celou třídou, to děláme dechové cvičení, artikulační..., napodobujeme zvířátka a tak. Potom s těma, co cvičíme zvlášť, tak už podle toho, co on potřebuje, rozcvičujeme obličejové svaly, jazyk, děláme různé cvičení.

9. Jak by podle vás měla vypadat optimální logopedická prevence v MŠ a jaká je realita ve vaší MŠ?

No tak optimální logopedická péče víceméně tak, jak to funguje. Uděláme si prevenci (depistáž) paní logopedka přijde, poslechne si děti, doporučí ty děti, které opravdu potom dochází na logopedii. Tak ta spolupráce s rodiči někdy je dobrá, někdy není. Že nám donese materiály a cvičí se i s těmito dětmi. Někdy se ani nedozvíme, leda od dětí, co se tam zrovna procvičuje, takže tam by to chtělo trochu zlepšit. Optimálnější by bylo, kdybychom ty materiály měli a mohli jsme s nimi, i když ne třeba individuálně, ale aspoň průběžně při hrách, nebo při každé té chvílce zopakovat to, co tam je. Jinak jako tady ve školce přímo to funguje, ty logopedické chvílky, ty jsou velice výborné, protože opravdu ty malé děti se naučí dýchat, naučí se artikulovat, a ta výslovnost tady jde dopředu. Takže víceméně, když to shrnu, tak ten stav je optimální, až na tu spolupráci s některými rodiči.

10. Jaké jsou podle vás příčiny řečových poruch v současnosti ve vaší MŠ?

No a řekla bych, že to je výchovou v domácnosti, že se s děčkama hrozně dlouho mluví stylem jako s miminem. A oni ti rodiče to ani neslyší, že mluví špatně. Prostě jim se to líbí, však on mluví pěkně, a ještě co preferují: už umí R, ale že neumí sykavky, že L je Uo a prostě je to zkomolené ty slova, to oni neslyší. Nehledě na to, že to R je mnohdy to zadní R, které potom přechází v ráčkování.

Rodičovská výchova, málo komunikace, používají počítače, televize, a podceňuje se ta četba pohádek.

Doplňující otázka: A co například děti s postižením, opožděným vývojem, děti nedonošené... ty tady nemáte? Máme nedonošené, o kterých vím, ale to nemá na tu řeč takový vliv bych řekla. Jinak postižené dítě letos nemáme. Jak říkám, tam je to spíš ta technologie současná, televize, počítače, i ty mobily, že prostě ty děti nekomunikují. A to je vidět kolikrát i v té šatně, že ony vykládají, vykládají, ale ta zpětná vazba tam není.

11. Spolupracujete s rodiči? Jak hodnotíte tuto spolupráci?

Viz. otázka č. 9 (tak ta spolupráce s rodiči někdy je dobrá, někdy není. Že nám donese materiály a cvičí se i s těmito dětmi. Někdy se ani nedozvíme, leda od dětí, co se tam zrovna procvičuje, takže tam by to chtělo trochu zlepšit. Optimálnější by bylo, kdybychom ty materiály měli a mohli jsme s nimi i když ne třeba individuálně, ale aspoň průběžně při hrách, nebo při každé té chvílce zopakovat to, co tam je)

S dětmi, s kterými pracujeme v MŠ – víceméně pracuje se s nimi tady, s tím, že rodiče vždycky dostanou informaci, nebo ukázkou, nebo prostě na papíře, co by mohli doma procvičovat, nebo jak procvičovat. Takže jako celkem takto to funguje dobře.

Rozhovor s informantkou č. 2 - logopedkou SPC pro děti s vadami řeči v Uh. Hradišti

1. Jak dlouho pracujete v SPC..

12 let, od roku 2008, před tím jinde jako logopedka 5 let.

2. S kolika MŠ z Uherskobrodsku SPC spolupracuje?

Dříve – před 11 lety, se všemi MŠ – SPC mělo povinnost se nahlásit a objet všechny školky v okrese Uh. Hradiště. Potom, tak za 3 roky už se nám měli povinnost ozývat ředitelé škol a školek, a to už třeba ne všichni se ozvali. Ale průběžně se to měnilo, za tu dobu jsme spolupracovali se všemi školkami na Uherskobrodsku. Je jich v průměru 25–30 ročně.

Doplňující otázka: Takže vaše spolupráce s MŠ je tedy na dobrovolnosti?

Ano, my můžeme přijet do školky na základě písemné žádosti ředitele určité školy. Oni nám nejdříve zavolají a poté dodají písemnou žádost a na základě té my přijedeme. Jako to děláte vy ve školce. Vždycky musíme jen na základě žádosti, že si nás pozve škola.

3. Jak byste popsala současný stav – problematiku řečových poruch u předškolních dětí v MŠ na Uherskobrodsku?

Mám pocit, že máme v péči pořád víc dětí.

Doplňující otázka: S jakými typy poruch se setkáváte nejčastěji? V těch školkách je to jednoznačně dyslálie, častěji mnohočetná. Nejvíce je tam dětí, kde nejsou zvládnuté sykavky, je to různé, u někoho spíše měkká u někoho tvrdá řada. Asimilace sykavek je častý problém. Pak L, R a Ř. Ale i koktavost (balbuties) někdy řešíme, je to ale spíše takové zdrhávání v řeči, ale pokud se to nepodchytí včas, tak se to většinou zhoršuje. Častý je poslední dobou opožděný vývoj i dysfázie. Ale i breptavost, huhňavost, a ty ostatní už zřídka, ne tak často.

4. Pokuste se porovnat situaci z doby kdy jste začínala svou praxi se současností.

Já bych řekla, že to je stejné. Byly řečové vady, a budou. Na procenta to samozřejmě neřeknu, ale možná nebyly tak těžké a závažné ty vady řeči, ty jsou možná těžší, ale co do počtu, no možná je jich o něco víc, ale byly i před tím u předškoláků, vím, že jsme odesílali hodně, a i my jsme měli v péči. Ale mám pocit, že máme v péči pořád víc dětí.

5. Dokážete porovnat, jak konkrétně probíhá prevence v mateřských školách dnes a v minulosti.

Myslím si, že to lepší není. Dřív, když měly ty školky takové ty...než začaly ty RVP, v 90 letech, jak existovaly vzdělávací plány, tam byla pevně zakotvena jazyková výchova. Já si to pamatuju velice dobře. Bylo to rozčleněné podle věku, podle obtížnosti, různé úkoly, a ta jazykovka byla určitě jednou týdně to v té třídě prošla ta učitelka. A tam byly ty základy vůbec té logopedické prevence. Potom se udělaly rámcové vzdělávací programy

a najednou spousta věcí odtud vypadla včetně jazykové výchovy. Musím říct, že až potom s nástupem SPCček a tím školením těch preventistek se k tomu začalo zase vracet, ale to jsou všechno věci, které ty učitelky dřív vlastně dělávaly. A byl z toho velký boom, že, logopedická prevence, přitom se to dělávalo odjakživa a já mám pocit, že jak jsme tady s tím začali, myslím, že i před těmi dvaceti lety, tak že učitelky se znovu vracely k té jazykové výchově a fungovalo to dobře, a teď mám pocit, že si nás školky čím dál míň volají. Děvčata, která by to ráda dělala, tak na to nemají vůbec prostor. Jednu dobu vím, že i paní XXXX - jako inspekce, vadilo jim, že to je dopoledne místo zaměstnání, pak jim vadilo, že to je místo spaní, takže ty holky nevěděly, kdy tu prevenci vlastně mají dělat – individuální prevenci, kolektivní neříkám, to se mohlo dělat během toho zaměstnání, nebo těch činností společných, ale ta individuálka z toho úplně vypadla, oni nevěděly, kdy to mají dělat a mám pocit, že čím jsou tam mladší děvčata, tak tím to úplně upadá, oni tím, že to není zaplacené, musí to dělat třeba nad rámec své přímé práce i pracovní doby, tak to skoro už nikdo nechce dělat. Takže mám takový pocit, že to už dělá taková ta stará garda učitelek, které byly zvyklé to dělat a těm mladým holkám se moc nechce. Takže já bych řekla, že to velice upadá ta prevence, velice. I když všude se apeluje, že je nutná logopedická prevence, tak to není dobré. Když jezdím po těch školičkách, tak bych možná na jedné ruce spočítala školky, kde to opravdu funguje, kde bych řekla, jo, tady to šlape. Myslím logopedie, ne ty ostatní věci. Takže myslím si z mého pohledu, že je to horší. Plus doba je uspěchanější, i v těch školkách mám pocit, že jsou spíš preferované angličtiny, kroužky, keramika a podobně, hustí se do dětí tady tyto věci a ta logopedie jde úplně do pozadí. Tak to vnímáme my na SPCčku. Už jsme se na tom x krát shodly i s kolegyněmi. To si říkáme, tak holky budeme jezdit, nebudeme, už si nás kolikrát ani nezvou, nebo jen jednou za rok. A tím je to taky dáno, když jsme jezdily častěji, tak ty učitelky měly třeba také motivaci, jo, přijedou na kontrolu holky s SPCčka, tak to proberem, řeknem si co dál. Dnes už se většinou jen udělá depistáž a odešle se, a opravdu i tady v Hradišti je to už možná jedna, nebo dvě školky, kde to funguje. Není to bohužel tak, že člověk odjede a ví, fajn, každý týden tady je logopedie – ne není. Člověk si říká, že už v tom dělá tak dlouho, že to bude lepší a lepší a není, bohužel. Asi to přináší ta doba. Nevím no.

Doplňující otázka: Podle dotazníků to vypadá, že se individuální prevenci věnuje více školek. Ano? To je dobře, ale ono je to hlavně na dobrovolnosti, já nemůžu přijet na školku a diktovat jim, vy to budete dělat tak a tak a tehdy a tehdy, to prostě nelze.

6. Jaké jsou podle vás příčiny vzniku řečových poruch předškolních dětí v současnosti?

Jestli je to v důsledku těch civilizačních záležitostí, že rodiče nemají tolik času, rozvody, možná je víc rozvodů, nevím, těžko říct, předčasně narozené děti, toto všechno podle mě, ta společnost s tím souvisí, že ty řečové vady jsou těžší a těžší, že lidi mají víc a víc problémů, takže tím pádem je to horší. Často rozpadající se manželství, že ty děti nejsou v úplných rodinách, nemají psychickou pohodu, rodiče nemají čas..., ale já bych začala od začátku. Vůbec životní prostředí, které působí na těhotnou maminku, potom porody těžší. Já jsem se třeba dozvěděla, že je víc těhotenských cukrovek, kdy je potom těhotenství rizikové, každé rizikové těhotenství, předčasně narozené děti, kdy se zachrání půlkilové děti, čtvrtkilové pomalu, jo všechny tyto věci. No a potom ty rodiny, když nefungují, neříkám, že se nestarají, ale jak nemají tolik času, míň komunikují s těmi dětmi, míň se mluví a víc se pouští televize, počítače, hry, takže toto všechno bych asi zmínila.

7. Také si často učitelky stěžují na spolupráci s rodiči, že se s dětmi pracuje jen ve školce a doma ne.

Ano ano, to je pravda, vím, že spousta učitelek to vzdalo, kvůli tomu, že neměly zpětnou vazbu. Říkaly, tak já jim dělám sešity a oni ho buď ztratí, zničí, nebo vůbec nepoužívají, rodičům je to úplně šumák, že tady mají prevenci, ale rodiče se na to vykašlou, spoléhají na školku. A i díky tomu se to postupně vytrácí, to je pravda.

8. V čem by se dala logopedická intervence zlepšit?

Aby školky víc využívaly možností, které mají, přece jen jim můžeme v lecčem poradit, pomoci. Je pravda, že dřív jsme jezdili častěji, minimálně každé pololetí, plus kdo potřeboval i častěji na konzultace. Teď nás pozvou jednou, a to je málo. Já nemůžu svévolně někam přijet a už vůbec ne klinický logoped, ten patří pod zdravotnictví, tak to nelze. Víím, že pár školek využívá i toho, že k nim jezdí logopedka od nás externě dělat nápravu, ale jsou tak dvě, tři. Nevím, jestli si to platí rodiče, nebo ředitel školy, ale ano vím, že tak jezdí.

Pro vás je důležité, abyste vždycky, když máte jakékoliv setkání s rodiči, rodičovské schůzky, abyste jim o tom řekli, že tady máte logopedickou péči, nadstandartní péči, že to prostě děláte nad rámec, že to nefunguje na všech školkách. Aby si uvědomili, že díky tomu nemusí potom každých čtrnáct dní, nebo každý měsíc někam dojíždět na logopedii. Ale musíte zdůraznit, že pokud budou spolupracovat, tak to prostě půjde. Je důležité, abyste se i vychválili trošku před těmi rodiči, protože fakt to tak je, neděláte to většinou v pracovní době, nebo děláte to mimo, tak abyste těm rodičům a dětem vyhověli a abyste vyhověli inspekci. A v podstatě to ani dělat nemusíte. To je pravda.

9. Jaký způsob osvěty, šíření informací – komunikace s rodiči byste zvolila?

Já bych řekla, že první odborník, který se s tím dítětem setká je pediatr. Ten by měl při preventivní prohlídce vysledovat, zjistit, že něco není v pořádku. Většinou ale doktoři doporučí počkat až do pěti let, a to už bývá pozdě. Ale najdou se už i mladí osvícení, kteří pošlou děti na ORL, na neurologii, na foniatrii... A už si udělají to kolečko, než se k nám dostanou, ale těch je velmi velmi málo. Kolikrát spíš řeknou však počkejte do pěti let, on se vám rozmluví. Pak jdou na šestiletou prohlídku a je to katastrofa, když se to zanedbá, pak se teprve začne něco dělat a je pozdě. Ale ty preventivní povinné prohlídky jsou ve 3 a pak až v 5 nebo 6 letech. Takže ten pediatr se s těmi dětmi nesetká, pokud nejsou nemocné. Ideální by bylo mezi tím udělat ještě jednu prohlídku. Také na toho pediatra rodiče víc dají než třeba na učitelku. Takže větší účast těch pediatriů, aby byli víc zasvěcení. A v těch školkách nevím, nějaké přednášky, to by asi rodiče dobrovolně nepřišli, to už vidím, jak kroutí očima. Já si myslím, že spíš přes to zdravotnictví, že ty děti zná pediatr ještě daleko dřív, než nastoupí do školky. Trochu těm rodičům ty zásady přiblížit. Některé děti jsou do čtyř let doma, takže je vidí opravdu jen doktor a nejbližší rodina. Takže tam si myslím, že je důležité, aby ta raná péče fungovala, aby to bylo dřív než při nástupu do školky. Častější prevence by to chtělo. Tam je velká prodleva.

10. Někteří rodiče jsou toho názoru, že pokud dítě dají co nejdřív do školky (nejlépe před druhým rokem), mezi dětmi se rozmluví.

Ne to určitě ne, já jsem toho názoru, že rodiče školka nenahradí, to dítě do tří let tu maminku potřebuje. Navíc do tří let si stejně děti mezi sebou moc nepovídají, ještě si kooperativně nehrají, spíš trpí tou separací od rodičů. Pokud teda se nejedná vyloženě

o patologickou rodinu, tam možná školka by byla lepší, ale když to беру obecně na normální běžnou populaci, tak si myslím i pro tu řeč je ideální do tří let dítě doma a využít toho, že má ta maminka tu mateřskou, nebo tu rodičovskou a může s ním být doma a může se mu věnovat. A měla by se mu věnovat. Někdy se stane, že i ve čtyřech letech dítě nemluví, takže myslím si, že dát dítě ve dvou letech do školky, aby se rozmluvilo – určitě ne. Já si myslím, pokud to jde, má být dítě do tří let s maminkou, protože tam se vytváří citové pouto, to dítě je citově vázané. Ve dvou letech to dítě ještě není úplně samostatné, aby mohlo fungovat v kolektivu. Neumí si ani hrát s ostatními dětmi, kolikrát ani ti tříletáci a když jsou to jedináčci tak vůbec. Mně to přijde strašně brzy v těch dvou letech. Já vím, že se stává, že ta maminka musí nastoupit, ale aby to mělo opravdu důvod, to jsou tak ojedinělé případy a já vím, že ty malé děti vodí do školky i maminky s kočárkem, ve kterém mají mladšího sourozence – další důvod proč si ho nechat doma.

Příloha G

Tabulka 3: Poměr dětí s poruchami řeči z počtu dětí
předškolního věku – Uherskobrodsko

| | Předškoláků | Porucha řeči | % Poruch | Důsledek post. |
|--------|-------------|--------------|----------|----------------|
| MŠ 1 | 16 | 12 | 75% | 0 |
| MŠ 2 | 10 | 4 | 40% | 0 |
| MŠ 3 | 18 | 12 | 67% | 0 |
| MŠ 4 | 17 | 16 | 94% | 0 |
| MŠ 5 | 13 | 9 | 69% | 0 |
| MŠ 6 | 7 | 4 | 57% | 0 |
| MŠ 7 | 5 | 3 | 60% | 3 |
| MŠ 8 | 14 | 11 | 79% | 0 |
| MŠ 9 | 10 | 10 | 100% | 2 |
| MŠ 10 | 13 | 9 | 69% | 0 |
| MŠ 11 | 7 | 5 | 71% | 0 |
| MŠ 12 | 11 | 9 | 82% | 2 |
| MŠ 13 | 20 | 6 | 30% | 0 |
| MŠ 14 | 24 | 16 | 67% | 0 |
| MŠ 15 | 36 | 20 | 56% | 0 |
| MŠ 16 | 13 | 10 | 77% | 0 |
| MŠ 17 | 17 | 11 | 65% | 0 |
| MŠ 18 | 7 | 5 | 71% | 0 |
| MŠ 19 | 49 | 18 | 37% | 0 |
| MŠ 20 | 35 | 20 | 57% | 1 |
| MŠ 21 | 4 | 4 | 100% | 0 |
| MŠ 22 | 7 | 3 | 43% | 0 |
| MŠ 23 | 23 | 3 | 13% | 0 |
| MŠ 24* | 26 | neví | - | 2 |
| celkem | 376 | 220 | 64% | 8 |

* MŠ 24 nebyla pro nedostatek informací započítána v celkovém počtu

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2019

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Pavlína Michálková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Hodnocení vývoje výslovnosti hlásek u dětí předškolního věku v MŠ v regionu Uherskobrodsko

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 13

Počet titulů českých použitých zdrojů: 12

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 4

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