

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra Speciální pedagogiky a logopedie

Realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Bednářová
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

| | |
|--------------------------------|--|
| Autor: | Kateřina Bednářová |
| Studium: | P15P0617 |
| Studijní program: | B7506 Speciální pedagogika |
| Studijní obor: | Speciální pedagogika - intervence |
| Název bakalářské práce: | Realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku |
| Název bakalářské práce AJ: | The implementation of speech therapy for children who start compulsory education |

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce je popsat možnosti realizace logopedické intervence u dětí zahajujících školní docházku na Chlumecku a Novobydžovsku. V práci bude charakterizován vývoj řečových a jazykových dovedností u dětí zahajujících školní docházku, definovány vývojové poruchy řečové komunikace projevující se v daném období. Dále pak bude specifikován systém péče o děti plnící povinnou školní docházku. V bakalářské práci bude specifikován aktuální stav v oblasti poskytování logopedické péče na Chlumecku a Novobydžovsku, který bude doložen i konkrétními příklady z praxe. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody a kazuistiky.

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9. NEUBAUER, Karel. Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. ISBN 80-7041-098-1. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 13.12.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

.....

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Poděkování

Ráda bych tímto způsobem chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné vedení při vypracování této bakalářské práce. Mé díky také patří všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření této bakalářské práce.

Anotace

BEDNÁŘOVÁ, Kateřina. *Realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 91 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce je zaměřena na téma realizace logopedické péče u dětí zahajujících povinnou školní docházku. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část začíná kapitolou zabývající se počátkem školní docházky, školní zralostí a připraveností, úrovní řečových a jazykových dovedností žáka na počátku školní docházky a žákem s narušenou komunikační schopností ve škole. Druhá kapitola se věnuje nejčastějším poruchám řečové komunikace u dětí zahajujících povinnou školní docházku se zaměřením na dyslalií, vývojovou dysfázii, mutismus a poruchy plynulosti řeči. Třetí kapitola přibližuje systém poskytování logopedické intervence v České republice. Praktická část obsahuje čtyři případové studie žáků 1. a 2. tříd základních škol na Chlumecku a Novobydžovsku s vadou řeči. Také jsou zde prezentovány výsledky získané dotazníkem určeného pro učitele 1. a 2. tříd základních škol. Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat aktuální stav realizace logopedické intervence u dětí zahajujících povinnou školní docházku na Chlumecku a Novobydžovsku.

Klíčová slova: logopedická péče, logopedická intervence, mladší školní věk, porucha řečové komunikace.

Anotation

BEDNÁŘOVÁ, Kateřina. The implementation of speech therapy for children who start compulsory education. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2018. 91pp. Bachelor Degree Thesis

The topic of bachelor thesis is the implementation of speech therapy for children who start compulsory education. The thesis is divided into two parts. The theoretical part begins with a chapter, which is focused on the beginning of compulsory education, school maturity, the level of speech and language skills of a pupil at the beginning of compulsory education and a pupil with communication disability at school. The second chapter deals with the most common communication disabilities in children at the beginning of compulsory education with a focus on dyslalia, developmental language disorder, mutism, stuttering and tumultus sermonis. The third chapter describes the system of speech intervention in the Czech Republic. The practical part contains four case studies of pupils who attend first and second grades of elementary schools in Chlumecko and Novobydžovsko with communication disabilities. There are also presented the results of questionnaire for teachers of the first and second grades of elementary school. The aim of the practical part was to describe the current state of implementation of speech therapy for children who start compulsory education in Chlumecko and Novobydžovsko.

Key words: speech therapy, speech intervention, younger school age, communication disability.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 1 |
| 1 Počátek školní docházky | 2 |
| 1.1. Školní zralost a školní připravenost..... | 2 |
| 1.2 Mladší školní věk..... | 4 |
| 1.3 Úroveň řečových a jazykových dovedností žáka na počátku školní docházky | 5 |
| 1.3.1 Morfologicko-syntaktická rovina | 5 |
| 1.3.2 Lexikálně-sémantická rovina..... | 6 |
| 1.3.3 Foneticko-fonologická rovina..... | 7 |
| 1.3.4 Pragmatická rovina | 8 |
| 1.4 Žák s narušenou komunikační schopností ve škole | 8 |
| 2 Nejčastější druhy poruch řečové komunikace u žáků zahajujících školní docházku .. | 10 |
| 2.1 Dyslalie | 10 |
| 2.1.1 Etiologie dyslalie | 11 |
| 2.1.2 Klasifikace dyslalie..... | 12 |
| 2.1.3 Diagnostika dyslalie | 14 |
| 2.1.4 Terapie dyslalie..... | 16 |
| 2.2 Vývojová dysfázie | 19 |
| 2.2.1 Etiologie vývojové dysfázie | 20 |
| 2.2.2 Klasifikace vývojové dysfázie..... | 20 |
| 2.2.3 Diagnostika vývojové dysfázie..... | 21 |
| 2.2.4 Terapie vývojové dysfázie..... | 23 |
| 2.3 Další druhy poruch ŘK vyskytující se u žáků zahajujících školní docházku | 25 |
| 2.3.1 Koktavost..... | 25 |
| 2.3.2 Mutismus | 26 |
| 2.3.3 Breptavost..... | 27 |
| 3 Systém poskytování logopedické intervence v České republice | 28 |
| 3.1 Organizace logopedické intervence v rezortu MZ ČR | 28 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.2 | Organizace logopedické intervence v rezortu MPSV ČR | 29 |
| 3.3 | Organizace logopedické intervence v rezortu MŠMT ČR..... | 30 |
| 3.2.1 | Speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami řeči | 33 |
| 3.2.2 | Podpůrná opatření pro žáky s poruchou řečové komunikace | 34 |
| 4 | Uvedení do praktické části bakalářské práce..... | 37 |
| 4.1 | Cíl bakalářské práce..... | 37 |
| 4.2 | Metodologie výzkumného šetření..... | 38 |
| 4.2.1 | Dotazník | 38 |
| 4.2.2 | Případová studie | 38 |
| 4.2.3 | Rozhovor | 39 |
| 4.3 | Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku | 40 |
| 5 | Realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku | |
| | na Chlumecku a Novobydžovsku | 41 |
| 5.1 | Prezentace výsledků dotazníkového šetření na ZŠ | |
| | na Chlumecku a Novobydžovsku | 41 |
| 5.2 | Konkretizace intervence o děti s NKS zahajujících školní docházku..... | 49 |
| 6 | Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz praktické části bakalářské práce, diskuze..... | 80 |
| | Závěr..... | 84 |
| | Seznam použité literatury | 86 |
| | Seznam použitých internetových zdrojů..... | 89 |
| | Seznam tabulek a grafů..... | 90 |
| | Seznam příloh..... | 91 |

Úvod

Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších potřeb v životě člověka. Pomocí ní získáváme důležité informace, ale také nám umožňuje sdílet své pocity a myšlenky s ostatními lidmi. Bez ní bychom nedokázali navazovat a udržovat mezilidské vztahy, nemohli bychom hájit své zájmy. Bez komunikace by náš život postrádal propojení se životy ostatních lidí.

Komunikační dovednosti jsou důležitým aspektem v edukačním procesu dítěte. V případě, že řečové a jazykové kompetence žáka na počátku školní docházky nejsou v normě, žáka bude stát spousta úsilí obstát. V rámci školy je to právě komunikace, pomocí které probíhá převážná část výuky. Bez ní by nemohlo dojít k interakci mezi učitelem a žákem, učitel by svému žákovi nemohl předat informace, zároveň by nebyl schopný ujistit se o pochopení dané látky. Úspěšné absolvování edukačního procesu představuje důležitý krok k dobrému profesnímu uplatnění. Pokud tedy komunikační dovednosti žáka z nějakého důvodu nejsou dostatečné, je tím ohrožen celý jeho další budoucí život.

Pro vypracování práce na téma realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku jsem se rozhodla proto, že spousta dětí v mém okolí zahajovala školní docházku s vadou řeči. Sledovala jsem, jak bylo pro děti obtížné osvojovat si učivo a vytvářet nová přátelství se spolužáky, když selhávaly v něčem pro nás tak přirozeném, jako je komunikace. Neúspěch v počátku školní docházky může ovlivnit i sebehodnocení žáka, škola se znenadání stane něčím, z čeho je nervózní, nebo mu dokonce nahání strach. A to by se nemělo stát žádnému dítěti, ať je jeho komunikační schopnost narušena sebevíc. Proto je potřeba, aby pedagogové, zpravidla ti, kteří děti provádí počátkem edukačního procesu, měli alespoň malé znalosti týkající se poruch řečové komunikace u dětí zahajujících školní docházku a mohli tak těmto žákům podat pomocnou ruku a s notnou dávkou trpělivosti a empatie je i přes všechna úskalí naučit všemu, co potřebují znát.

Práce bude rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bude popsána problematika počátku školní docházky, zvláště u žáka s vadou řeči, dále budou popsány nejčastější poruchy řečové komunikace v tomto období. Teoretická část bude končit realizací logopedické péče v České republice. V praktické části bude na konkrétních příkladech případových studií popsána logopedická intervence u žáků s narušenou komunikační schopností na počátku školní docházky, která bude doplněna o dotazníkové šetření, jehož respondenty budou učitelé 1. a 2. tříd na vybraných základních školách.

1 Počátek školní docházky

Přechod z předškolního do školního vzdělávání je důležitým a nezvratným bodem každého dítěte. S nástupem školní docházky v dětech rostou určité obavy, které pramení z přijetí větší zodpovědnosti, než tomu bylo doposud. Zároveň se však těší na nové zážitky a zkušenosti. Je důležité zvážit, zda je dítě natolik zralé po všech stránkách, aby počátek školní docházky zvládlo. Případné selhání v tomto ohledu by mohlo poškodit sebevědomí dítěte (Allen, 2002).

1.1. Školní zralost a školní připravenost

Jak již bylo řečeno, před vstupem dítěte do první třídy je důležité zvážit jeho školní zralost a připravenost, aby nedošlo k selhání žáka. Nedostatečná školní zralost a připravenost se projevuje těžkostmi při přizpůsobování se školnímu režimu. Dítě je příliš hravé, má obtíže při soustředění se na probíranou látku, potíže mu může činit také podřízení se autoritě učitele či potřebám kolektivu vrstevníků. Také chování bývá zdrojem problémů, dítě může z tohoto důvodu zaostávat ve výuce, čímž trpí sebehodnocení dítěte a motivace pro plnění školní docházky. Mohou se projevit i psychosomatické obtíže v podobě bolestí hlavy či břicha před odchodem do školy, které se o víkendu či o prázdninách vytrácejí (Zelinková, 2011).

Školní zralost

Tento pojem označuje zralost centrální nervové soustavy, jejíž projevy jsou emoční stabilita, dostatečná odolnost vůči zátěži a schopnost přijatelně se soustředit na daný podnět. Zrání CNS ovlivňuje lateralizaci, rozvoj motorické a senzomotorické koordinace, rozvoj sluchového a zrakového vnímání (Vágnerová, 2000). Pokud je dítě do programu základní školy zařazeno příliš brzy, může ho nesprávnost tohoto rozhodnutí pronásledovat do budoucna v podobě sníženého sebevědomí, záporného vztahu ke vzdělávání a v mnoha dalších podobách.

Školní připravenost

Oproti školní zralosti, která se týká zejména biologického zrání, stojí školní připravenost, kterou je možné ovlivnit úrovní předškolní přípravy, také na ní působí vliv prostředí a výchovy (Zelinková, 2011). Jedná se o kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně-sociální, pracovní a somatické, jež dítě získává a dále formuje učním a sociální zkušeností (Bednářová, Šmardová, 2015a). Dle Golemana (In Bednářová, Šmardová, 2015b) je pro úspěšné zahájení školní docházky nejdůležitější schopnost dítěte učit se, přičemž uvádí sedm nejdůležitějších aspektů této schopnosti: sebevědomí, zvědavost, sebeovládání,

schopnost konat s určitým cílem, schopnost pracovat s ostatními, která úzce souvisí se schopností kooperace a v neposlední řadě schopnost komunikovat.

V oblasti školní zralosti a připravenosti se aktuálně vyzdvihuje potřeba systémového přístupu, který se zaměřuje na předpoklady na straně dítěte, rodiny, ale i předpoklady na straně mateřské a základní školy (Křováčková, 2014). Při posuzování školní zralosti je důležité zaměřit se na úroveň následujících složek: somatický vývoj a zdravotní stav, poznávací funkce (mezi něž patří vizuomotorika, grafomotorika, řeč, sluchové a zrakové vnímání, časová a prostorová orientace a základní matematické představy), průčeschnost a emocionálně-sociální zralost (Bednářová, Šmardová, 2015b).

Zápis do školy

Zápis do školy představuje pro dítě první možnost seznámit se s prostředím a pedagogy školy. Zároveň je to důležitá událost i pro rodiče a pedagogy mateřské i základní školy. Funkcí zápisu do školy je, jak již bylo zmíněno, seznámení se se školním prostředím, dále slouží jako prostředek diagnostiky dítěte ze strany školy, také poskytuje rodičům informace, jaké dovednosti a vědomosti jsou od jejich dítěte očekávány. Při zápisu do školy probíhá kontrola školní zralosti a připravenosti dítěte. V neposlední řadě se jedná o legislativní úkon zakotvený v *zákoně č. 178/2016 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školný zákon)*, ve znění pozdějších předpisů.

Odklad povinné školní docházky

Odklad povinné školní docházky povoluje ředitel spádové školy, a to o jeden školní rok. O odklad písemně žádá zákonný zástupce dítěte, žádost musí být podpořena rozhodnutím příslušného školského poradenského zařízení, tedy pedagogicko-psychologické poradny, nebo odborného lékaře. Odklad povinné školní docházky je často doporučen z důvodu nedostatečné tělesné či duševní vyspělosti dítěte (Bednářová, Šmardová, 2015b).

Je důležité zvážit, zda je dítě již zralé a připravené na počátek školní docházky. Pokud dojde k příliš brzkému ukončení předškolního věku dítěte, může mít velké potíže ve výchovně-vzdělávacím procesu, následkem čehož zde bude riziko, že dojde k selhání. A není nic horšího pro dětské sebevědomí, jako je selhání v tak důležité oblasti, kdy bude muset následovat návrat do mateřské školy, či opakování ročníku. Škola, do které se před nedávnem ještě tak těšil, pro něj najednou bude představovat negativní prostředí, ve kterém mu není souzeno nic jiného, než selhat. Tyto pocity se v něm mohou nést celý průběh školní docházky (Vágnerová, 2000).

1.2 Mladší školní věk

Mladší školní věk je obdobím poměrně harmonického rozvoje. Dítě soustředí pozornost na osvojování si základních znalostí a dovedností. Samozřejmě, že dochází ke zmatkům a pláči, dítě se jen tak z ničeho nic nestane z dítěte vážným školákem. Zároveň však dítě cítí, že ve škole je svět přehledný, uspořádaný a vše je zvládnutelné, uvědomuje si, že díky ní se může stát tím, kým se stát chce. To ovlivňuje jeho chování, k úkolům přistupuje zodpovědně. Toto se samozřejmě děje v ideálním případě, kdy dítě prospívá tak, jak má, nemá žádné potíže s edukačním procesem a je dostatečně zralé a připravené na zvládnutí školních povinností (Říčan, 2010).

Dítě, které začíná plnit školní docházku, se musí ztotožnit a přijmout spoustu nových rolí, jako je například role žáka. Ta pro dítě znamená také vyšší prestiž, než tomu bylo u role předškolního dítěte. Pod vlivem názorů okolí a rodiny je považována dítětem za jakési formální potvrzení předpokladů k dalšímu žádoucímu a obecně vysoce hodnocenému rozvoji, z pohledu rodičů znamená potvrzení normality dítěte.

Ačkoliv bylo na začátku této kapitoly zmíněno, že mladší školní věk je obdobím harmonického rozvoje, nová role žáka a její přijetí s sebou přináší i zátěžové situace. Zásadním poznáním dítěte při nástupu do školy je fakt, že nyní je jeden z mnoha a musí nechat ustoupit dětský egocentrismus předškolního věku do pozadí. Také musí přijmout autoritu učitele, který roli žáka akceptuje pouze na základě plnění daných požadavků a norem. Navázání kontaktu s učitelem pomáhá dítěti překonat nástup do nové etapy života a zvládnout novou roli, kterou mu jeho okolí i okolnosti přisuzují. Nástup do první třídy pro dítě znamená ztrátu dosavadních jistot a představ ohledně své osobnosti a sebepojetí. Je na čase přijmout zodpovědnost za vlastní chování a jeho následky, osamostatnit se. Zásadní pro školní úspěšnost je, aby dítě roli žáka začalo akceptovat a přijalo ji jako jeden aspekt své identity (Vágnerová, 2000).

Kromě role žáka se dítě nově seznamuje také s rolí spolužáka, která se ukotvuje získáváním dobré pozice ve třídě a začleněním do třídního kolektivu. Školní třída je místem prvotní socializace dítěte jako žáka. Pro dítě představuje role spolužáka ztrátu té výlučné pozice, na které je dítě zvyklé z domova. Dítě se zpočátku před spolužáky prezentuje zejména svými vnějšími znaky, přičemž od sebemenší odlišnosti ve vzhledu se mění i chování spolužáků k němu. Protože odchylka, které spolužáci nerozumí, a která nemá jasnou příčinu je pro ně důvodem k odmítání. A právě tyto reakce jsou rizikovými faktory integrace žáka se zdravotním postižením do běžných škol. Pokud učitel neprojeví snahu

vysvětlit ostatním dětem důvod odlišnosti žáka se zdravotním postižením a neukáže jim pozitivní přístup k němu, děti budou tohoto žáka odmítat, a je pravděpodobné, že se bude velmi obtížně začleňovat do kolektivu třídy (Vágnerová, 1997b). To samé platí i u žáka s narušenou komunikační schopností, jehož odlišnosti či nedostatky v komunikaci jsou výraznějšího charakteru.

1.3 Úroveň řečových a jazykových dovedností žáka na počátku školní docházky

Tato kapitola se věnuje z hlediska logopedie nejdůležitějšímu aspektu školní zralosti a připravenosti, a to úrovni řečových a jazykových dovedností žáka na počátku školní docházky.

Období po šestém roce věku je typické zejména zvyšováním kvality mluvního projevu, dítě již dokáže odhadnout situaci a podle toho přiměřeně komunikovat, zároveň již chápe emoční zabarvení hlasu, kdy dokáže rozlišit hněv, strach a zlost. Fonematically sluch by v tomto období již měl být dostatečně rozvinutý, aby nedocházelo k fonologickým záměnám hlásek. Dítě by si mělo osvojovat gramatickou strukturu řeči, řeč by již neměla obsahovat přílišné množství dysgramatismů v podobě nesprávného skloňování a časování (Krahulcová, 2013).

Řeč má mimořádný význam pro vývoj dítěte a jeho fungování ve škole. Podílí se na rozvoji myšlení, také ovlivňuje kvalitu poznávání a učení, nehledě na sociální aspekt řeči, kdy dítěti slouží k dorozumění, utváření sociálních vztahů či jeho postavení ke skupině. Jakožto komplexní schopnost jí lze rozdělit do čtyř jazykových rovin: foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická (Bednářová, Šmardová, 2015b).

1.3.1 Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktická rovina se orientuje na **užívání slovních druhů, tvarosloví** a tzv. **větosloví**, které zahrnuje morfologii, flexi a syntax, dá se tedy říct, že se zabývá gramatickou stránkou řeči. Dítě nejprve užívá podstatná jména, kterými označuje vše kolem sebe. Užívá je v jednoslovných větách a pojmenováních. V jednom a půl roce dítě zpravidla začíná užívat dvouslovné věty, a to tím způsobem, že spojí podstatné jméno se slovesem. Následuje vývoj tvorby vět, který je zdárně ukončen tvorbou souvětí. Dítě se učí správnému užívání dalších slovních druhů, jako jsou přídavná jména, osobních zájmena, číslovky, až postupně ke čtvrtému roku věku by již mělo docházet k rovnoměrnému užívání všech

slovních druhů. Kolem věku dvou až dvou a půl let dítě začíná pozvolným tempem slova skloňovat a časovat (Bednářová, Šmardová, 2015a).

Do čtyřech let věku dochází přirozeně ke gramatickým neobratnostem, což je vnímáno jako fyziologický proces. Pokud však užívání dysgramatismů přetrvává po čtvrtém roce života, může to již signalizovat pomalejší dozrávání v řeči, což může být projevem jeho opožděného vývoje. Možná je i příčina pozvolnějšiho vyzrávání v celkovém mentálním vývoji. Dítě, které je dostatečně zralé a připravené na školní docházku, mluví gramaticky správně, používá všechny slovní druhy rovnoměrně rozložené v mluvním projevu, pozná nesprávně utvořenou větu a dokáže ji opravit (Bednářová, Šmardová, 2015b).

Narušení v této jazykové rovině se projevuje sníženým jazykovým citem, dítě si není jisté mluvnickým rodem a gramaticky správným tvarem slov, bude selhávat při potřebě přeformulování věty například z přítomného do minulého času. Věta bude těžkopádně utvářena, se špatným slovosledem, potíže s užíváním gramatických pravidel se budou projevovat i v písemné podobě (Bendová, 2011).

1.3.2 Lexikálně-sémantická rovina

Lexikálně – sémantická rovina zahrnuje schopnost **porozumění řeči** a **vyjadřování**. Jedná se tedy o aktivní a pasivní slovní zásobu jedince. Porozumění řeči je již patrné u dětí ve věku 10 měsíců, kdy se projevuje splněním jednoduchého pokynu. Do jednoho až jednoho a půl roku věku dítě rozvíjí pouze svůj pasivní slovník, který musí být dostatečně rozvinutý, aby začalo užívat slova v mluvním projevu. Dítě se učí schopnosti pojmenovávat věci a osoby kolem sebe, proto je důležité, aby okolí dítěte aktivně pojmenovávalo vše, co dělá, vidí, slyší dítě i osoba, která se aktuálně v blízkosti dítěte nachází. Dojde k pevnému spojení mluvního výrazu a významu slova s předmětem, činností či osobou. Jakmile dítě vyjádří o daný předmět či situaci zájem, mělo by přijít adekvátní vysvětlení (Bednářová, Šmardová 2015a).

Dítě, které je dostatečně zralé a připravené na počátek školní docházky, by z hlediska lexikálně-sémantické roviny mělo být schopno dostatečně rozumět řeči i instrukcím, jeho slovní zásoba by měla být dostatečně rozvinutá, což se týká již zmíněného porozumění (pasivního slovníku) i vyjadřování (aktivní slovní zásoby). Zvládnout by mělo také popsat obsah obrázku, definovat význam známého pojmu tím, že popíše jeho funkci či vlastnosti. Mělo by zvládnout převyprávět krátký příběh, v jehož ději se dobře orientuje. Dostatečná slovní zásoba se projevuje i ve schopnosti tvoření protikladů, synonym a nadřazených pojmů (Bednářová, Šmardová, 2015b).

Nedostatky v lexikálně – sémantické rovině se mohou projevit omezeným obsahem slovní zásoby, což snižuje kvalitu, obratnost i pohotovost ve verbálním projevu. Mluvní projev dítěte bude tvořen s určitou nejistotou, také zde budou přítomny prodlevy mezi otázkou a formulací odpovědi. Zhoršená schopnost porozumění se bude projevovat zejména nejistotou v chápání textu, výkladu a instrukcí, dítě se může i hůře orientovat v chápání sarkastických narážek, nadsázky, ale i metafor (Bendová, 2011).

1.3.3 Foneticko-fonologická rovina

Tato jazyková rovina se týká sluchového rozlišování hlásek a jejich výslovnosti, tedy artikulace. Dítě okolo šestého až osmého měsíce začne ze zvuků, které ho obklopují, postupně vyčleňovat jednotlivé hlásky mateřského jazyka. Vývoj této schopnosti je dlouhodobého charakteru, dítě dokáže sluchově rozlišit všechny hlásky většinou až po šestém roce, může se tomu však stát až v sedmi či osmi letech života. Fonologické rozlišování a správná výslovnost jsou spolu úzce spjaty, pokud dítě neslyší rozdíly mezi jednotlivými hláskami nebo mezi intaktním a patologickým vzorem hlásky, nedokáže hlásku správně vyslovit (Bednářová, Šmardová, 2015a).

V ideálním případě by dítě před vstupem do první třídy mělo již správně vyslovovat všechny hlásky či být alespoň z tohoto důvodu v péči logopeda. Při zjišťování školní zralosti je třeba se také zaměřit na artikulační obratnost, která spočívá ve vyslovování slov se souhláskovými shluky, či slov s výskytem ostrých i tupých sykavek zároveň. Z hlediska **výslovnosti hlásek** by měl být vývoj v této rovině ukončen kolem pěti let věku dítěte, s výjimkou výslovnosti artikulačně náročnějších hlásek, jako jsou například sykavky a vibranty. U těchto hlásek lze považovat nesprávnou výslovnost za přirozený a fyziologický děj, pokud ovšem již není vytvořen patologický artikulační vzor hlásky (například tvorba hlásky „R“ v zadní části ústní dutiny).

V případě, že dítě vstoupí do 1. třídy s ještě neukončeným **fonologickým rozlišováním**, může se zejména v oblasti čtení a psaní potýkat s obtížemi: dítě není schopné v písemném projevu rozlišit znělé a neznělé hlásky či délku samohlásek ve slovech. Pokud dítě nemá dosažený určitý vývojový stupeň **analýzy a syntézy** slov, potíže se projeví formou obtížného spojování písmen do slabik a slabik do slov při čtení. V psaní se potíže spojené s nedostatečně vyvinutou schopností analýzy a syntézy projevují obtížemi v rozlišení hranic slov, či vynecháváním a zaměňováním písmen a slabik. Při nedostatečné **sluchové paměti** bude žák selhávat v oblasti pamatování si instrukcí a pokynů. V písemné podobě se projeví zejména při psaní diktátů či tzv. „pětiminutovek“, kde bude často chybovat a vynechávat části informací (Bendová, 2011).

1.3.4 Pragmatická rovina

Pragmatická rovina se týká již praktického využití řeči v sociálním kontextu, což zahrnuje dovednosti, jako je například schopnost vyžádat si nebo oznámit informaci, vyjádření svých tužeb a přání, popis událostí, vztahů. Důležitou součástí pragmatické roviny je tzv. regulační činnost řeči, což znamená schopnost dítěte usměrňovat sociální interakci. Jedná se také o schopnost tvoření dialogu, kdy se dítě orientuje ve střídání role komunikátora a komunikanta, dokáže udržet téma hovoru. Pragmatická rovina obsahuje nejen praktické využití řeči jako takové, ale týká se také užití prvků neverbální komunikace, jako je mimika, gestika a schopnost udržovat oční kontakt při konverzaci (Bednářová, Šmardová, 2015b).

V této oblasti dostatečně zralé a připravené dítě dokáže aktivně a spontánně navázat mluvní kontakt s vrstevníky, ale i dospělými, je si vědom společenských pravidel konverzace a dodržuje je, dokáže vyjádřit otázku i na ní adekvátně odpovědět, zvládne smysluplně vyjádřit svou myšlenku, popsat zážitek, situaci.

Nedostatky v pragmatické rovině se mohou projevat sníženým mluvním apetitem, kdy se dítě v komunikaci projevuje pasivně. Navázat, udržet a rozvíjet konverzaci je pro něj velmi obtížné, a tak se těmito situacím vyhýbá (Bednářová, Šmardová, 2015a). Takové dítě si dle Bendové (2011) své nedostatky uvědomuje a způsobují mu problémy zejména psychického charakteru, kdy se dítě projevuje nervózně a pociťuje trému při komunikaci a vyjadřování se před více lidmi. Nedostatky v této rovině se mohou projevit obtížemi v tvorbě sociálních vztahů, kdy má dítě omezené možnosti k sebevyjádření, může se cítit a být sociálně izolovaný. Neschopnost navázat adekvátní kontakt se svým okolím se může v krajních možnostech projevat afektivními záchvaty až agresivním chováním.

1.4 Žák s narušenou komunikační schopností ve škole

Řečová komunikace je v současné době předpokladem převážné části výuky. Učitel pomocí řeči žákovi sděluje nové informace a požadavky, zároveň je však řeč využívána ke kontrole, zda žák danou látku pochopil. Je tedy jasné, že potíže s porozuměním nebo vlastní produkcí řeči budou žáka významně ovlivňovat v plnění jeho školních povinností. Žák s narušenou komunikační schopností se natolik soustředí na svůj řečový projev nebo na porozumění pokynům, že mu často již nezbyvá čas ani energie na další činnosti. Pokud narušená komunikační schopnost způsobí fakt, že žák nedokáže dostatečně adekvátně reagovat a správně odpovídat, automaticky ho to staví do role neúspěšného žáka. Pokud toto dopustíme, žák se bude ve škole hůř cítit, bude prožívat strach a nejistotu (Vágnerová, 1997a).

„Porucha řeči je faktorem, který dítě izoluje a omezuje sociální kontakty jak kvalitativně, tak kvantitativně. Obtíže v porozumění i aktivním verbálním projevu, zvýšené napětí a námaha, kterou komunikace v tomto případě vyžaduje, vede zároveň k rychlejší únavě, vyčerpání a neuspokojení z kontaktu. Takto postižené děti se mohou sociální komunikaci vyhýbat, protože je pro ně příliš zatěžující a nepřináší jim žádné pozitivní prožitky.“ (Vágnerová, 1997a, s. 137)

Při edukaci žáka s narušenou komunikační schopností je vhodné respektovat některé z logopedických principů, při jejichž dodržování se zvyšuje účinnost logopedické péče, zároveň se pozitivně odrážejí do edukačního procesu žáka s narušenou komunikační schopností. Tyto principy lze snadno realizovat ve školním prostředí, zejména na prvním stupni základní školy. Mezi tyto principy patří například:

- **Princip komplexnosti**, který zdůrazňuje nahlížení na žáka jako na komplexní osobnost. Z logopedického hlediska je důležité vnímat nesmyslnost soustředit se pouze na odstranění či zmírnění komunikačních obtíží a opomíjet komplexní rozvoj osobnosti.
- **Princip individuálního přístupu**, který by měl být v současné době z hlediska trendu integrativního/inkluzivního vzdělávání již samozřejmostí.
- **Principem včasného zákroku** je v případě pedagoga prvního stupně základní školy myšleno bezprostředně reagovat na projevy narušené komunikační schopnosti u žáka navázáním spolupráce s rodiči a podporou logopedické terapie i v edukačním procesu.
- **Princip týmové péče** zdůrazňuje kooperaci pedagoga žáka s narušenou komunikační schopností s jeho rodiči a logopedem, který může pedagoga instruovat pro práci se žákem.
- **Princip imitace normálního řečového vývoje**, který zdůrazňuje respektování přirozeného modelu ontogenetického vývoje dětské řeči i v rámci edukace žáka s NKS.
- **Princip preferování obsahové stránky řeči** před formální a zvukovou, jež se zakládá hlavně na hodnocení žáka s NKS podle obsahu jeho výpovědi, než hodnotit způsob a formu výpovědi, kdy není například vhodné negativně hodnotit dyslalické obtíže žáka. Namísto toho by měla přijít pochvala směřovaná k jeho obsahově správné odpovědi.
- Z dalších principů lze ještě uvést **princip sociálního aspektu** či **princip přístupu hrou** (Bendová, 2011).

2 Nejčastější druhy poruch řečové komunikace u žáků zahajujících školní docházku

Mezi nejčastější druhy poruch řečové komunikace u žáků zahajujících povinnou školní docházku se řadí dyslalie, neboli vadná výslovnost, a vývojová dysfázie. V případě dyslalie žák zpravidla nemívá výraznější potíže ve výchovně-vzdělávacím procesu. Žák s vývojovou dysfázií je často vzděláván formou individuální integrace a je potřeba stanovit podpůrná opatření ve vzdělávání. Dalšími poruchami řečové komunikace, které se na běžných základních školách objevují v menším zastoupení, jsou koktavost, mutismus a breptavost.

2.1 Dyslalie

Dyslalie je narušení komunikační schopnosti, které se řadí do skupiny narušení článkování řeči (společně s dysartrií). Vzniká nejčastěji v průběhu předškolního věku a jedná se o vadu vývojovou. Vyskytuje se jak samostatně, tak často i ve spojení s dalšími druhy NKS, jako je zejména narušený vývoj řeči, diagnóza balbuties a breptavost, což jsou poruchy tempa a plynulosti řeči, mutismus, huhňavost a palatolalie, hlasové poruchy, symptomatické poruchy řeči i poruchy, které vznikají na bázi postižení CNS a mozku, jako je například afázie (Krahulcová, 2013).

Jedná se o poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek mateřského jazyka. Hláška je utvářena jiným způsobem či na jiném místě, než udává fonetická norma, způsobuje to její neestetičnost. Pokud je patologickým způsobem tvořeno více hlásek, snižuje se srozumitelnost mluvního projevu (Klenková, 2006). Dle Keljklíčkové (2016) se v případě, že je narušena výslovnost samohlásek nejedná o dyslalii, ale o poruchu senzoricou, kdy dítě selhává ve správném rozlišování jednotlivých samohlásek. V tomto případě je příčina hlubšího charakteru, buď na bázi nesprávného sluchového zpracování, či jako příznak vývojové dysfázie.

Dyslalie se projevuje v různých úrovních, zejména na úrovni fonetické a fonologické. Na první zmíněné úrovni se dyslalie může manifestovat třemi způsoby a to: delecí, kdy dítě hlásku zcela vynechává (dříve mogilalie), substitucí, kdy je hláška zaměňována za hlásku jinou (dříve paralalie) a distorzí, tedy vadným vyslovováním. Fonologická úroveň je ovlivněna projevy v plynulé řeči, kdy jsou jednotlivé hlásky ovlivněny předešlými či následujícími hláskami, nebo také následkem pauzy, nesprávného přízvuku, rytmu či melodie (Klenková, 2006).

Ačkoliv je tato vada řeči brána jako nejlehčí narušení komunikační schopnosti, neměla by se rozhodně podceňovat. V případě, že nejsou vytvořené a zafixované odchylky

v artikulaci hlásek upraveny pomocí specializované logopedické péče, vyskytují se v mluvním projevu po celý život (Neubauer, 2010). Výskyt je častější u chlapců, dle většiny autorů (Lechta, Neubauer, Krahulcová a další) v poměru 6:4, Kejklíčková (2016) uvádí dokonce poměr 4:1 v neprospěch chlapců. U osob s mentální retardací je výskyt dyslalie častější, avšak některé děti s mentálním deficitem mají výslovnost lepší než intaktní děti, a to například z důvodu lepších napodobovacích schopností. Do dospělosti často přetrvává dyslalie v podobě vadné výslovnosti hlásek, které vyžadují složitou souhru mluvidel, jako jsou například vibranty „R“ a „Ř“ (vadná výslovnost hlásky „R“ se nazývá rotacismus, hlásky „Ř“ – rotacismus bohemicus) a vadná výslovnost sykavkových řad (sigmatismus) (Klenková, 2006).

Je důležité od sebe umět rozlišit pojmy dyslalie a nesprávná výslovnost. **Nesprávná výslovnost** je fyziologický jev, který se projevuje nedokončeným zafixováním mechanismu tvoření hlásek či nepřesností hlásky rozlišovat, což je časté ve skupině sykavek nebo u dlouhých a krátkých samohlásek, kdy mají děti potíže s rozlišením znělosti. Tyto projevy lze do určitého věku považovat za přirozené (Krahulcová, 2013).

Dle Neubauera (2010), je důležité také odlišit výraz **nepřesná výslovnost**, který označuje pojem z oblasti řečové a dikční edukace v oblasti pedagogiky a herectví. Jedná se o nezafixované odchylky v realizaci již vytvořených, správných vzorů hlásek. Hlásky jsou artikulovány nepřesně či nedbale, v rámci nářečních, skupinových či generačních zvyků a kvalita mluvního projevu je jimi deformována.

2.1.1 Etiologie dyslalie

Lechta (In Bytešníková, 2012) uvádí, že vysoké procento výskytu dyslalie souvisí s množstvím možných vlivů, které ji mohou zapříčinit, a to jak vlivů vnějších (například vliv prostředí), tak i vnitřních (sluchové a zrakové poruchy, poruchy centrálního nervového systému, dědičnost a mnoho dalších). Mezi nejčastější etiologické faktory patří:

- **Dědičnost**

Vliv dědičnosti dyslalie jako takové spousta autorů odmítá, dle Lechty (In Klenková, 2006) se jedná spíše o tzv. nespecifikovanou dědičnost, kdy se nejedná o zdědění konkrétního typu dyslalie, ale o zdědění jistého předpokladu artikulační neobratnosti či vrozené řečové slabosti, která vede ke vzniku dyslalie. Podle Kejklíčkové (2016) se může jednat i o vrozenou dispozici ke zhoršenému sluchovému rozlišování.

- **Poruchy analyzátorů** (narušené sluchové či zrakové vnímání)

A to jak porucha či vada sluchu, tak i porucha tzv. fonematického sluchu, což znamená nesprávnou diferenciaci jednotlivých fonémů). Zraková vada může zapříčinit ztíženou až chybějící možnost odezírání pohybů mluvního ústrojí, to může vést k nedostatkům ve výslovnosti.

- **Citová deprivace**

Dlouhodobé strádání v oblasti citových potřeb dítěte může zapříčinit opoždění ve vývoji řeči, může se objevit i vadná výslovnost.

- **Poškození dostředivých a odstředivých nervových drah**

- **Poruchy centrálního nervového systému**

Poruchy na bázi poškození centrálního nervového systému mohou zapříčinit vznik velmi vážných postižení s různými symptomy, mezi nimiž se může objevit i dyslalie.

- **Poruchy řečového neuroefektoru**

- **Vliv prostředí**

Mezi tyto etiologické faktory se řadí především nesprávný řečový vzor v rodině, příliš mazlivá řeč (například tzv. „šišlání“), bilingvální prostředí, chyby ve výchovném přístupu (kdy je dítě například za nesprávnou výslovnost vysmíváno nebo trestáno).

- **Anatomické odchylky mluvidel**

Jako je například přirostlá podjazyčná uzdička, vadný skus, obrny jazyka a rtů atd.

(Klenková, 2006)

2.1.2 Klasifikace dyslalie

K rozdělení dyslalie se nám nabízí hned několik měřítek, mezi nejčastější patří: dělení z vývojového hlediska, podle příčin, podle rozsahu a dělení z hlediska kontextu (Klenková, 2006).

Dělení dyslalie z vývojového hlediska

Z vývojového hlediska rozlišujeme **dyslalii fyziologickou**, což je nesprávná výslovnost asi do 5. roku věku a jedná se o zcela běžný, fyziologický jev. V případě trvání nesprávné výslovnosti do 7. roku věku mluvíme o **prodloužené fyziologické dyslalii**, kdy je ještě možnost spontánní úpravy nesprávné výslovnosti dítěte. Avšak od 7. roku věku dítěte je již nesprávný artikulační vzor považován za patologii. Pokud dochází k vynechávání či nahrazování dané hlásky intaktním vzorem hlásky jiné, je zde stále možnost spontánního osvojení správné výslovnosti, pokud je však již chybný mechanismus tvoření hlásky zafixovaný, je nutné vyhledat speciální péči, která vede ke korekci hlásky.

K vytvoření patologického vzoru hlásky může samozřejmě dojít dříve, než po 7. roce věku života, proto je potřeba od sebe dokázat rozlišit nesprávnou (přirozenou) výslovnost a vadnou (patologickou) výslovnost.

Dělení dyslalie podle příčin

Podle příčiny se dyslalie dělí na funkční a organicky podmíněnou. **Funkční dyslalie** představuje typ narušení komunikační schopnosti, kdy jsou mluvní orgány bez poruchy. Dále se může dělit na *typ motorický*, která může být způsobena celkovou neobratností nebo neobratností mluvidel, a *typ senzorický*, kdy má dítě potíže spočívající v nesprávném vnímání i rozlišování mluvních zvuků jako vývojový nedostatek pohybové a sluchové diferenciacce. Dle Kejklíčkové (2016) může funkční dyslalie vznikat také na základě napodobování nesprávného řečového vzoru, zanedbáváním ze strany sociálního prostředí, či jako projev nespecifické dědičnosti.

Dyslalie organická je způsobena abnormalitami mluvních orgánů. Tento typ dále lze rozdělit dle lokace dané příčiny, a to na: *dyslalii akustickou* (vady sluchu), *labiální* (defekty rtu, jako je například snížená pohyblivost a schopnost tvořit retní uzávěr), *dentální* (defekty zubů, jejich řad a skusu), *palatální* (abnormality patra), *lingvální* (abnormality jazyka spočívající v jeho velikosti a pohyblivosti) a *nazální* (kdy může dojít k narušení nosní rezonance) (Klenková, 2006). Dyslalii organickou lze také rozdělit na *dyslalii impresivní*, kdy došlo k narušení dostředivých nervových drah, *expresivní*, při poruše odstředivých nervových drah, a *dyslalii centrální* při narušení centra řeči (Salomonová in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Dělení dyslalie podle rozsahu

Dle rozsahu lze dyslalii rozdělit na dyslalii univerzalis, dyslalii multiplex (gravis) a parciální dyslalii (dyslalia levis, simplex).

Při **dyslalii univerzalis** je postižena výslovnost většiny hlásek. V případě nahrazování ostatních hlásek hláskou T se stává řeč téměř nesrozumitelná. Dříve byl tento typ dyslalie nazýván jako tetismus. **Dyslalie multiplex** se projevuje menším rozsahem vadně tvořených hlásek než u předchozího typu, z toho vyplývá, že řeč je lépe srozumitelná.

Parciální dyslalie znamená vadu jedné nebo několika hlásek, jedná se o jednoduchou poruchu nebo vadu výslovnosti, kdy srozumitelnost řeči není nijak zvlášť narušena. Parciální dyslalii je možné dále specifikovat na monomorfní a polymorfní.

Z hlediska místa artikulace jsou vadné hlásky u *monomorfního* typu dyslalie z jedné oblasti, u *polymorfního* typu jsou vadně vyslovované hlásky z více artikulačních oblastí.

Dělení dyslalie z hlediska kontextu

Z hlediska kontextu se dyslalie dělí na **hláskovou**, která se týká jednotlivých hlásek, a **kontextovou**, která dále může být *slabiková* nebo *slovní*. Kontextová dyslalie se dle Bendové (2011) může projevovat například tím, že dítě hláskové skupiny ve slabikách redukuje a přesmykuje, aniž by výslovnost hlásek samotných byla pozměněna.

Kontextovou dyslalii mohou doprovázet tyto symptomy:

- „*Elize* (vypouštění, vynechání hlásek),
- *metateze* (přesmykování hlásek),
- *kontaminace* (směšování hlásek),
- *anaptixe* (vkládání hlásek),
- *asimilace* (připodobňování hlásek).“

(Klenková, 2006, s. 106)

Mimo jiné lze také rozlišovat dyslalii *nekonstantní*, kdy je daná hláska v některých spojeních tvořena dle intaktního vzoru hlásky a v některých naopak. Také lze rozlišit *konsekventní* a *nekonsekventní* dyslalii, kdy v případě *nekonsekventní* dyslalie je hláska tvořena vadně, ale vždy jiným způsobem nebo na jiném místě (Klenková, 2006).

2.1.3 Diagnostika dyslalie

Diagnostiku tohoto typu NKS provádí buď klinický logoped nebo pracovníci speciálně pedagogického centra pro žáky s vadami řeči. Závěry diagnostiky slouží k vytvoření individuálního vzdělávacího plánu a metodického nápravného postupu, který lze zařadit i do výchovně-vzdělávacího procesu (Bendová, 2011). Součástí diagnostiky by tedy mělo být stanovení prognózy jedince či jeho potencionálních možností rozvoje (Krahulcová, 2013).

Logopedické vyšetření, jež je základem diagnostiky dyslalie, se skládá ze shromáždění anamnestických údajů, vyšetření sluchové percepce, fonematické diferenciacce, motoriky celkové, jemné i mluvních orgánů, zhodnocení pasivního i aktivního slovníku dítěte a orientačního vyšetření laterality. Logoped by v rámci diagnostiky měl navázat spolupráci s foniatrem a psychologem. Nedílnou součástí by měla být spolupráce s pedagogy dítěte, kteří by měli být poučeni o zásadách komunikace s dítětem s dyslalií. Důležitým bodem diagnostiky je depistážní šetření, které mohou provádět i logopedičtí

asistenti. Cílem tohoto šetření je screening dyslalie u dětí předškolního věku i školních začátečníků (Klenková, 2006).

„*Vyšetření dyslalie se skládá z následujících oblastí:*

- *Navázání kontaktu s dítětem i s rodiči,*
- *sestavení anamnézy,*
- *rozhovor,*
- *orientační vyšetření sluchu,*
- *vyšetření fonemického sluchu,*
- *vyšetření artikulačních orgánů,*
- *vyšetření motoriky,*
- *systematické vyšetřování dyslalie,*
- *stanovení dalšího postupu.“*

(Bytešníková, 2012, s. 45)

Základní vyšetřovací metodou je řečová komunikace s vyšetřovaným, v případě nezletilosti za přítomnosti jeho rodičů, či jeho zákonných zástupců. Rozhovor je možné pro pozdější rozbory artikulace jednotlivých hlásek nahrát na magnetofon, popřípadě pořídit videozáznam. Samozřejmostí je písemný souhlas zákonných zástupců (Klenková, 2006).

Diagnostika se vždy zabývá posouzením aktuálního stavu řeči, jeho dosavadního stádia. Při anamnestickém rozhovoru je třeba zaměřit se zejména na informace typu: nástup napodobujícího žvatlání, celkový vývoj motorických schopností, hudební a napodobovací schopnosti dítěte (Bytešníková, 2012). Sbírání anamnestických dat je výbornou příležitostí povšimnout si i úrovně výslovnosti rodičů dítěte, jejich výchovných postupů, názorů na NKS a její korekci. V této fázi rodiče nejméně kontrolují svůj mluvní projev, proto si lze všimnout i okolností jejich chování, které později skrývají (Kutálková, 1999).

Nejlepším způsobem navázání kontaktu se stydlivým dítětem se ukázalo prohlížení a popis děje obrázku. Je důležité vyvarovat se předřikávání slov dítěti, což by mohlo zkreslit výsledek vyšetření. Po navázání kontaktu přichází na řadu řízený rozhovor, který je zaměřen již na cílené zjišťování úrovně artikulačních schopností (Klenková, 2006). Kutálková (1999) doporučuje využívat sadu obrázků s jednotlivými objekty zaměřenou na spontánní výslovnost jednotlivých hlásek pouze v případě, kdy je to nezbytné. Další upřesnění nám umožní závěrečná fáze, kdy jedinec opakuje slova podle logopeda. Sada obrázků a opakování slov neslouží k ověření funkčnosti celého hláskového systému, volí se tedy pouze za konkrétním účelem.

Dle Krahulcové (2013) by se měla porovnat úroveň spontánní výslovnosti hlásky s úrovní výslovnosti řízené. Také je vhodné zahrnout do průběhu vyšetření pomalé i rychlé tempo řeči. Vyšetření se zaměřuje na artikulaci dané hlásky na začátku, uprostřed a na konci slova, nelze opomenout výslovnost hlásky v souhláskovém shluku. Pozornost je věnována také spojením souhlásek se samohláskami. Zjištěné informace jsou logopedem zanášeny do speciálních tabulek či archů (Klenková, 2006). Dále dle Lechty (In Klenková, 2006) diagnostika zjišťuje úroveň fonemického sluchu a kvalitu hybnosti mluvních orgánů, je potřeba určit, zda se jedná o dyslalii hláskovou, slabikovou či slovní, zda má dyslalie funkční či organickou příčinu v podobě abnormalit mluvních orgánů (zda se jedná o dyslalii bilabiální, labiodentální, alveolární, palatální, velární, laryngeální, či nazální), je-li dyslalie polymorfní či monomorfní.

2.1.4 Terapie dyslalie

Logopedická intervence by měla započít v ideálním případě již v předškolním období, aby dítě nastoupilo povinnou školní docházku již se správnou výslovností a mohlo se tak plně soustředit na nové školní povinnosti, aniž by bylo zatěžováno korekcí dyslalie. Nejzákladnější předpoklad úspěšné terapie je navázání vzájemné důvěry a vhodná motivace. U malých dětí by měla terapie probíhat formou hry. Je důležité mít na paměti zásady průběhu terapie dyslalie, které rozpracoval již Seeman roku 1955:

1. Zásada krátkodobého cvičení

Výslovnost je třeba procvičovat krátce, za to však co nejčastěji, a to pomocí intenzivního zrakového a sluchového vzoru.

2. Zásada využití sluchové kontroly

Při terapii je důležité sluchové vnímání nově vytvářené hlásky.

3. Zásada používání pomocných hlásek

Pomocnými hláskami jsou myšleny takové hlásky, které jsou od nacvičované hlásky rozdílně zvukově, ale artikulačně jsou si blízké. Princip využívání pomocných hlásek je podstatou tzv. substituční metody.

4. Zásada minimální akce

Je důležité cvičení provádět bez přehnaného úsilí a napětí artikulačních orgánů. Tato zásada je například uplatňována zejména při nacvičování artikulace sykavkových řad, kdy začínáme šeptem a až později hlasitost zesilujeme. Dle Bendové (2011) by se tato zásada měla projevit také v oblasti hlasitého čtení dítěte.

(Klenková, 2006)

Mnoho dalších odborníků tyto čtyři základní zásady doplnilo o další, jako například: nová hláska by se měla vyvozovat individuálně, s přihlédnutím k celé osobnosti dítěte, postup by měl být vždy od snadnějšího ke složitějšímu, u malých dětí vždy formou hry. Špatně artikulovanou hlásku neopravujeme, ale vždy vyvozujeme nový intaktní vzor. Je nutné trvale posilovat sebedůvěru dítěte, nalézt vhodnou motivaci, nešetřit pozitivními reakcemi na sebemenší úspěch. Nesnadným a neznámým slovům je třeba se vyhnout a v neposlední řadě je důležitá zásada úzké spolupráce s rodiči, pedagogy a v případě potřeby dalšími odbornými lékaři (Klenková, 2006).

Průběh korekce dyslalie lze rozdělit do čtyř základních etap, které jsou spolu v těsné návaznosti. Žádnou z těchto etap nelze podcenit či dokonce vynechat a jejich délka záleží vždy na individualitě jedince. Jsou to:

1. Přípravná cvičení

Tato etapa zahrnuje cvičení dechová a fonační, dále cvičení zaměřená na rozvoj oromotoriky a rozvoj schopnosti fonematické diferenciaci. Do této fáze lze zahrnout i myofunkční terapii, pomocí které lze zvýšit hybnost rtů, jazyka apod., také napomáhá k odstranění či zmírnění nedostatků v koordinaci pohybů mluvních orgánů.

2. Vyvozování hlásky

Při samotném vyvozování hlásek lze využít rozličné druhy metod, které je možné různě kombinovat dle individuálních potřeb jedince. Dle Krahulcové (2013) je lze rozdělit takto:

- Přímé metody

Principem přímých metod je navození konkrétního vzoru hlásky, je užívána převážně u starších dětí či dospělých, od kterých se očekává, že terapie dyslalie bude dlouhodobějšího charakteru.

- Nepřímé metody

Metody nepřímé využíváme zejména u malých dětí a spočívají v napodobování onomatopoií vždy nenásilnou formou hry.

- Mechanické metody

Těchto metod využijeme zejména při motorické neobratnosti mluvidel či při neúčinné verbální podpoře tvorby artikulace.

- Substituční metody

Tyto metody, jak již bylo uvedeno výše, využívají hlásky podobné mechanismem nebo místem tvoření, avšak zvukově dostatečně rozdílné.

- *Metoda vyvozování z globálních mluvních celků*

Tento způsob vyvozování hlásky je vhodný pro děti, které ovládají danou hlásku pouze v určitém artikulačním spojení. Principem této metody je identifikace hlásky, její izolace a fixace v dalších artikulačních spojeních.

3. Fixace hlásky

V této etapě se provádí nácvik spojování vyvozené hlásky s dalšími hláskami v nejrůznějších spojeních. Daná hláska se fixuje na začátku, uprostřed, na konci slov a v souhláskových shlucích.

4. Automatizace hlásky

Korekce dané hlásky úspěšně končí v případě, že si dítě osvojí užívání intaktního artikulačního vzoru ve spontánní řeči, a tím se stane pevnou součástí zvukové struktury jeho aktivního slovníku. Tato etapa je náročná zejména u starších dětí, mladistvých a dospělých, kteří měli dlouhodobě zafixovaný patologický vzor dané hlásky.

Krahulcová (2013), uvádí těchto etap pět, mimo již zmíněné zařadila mezi přípravná cvičení a vyvození hlásky ještě etapu **identifikace hlásky**, kam zahrnuje poznávání hlásky cestou sluchové-fonemické-proprioceptivní-hmatové, kinestetické i optické percepce, případně identifikaci s písmenem (foném – grafém).

Je-li u dítěte více vadných vzorů hlásek, je třeba stanovit jejich pořadí. To lze buď z vývojového hlediska, kdy se při korekci dyslalie držíme vývojové posloupnosti. Možné je uplatnit i hledisko pravděpodobnosti úspěšnosti, a to z důvodu motivace, nebo můžeme pořadí stanovit dle artikulační návaznosti, kdy je například hláska „T“ a její správné tvoření základem pro správnou artikulaci dalších hlásek (Kutálková a kol., 1999).

Gúthová a Šebiánová (In Lechta a kol., 2011) rozlišují čtyři základní terapeutické postupy užívané při terapii dyslalie. Je to:

- **Tradiční terapeutický přístup**

Tradiční artikulační model je zaměřený zejména na fonetický aspekt řeči, soustředí se na motorickou složku tvorby řeči s možností využití cvičení na diferenciaci sluchu. Řídí se filozofií, že u klienta nenapravujeme vadné hlásky, ale na jejich místo tvoříme hlásky nové.

- **Fonologický terapeutický přístup**

Jak již vypovídá název, tento přístup se orientuje zejména na fonologickou oblast, pokládá si za cíl pomoci dítěti ke zlepšení jeho komunikace pomocí dosažení

změn v jeho artikulačních vzorech. Fonologická terapie si neklade za cíl artikulační trénink, ale kognitivní reorganizaci, proto je to přístup kognitivně-lingvistický. Mezi metody tohoto přístupu patří například metoda tzv. minimálních párů/kontrastů, cyklický fonologický trénink, či terapeutický model Caroline Bowenové PACT (v překladu rodiče spolu s dětmi).

- **Foneticko-fonologický terapeutický přístup**

Je velmi vhodné a účinné dva výše uvedené přístupy kombinovat, tedy stimulovat a rozvíjet jak fonologickou, tak i fonetickou stránku řeči, což je náplní tohoto modelu.

- **Komplexní terapeutický přístup**

Tento model rozvíjí jak již zmiňovanou foneticko-fonologickou rovinu, tak i zbylé tři jazykové roviny.

2.2 Vývojová dysfázie

„Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“ (Škodová, Jedlička, 2007, str. 110)

Tento typ narušené komunikační schopnosti se může projevovat mnoha různými symptomy. Důležitým vodítkem k diagnostice vývojové dysfázie je nerovnoměrný vývoj celé osobnosti, kdy nejmarkantnějším znakem, který často vede rodiče k vyhledání odborné pomoci, je výrazně opožděný vývoj řeči.

Příznaky projevující se v řeči mohou zasahovat do oblasti sémantické, syntaktické, ale i gramatické. Ve foneticko-fonologické rovině se porucha projevuje zejména sníženou schopností fonologického rozlišování podobných hlásek, zasažena je i artikulace (Škodová, Jedlička, 2007). Řeč nemůže dostatečně plnit funkci nositele informací, protože pro dítě je obtížné vyjádřit své myšlenky a přání, navíc také špatně rozumí. Slovní zásoba dysfatických dětí se zpravidla rozvíjí velmi pomalu. Kvalita řečové komunikace je snížena spoustou dysgramatismů, narušeny jsou také múzické faktory řeči. Rozsah komunikačních obtíží se pohybuje od výraznějších artikulačních obtíží, přes projev s nízkou srozumitelností až k úplné nemluvnosti (Kejklíčková, 2016). Pragmatická rovina je zatížena dlouhodobými problémy při utváření pojmů a porozumění složitým vztahům v delším vyjadřování. Verbální aktivita jedince úzce souvisí s dovedností používat řeč efektivně, zmíněné nedostatky negativně ovlivňují postoj ke komunikační situaci (Bytešnicková, 2012).

2.2.1 Etiologie vývojové dysfázie

Z foniatrického hlediska je tato porucha striktně řazena do vývojových řečových poruch na bázi poruchy vnímání řeči, ve snaze o konkretizaci ji lze označit jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu (Škodová, Jedlička, 2007). Dle Lejsky (2003) je důležité si uvědomit, že dítě řeč slyší, avšak potíže má s jejím porozuměním. Nesprávné rozumění vede k patologické tvorbě vlastní řeči.

Příčinou je postižení CNS difúzního, nikoli ložiskového charakteru, což znamená, že poškození zasahuje téměř celou korovou oblast. Dle velikosti postižení se projevují příznaky o různé razanci. (Škodová, Jedlička, 2007) Dle Kejkličkové (2016) se předpokládá, že postižení (poškození, či nedozrání) mozku vzniká buď již během nitroděložního života, nebo perinatálně či dokonce postnatálně do jednoho roku věku dítěte. Klenková (2006) uvádí, že v případě vývojové dysfázie se jedná o bilaterální poškození, tedy o poškození obou hemisfér. V případě, že by mozek byl jednostranně poškozen, kompenzační dovednosti zdravé hemisféry by zajistily řečový vývoj. Při oboustranném postižení je kompenzace již velice obtížná, někdy dokonce nemožná.

2.2.2 Klasifikace vývojové dysfázie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je vývojová dysfázie vedena pod diagnózou F80 (Specifické poruchy vývoje řeči a jazyka). Přestože je v současné době patrná spíše snaha upouštět od klasického dělení, v MKN jsou nadále vyčleněny dvě formy: diagnóza F80.1 vyjadřující expresivní poruchu řeči a diagnóza F80.2 receptivní poruchu řeči. Pokud má dítě obtíže současně v expresivní i receptivní složce řeči, mluvíme o dysfázii smíšené (Krahulcová, 2013).

Expresivní poruchou řeči se v tomto případě myslí **motorická dysfázie**, kdy převažující obtíže lze zařadit do tzv. logomotorické oblasti. Projevuje se zejména opožděným vývojem řeči, kdy pasivní slovník několikanásobně převyšuje slovník aktivní – porozumění je tedy podstatně lepší než expresivní složka řeči. Podstatného rozdílu si lze všimnout i mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním intelektem v neprospěch řeči. Dysfatic si své potíže uvědomuje a více se spoléhá na způsoby neverbální komunikace, mluvní apetence je tedy nízká. Řeč je tvořena obtížně a těžkopádně.

Oproti tomu stojí receptivní porucha řeči, tedy **senzorická dysfázie**, kde převládají poruchy v oblasti porozumění řeči a slovům, narušeného fonologického rozlišování, zasažena je i sluchová a krátkodobá paměť. Při této formě vývojové dysfázie nemusí být vývoj řeči výrazně opožděn. Slovník dítěte není tak chudý, ale ve výsledku je takřka

nepoužitelný, z důvodu zhoršeného porozumění slov. Mluvní apetence je často přiměřená a mluvní projev může být plynulý, avšak výrazně deformovaný (Škodová, Jedlička, 2007).

2.2.3 Diagnostika vývojové dysfázie

Diagnostika vývojové dysfázie by měla být vždy výsledkem týmové kooperace neurologa, psychologa, logopeda a foniatra, který by měl působit jako vedoucí diagnostik celého procesu (Škodová, Jedlička, 2007). V České republice se komplexní diagnostikou a intervencí specificky narušeného vývoje řeči zabývají specializovaná pracoviště, zvláště Foniatrická klinika VFN a 1. LF v Praze (Kejklíčková, 2016). „*Diagnostický rámec zahrnuje řečové procesy (s důrazem na sémantiku a pragmatiku), kognici, hru a sociální interakce dítěte s okolím. Je teoreticky i klinicky dokázáno, že deficity v jedné z těchto oblastí se negativně promítají do ostatních oblastí vývoje dítěte. Jen v takovém kontextu se může hodnotit aktuální úroveň řečových schopností, příčiny, jež vedly k existujícímu stavu a rovněž vývojové perspektivy dítěte.*“ (Klenková, 2006, s. 71)

Cílem **foniatrického vyšetření** je vyvrácení diagnózy opožděného vývoje řeči prostého od vývojové dysfázie, a také vyloučení jiného organického postižení mozku. Nápadným znakem, který foniatrovi napoví, že se pravděpodobně jedná o vývojovou dysfázii, je neschopnost dítěte dodržovat a tvořit řečové segmenty, čímž se rozumí hlásky, slabiky a slova. Je také patrný nepoměr mezi slyšením a rozuměním, kdy sluch bývá zpravidla zcela normální (Lejska, 2003).

Neurologické vyšetření je zajištěno neurologem, který má zkušenosti v této problematice, neboť neurologický nálezný může vyjít zcela negativně. Při vyšetření EEG lze často zaznamenat patologické znaky podobající se epilepsii (Klenková, 2006).

Závěrem **psychologického vyšetření** bude nález poukazující na difúzní postižení CNS. Z vyšetření bude patrný nerovnoměrný vývoj celé osobnosti, avšak porucha intelektu zcela zásadně nepatří do klinického obrazu vývojové dysfázie. V případě, že je přítomna, jedná se o další přidružené postižení. Součástí psychologického vyšetření je zkouška obkreslování a kresba lidské postavy, která je u dětí s vývojovou dysfázií zcela typická absencí detailů obličeje či jiné části těla a oblečení. Při obkreslování dítě zvládne jen některé ze základních geometrických tvarů.

Logopedická a speciálněpedagogická diagnostika se zaměřuje na následující oblasti:

- **Orientace v čase a prostoru**

Deficity v této oblasti se budou projevovat potížemi s určením prostorových vztahů, pravolevou orientací, avšak největší potíže dětem s vývojovou dysfázií činí vnímání a chápání časových vztahů.

- **Lateralita**

U dysfaticků se často projevuje nevýhodný typ laterality - zkřížený či nevyhraněný.

- **Motorické funkce**

Děti s vývojovou dysfázií mají často narušenou celkovou motoriku i motoriku mluvidel, a to zejména v oblasti koordinace mluvních orgánů. Téměř vždy je zasažena motorika jazyka, a to zejména jeho elevace, děti také často ulpívají na předchozím pohybu, což se projeví neschopností plynule opakovat sledy slabik. Přechod z jedné hlásky na druhou je těžkopádný.

- **Sluchové vnímání**

V této oblasti se projevují potíže v percepci a zpracování slovních podnětů, zároveň však také potíže s jejich uchováváním a následným vybavováním. Obtíže jsou viditelné i v oblasti paměťového učení. Logopedická diagnostika zjišťuje především úroveň fonemického sluchu.

- **Zrakové vnímání**

Zjišťování úrovně zrakového vnímání probíhá v pěti hlavních oblastech: vizuomotorická koordinace, diferenciací figury a stínu, konstantnost tvaru, poloha v prostoru a prostorové vztahy. Všechny zmíněné oblasti budou dysfatickovi činit potíže.

- **Řeč – percepce i exprese**

Porucha řeči u vývojové dysfázie je systémového charakteru a zasahuje v různé míře percepční i expresivní oblast řeči. Postiženy jsou všechny jazykové roviny.

- **Grafomotorika**

Dysfatické děti mají nesprávné držení psacího náčiní, vyskytují se u nich také poruchy vizuomotorické koordinace. Kresbu těchto dětí definují typické rysy, mezi něž patří například deformace tvarů, nepřesné napojování čar, které jsou navíc slabé a roztřesené, nedotažené nebo přetažené. Obrázky disponují nereálnými proporcemi. Dítě často kreslí atypicky zprava doleva, či vzhůru nohama. Obrázky se odklánějí od kolmé osy, kdy jakoby padají na stranu. Typická je také obsahová chudost, při volné kresbě dochází k ulpívání na jednom obrazci.

- **Čtení, psaní, počítání**

Nástup rozvoje těchto funkcí je v naprosté většině případů u dětí s vývojovou dysfází opožděný.

- **Paměť, aktivita a koncentrace pozornosti**

Nápadným rysem je porucha krátkodobé paměti projevující se neschopností zapamatovat si základní instrukci či selhávání v užití instrukce v analogickém úkolu. Ve větě mají dysfatické děti potíže s dodržáním slovosledu či počtu slov. Vyšetření je zaměřeno na zjištění celkové úrovně pozornosti, jejich individuálních charakteristik, také zjišťuje odolnost jedince vůči rušivým vlivům. Poruchy paměti úzce souvisí s poruchami pozornosti.

Z hlediska **diferenciální diagnostiky** je důležité vyhnout se záměně s vývojovou dysartrií, opožděným vývojem řeči prostým nebo při mentálním postižením, těžkou dyslalií a opožděným vývojem řeči při postižení sluchu (Škodová, Jedlička, 2007). Klenková (2006) uvádí mimo výše zmíněné cíle diferenciální diagnostiky také nutnost rozlišit vývojovou dysfázii od mutismu, poruch autistického spektra a syndromu Landau-Kleffnera, tzv. epileptické afázie, při kterém dochází ke ztrátě již částečně nabytých komunikačních schopností na základě epileptických záchvatů, což nejčastěji děje mezi 3. a 5. rokem věku dítěte.

2.2.4 Terapie vývojové dysfázie

Terapeutický plán by měl vycházet ze zjištěných výsledků komplexní diagnostiky, protože u každého dítěte se postižení projevuje v různé míře a s odlišnými symptomy, které způsobují jinou šíři deficitů v celkovém osobnostním vývoji. Proto je vždy vhodné zajištění týmové spolupráce i při celém terapeutickém procesu (Klenková, 2006). Dle Bytešnickové (2012) by v týmu odborníků rozhodně neměli chybět rodiče dítěte a třídní učitelé z mateřské či základní školy. Je nutné si uvědomit, že terapie vývojové dysfázie je náročný a dlouhodobý proces, jenž by měl terapeutickým působením postihovat nejen oblast řeči a komunikace, ale měl by se snažit o rozvoj celé osobnosti jedince. Bendová (2011) uvádí stěžejní oblasti, kterým by se celková terapie vývojové dysfázie, s ohledem na individuální potřeby daného jedince, měla se věnovat. Jsou to oblasti:

- zrakového a sluchového vnímání,
- myšlení, paměti a pozornosti,
- jemné a hrubé motoriky,
- schopnosti orientace v čase a prostoru,

- grafomotoriky,
- řeči.

Rozvoj řeči by měl probíhat směrem od kontextu sdělení a významu pojmu k jeho zvukové a artikulační realizaci s ohledem na respektování vývojového principu.

Dle Neubauera (2017) závisí úspěšný rozvoj dlouhodobé logopedické intervence na těchto zásadních podmínkách:

- Motivace rodiny dítěte k dlouhotrvající intenzivní spolupráci,
- volba vhodného terapeutického programu klinickým logopedem, který si získá důvěru dítěte a rodiny,
- zařazení dítěte do speciální logopedické třídy při mateřské škole, jejíž pedagogové budou vhodně a dlouhodobě spolupracovat s klinickým logopedem,
- pravidelná a dlouhodobá kooperace klinického logopeda a třídního učitele od samého počátku povinné školní docházky dítěte, vzájemná informovanost o schopnostech a nedostatcích dítěte, možnost konzultace ohledně individuálního přístupu v edukaci žáka,
- vzájemná informovanost klinického logopeda a pedagogicko-psychologické poradny v případě přidružení specifických poruch učení.

Jako příklad komplexního přístupu k problematice vývojové dysfázie lze uvést „*Vysoce specializovaný odborný ústav pro děti s vadami řeči a učení Dialóg, spol. s r. o.*“ sídlící na Slovensku, který zajišťuje diagnostiku a zároveň také terapii narušeného vývoje řeči. Individuální péče je poskytována dětem od raného věku do 15 let. V denním sanatoriu děti s vývojovou dysfázií absolvují tříměsíční terapeutický kurz, zpravidla ve věku 3 - 7 let. Později se prolíná ambulantní a pobytová forma terapie, která je zaměřená nejen na komunikační schopnosti dítěte, ale také na schopnosti kognitivní a motorické, dochází tedy ke komplexní terapii. Do průběhu terapie jsou začleněni rodiče dítěte, kteří jsou instruováni, jaké komunikační strategie mají s dítětem doma používat. Během pobytu mají rodiče možnost zúčastnit se i skupinové terapie. Součástí pracovní náplně ústavu jsou i aktivity zaměřené na vzdělávání logopedů a rodičů v dané problematice (Mikulajová, Kapalková in Lechta a kol., 2011).

Logopedická terapie vývojové dysfázie je dlouhodobého charakteru - většinou trvá minimálně několik let, u nejtěžších případů lze hovořit o celém školním věku. Pokud započne logopedická terapie včas a probíhá adekvátní formou, v kombinaci s postupným zráním CNS se úroveň jednotlivých složek osobnosti zlepšuje. I přes všechna tato zlepšení

se u podstatné části dětí s vývojovou dysfázií projeví narušení schopnosti číst a psát, mnohdy se vyskytuje i dyspinxie a dysmúzie, objevují se obtíže s osvojováním si cizích jazyků (Škodová, Jedlička, 2007). Stále větší počet rodičů dětí s vývojovou dysfázií volí formu individuální integrace dítěte do běžné základní školy, kde se bude vzdělávat pomocí individuálního vzdělávacího plánu a stanovených podpůrných opatření, čímž se zamezuje odloučení dítěte od rodiny z důvodu nedostupnosti základních škol logopedických v blízkém okolí bydliště.

2.3 Další druhy poruch ŘK vyskytující se u žáků zahajujících školní docházku

U žáků, zahajujících povinnou školní docházku, se kromě dyslalie a vývojové dysfázie mohou objevit i další typy narušené komunikační schopnosti, jako je narušení plynulosti řeči (kocktavost a breptavost), získaná nemluvnost (mutismus, a to zejména jeho elektivní forma), palatolalie, rinolalie, vývojová dysartrie, zejména u dětí s diagnózou dětská mozková obrna, dále pak poruchy řečové komunikace při mentální retardaci, poruchách autistického spektra či sluchovém nebo zrakovém postižení. Tato kapitola se bude okrajově zabývat prvními třemi zmíněnými, tedy kocktavostí, breptavostí a mutismem.

2.3.1 Kocktavost

Kocktavost neboli balbuties, je narušení komunikační schopnosti, které se řadí do skupiny narušení plynulosti řeči společně s breptavostí. Jednotná a všeobecně přijímaná definice kocktavosti neexistuje, avšak v současné klinické logopedii je nejčastěji užívána definice od Lechty (1990): „*Kocktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.*“ (In Klenková, 2007, s. 154)

Etiologie kocktavosti nebyla doposud s jistotou prokázána. Mezi domnělé příčiny vzniku kocktavosti lze zařadit vliv postižení CNS a vrozené dispozice, podle somatické teorie doprovází kocktavost v některých případech somatická onemocnění, jako jsou endokrinní či metabolické poruchy. Pevný základ pro dnešní náhled dala Seemanova teorie dynamické úchylny podkorových center, která spatřuje příčinu kocktavosti v dynamické poruše řízení zpětnovazebních motorických mechanismů při tvorbě řeči, s lokalizací v subkorových bazálních gangliích (Škodová, Jedlička, 2007).

Symptomy provádějící syndrom kocktavosti lze rozdělit do třech skupin, které se mohou vzájemně prolínat a různě spolu působit. Řadí se sem dysfluence, nadměrná námaha při projevu a psychická tenze, která může vyústit až do logofobie, tedy strachu z mluvení

komunikace (Bytešnicková, 2012). Diagnostika se zaměřuje na výskyt těchto jevů: poruchy dýchacích pohybů, poruchy fonačních pohybů, poruchy artikulačních pohybů, embolofraze (nutkavé vkládání stereotypních a nadbytečných prvků do řeči) a rytmus mluvy. V rámci diferenciální diagnostiky je nejdůležitější rozlišit od sebe koktavost a breptavost (Kejklíčková, 2016).

Terapie koktavosti je dlouhodobým a velmi namáhavým procesem. Volba nejvhodnější terapeutické strategie je neméně problematická, protože existuje více než 250 postupů zaměřených na odstranění koktavosti. Metody terapie koktavosti lze rozřadit z hlediska zaměření se na jednotlivé příznaky. Toto třídění je vhodné z toho důvodu, že příčina vzniku koktavosti je často neznámá a léčba se tedy zaměřuje na léčbu jednotlivých symptomů. Třídění z hlediska příznaků koktavosti obsahuje metody zaměřené na:

- zmírnění dysfluence v procesu mluvení,
- postoje k verbální komunikaci,
- narušenou koverbalitu chování,
- ovlivnění osobnostních příznaků koktavého,
- jiné příznaky, jako například stimulace vývoje řeči, nácvik koncentrace, relaxace atp. (Lechta, 2011).

2.3.2 Mutismus

Jedná se o narušení komunikační schopnosti na neurotickém či psychogenním podkladě projevující se ztrátou schopnosti promluvit. V logopedické literatuře je tato získaná nemluvnost klasifikována na tři druhy: **totální mutismus**, kdy jedinec nedokáže komunikovat za žádné situace a za přítomnosti všech osob, **elektivní** neboli výběrový **mutismus**, kdy se ztráta komunikační schopnosti projevuje pouze za určitých situací či přítomností konkrétní osoby, a **surdmutismus**, kdy se tento neurotický útlum rozšíří i na oblast slyšení, přičemž jedinec netrpí sluchovou vadou či poruchou (Škodová, in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Důležité je uvědomit si fakt, že osoba stížená mutismem mluvit chce, ale nemůže. V rámci diagnostiky je nutností odlišit od sebe právě tuto neurózu řeči a například mluvní negativismus, kdy dítě komunikaci cíleně odmítá. U některých dětí se lze setkat s tím, že komunikovat dokáží, ale pouze v omezené míře, například šeptem, či prostřednictvím několika málo izolovaných slov. Aby bylo možné hovořit o mutismu, musí příznaky přetrvávat déle než čtyři týdny (Bendová, 2011).

Mutismus je i přes nejmarkantnější symptom neschopnosti verbálně se vyjádřit, chápán spíše jako psychická porucha. Dítě s touto diagnózou vyžaduje při terapii týmový přístup, jež by se měl zakládat na spolupráci lékaře, psychiatra, pedopsychiatra, foniatra, popřípadě neurologa. V terapeutickém týmu by měli být zahrnuti i logoped, rodiče a pedagogové dítěte. Terapeutické postupy u elektivního mutismu, se kterým se lze setkat nejčastěji, a který se často projevuje na počátku školní docházky, jsou psychoterapeutického zaměření. Terapeutický proces je zdoluhavý a náročný na trpělivost, pro dítě je nejdůležitější pozitivní přístup a emocionální podpora nejen ze strany rodiny, ale i pedagogů (Klenková, 2006).

2.3.3 Breptavost

Breptavost neboli tumultus sermonis, patří, jak již bylo zmíněno, společně s koktavostí do kategorie narušení plynulosti řeči. Z etiologického hlediska se uvažuje, stejně jako u koktavosti, o zpětnovazební poruše, nelze to však říci s jistotou. Celkový klinický obraz je organického původu se značným podobenstvím symptomům ADHD. Typický je překotný tok řeči, což má za následek vynechávání hlásek, slabik, mnohdy i celých slov nebo naopak dochází k opakování jednotlivých větných segmentů. Jedinec se často přeríkává, mnohdy větu nedokončí, čímž dojde ke snížení až ztrátě informační hodnoty mluvního projevu. I prozodické faktory řeči bývají u osoby s tumultus sermonis narušeny, a to zejména v oblasti přízvuku, tempa řeči, mluva je monotónní bez poklesu či zvýšení intonace. Markantním rozdílem mezi koktavostí a breptavostí je fakt, že osoba v breptavosti si svou poruchu zpravidla neuvědomuje, a tím pádem selhává v oblasti autokorekce (Bendová, 2011).

Stejně jako u většiny výše zmíněných poruch řečové komunikace je i diagnostika breptavosti komplexního charakteru, na níž se podílejí foniatr, neurolog, psycholog, logoped a další odborníci podle potřeb. Při logopedické diagnostice je užíváno metody rozhovor a testová vyšetření. Diferenciální diagnostika se soustředí zejména na odlišení breptavosti od koktavosti (Klenková, 2006).

Terapie breptavosti je problematická zejména z toho důvodu, že osoby s breptavostí necítí potřebu vyhledat terapeutickou pomoc, a pokud se tak stane, nemají zpravidla dostatek motivace v terapii setrvat. Tradiční terapie breptavosti se zaměřuje zejména na pět stěžejních oblastí a to: ustálení intaktního tempa řeči, eliminace obtíží ve čtení, rozvoj hudebních schopností, rozvoj vyjadřovacích dovedností a zvyšování koncentrace pozornosti (Tarkowski, in Lechta a kol, 2012).

3 Systém poskytování logopedické intervence v České republice

Poskytování logopedických služeb v České republice má značně složitou strukturu, protože jsou zde hned tři rezorty, které se mohou logopedickou intervencí zabývat – rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), rezort Ministerstva zdravotnictví (MZ) a rezort Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Logopedickou péčí o děti s narušenou komunikační schopností zahajujících školní docházku se zabývá zejména rezort MŠMT a MZ. (Klenková, 2006)

3.1 Organizace logopedické intervence v rezortu MZ ČR

Logopedická intervence v rezortu zdravotnictví je zabezpečována logopedickými poradnami při poliklinikách, logopedickými pracovišti při lůžkových odděleních foniatrie, neurologie, rehabilitace či psychiatrie, privátními logopedickými poradnami, rehabilitačními stacionáři či stacionáři při zdravotnických zařízeních, léčebnami dlouhodobě nemocných a lázeňskými zařízeními (Bytešníková in Pipeková, 2012). Logopedická intervence je zajišťována také logopedickými klinikami, které představují vysoce specializovaná pracoviště. Tato pracoviště lze nalézt v Praze či Brně (např. soukromá klinika Logo) (Bendová, 2011). Logopedickým pracovníkem v rezortu zdravotnictví je klinický logoped.

Nutným předpokladem pro vykonávání práce **klinického logopeda** je vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu, který je zakončen státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, po kterém následuje postgraduální studium s tříletou specializační přípravou zakončené specializační zkouškou z klinické logopedie (Neubauer, 2010). Do pracovních kompetencí klinického logopeda se řadí diagnostická, léčebná, rehabilitační, preventivní, posudková a dispenzární činnost v oblasti klinické logopedie (Bytešníková in Pipeková, 2012).

Po absolvování výše zmíněného magisterského programu musí absolvent splnit odbornou praxi trvající šest měsíců pod supervizí zkušeného klinického logopeda. Po ukončení je teprve zařazen do programu specializační přípravy. V průběhu úvodní odborné praxe a programu specializační přípravy musí mít absolvent zajištěnou odbornou garanci a metodické vedení zkušeným klinickým logopedem, který má povolení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Průběh a podmínky pro úspěšné absolvování úvodní odborné praxe a specializační přípravy na výkon povolání klinického logopeda upravuje *zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a*

o změně některých souvisejících zákonů v platném znění pozdějších předpisů (Škodová, 2007).

Pro úspěšné ukončení programu specializačního vzdělání je absolvent povinen složit atestační zkoušku, jejíž průběh je stanoven *vyhláškou č. 189/2009 Sb. pro nelékařská zdravotnická povolání ve znění pozdějších předpisů*. Na atestační zkoušku se absolvent přihlašuje pomocí přihlášky a samotná zkouška probíhá před zkušební komisí o minimálně třech členech, která je jmenována ministrem zdravotnictví ČR. Atestační zkouška se skládá z teoretické a praktické části. Při teoretické části zkoušky uchazeč odpovídá na tři otázky, které si vybral losem, z čehož jedna může být nahrazena obhajobou písemné práce. V praktické části má uchazeč za úkol zvládnout praktické výkony, analýzu předložených ošetrovatelských nebo laboratorně diagnostických problémů či obhajobu písemné práce (IPVZ, 2018, online).

Klinická logopedie se věnuje nejen dětem s narušenou komunikační schopností, jejich rodičům a příbuzným, ale i dospělým a osobám ve stáří. U dospělých jedinců se jedná o jedince s přetrvávající vadnou výslovností, zpravidla se však logopedická intervence týká osob po úrazech či nemocech se získanou poruchou řečové komunikace, jako je například dysartrie, afázie, poruchy plynulosti řeči, psychogenní poruchy řeči, logopedická péče je věnována také osobám s demencí, Alzheimerovou chorobou, schizofrenií a dalším. Klinická logopedie se také zaměřuje na terapii dysfagie, tedy poruch polykání, která se projevuje zejména na základě různých onemocnění či poškození CNS.

3.2 Organizace logopedické intervence v rezortu MPSV ČR

Ministerstvo práce a sociálních věcí většinou zajišťuje logopedickou péči pro osoby se zdravotním postižením nebo pro seniory v rámci určité služby. Dalším zařízením s možností realizace logopedické péče v rámci MPSV jsou ústavy sociální péče pro děti a mládež. Logopedi se v těchto ústavech věnují logopedické intervenci v rámci komplexní rehabilitace. Náplní práce logopeda spočívá v provádění logopedické diagnostiky i terapie, přičemž se snaží o co největší rozvoj komunikačních schopností v rámci možností a schopností klienta (Klenková, 2006).

„Oblast péče o dospělé a stárnoucí osoby je v našich podmínkách trvale podceňovanou oblastí logopedické péče, oblastí, ve které se postupně rozvíjejí systémy aktivní terapeutické činnosti. Toto se děje převážně spoluprací s odborníky z oblasti zdravotnictví či činností speciálních pedagogů s logopedickou kvalifikací, pokud jsou v těchto zařízeních zaměstnáni. Stále častěji využívanou možností je docházka klinického

logopeda do zařízení, terapeutická sezení a instrukce personálu zařízení.“ Neubauer, 2010, s. 70)

Raná péče

Program rané péče je určen zejména pro trvale zdravotně postižené děti, děti s prokazatelným opožděním ve vývoji a pro děti, které jsou ohrožené možností výskytu zdravotního postižení či vývojové poruchy v pozdějším věku. Poskytování rané péče je důležité pro optimální vývoj dítěte, které se narodí vývojově postižené nebo dítěte, které se nachází v rizikové skupině v důsledku ohrožení v sociálním, biologickém či psychickém vývoji. Hlavním cílem rané péče je postižení předcházet nebo alespoň zmírnit či eliminovat jeho důsledky a poskytnout tak předpoklady pro úspěšnou sociální integraci. Raná péče poskytována v rezortu MPSV se věnuje nejen těmto dětem, ale i jejich rodičům a okolí dítěte a zpravidla je poskytována dětem do nástupu do školského zařízení. Raná péče jako sociální služba je definována zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Klenková, 2006).

V České republice je problémem absence legislativního propojení poskytování rané intervence v medicínské, pedagogické a sociální oblasti, tedy zákona, který by legislativně ukotvil tzv. ucelenou rehabilitaci. Logopedická intervence v rámci rané péče je poskytována ve Střediscích rané péče. Sociální služba raná péče stojí na několika principech, z nichž lze zmínit například potřebu návaznosti na lékařskou či léčebnou péči, respektování jedinečnosti dítěte a kulturní, sociální či výchovné zvláštnosti rodiny, multidisciplinární přístup, zajištění služeb v přirozeném prostředí dítěte, čímž je v jeho raném dětství myšlen především jeho domov a mnoho dalších principů, které se týkají práv rodiny a kontroly úrovně poskytování této služby (Bytešníková in Pipeková, 2010).

3.3 Organizace logopedické intervence v rezortu MŠMT ČR

Úroveň řečových dovedností a komunikačních kompetencí má přímou vazbu na školní úspěšnost žáka. Nedostatky v užívání mateřského jazyka, jak již bylo řečeno, mohou negativně ovlivnit školní výsledky žáka, a to se může promítnout do jeho sebehodnocení a sebepojetí. Proto je důležité, aby poskytovaná logopedická péče byla provázaná s výchovně-vzdělávacím procesem žáka s narušenou komunikační schopností.

V rámci rezortu MŠMT je logopedická intervence integrovaným žákům s NKS zajišťována speciálně pedagogickými centry pro žáky s vadami řeči. Se současným trendem integrace je stále více žáků s NKS vzděláváno v hlavním vzdělávacím proudu. Mezistupněm mezi běžnou školou a speciální školou logopedickou by se daly považovat logopedické třídy

při běžných základních a mateřských školách. V případě, že by dítě nesplňovalo předpoklady pro integraci do běžného typu mateřské či základní školy, je zde možnost vzdělávat ho v rámci systému speciálního školství, které v této oblasti zajišťují speciální základní a mateřské školy logopedické (Bytešníková in Pipeková, 2012).

Základní školy logopedické poskytují logopedickou péči v rámci samotného výchovně-vzdělávacího procesu. Specifika komunikačních obtíží žáků jsou zde automaticky zohledňována při volení vhodných edukačních metod a didaktických pomůcek. Terapeutické logopedické postupy jsou nedílnou součástí přístupu k žákovi s NKS. Žákovi je automaticky poskytována pravidelná speciálně pedagogická (logopedická) péče v rámci výuky formou skupinové péče, ale také formou individuální logopedické intervence. Základní školy logopedické poskytují vzdělávání zpravidla pouze do čtvrtého ročníku základní školy, neboť v optimálním případě by se narušení komunikační schopnosti při pravidelné a intenzivní logopedické péči mělo eliminovat či alespoň zmírnit natolik, že zbytek povinné školní docházky by již žák měl být schopen dokončit ve škole běžného typu.

Základních škol logopedických je v České republice bohužel jen omezený počet, proto se jedná zpravidla o školy internátního typu, aby mohly poskytovat vzdělávání i dětem ze vzdálenějších oblastí. Pobyt na internátě však není z hlediska psychologických a sociálních aspektů pro žáka vyhovující. Je vytržen ze svého přirozeného prostředí a značně se tím zkrátí čas prožitý mezi rodinou, což se může negativně podepsat při formování jeho osobnosti. Některé školy tohoto typu se snaží poskytnout alternativu v podobě pořádání svozů, které vyzvedávají jejich žáky z pevně stanovených míst a rodiče si je na těch samých místech mohou odpoledne opět vyzvednout.

Logopedická péče u dětí a žáků se zdravotním postižením a se současně narušenou komunikační schopností je zajišťována zpravidla ve speciálních základních a mateřských školách, které jsou pro tyto děti a žáky určeny, tedy ve školách pro žáky se sluchovým, zrakovým či tělesným postižením, či speciálních školách pro žáky s mentálním postižením. Většina škol ze sítě speciálního školství má k dispozici školního logopeda, který uskutečňuje logopedickou terapii individuální i skupinovou formou (Bendová, 2011).

V roce 2009 vytvořilo MŠMT „*Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*“. Bylo vytvořeno z toho důvodu, že neexistuje žádná legislativní podpora poskytování logopedické péče rezortem školství. Metodické doporučení obsahuje informace ohledně organizace logopedické péče, její koordinace,

vymezení logopedických pracovníků pojmy „logopedický asistent“ a „logoped“, dále jejich kvalifikační předpoklady a rozsah kompetencí (Bendová, 2014)

Logoped, jakožto pracovník v rezortu MŠMT, je absolventem akreditovaného magisterského studijního programu speciální pedagogiky se závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Mezi jeho základní kompetence se řadí logopedická prevence, diagnostika, terapie, poradenská, posudková a výzkumná činnost. Zároveň je vyžadováno jeho další vzdělávání. Logoped, jakožto odborník v multidisciplinární oblasti, čímž logopedie dozajista je, by měl spolupracovat s odborníky z mnoha dalších vědních disciplín, tak jako by se v nich měl orientovat a využívat poznatky z oborů:

- medicínských (např. foniatrie, neurologie, ortodoncie, rehabilitace apod.),
- pedagogických (př. obecná pedagogika, speciální pedagogika a její další podobory),
- psychologických (např. vývojová psychologie, patopsychologie či psychoterapie),
- jazykovědných (fonetika, lingvistika, psycholingvistika).

Logopedickým asistentem se rozumí absolvent bakalářského studijního programu speciální pedagogiky ukončeným závěrečnou zkouškou z logopedie. Mezi jeho základní kompetence se řadí:

- participace na prevenci poruch vývoje řeči u dětí za využití metodik jazykové výchovy,
- realizace přípravných cvičení v podobě dechových, fonačních a motorických cviků,
- participace na korekci odchylek výslovnosti pod supervizí logopeda,
- podílení se na zintenzivnění logopedické intervence u dětí s poruchou řečové komunikace pod odborném vedení logopeda,
- uskutečňování mimoškolních edukačních programů se zaměřením na logopedickou intervenci a upevňování jejich výsledků pod dohledem logopeda,
- kooperace na realizaci intenzivního rehabilitačního programu pro dospělé osoby s poruchou řečové komunikace pod supervizí logopeda

(Bytešnicková in Pipeková, 2012).

Dalším pracovníkem, který se může podílet na logopedické prevenci, je **logopedický preventista**, což je pedagog s minimálně středoškolským vzděláním, který absolvoval akreditovaný kurz logopedické prevence, kterou se zabývá v rámci svého pracovního úvazku.

3.2.1 Speciálně pedagogická centra pro žáky s vadami řeči

Speciálně pedagogické centrum je speciální školské zařízení, které poskytuje poradenské služby dětem, žákům a studentům se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním. Služby jsou poskytovány dětem, žákům a studentům vzdělávaných formou integrace i inkluze ve školách běžného typu, či vzdělávajících se ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy. Činnost speciálně pedagogických center je zakotvena vyhláškou č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů*.

Hlavní činností speciálně pedagogických center (dále jen SPC) je podpora integrace dětí a žáků s postižením a s tím související podpora rodin těchto jedinců. SPC také poskytují konzultace odborných otázek pedagogickým pracovníkům škol s integrovanými žáky (Bytešnicková in Pipeková, 2010). Jsou zpravidla zřizována při speciálních státních i nestátních školách, respektive školských zařízeních.

Je důležité od sebe umět rozlišit činnosti, které spadají do kompetence SPC, a činnosti, které jsou v kompetenci pedagogicko-psychologických poraden (dále jen PPP). Ačkoliv tato poradenská zařízení spolu těsně spolupracují, náplň jejich činnosti je od sebe nutně odlišit. PPP provádějí zejména obecnější pedagogicko-psychologickou, diagnostickou a terapeutickou péči u ohrožených nebo problémových jedinců předškolního či školního věku, oproti tomu specificky zaměřená SPC se věnují již jedincům se zdravotním postižením (Novosad, 2009).

SPC pro žáky s vadami řeči poskytuje poradenskou činnost dětem, žákům a studentům zpravidla ve věkovém rozmezí od 3 do 18 let. Jejich hlavním cílem je pomoc při procesu integrace žáků s narušenou komunikační schopností do běžných základních škol, ne však zajištění pravidelné logopedické terapie. Tento cíl naplňuje zejména činnostmi:

- vyhledávání dětí a žáků s NKS,
- realizace komplexní speciálně pedagogické diagnostiky,
- stanovení podpůrných opatření pro žáka s NKS a poradenství ohledně jejich zavedení do praxe,
- podpora a poradenství týkající se tvorby individuálního vzdělávacího plánu,
- práce s žáky, u kterých je potřeba logopedické intervence, ale není vyžadována úprava vzdělávacího programu,
- logopedická péče o děti cizinců,
- řešení výchovných obtíží žáků s NKS,

- instruktáže pro zákonné zástupce a učitele dětí/žáků s NKS,
 - vedení logopedických deníků a záznamů o individuální logopedické péči atp.
- (Bendová, 2011).

Jak již bylo řečeno, mezi hlavní cíle SPC pro vady řeči spadá podpora úspěšné integrace žáka s NKS do běžných mateřských a základních škol. Důležitá je vzájemná spolupráce pracovníků SPC s pedagogy daného žáka za účelem optimalizace výchovně-vzdělávacích podmínek dítěte s NKS a individualizace přístupu spočívající v zohlednění jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Minimálně jednou za pololetí vykonávají hospitační činnost v kmenové škole a třídě žáka s NKS, při které hodnotí úspěšnost jeho školské integrace (Bendová, 2014). Do kmenového týmu SPC pro vady řeči patří speciální pedagog – logoped, psycholog a sociální pracovník. V ideálním případě je odborný tým rozšířen o speciálního pedagoga – surdopeda. V rámci podpory integrovaného žáka s NKS pracovníci spolupracují lékaři, pracovníky úřadů práce, pedagogy daného žáka a dalšími (Bendová, 2011). K roku 2013 bylo v České republice dle Voženílka a Michálka (2013) zřízeno přibližně 25 SPC pro vady řeči, se snahou co nejpestřejšího zastoupení po celé zemi.

3.2.2 Podpůrná opatření pro žáky s poruchou řečové komunikace

Pojmem podpůrná opatření se rozumí popis doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve školách mateřských, základních a středních a jsou určeny pouze pro děti, které jsou integrované (ať už formou individuální či skupinovou) v hlavním proudu vzdělávání, tedy ve školách běžného typu (Michálík, Baslerová, Felcmanová, 2015). Za žáka se speciálními vzdělávacími potřebami se dle *zákona č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění pozdějších předpisů* označuje „osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“ Systém podpůrných opatření stojí na respektování těchto principů a zásad:

- „Nediskriminace, spravedlnost a rovný přístup,
- odbornost a kvalita,
- efektivita a dostupnost,
- jednotný přístup,
- metodické vedení,
- kontinuita a spolupráce,
- rozvoj a otevřenost.“

Podpůrná opatření jsou rozdělena do pěti stupňů podle závažnosti daného postižení, a to zejména úrovní dopadu zdravotního postižení či znevýhodnění na edukační proces žáka. Cílem stanovení podpůrných opatření a jejich uvedení do praxe je zabránit selhání žáka v důsledku jeho postižení či znevýhodnění.

První stupeň těchto opatření identifikují samotní pedagogové školy a třídy, jež se účastní výchovně-vzdělávacího procesu a jsou hrazena v rámci běžného provozu školy. Druhý, třetí a vyšší stupeň podpůrných opatření se realizuje na základě doporučení školského poradenského zařízení. V těchto stupních lze využít vzdělávání s podporou plánu pedagogické podpory, v případě potřeby je možné využít i individuální vzdělávací plán, přičemž škole náleží navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu. Vždy platí, že při stanovení podpůrných opatření daného stupně mohou být využita i efektivní opatření z nižších stupňů. Jednotlivé stupně podpůrných opatření jsou rozděleny do oblastí podpory, ve kterých je lze efektivně využít (Michalík, Baslerová, Felcmanová a kol., 2015).

Žáci s narušenou komunikační schopností mají nejčastěji potíže v oblasti mluvení a vyjadřování, také mívají potíže s přesným pochopením instrukcí a zadání. Z důvodu rychlé unavitelnosti žáka s NKS dojde často k nepochopení informací týkajících se celé třídy. Nedílnou součástí problematiky žáků s NKS ve škole jsou potíže ve čtení a psaní. Celkově nejobtížněji zvládají výuku českého a cizího jazyka, občas jim dělá potíže i prvouka. Zejména žáci s vývojovou dysfázií selhávají v porozumění abstraktním pojmům či prostorové a časové orientaci. Tyto a mnoho dalších oblastí činí žákům s NKS potíže, které by se při nedostatečné podpoře mohly negativně projevit ve výchovně-vzdělávacím procesu

V roce 2015 byl zpracován Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory z důvodu narušené komunikační schopnosti. Katalog kromě úvodního vymezení narušené komunikační schopnosti a stručným popisem jejich druhů také obsahuje jednotlivé karty podpůrných opatření, rozdělené do 10 základních oblastí zásadního vlivu PO. Ty se poté nadále člení na podoblasti. V každé podoblasti je uvedeno, pro kterého žáka a s jakými projevy se tato modifikace výchovně-vzdělávacího procesu hodí. Dále je zde k nalezení popis opatření, jeho aplikace, rizika, varianty opatření dle jednotlivých stupňů podpory, nechybí ani příklad z praxe.

Oblasti zásadního vlivu podpůrných opatření jsou následující:

- organizace výuky,
 - modifikace vyučovacích metod a forem,
 - intervence,
 - pomůcky,
 - úpravy obsahu vzdělávání,
 - hodnocení,
 - příprava na výuku,
 - podpora zdravotní a sociální,
 - práce s třídním kolektivem,
 - úprava prostředí
- (Vrbová, 2015).

„Většina z cílových skupin žáků měla speciální vzdělávací potřeby stanoveny i dosud. Existuje však předpoklad, že podpůrná opatření budou spravedlivěji zaměřena i na skupiny žáků, kteří podporu získávali obtížně či vůbec. Jedná se o vybrané skupiny žáků tzv. zdravotně či sociálně znevýhodněných. Současný vliv novely Školského zákona České republiky lze považovat za významný impulz ve prospěch dětí a jejich rodin.“ (Neubauer a kol., 2017, str. 32)

4 Uvedení do praktické části bakalářské práce

Pokud se nepodaří ukončit logopedickou terapii v předškolním věku dítěte, je důležité, aby byla zajištěna její návaznost v síti základního vzdělávání. Ideálním řešením je zajištění logopedické péče přímo základními školami nebo spolupráce učitele žáka s narušenou komunikační schopností s jeho logopedem. Pedagog v případě neukončeného vývoje ve foneticko-fonologické rovině může žákovi poskytovat kvalitní mluvní vzor a zpětnou sluchovou vazbu, což může podstatně zvýšit úspěšnost logopedické terapie. Pokud si je navíc vědom logopedických principů, jejichž využití je možné i ve výchovně-vzdělávacím procesu žáka s NKS, a respektuje je, nejen, že dochází ke zvýšení účinnosti logopedické intervence, ale zároveň tím pozitivně ovlivňuje edukační proces tohoto žáka. Ne ve všech regionech v České republice to však přímo takto funguje a je potřeba se na tuto problematiku blíže zaměřit a pokusit se najít vhodné řešení, které by přispělo k užší provázanosti logopedické intervence s edukačním procesem žáka s NKS.

4.1 Cíl bakalářské práce

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je **popsat aktuální stav realizace logopedické intervence u dětí zahajujících povinnou školní docházku** na území Chlumecka a Novobydžovska.

Hypotéza 1: Mezi dětmi tvořícími výzkumný vzorek (tj. dětmi zahajujícími povinnou školní docházku ve vybraných školách na Chlumecku a Novobydžovsku) se vyskytuje více než 40 % dětí s přetrvávajícími odchylkami artikulačního vývoje.

Hypotéza 2: Ve více než 75 % základních škol tvořících výzkumný vzorek je realizována logopedická péče zejména formou logopedického kroužku či přítomností školního logopeda.

V návaznosti na hlavní cíl bakalářské práce byly vytyčeny 3 dílčí cíle:

- C1:** Na základě případových studií popsat realizaci logopedické intervence u vybraných žáků s narušenou komunikační schopností.
- C2:** Zjistit, jakým způsobem participuje na eliminaci komunikačních obtíží učitel žáka s narušenou komunikační schopností.
- C3:** Popsat průběh logopedické terapie u vybraných dětí s narušenou komunikační schopností z pohledu rodiče.

4.2 Metodologie výzkumného šetření

Ke sběru dat byly využity výzkumné metody kvalitativního i kvantitativního charakteru. Z metodologického hlediska bylo využito dotazníku, případové studie, rozhovoru a analýzy dokumentů (logopedické sešity, zprávy z vyšetření PPP a SPC a dalších lékařských vyšetření).

4.2.1 Dotazník

Dotazník patří mezi nejfrekventovaněji užívané metody sběru dat, při které jsou údaje zjišťované písemnou formou. Tato metoda je určena především k hromadnému získávání údajů a je časově nenáročná.

Každý dotazník by měl mít předem promyšlenou strukturu, nelze ho tvořit tak, že výzkumník začne ihned tvořit položky (otázky). To obvykle vede k nerovnoměrnému pokrytí problematiky. Položky dotazníku mohou být tvořeny různými typy otázek. Základní dělení těchto otázek je podle stupně otevřenosti na položky uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Uzavřená otázka respondentovi nabízí hotové alternativní odpovědi, ze kterých vybírá. Jejím kladem je jednoduché vyhodnocení, záporem je převážně riziko zkreslení odpovědi respondenta, který přímo nesouhlasí s ani jednou alternativou, proto si zvolí možnost, která je nejbližší jeho přesvědčení. Prostředkem, který zabrání zkreslenému odpovídání, je nabídnutí alternativy: „Jiné (prosím, popište).“, avšak v tomto případě se již jedná o **polouzavřenou otázku**. Polouzavřené otázky nabízejí nejprve alternativní odpověď, po jejím zvolení je však žádáno objasnění v podobě otevřené otázky.

Největším kladem **otevřené otázky** je minimální zkreslení, z důvodu možnosti velké volnosti u odpovědi respondenta. Z tohoto důvodu je otevřená otázka často zdrojem nových anebo neznámých údajů, avšak na druhé straně jsou otázky otevřené nejobtížnější na pozdější vyhodnocování. Pro úplnost je třeba uvést ještě **škálované otázky**, které respondentovi poskytují odstupňované hodnocení jevu (Gavora, 2010).

Dotazník využitý v rámci této bakalářské práce je vlastní konstrukce a je tvořen 19 položkami. Položky byly voleny se záměrem zjistit důležité informace pro naplnění hypotéz a hlavního cíle bakalářské práce. Zvoleno bylo pět uzavřených položek, osm polouzavřených, dvě otevřené položky a čtyři položky škálové Likertova typu.

4.2.2 Případová studie

Případová studie patří k jednomu z nejvyužívanějších základních výzkumných designů. Je využívána v pedagogických vědách, ale také v psychologii či psychiatrii. V rámci využití

této metody v pedagogice je detailně studován jeden nebo několik málo případů s cílem porozumět složitým sociálním jevům. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se ke konkrétnímu případu (Sedláček in Švaříček, Šedřová, 2007). Dle Křováčkové a Skutila (In Skutil, 2011) obsahuje případová studie následující charakteristické znaky:

- shromažďuje popisy a analýzu jevů,
- je zaměřená na jednotlivé aktéry se snahou porozumět událostem z jejich úhlu pohledu,
- jevy zaznamenává v jejich chronologickém průběhu,
- vlastní výsledky jsou relevantní pouze pro danou studii,
- výzkumník se stává neoddělitelnou součástí případu,
- výsledná zpráva je psána ve snaze vytvořit obraz pestrosti daného případu.

Výzkumník vždy usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, což vyžaduje nastřádání velkého množství údajů, a proto badatel využívá veškeré dostupné metody sběru dat, a to zejména kvalitatívni techniky jako jsou pozorování, rozhovory či analýza dokumentace (Miovský, 2006).

Pro kvalitatívni část praktické části byly použity čtyři případové studie. Sběr dat probíhal pomocí rozhovorů s pedagogy a rodiči žáků, analýzou dokumentů (zprávy ze zařízení PPP a SPC z vyšetření a logopedické sešity) pozorováním přímé práce logopedky a zaznamenání průběhu třech logopedických intervencí u každého žáka.

Případové studie jsou členěny do osobní a rodinné anamnézy, školní anamnézy, která je rozdělena na docházku do mateřské a základní školy. Dále věnovaly poskytované logopedické péči, jejíž součástí je pozorování třech logopedických sezení přímé práce logopedky u každého žáka.

4.2.3 Rozhovor

Rozhovor neboli interview, je metoda, která se zakládá na bezprostřední verbální komunikaci mezi výzkumným pracovníkem a respondentem. Podle způsobu vedení rozhovoru rozlišujeme tři jeho typy a to: strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný neboli volný rozhovor.

Při strukturovaném rozhovoru má výzkumník předem připravené otázky a alternativy odpovědí. Jedná se tedy o dotazník, jež je podán ústní formou. Vyhodnocení v případě tohoto typu rozhovoru je jednodušší v porovnání s ostatními typy, striktní struktura také zaručuje lepší kompatibilitu získaných dat. O to větší je však na výzkumníka kladena odpovědnost

v podobě preciznosti přípravy. Polostrukturovaný rozhovor je kompromisem mezi strukturovaným a volným typem rozhovoru. Tazatel se v tomto případě vedení rozhovoru drží předem stanovených otázek, ale průběžně reaguje na podněty přicházející ze strany respondenta. Volný rozhovor se svými znaky podobá spíše běžnému rozhovoru, kdy je kladen důraz na přirozenost. Kladem tohoto typu rozhovoru je získání nových a nepředpokládaných informací, avšak nevýhodu lze spatřit v obtížném vyhodnocování (Skutil, 2011).

Rozhovory byly použity jako jedna z metod sběru dat k vypracování případové studie. Jednalo se o rozhovory s pedagogy žáka, které byly zaměřené na zjištění informací ohledně projevů narušené komunikační schopnosti ve výchovně-vzdělávacím procesu, popřípadě na poskytování podpůrných opatření danému žákovi s narušenou komunikační schopností. Rozhovor byl také veden s rodiči dítěte s narušenou komunikační schopností, a to s cílem zajištění informací týkajících se osobní a rodinné anamnézy, částečně anamnézy školní, a také o průběhu logopedické intervence z pohledu rodiče.

4.3 Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku

Dotazníkové šetření je zaměřeno na oblast Chlumce nad Cidlinou, Nového Bydžova a jejich okolí do vzdálenosti deseti kilometrů vzdušnou čarou. V této vymezené oblasti byly rozeslány dotazníky do základních škol běžného typu, adresované učitelům prvních a druhých tříd již zmíněných základních škol. Daná měřítko splňovalo 15 ZŠ, do dotazníkového šetření se jich zapojilo 11. Dotazníky byly distribuovány v období leden/únor 2018, sběr dat a vyhodnocování proběhlo v období únor/březen 2018. Celkem bylo od respondentů získáno 27 dotazníků

Charakteristika výzkumného vzorku kvalitativního výzkumu je definována základními údaji jako je věk, aktuální třída, logopedická diagnóza žáka a jak dlouho je v péči logopeda:

Chlapec A 8 let, 2. třída, mnohočetná dyslalie, pravidelná logopedická intervence probíhá tři roky

Chlapec B 8. let, 2. třída, opožděný vývoj řeči, mnohočetná dyslalie, logopedická intervence probíhá tři roky

Chlapec C 8 let, 2. třída, vývojová dysfázie, logopedická intervence probíhá čtyři roky

Dívka A 6 let, 1. třída, mnohočetná dyslalie, logopedická intervence probíhá dva roky

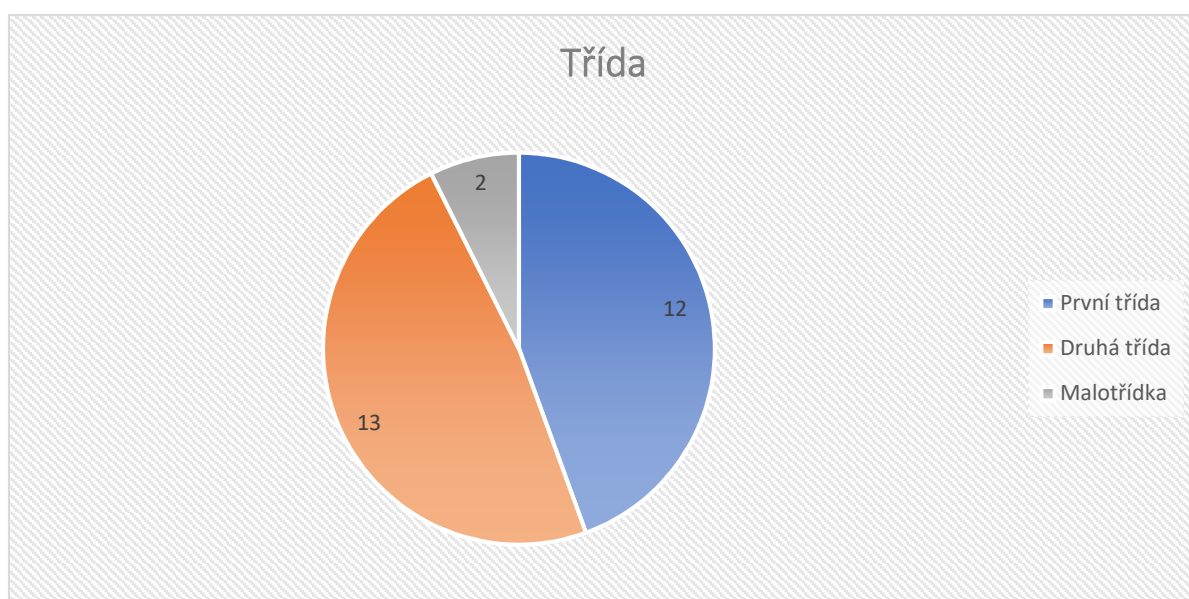
5 Realizace logopedické péče u dětí zahajujících školní docházku na Chlumecku a Novobydžovsku

V této části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky provedeného šetření. V rámci výzkumného šetření bylo využito metod jak kvalitativního, tak kvantitativního charakteru. Pro větší přehlednost je tedy tato kapitola členěna na dvě podkapitoly. První kapitola se zabývá prezentací výsledků dotazníkového šetření, jehož cílovou skupinu tvořili učitelé prvních a druhých tříd základních škol na Chlumecku a Novobydžovsku. Druhá podkapitola se zabývá výsledky šetření kvalitativního charakteru ve formě čtyř případových studií žáků, kteří před nedávnem zahájili školní docházku na Chlumecku a Novobydžovsku a zároveň jsou v péči logopeda.

5.1 Prezentace výsledků dotazníkového šetření na ZŠ na Chlumecku a Novobydžovsku

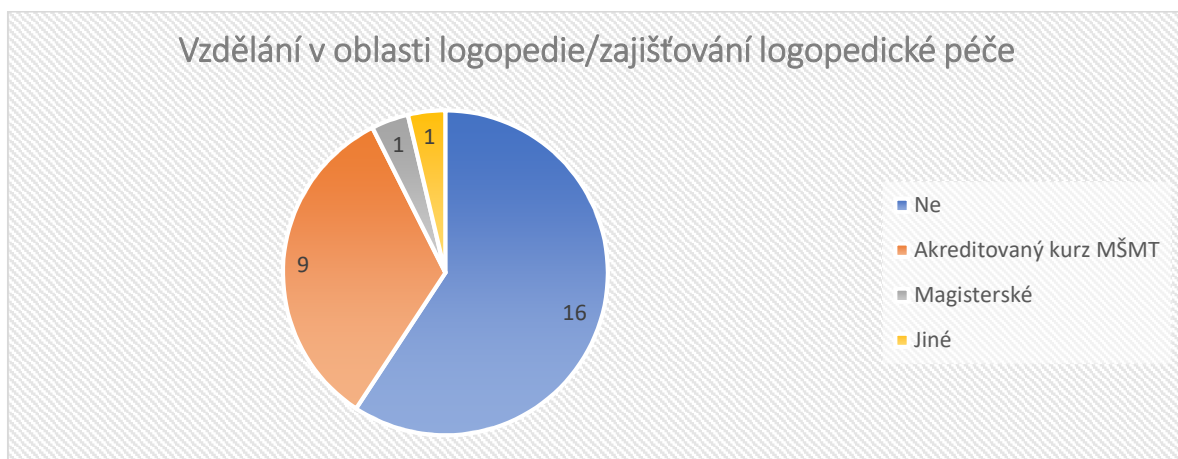
Cílovou skupinu tvořili učitelé prvních a druhých tříd základních škol v Chlumu nad Cidlinou, Novém Bydžově a jejich přílehlém okolí vzdáleném 10 kilometrů vzdušnou čarou. Těmto parametrům vyhovovalo 15 běžných základních škol, jejichž ředitele jsem oslovila. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 11 ZŠ, tedy 73 %.

Na dotazník odpovědělo celkem 27 učitelů, z toho byli dva muži a 25 ženy. Z prvních tříd se účastnilo 12 učitelů (44 %), učitelů vyučujících ve 2. třídě bylo 13 (48 %) a zbylí dva učitelé (7 %) vedou malotřídku, ve které vyučují žáky prvních a druhých tříd současně.



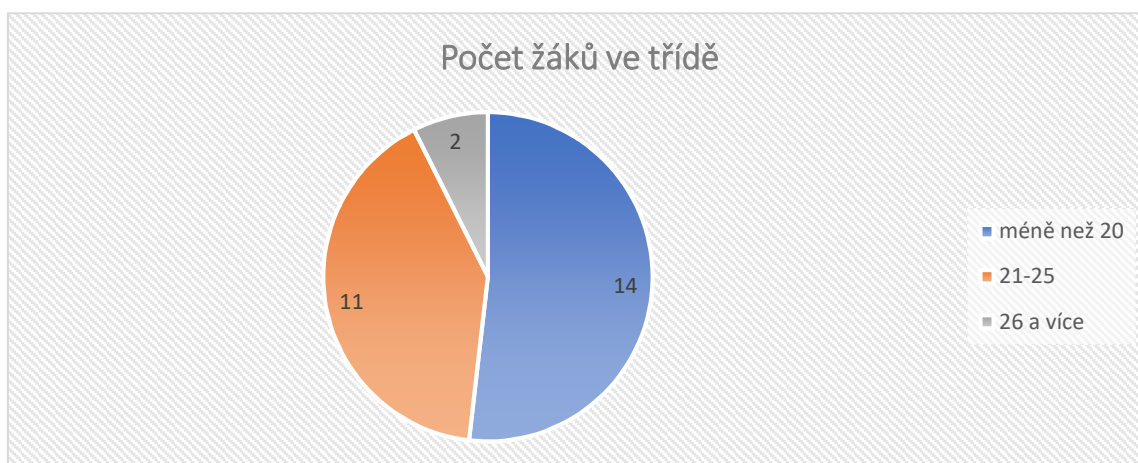
Grafické schéma č. 1: Četnost respondentů ze tříd

Další důležitou položkou byla otázka týkající se **vzdělanosti učitelů v oblasti logopedie, popřípadě zajišťování logopedické péče**. 16 (59 %) učitelů odpovědělo záporně, 11 (41 %) z nich odpovědělo kladně. Na další, doplňující otázku ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání v oblasti logopedické péče, odpovídali pouze ti učitelé, kteří na předchozí položku odpověděli kladně. Devět učitelů má absolvovaný akreditovaný logopedický kurz MŠMT, jeden učitel má magisterské vzdělání v oblasti logopedie a jeden učitel zvolil odpověď „Jiné“, kterou upřesnil následovně: navazující dvouleté studium VŠ se závěrečnou zkouškou z logopedie a metodiky logopedie.



Grafické schéma č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti logopedie/zajišťování logopedické péče

Další položka zjišťovala **počet žáků ve třídě**. Tato položka dotazníku byla otevřená, pro lepší grafické znázornění byly odpovědi rozděleny do tří skupin. Méně než 20 žáků je ve 14 třídách (51 %), počet žáků v rozmezí 21-25 žáků je v 11 třídách (40 %), 26 a více žáků navštěvuje pouze dvě třídy (7 %). Výsledný počet žáků navštěvujících vybrané první a druhé třídy byl 516. Žáků prvního ročníku bylo ve výsledku 221 (43 %), do druhého ročníku chodí 264 žáků (51 %), a dvě zmíněné malotřídky navštěvuje 31 žáků (6 %).

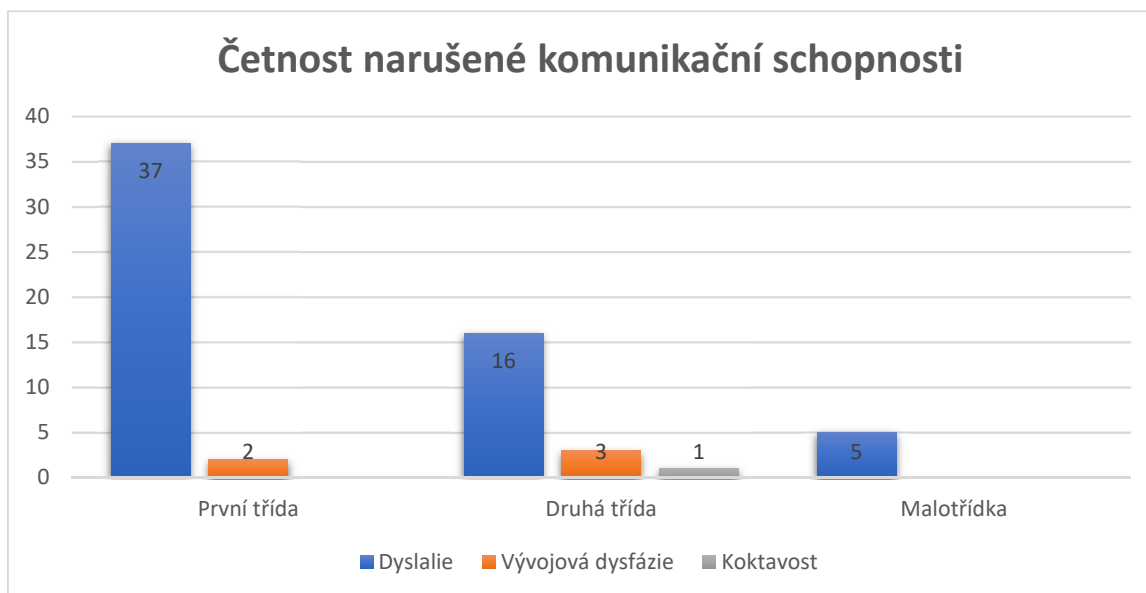


Grafické schéma č. 3: Naplněnost tříd

Další vyhodnocovaná položka dotazníku zjišťovala **výskyt žáků s narušenou komunikační schopností v daných třídách**. Pouze ve čtyřech třídách (15 %) se nevyskytoval žádný žák s diagnostikovanou poruchou řečové komunikace. Žáci s narušenou komunikační schopností se tedy vyskytují ve 23 (85 %) třídách. Respondenti, kteří na tuto otázku odpovídali negativně, vyplňovali posléze až položku, která se orientuje na výskyt žáka s NKS, kterému však není poskytována logopedická péče.

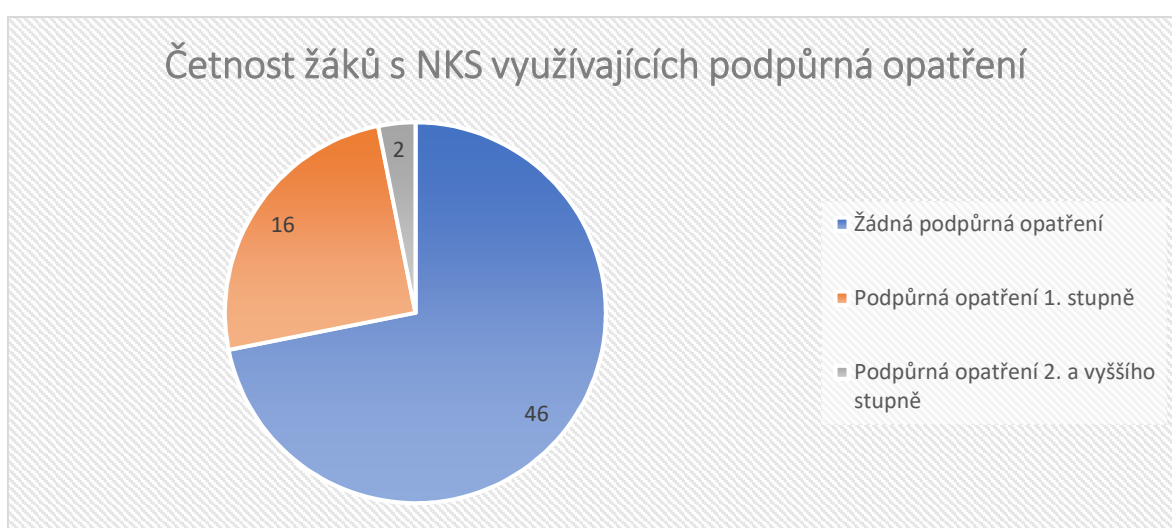
Učitelé, kteří odpověděli kladně na tuto položku, později uváděli **přesný počet a diagnózu žáků s narušenou komunikační schopností**. Ve výsledku navštěvuje první a druhou třídu vybraných škol 64 žáků (12,5 %) s narušenou komunikační schopností. V prvních třídách byla četnost žáků s narušenou komunikační schopností 39 (18 %), v druhých třídách 20 (7,5 %) a v malotřídkách 5 (16 %). Jednalo se o 58 žáků s dyslalií (90 %), pět žáků má diagnostikovanou vývojovou dysfázii (8 %) a jednoho žáka s diagnostikovanou koktavostí (2 %). Zastoupení diagnóz v rámci tříd bylo následující:

- První třída: 37 žáků s dyslalií
2 žáci s vývojovou dysfázií
- Druhá třída: 16 žáků s dyslalií
3 žáci s vývojovou dysfázií
1 žák s koktavostí
- Malotřídka 5 žáků s dyslalií



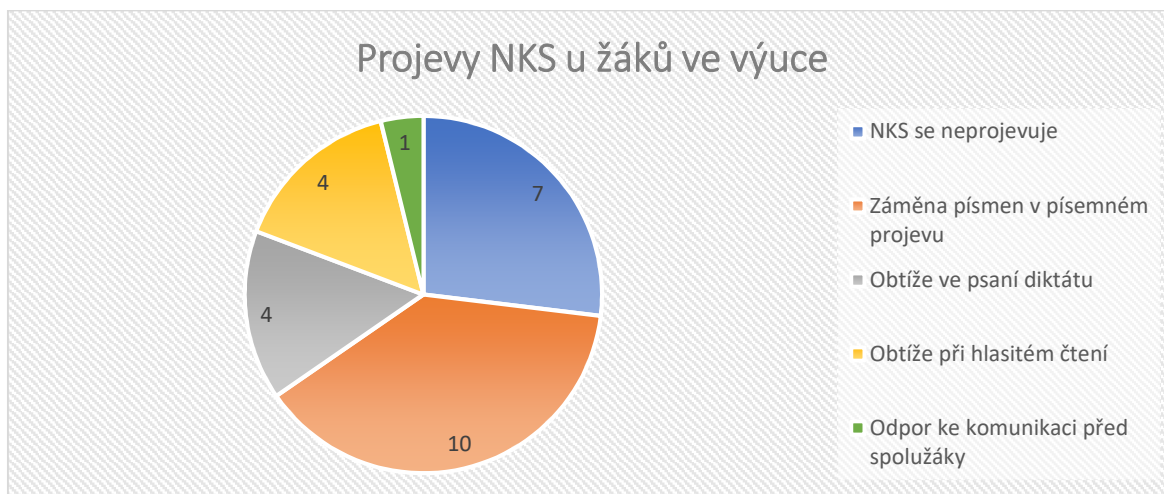
Grafické schéma č. 4: Četnost žáků s narušenou komunikační schopností

V rámci další položky byla zjišťována **míra potřeby podpůrných opatření u žáků s narušenou komunikační schopností**. Ve 14 (52 %) třídách z celkových 27 má pedagog vytvořená podpůrná opatření 1. stupně. Jedná se o vyvážený poměr sedmi prvních tříd a sedmi druhých tříd. Co se týče konkrétních počtů dětí, z celkového počtu 64 dětí s narušenou komunikační schopností využívá podpůrných opatření 1. stupně 16 žáků (25 %). V první třídě je zastoupení žáků s NKS využívajících výše zmíněná podpůrná opatření osm žáků (21 %) z celkového výskytu 39, žáků druhých tříd je taktéž osm (40 %), ale z celkového počtu 20 žáků. Žádný žák s NKS z malotřídek nevyužívá podpůrných opatření 1. stupně. Podpůrná opatření 2., 3. či vyššího stupně využívají pouze dva žáci (3 %) první třídy.



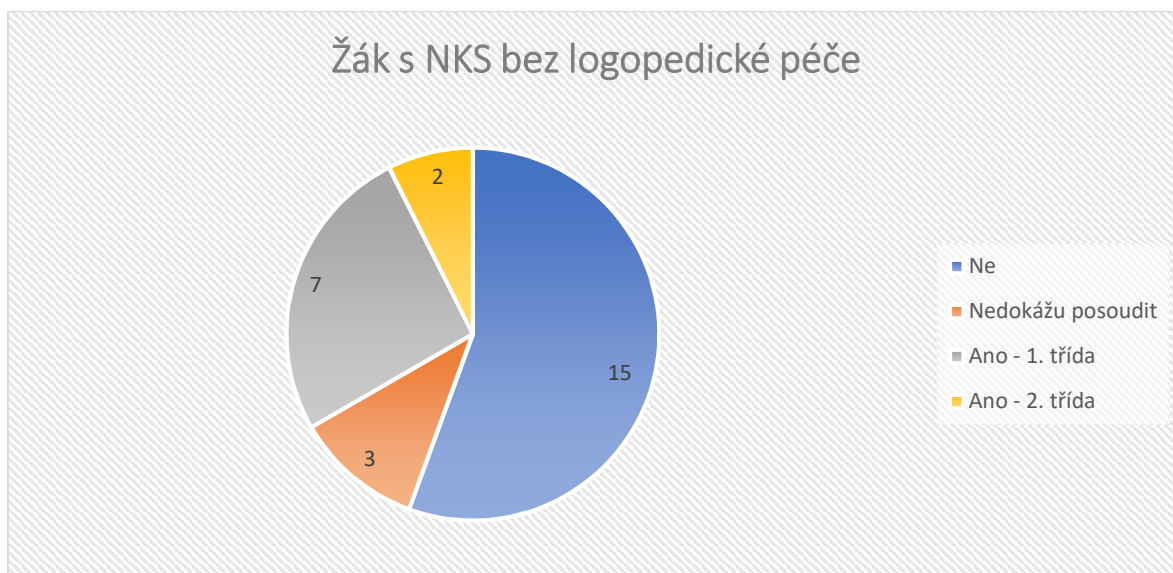
Grafické schéma č. 5: Využití podpůrných opatření žáky 1. a 2. tříd ZŠ

Další otázka se týkala **projevů narušené komunikační schopnosti žáků ve výuce**. Tuto položku vyplňovali pouze ti učitelé, kteří mají ve třídě žáka s narušenou komunikační schopností, odpovídalo tedy 23 učitelů. Z tohoto počtu učitelů jich 17 (74 %) uznává, že se NKS projevuje ve výchovně-vzdělávacím procesu žáka. Jako nejčastější příklady uváděli učitelé záměnu písmen v psaném projevu v důsledku patologické výslovnosti hlásek (rok – lok). Dalšími častými obtížemi žáků s narušenou schopností jsou, dle jejich učitelů, obtíže v diktátu, špatná srozumitelnost mluvního projevu, obtíže při hlasitém čtení a odpor k mluvní komunikaci před spolužáky.



Grafické schéma č. 6: Projevy narušené komunikační schopností ve výuce

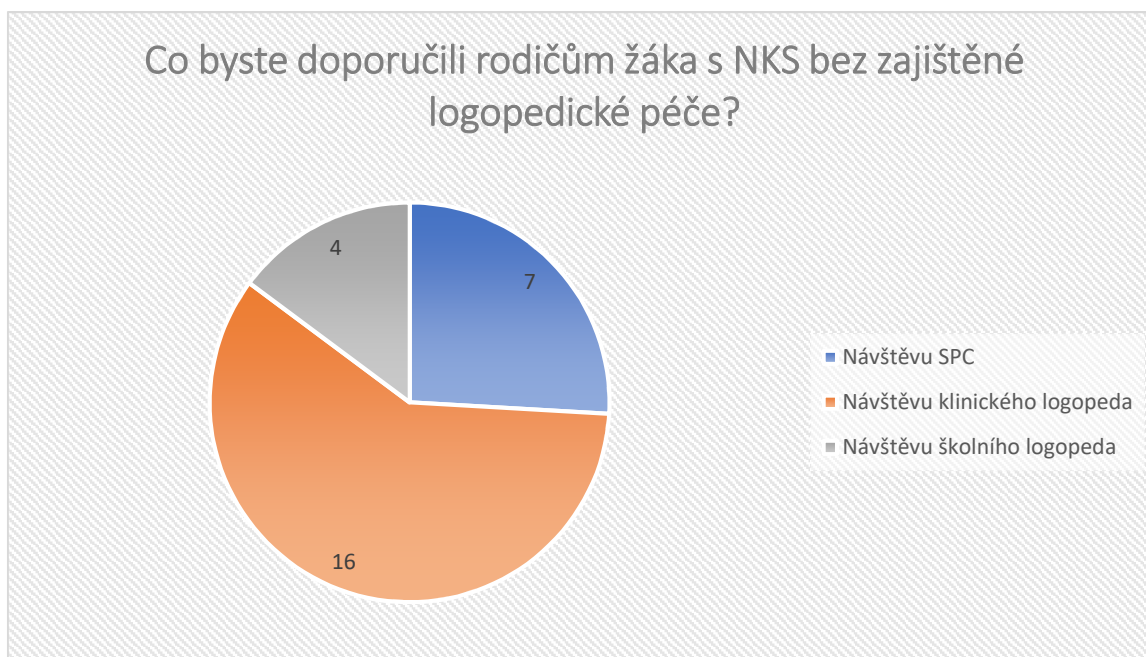
Následující položka zjišťovala, zda **třídu navštěvuje žák, u kterého se vyskytuje porucha řečové komunikace, ale logopedická péče mu není poskytována**. Na tuto položku již odpovídal plný počet respondentů. 15 učitelů (56 %) odpovědělo, že takový žák jejich třídu nenavštěvuje, tři učitelé (11 %) tuto skutečnost nedokázali posoudit a devět učitelů (33 %) uvedlo, že dle jejich názoru ve třídě takového žáka mají. Učitelé, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, byli v poměru sedmi (26 %) z první třídy ku dvěma (7 %) z druhé třídy.



Grafické schéma č. 7: Výskyt žáků s NKS bez poskytované logopedické péče

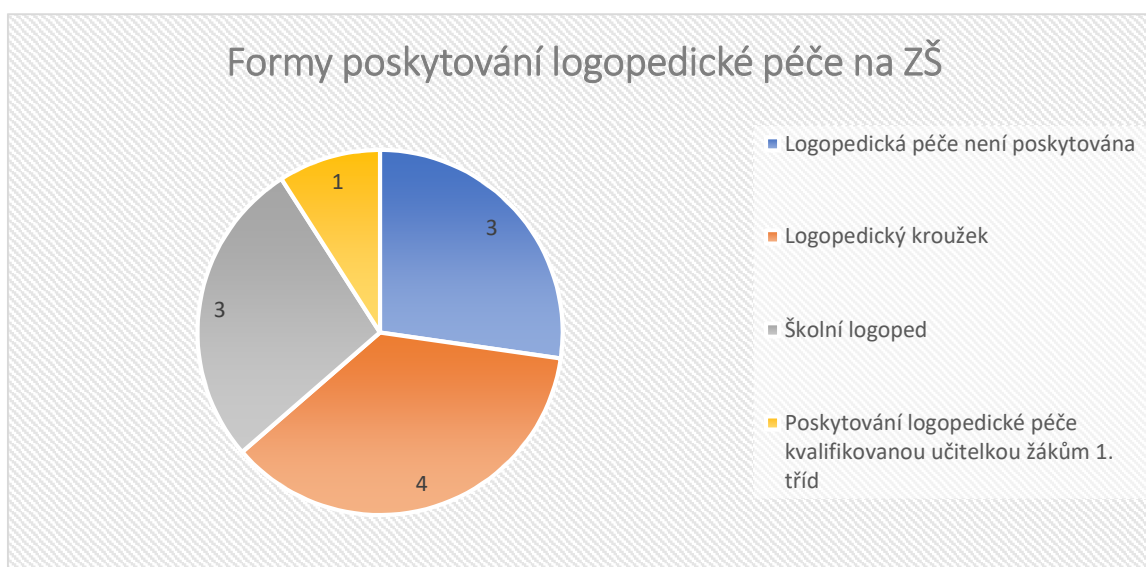
Na otázku, **co by takovému žákovi doporučili**, sedm (26 %) z dotazovaných učitelů zvolilo za odpověď „návštěvu školského poradenského zařízení“, 16 (59 %) učitelů se přiklání spíše k návštěvě klinického logopeda a čtyři učitelé (15 %) zvolili odpověď jiné, kterou vysvětlili jako návštěvu školního logopeda. Všichni učitelé, kteří mají zároveň

vzdělání v oblasti logopedie či poskytování logopedické péče zvolili možnost doporučení návštěvy klinického logopeda.



Grafické schéma č. 8: Doporučení rodičovi žáka s NKS bez poskytované logopedické péče

Jedna z dalších položek, která byla vyhodnocována, se týkala **poskytování logopedické péče školou, ve které je respondent zaměstnán**. Dotazníkového šetření se účastnilo 11 základních škol. Určitou formu logopedické péče poskytuje osm základních škol (72 %). Při specifikaci formy logopedické péče čtyři školy uvedly poskytování logopedické péče formou logopedického kroužku (36 %), tři základní školy mají zaměstnaného školního logopeda (27 %) a v jedné základní škole poskytuje logopedickou péči kvalifikovaná učitelka, ale pouze žákům prvních tříd (1 %).



Grafické schéma č. 9: Formy poskytování logopedické péče základními školami

Následující čtyři otázky zjišťovaly vlastní názor respondentů na tato tvrzení:

- a) *Pedagog a logoped daného žáka by měli být v pravidelném kontaktu (tj. např. 1x za 14 dní).*
- b) *Pedagog v 1. a 2. třídě ZŠ by se měl podílet na korekci narušené komunikační schopnosti u svého žáka.*
- c) *Žáků s narušenou komunikační schopností zahajujících školní docházku v posledních letech přibývá.*
- d) *Mám dostatečné zkušenosti a znalosti ke vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností.*

Otázky byly vytvořeny škálou Likertova typu, kdy měl respondent na výběr z pěti možností: plně souhlasím (1), spíše souhlasím (2), nemohu posoudit (3), spíše nesouhlasím (4) a plně nesouhlasím (5). Pro větší přehlednost byly výsledky vyhodnoceny v následující tabulce, kde je vždy prvním údajem uvedena četnost respondentů číslovkou, po které následuje v závorce uvedená četnost procentuální. Pro komplexnost vyhodnocení je v posledním sloupci uveden aritmetický průměr počítaný součtem odpovědí a vydělením počtem respondentů.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Aritmetický průměr |
|-------------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|--------------------|
| Položka a) | 13 (48,2 %) | 5 (18,5 %) | 0 | 9 (33,3 %) | 0 | 2,2 |
| Položka b) | 11 (40,7 %) | 9 (33,3 %) | 0 | 6 (22,2 %) | 1 (3,7 %) | 2,1 |
| Položka c) | 23 (85,2 %) | 4 (14,8 %) | 0 | 0 | 0 | 1,1 |
| Položka d) | 4 (14,8 %) | 8 (29,6 %) | 6 (22,2 %) | 9 (33,3 %) | 0 | 2,7 |

Grafické schéma č. 10: Vyhodnocení škálových otázek

Poslední položka byla otevřeného typu a zjišťovala, **zda mají respondenti nějaké nápady, jakým způsobem by se dala zlepšit úroveň poskytování logopedické péče na škole, kde jsou zaměstnáni.** Tato položka nebyla povinná, proto spousta respondentů zvolila možnost neodpovídat. Na položku tedy odpovědělo 13 respondentů. Tato položka byla vyhodnocena uvedením nejzajímavějších odpovědi:

- *„Naše škola neposkytuje logopedickou péči, není to naše povinnost. O nápravu se musí zasloužit hlavně rodiče.“*
- *„Stačí, aby rodiče začali včas s logopedickou péčí a denně pracovali s dítětem doma.“*
- *„Nápady realizujeme, využíváme pomůcky, hry a počítačový program „Mluvení je hra“.“*
- *„Pomoc spíše potřebují rodiče těchto dětí, kteří nechápou závažnost problémů s řečí.“*
- *„Zavedení logopedického kroužku, ale na to nemá žádný z dosavadních pedagogů dostatečnou kvalifikaci.“*
- *„Vzhledem k tomu, že jsem logopedická asistentka, a tato práce mě velice baví, ráda bych, kdyby se mohlo těmto dětem věnovat více individuální péče. Je nutná úzká spolupráce s rodinou a klinickým logopedem. Na ZŠ je na nápravu téměř pozdě, velmi důležitou úlohu v této oblasti hraje hlavně MŠ, kde by se mělo s dětmi v oblasti řečové výchovy pracovat téměř denně.“*

5.2 Konkretizace intervence o děti s NKS zahajujících školní docházku

Pro výzkumné šetření byly vybráni čtyři žáci ze základních škol na určeném území. Cíleně byly vybráni žáci z různých základních škol, aby se podařilo na případových studiích doložit odlišné možnosti realizace logopedické péče. Ve výzkumném vzorku jsou tři žáci s diagnostikovanou dyslalií a jeden žák s diagnózou vývojová dysfázie. Tři žáci v současné době navštěvují 2. třídu základní školy, jeden žák 1. třídu.

Případová studie chlapce A

Diagnóza: mnohočetná dyslalie

a) osobní anamnéza

Chlapec se narodil v roce 2009, v současné době je mu tedy osm let. Těhotenství i porod proběhly bez problémů, matka pracovala do sedmého měsíce těhotenství. Jednalo se o kancelářskou práci. Ve 30. týdnu matka prožila šok, lékaři ji vyděsili zprávou, že dítě neprospívá, a že bude nutné vyvolat porod. Nakonec to nebylo potřeba, chlapec se narodil v termínu, matka však do konce těhotenství navštěvovala rizikovou poradnu. Chlapec byl porozen akutním císařským řezem z důvodu otočené polohy nožičkami napřed, vážil přibližně tři kila a měřil 52 centimetrů.

Chlapec neměl nikdy potíže s přijímáním potravy, byl kojen do jednoho a půl roku věku, poté již jedl samostatně. Psychomotorický vývoj probíhal v normě, řečový vývoj byl mírně opožděný. Nikdy neprodělal vážnější úraz, na roce a půl se u chlapce projevila stomatitida, později měl problémy se zvýšenou kazivostí mléčných zubů, kdy mu zubař vytrhl několik zubů najednou (stoliček).

Povahově je chlapec vůdčí typ, v kolektivu je oblíbený. Není agresivní, nevyvolává hádky. Pokud si může vybrat, raději si hraje sám, společnost mu však nevadí. Chlapec má mírné potíže s udržením pozornosti, snadno ho něco vyruší z aktivity.

Chlapec nikdy neměl potíže s porozuměním, dle matky byl dostatečně stimulován k tomu, aby začal mluvit, na dítě doma nikdo příliš „nešíšlal“ či přehnaně nepoužíval zdvořilé výrazy. Slovní zásoba chlapce je přiměřená věku, odpovídá pohotově, bez delšího rozmýšlení. Tempo řeči chlapce je rychlejší, občas ubírá mluvnímu projevu na srozumitelnosti. Chlapec je komunikativní, nedělá mu potíže mluvit před větší skupinou lidí.

b) rodinná anamnéza

Otci chlapce je v současné době 38 let, žíví se jako mistr v automobilovém průmyslu. Těší se dobrému zdraví. V dětství docházel na logopedickou terapii z důvodu vyvození hlásek „R“ a „Ř“, která byla úspěšná, otcova řeč není stigmatizována a poskytuje chlapci kvalitní mluvní vzor.

Matce je v současné době také 38 let, aktuálně je na mateřské dovolené s druhým dítětem (jeden rok), má vysokoškolské vzdělání. Před mateřskou dovolenou pracovala jako interní auditor. V současné době studuje vysokoškolský pedagogicky zaměřený obor kombinovanou formou. U matky nikdy neprobíhala logopedická terapie, její řeč je po všech jazykových rovinách bez problémů. Sestra matky absolvovala v dětství i v dospělosti logopedickou terapii z důvodu fixované vadné výslovnosti hlásky „R“, kterou se však nepodařilo odstranit.

Chlapec žije v rodinném domě na vesnici se svou čtyřčlennou rodinou – matkou, otcem a ročním bratrem, má k dispozici vlastní pokoj. Vztahy v rodině jsou přátelské, prarodiče od matky i otce rodinu často navštěvují. V rodině se nevyskytují žádné konflikty. Rodiče si s chlapcem často hrají, častěji matka, otec pracuje na směny, a tak občas není večer doma. Na chlapce rodiče často mluvili, chlapec byl zvědavý, neustále pokládal rodičům otázky. Rodiče chlapci každý večer před spaním četli.

c) školní anamnéza

Mateřská škola

Chlapec nastoupil do mateřské školy v rodné vesnici ve třech letech. Chlapec v té době již poznal některé číslice a pár písmen, znal několik jednoduchých básniček. Mateřská škola měla k dispozici pouze jednu třídu, která byla věkově heterogenní. Třída čítala 28 dětí, které měly na starost pouze dvě učitelky, z toho důvodu se nemohly příliš individuálně věnovat dětem. Mateřská škola neposkytovala logopedickou péči ani formou logopedické prevence. Dle matky se chlapcova výslovnost nástupem do mateřské školy ještě zhoršila - většina kamarádů chlapce měla vadu řeči.

V šesti letech byl rodičům chlapce doporučen odklad povinné školní docházky z důvodu krátkodobé pozornosti, hravosti, ale hlavně také z důvodu špatné výslovnosti – v té době chlapec nezvládal vyslovit hlásky C, S, Z, R a Ř. Chlapec byl pedagogicko-psychologickou poradnou shledán nepřiměřeně duševně způsobilým pro zahájení školní docházky.

Základní škola

Základní škola, do které chlapec dochází, se nachází ve vedlejší vesnici místa bydliště chlapce. Škola logopedickou péčí, ať už formou přítomnosti školního logopeda, logopedického preventisty či zavedením logopedického kroužku, neposkytuje.

Chlapec nastoupil do 1. třídy v sedmi letech, stále ještě nezvládal vyslovovat hlásky „R“ a „Ř“. Sykavky se v té době již podařilo vyvodit a zafixovat do běžné řeči. Při vyučování měl stále občas potíže s pozorností, i tak měl však na vysvědčení samé výborné. Chlapec do školy chodí rád, se spolužáky si rozumí, k učitelce se chová s autoritou. Občas má potíže s vyrušováním o hodině, někdy se také stane, že zapomene, co má dělat.

Dle učitelky je chlapec bezproblémový, jediné potíže mu činila výslovnost hlásek „R“ a „Ř“. Paní učitelka nemá žádné vzdělání v oblasti logopedie, od logopedky chlapce dostala papír s body, jak se k chlapci chovat. Na papíře bylo například zmíněno, že by chlapce neměla za vadnou výslovnost hlásek „R“ a „Ř“ známkovat, neměla by jeho projev negativně komentovat, také by chlapci měla dát na výběr, zda chce před třídou číst texty zaměřené na dané hlásky.

Paní učitelka nemá pro chlapce vytvořena žádná podpůrná opatření 1. stupně, podle ní nejsou potřeba, chlapec není nijak znevýhodněn, kromě čtení se dyslalie nijak neprojevuje. Paní učitelka do výslovnosti chlapce nikdy nevstupuje, není obeznámena s tím, v jaké fázi je aktuálně logopedická terapie. Jeho projev je po obsahové stránce hodnotný, vada řeči se nepromítá ani do psaní. Chlapec správně drží psací náčiní, příliš netlačí, písmena při psaní nezaměňuje. Logopedku chlapce paní učitelka nikdy nekontaktovala, podle ní to není třeba.

Při nástupu do první třídy docházely na logopedickou terapii další čtyři děti, ty však již v současné době logopedickou intervencí úspěšně ukončily. Ani u těchto dětí se dle učitelky jejich porucha řečové komunikace ve vyučování neprojevovala.

Chlapec je v současné době ve druhé třídě, obtíže přetrvávající pouze u výslovnosti hlásky „Ř“, kterou stále poměrně často zaměňuje za zvuk podobný zvuku tupých sykavek.

d) logopedická péče

Matka poprvé vyhledala logopedickou péči ve čtyřech a půl letech věku chlapce, kdy měl chlapec potíže s výslovností hlásek L, C, S, Z, R a Ř. Matka s chlapcem začala docházet do logopedické poradny v nedalekém městě, paní logopedka již byla v důchodu, zřejmě měla vystudovaný magisterský obor se zaměřením na logopedii. Matce a chlapci doporučila

začít s fixací intaktního vzoru hlásky „L“, která doposud nebyla tvořena zdvihem špičky jazyka za horní řezáky, ale za pomoci vyšpulení rtů, přičemž jazyk ležel bez pohybu na spodině ústní dutiny. Tato sezení probíhala nepravidelně a matce logopedky přístup příliš nevyhovoval.

Na pětileté prohlídce matce obvodní lékařka doporučila navštívit ordinaci klinického logopeda, sídlícího přibližně 20 kilometrů od jejich místa bydliště. Chlapec k této logopedce docházel nerad, vyžadovala po něm, aby seděl rovně, s nohama u sebe. Chlapec se spíš soustředil na to, aby seděl správně než na logopedickou intervenci. Logopedka se zaměřila na vyvozování hlásek C, S, Z. Hláska „L“ již byla tvořena intaktně. Na procvičování doma dostala matka pouze dlouhý seznam slov bez obrázkové podpory. Logopedka matce nedostatečně vysvětlila, jak má s chlapcem doma cvičit, proto doma pouze opakovali slova z papíru, což nikam nevedlo. Chlapec tímto stylem doma cvičit nechtěl, nebavilo ho to, nakonec začal být nešťastný, že se mu nedaří, a že mu logopedka vyčte, že doma necvičili. Občas před návštěvou logopedky plakal. I matka byla z této situace nešťastná, proto se rozhodla hledat další možnosti logopedické intervence.

V šesti letech věku chlapce, kdy mu byl doporučen odklad povinné školní docházky, začala matka s chlapcem navštěvovat SPC pro vady řeči. Matka toto zařízení hodnotí kladně, vyhovovalo jí také, že logopedická terapie probíhá jednou za 14 dní, oproti tomu ke klinické logopedce jezdila jednou za měsíc, někdy trvala časová mezera mezi intervencemi i déle. Logopedka uměla chlapce správně namotivovat a hodně ho chválila. Chlapec dokázal hlásky C, S, Z od sebe správně rozlišit, po dvou sezeních se je naučil i intaktně vyslovit pomocí metody napodobování zvuků zvířat (cvrček, had a včela). Po vyvození hlásek následovala fáze fixace hlásek na začátku, na konci, uprostřed slova a v souhláskových shlucích. Terapii logopedka prováděla hravou formou, domů dostali pexeso se slovy obsahující tyto hlásky, podle kterého pokračovali ve fixaci těchto hlásek. Přibližně po dvou měsících již chlapec všechny sykavky intaktně používal ve spontánním projevu.

Následovalo vyvozování hlásky „R“, které v chlapcově podání znělo na začátku slova jako hláska „J“, uprostřed slova byla nahrazována zvukem podobnému hlásce „H“ bez vibrace. Korekce hlásky „R“ probíhala nejprve substituční metodou za hlásku „D“, aby si chlapec zafixoval polohu jazyka za horními zuby. Místo patologického vzoru hlásky „R“, který doposud používal, ho zaměňoval za hlásku „D“, což se logopedka s matkou snažily fixovat ve slovech, jako byla například: „tdáva, tdubka, ddáha atd.“. I přes veškerou snahu se nepodařilo jazyk rozkmitat, proto na konci první třídy logopedka půjčila matce domů rotavibrátor, pomocí kterého se podařilo vyvodit intaktní „R“ s kmitem jazyka. Bohužel

v SPC sezení přes prázdniny neposkytují, proto chlapec nastoupil do druhé třídy a stále nepoužíval hlásky „R“ a „Ř“ ve spontánním projevu.

Po prázdninách začal chlapec docházet k jiné logopedce z SPC, protože ta předchozí zařízení opustila. Matka velmi ocenila, že jim tato logopedka založila logopedický sešit, do kterého jim po každém sezení nalepovala pracovní listy na procvičování. Matka byla šťastná, že mají konečně určitý systém.

e) pozorování přímé práce logopedky

V rámci pozorování logopedické péče jsem se účastnila třech návštěv logopeda chlapce, a to v měsíci říjnu, prosinci a lednu. Jak již bylo řečeno, v současné době chlapec s matkou dochází do SPC pro vady řeči. K logopedce chlapec dochází rád, dle matky ho logopedka dokáže dobře namotivovat, je klidná a vstřícná. Pokud chlapec nedokáže již udržet pozornost, logopedka ho rozptýlí krátkou hrou nebo prostrídáním činností, při kterých se chlapec odreaguje.

Říjen 2017

Vždy, když chlapec přijde, logopedka se nejdříve zeptá, jak se za ty dva týdny měl. Chlapec jí vypráví o výletu do ZOO, kam jeli s rodiči a malým bratrem. Logopedka chlapci poskytuje zpětnou sluchovou vazbu, pokaždé, když chlapec použije patologický vzor hlásky, opraví ho a zopakuje slovo, do kterého místo „R“ vloží hlásku „D“, přičemž chlapec slovo rychle zopakuje. Občas je již slyšet po zopakování náznak hlásky „R“, ale většinou se tomu tak nepovede. Po správném vyslovení logopedka chlapce vždy velmi chválí.

Chlapec má potíže s rozvibrováním jazyka zřejmě z důvodu absence několika horních stoliček, které mu zubař kvůli vysoké kazivosti musel vytáhnout, přičemž druhé mu ještě nenarostly. Vzduch mu tedy uniká po stranách a ve středu jazyka neproudí dostatečný výdechový proud, který je potřebný k vibraci jazyka.

Poté logopedka s chlapcem provádí krátké cvičení na motoriku mluvidel před logopedickým zrcadlem, ale to spíše jako změnu činnosti, a také proto, že to chlapce baví a jde mu to.

Logopedka chlapci dala nový pracovní list, na kterém má substituční metodou vyslovovat jednotlivá slova. Zároveň s chlapcem procvičila i stávající pracovní listy. Když už je vidět, že chlapec ztrácí pozornost, přejde na jinou aktivitu, a to takovou, že před chlapce položí kartičky se slovy obsahující hlásku „R“ a pokládá chlapci hádanky na jednotlivá

slova. Po uhádnutí chlapec za pomoci substituční metody slovo vysloví, poté si logopedka a chlapec roli vymění a hádá logopedka.

Za domácí úkol dostal chlapec dějový obrázek, na kterém je vyobrazena rodina na zahradě, na kterém má chlapec najít a zakroužkovat věci, které obsahují hlásku „R“, slova má označit, a poté si mají s matkou obrázek celými větami popsat.

Zároveň doporučuje, aby doma zkusili vyslovovat „drn“ vleže, kvůli přirozenému postavení jazyka. Chlapec si má také zkusit vlastním prstem jazyk rozkmitat, aby vznikla potřebná vibrace.

Logopedka navrhla matce, aby chlapce nahrála, až bude mluvit. Je možné, že chlapec si stále neuvědomuje rozdíl mezi jeho vzorem hlásky „R“ a vzorem intaktním. Tím, že to uslyší odjinud než od sebe, by si to mohl uvědomit.

Prosinec 2017

Po dvouměsíčním odstupu je u chlapce vidět veliký pokrok. Hlásku „R“ již vyslovuje téměř ve všech slovech, ta, která s logopedkou procvičují a nejdou mu, doma cvičit nemají, aby chlapec neztratil motivaci a nesnižovalo to jeho sebedůvěru. Za každé správně vyslovené slovo dostane chlapec k obrázku velkou jedničku. Ta, která mu nejdou, logopedka označuje tečkou, aby matka věděla, kterým slovům se mají doma ještě vyhnout.

Matka tvrdí, že tento skok je hlavně díky nahrávce, kterou jí doporučila logopedka zhotovit. Chlapec byl hodně překvapený, když ji slyšel, do té doby si neuvědomoval, jak odlišně hlásku vyslovuje. V tu chvíli u chlapce vznikla vnitřní motivace ke zlepšení své výslovnosti, doma prý i sám usilovně cvičí, a to hlavně na písničkách jedné jeho oblíbené české kapely. Stále je patrná časová mezera mezi vyslovením hlásky ve slově, ale za to se téměř vždy chlapci povede slovo říci napoprvé.

Chlapci stále činí trochu potíže vyslovit hlásku „R“ na začátku slova, i když si pomáhá tím, že před začátek slova vloží energicky vyslovené „H“. Nejobtížnější jsou pro chlapce slova, kde je hlásky „R“ na konci za samohláskou, protože tam si nemůže ničím pomoci. Tato slova ještě doma cvičit nemají, aby z toho chlapec nebyl nešťastný.

Leden 2018

S měsíčním odstupem je na tom chlapec s vyslovováním hlásky „R“ už velmi dobře. Téměř ve všech souhláskových shlucích již zvládne hlásku vyslovit, slova na začátku už mu také nedělají takový problém, jako před měsícem. Doma již procvičují i slova s hláskou „R“

na konci, která sice chlapci stále činí potíže, ale už ne takové, jako v prosinci. Chlapec hlásku „R“ již i pomalu fixuje do spontánního projevu.

Logopedka chlapci přinesla okopírovanou stránku s básničkou, kolem které je spousta obrázků slov s hláskou „R“. Chlapec má logopedce básničku přečíst, zároveň ji má trénovat i doma, protože mu činí trochu potíže. Básnička zní:

*„Nejstrašnější zvíře,
ač je to k nevíře,
je **RAK!**
Vypadá celkem nevinně,
však písmenka jsou na vině,
že s **Zet** má **RAK**
ostrý zrak,
eF mu půjčí černý frak,
A když má **Pé**, tak má i prak.
S **Vé** se změní v lodní vrak,
eM ho nese do oblak
jako mrak.
Však hrůza teprve nastane,
když **Dé** tenhle **RAK** dostane!
Objeví se strašný drak!
A mě z toho trefí šlak!“*

Následně již chlapec s logopedkou pracují na vyvozování hlásky „Ř“ substituční metodou s pomocnou hláskou „R“. Chlapec šeptem vyslovuje slova s hláskou „Ř“, kterou vyslovuje jako „R“, ale zuby má na sobě a rty roztažené do úsměvu. Takto vyslovuje slova „dríví, dríme, dřevník, strevíc, strevo“ atp. V několika případech je již slyšet místo hlásky „R“ hlásku „Ř“. Logopedka chlapce velmi chválí. Za domácí úkol chlapec dostal další pracovní list se slovy s hláskou „Ř“ ve shluku hlásek, kterou má procvičovat substituční metodou. Slova s hláskou na začátku a na konci zatím vyslovovat nemá, bylo by to pro něj demotivující.

f) prognóza

Dle logopedky chlapec bude docházet na logopedickou terapii do konce tohoto školního roku, kde se budou soustředit na vyvození hlásky „Ř“ a její fixaci do běžné mluvy. Hlásky „R“ je již fixovaná, občas chlapec hlásku zapomene vyslovit a ozve se náhradní zvuk připomínající hlásku „H“, ale to se již stává minimálně. Často je u chlapce patrná delší pauza, než vysloví slovo s hláskou „R“, ale i to se již zlepšilo.

V případě tohoto chlapce byla logopedická terapie úspěšná, chlapec prospívá ve škole, je zdravě sebevědomý, jeho mluva je plně srozumitelná, slovní zásoba rozvinutá přiměřeně věku. Školní povinnosti vadou řeči nikdy netrpěly, kromě hlasitého čtení. Bylo by však vhodné, kdyby se paní učitelka více zapojila do logopedické terapie, například aby dbala na správnou výslovnost u již vyvozených hlásek.

Případová studie chlapce B

Diagnóza: mnohočetná dyslalie, opožděný vývoj řeči

a) osobní anamnéza

Chlapec je narozen v roce 2009, v současné době je mu tedy osm let a chodí do 2. třídy základní školy. Těhotenství probíhalo bez problémů, matka pracovala na kancelářské pozici. V práci zůstala až do osmého měsíce těhotenství. Porod proběhl přirozeně, chlapec přišel na svět hlavičkou napřed. Při porodu nebylo použito žádných nástrojů.

Chlapec byl kojen do jednoho roku věku, matka přestala kojit z důvodu nedostatečné tvorby mléka. Než začal jíst samostatně, byl dokrmován sunarem. Nikdy neměl potíže s přijímáním potravy. Rozvoj hrubé motoriky byl v normě, jemná motorika a motorika mluvidel je až do současnosti mírně oslabená. Vývoj řeči byl opožděný, jednoduché věty začal chlapec skládat přibližně na dvou a půl letech, jeho aktivní slovní zásoba byla omezená, avšak potíže s porozuměním se u chlapce nikdy nevyskytovaly. Dle matky byl chlapec dostatečně stimulován k mluvní komunikaci, matka mu od dětství hodně četla a zpívala.

V současné době je chlapec komunikativní, spíše vůdčí typ, v kolektivu vrstevníků je oblíbený a má spoustu přátel. Před cizími lidmi je stydlivý, při komunikaci s nimi nenavazuje oční kontakt a hlavu sklání dolů. Není agresivní, konflikty nevyvolává, ani je nevyhledává. Stále má menší obtíže s udržením pozornosti, je roztěkaný. Inteligence chlapce je dle psychologického vyšetření v normě.

b) rodinná anamnéza

Chlapec bydlí se svým bratrem (12 let), matkou, otcem a prarodiči ze strany matky v rodinném domě v menším městě. Má k dispozici vlastní pokoj, protože mezi bratrem a ním vznikaly často hádky, které občas vygradovaly i fyzickým konfliktem. Matka i otec pracují na kancelářské pozici, mají fixní pracovní dobu, všední večery tráví doma se svými dětmi. O víkendu často jezdí na rodinné výlety. V rodině neexistují žádné neshody ohledně chodu domácnosti či jiných témat. Rodina žije v pohodlných podmínkách pro život.

Bratr chlapce absolvoval logopedickou intervenci z důvodu vyvození intaktních vzorů hlásek „R“ a „Ř“. U bratra nebyl fixován patologický vzor ani jedné z hlásek. Terapie u něj byla úspěšná, obě hlásky používá ve spontánním mluvním projevu. U otce ani u matky logopedická terapie nikdy neprobíhala, řeč matky je občas příliš rychlá až překotná.

c) školní anamnéza

Mateřská škola

Chlapec začal navštěvovat mateřskou školu v místě bydliště ve třech letech, třída byla věkově homogenní. V předškolním věku byl přesunut do speciální logopedické třídy při běžné mateřské škole, kde mu byla k dispozici paní učitelka s vystudovaným magisterským oborem se státnicemi z logopedie a surdopedie. Kromě skupinové terapie, která probíhala většinou formou dechových cvičení, cvičení na motoriku jazyka a napodobování přirozených zvuků, probíhala u chlapce jednou týdně individuální terapie, která trvala vždy maximálně půl hodiny.

Při zápise do první třídy byl chlapci doporučen odklad povinné školní docházky, ke kterému se přikláněla i učitelka a logopedka z mateřské školy. Rodiče navštívili pedagogicko-psychologickou poradnu, kde toto doporučení potvrdili. Chlapcův vývoj řeči byl opožděný, v řeči se objevovaly dysgramatismy, nedokázal odpovídat pohotově a v neposlední řadě měl chlapec potíže s výslovností většího počtu hlásek. Mimo řečové potíže byl chlapec stále ještě velmi hravý, neměl dostatečné pracovní návyky, také měl potíže s udržením pozornosti. Rodičům chlapce byla doporučena návštěva klinického logopeda.

Poslední rok strávený v mateřské škole chlapec opět docházel do logopedické třídy, kde byl vidět posun zejména v rozšíření slovní zásoby, kromě hlásky „L“ však vadná výslovnost hlásek přetrvávala. Mateřskou školu měl chlapec rád a vždy se do ní těšil,

zároveň se však nemohl dočkat, až z něj bude školák. Přechod z mateřské do základní školy proběhl bez potíží.

Základní škola

Chlapec nastoupil do 1. třídy v sedmi letech, v té době byla jeho řeč po obsahové stránce již dostatečně rozvinutá, ale stále u něj nebyla vyvozena intaktní výslovnost hlásek C, S, Z, R a Ř. Srozumitelnost řeči tím nebyla ve větší míře zasažena.

Chlapec je v současné době vzděláván formou individuální integrace. Každoročně mu je speciální pedagožkou z SPC vypracováván individuální vzdělávací plán, který dbá na zohlednění žákových nedostatků, a také na to, aby chlapcova narušená komunikační schopnost negativně neovlivňovala jeho edukační proces a studijní výsledky.

Potíže žáka, které by mohly negativně ovlivnit jeho školní výsledky se týkají zejména roviny foneticko-fonologické a morfologicko-syntaktické. Chlapec má dále potíže s koncentrací pozornosti, sluchová paměť je oslabena při opakování delšího souvětí, chlapec se těžko orientuje v čase, jeho grafomotorika (kresba i písemný projev) neodpovídá věku, dělá mu potíže analýza a syntéza slov. Z předmětů mu dělají potíže český jazyk a prvouka.

Podpůrná opatření využívají úpravy režimu výuky, která pomáhají ke zmírnění potíží s koncentrací pozornosti. Na některé úkoly má chlapec delší čas, některá zadání, zejména písemná, chlapec dostává ve zjednodušené podobě. Jednou týdně dochází chlapec po vyučování na doučování ohledně českého jazyka, kde se učitelka zaměřuje zejména na psaní diktátů, kdy po chlapci vyžaduje vysvětlení gramatických pravidel, pokud si chlapec není jistý, navádí ho otázkami. Také zde například dělají cvičení na sestavení věty z předem daných slov. Toto doučování učitelka využívá také k dovysvětlení nové látky. S gramatickou stránkou jazyka má chlapec potíže, mimo doučování a úpravy režimu výuky má k dispozici nástěnná schémata i vlastní kartičky s gramatickými pravidly.

Chlapec sedí v první lavici, jednak z důvodu zrakové vady kompenzované brýlemi, lehké nedoslýchavosti, a také aby k němu měla učitelka lepší přístup a mohla ověřovat, zda žák rozumí zadání. Chlapec má na 10 hodin týdně k dispozici asistenta pedagoga, ta s ním pět hodin týdně o hodinách českého jazyka opouští kmenovou třídu a individuálně se chlapci věnuje v jeho nedostatcích, zbývající čtyři hodiny českého jazyka je s chlapcem ve třídě a kontroluje, zda chlapec dokáže samostatně pracovat podle instrukcí. V hodinách s kmenovou třídu má asistent pedagoga na starost další tři žáky.

V prvouce chlapci činí potíže zejména orientace v čase, kdy má chlapec k dispozici vizualizovaná schémata ročních období, měsíců v roce, dnů v týdnu atd. Chlapci činí potíže také časové úseky dne, což s asistentem pedagoga individuálně procvičují během aktivit, které se k danému časovému úseku vážou.

Chlapec často chybuje v písemném projevu z důvodu stále oslabeného fonemického rozlišování a jazykového citu, zejména záměnami krátkých a dlouhých samohlásek a znělých a neznělých souhlásek. Chyby tohoto typu u chlapce nejsou hodnoceny. Učitelka dále také střídá frontální formu vyučování s individuální a skupinovou prací.

Chlapec mimo logopedické intervence s klinickou logopedkou také navštěvuje jednou týdně logopedický kroužek v rámci své školy, který probíhá v odpoledních hodinách v čase školní družiny a trvá vždy jednu hodinu. Logopedický kroužek vedou dvě učitelky se vzděláním logopedických asistentek a probíhá v něm jak skupinová, tak individuální forma terapie. Skupinovou terapii vede jedna logopedická asistentka, přičemž ta druhá si odvádí vždy jednoho žáka na pár minut do vedlejší místnosti, kde s ním procvičuje artikulaci hlásek.

d) logopedická péče

Matka s chlapcem dojíždí za klinickou logopedkou do okresního města. Dříve jezdili jednou za tři týdny, v současné době se interval prodloužil na jednu návštěvu za měsíc a déle. U chlapce byla zahájena terapie v jeho pěti a půl letech, tedy v předškolním věku. Při vstupní prohlídce byl u chlapce zjištěn opožděný vývoj řeči, který se projevoval nerozvinutou slovní zásobou, nízkou pohotovostí ve vyjadřování a mluvním projevem s četnými dysgramatismy. Dále se u chlapce projevovala dyslalie hlásek C, S, Z, L, R, Ř, nezralé sluchové vnímání a narušená koordinace mluvního svalstva. Z tohoto důvodu byla prvotní terapie u chlapce zaměřena na rozvoj všech jazykových rovin, a také na předškolní přípravu, jako například rozvoj sluchové a zrakové percepce, pravolevé a prostorové orientace, orientace v čase atp.

U chlapce se občas stále projevovalo nesprávné dýchání, které si zafixoval před operací nosních mandlí. Proto byla do logopedické terapie zahrnuta i dechová cvičení. Motorická cvičení byla zaměřena na zlepšení koordinace mluvidel, a také na zvýšení hybnosti jazyka, který je dodnes mírně hypotonický. Cvičení na motoriku jazyka byla zároveň průpravými cvičení na vyvození intaktního vzoru hlásky „L“, který do té doby chlapec tvořil pomocí rtů, kdy jazyk ležel na spodině úst. Kvůli sníženému svalovému tonu trvalo bezmála rok a půl, než se podařilo svalový tonus zvýšit a chlapec si zafixoval intaktní vzor hlásky „L“, poté došlo k automatizaci ve spontánním projevu.

V první třídě probíhala stále automatizace hlásky „L“, zároveň probíhala průpravná cvičení na vyvození hlásek „CSZ“ zejména formou fonologického rozlišování těchto hlásek. Hlásky se podařilo vyvodit, ale občas stále dochází k jejich asimilaci. Hlásky „S“ a „Z“ chlapec intaktně užívá ve spontánním projevu, ale hláska „C“ je stále často tvořena artikulačně nepřesně.

e) pozorování přímé práce logopedky

Při vlastním pozorování přímé práce logopedky spočívala logopedická intervence ve fixaci a automatizaci hlásky „C“ a vyvození hlásky „R“ za využití substituční metody s pomocnou hláskou „D“. V průběhu logopedické terapie logopedka s chlapcem provádí také cvičení zaměřená na orientaci v čase, dějové posloupnosti, motoriku mluvidel, dechová cvičení, analýzu a syntézu slov na slabiky a písmena.

Říjen 2017

Říjnová intervence byla zaměřena na fixaci hlásky „C“ a vyvozování hlásky „R“ substituční metodou s pomocnou hláskou „D“. Logopedka si uvědomuje, že není vhodné vyvozovat další hlásku před ukončením fixace první hlásky, avšak korekce hlásky „C“ již trvá velmi dlouho a je patrná značná ztráta motivace jak ze strany chlapce, tak i jeho matky. Navíc má chlapec již fixovaný patologický vzor hlásky v podobě uvulárního rotacismu.

Na začátku logopedka s chlapcem opakuje vyvození intaktního vzoru hlásky „C“: „Usměj se, dej zuby lehce k sobě, zadrž dech, dotkni se lehce jazykem dolních zubů, malou mezerou mezi zoubky vyplivneme slinu a napodobujeme cvrčka – c, c, c“. Toto cvičení probíhá před logopedickým zrcadlem. Poté již logopedka s chlapcem fixuje hlásku ve slovech:

- clona, cpe, cvik, cvok, cvak, cvaká
- cloumá, cit, cíp, cíl, cín, cink, cihla, cítí

Následuje cvičení na motoriku mluvidel, kdy má chlapec střídavě nafukovat tváře, usmát se, vyšpulit rty jako kapr, jazykem kývat do stran jako kyvadlo hodin, stáhnout rty k sobě a jemně foukat jako do píšťalky. Chlapci dělá potíže rychle střídat aktivity.

Poté logopedka přechází k vyvození hlásky „R“ pomocí substituční metody, kdy chlapec opakuje po logopedce slabiky „tda, tde, tdy, tdo, tdu“. Poté již přechází na slova:

- tdám, tdáp, tdápí, tdáva, tdávník
- tdampoty, tděnuje, tdeska, tdéma

Další, co logopedka s chlapcem procvičuje, jsou dějové posloupnosti, kdy před chlapce rozloží pět dějových obrázků a chlapec má za úkol je chronologicky seřadit. S tímto typem cvičení má chlapec potíže, logopedka mu musí hodně napovídat. Logopedka matce dává typy, jak tento způsob myšlení doma trénovat. Například ať chlapec popíše chronologicky aktivity, které dělá po vzbuzení nebo před tím, než jde spát.

Listopad 2017

U chlapce se stále nedaří automatizovat hlásku „C“ ve spontánním mluvním projevu, často ji zaměňuje za zvuk podobný hlásce „S“. Když se chlapec soustředí, hlásku zvládne perfektně vyslovit, ale při spontánním projevu ho téměř u každého slova musí logopedka opravovat. S logopedkou opět cvičí postavení mluvidel při artikulaci hlásky „C“, poté probíhá fixace ve slovech:

- cívka, citlivý, cibule, Cidlina
- cop, cena, celý, céva, ceník

Následuje cvičení zaměřené na zesílení jazykového svalstva pomocí špátle. Nejprve logopedka drží špátli v ruce a chlapec do ní jazykem co nejvíce tlačí po dobu pěti vteřin. Poté má chlapec dřívko mezi zuby a jazykem se ho snaží vytlačit ven. V dalším cvičení má chlapec zvednout jazyk za horní zuby a pět sekund ho tam udržet. Nakonec má chlapec vyboulit jazykem nejprve levou tvář a poté pravou.

Poté logopedka přechází na vyvozování hlásky „R“ přes slabiky a slova. Vibrace zatím nezazněla u žádného ze slov, proto logopedka chlapci pomocí špátle rozkmitala jazyk, aby vibraci cítil. Chlapec byl překvapený a měl radost, že „R“ zaznělo. Logopedka matce doporučila, ať to zkoušejí doma, nemusí pomocí špátle, stačí prstem, kterým budou „brnkat“ o podjazykovou uzdičku. Problematické je, že chlapci stále klesá jazyk dolů, nahore v poloze za horními zuby ho dlouho neudrží.

Jako poslední aktivitu dala logopedka chlapci dechovou pomůcku, která se skládá z dřevěné trubičky a košíku, ve kterém je polystyrenový míček. Chlapec má za úkol nejen míček pomocí výdechového proudu zvednout, ale také ho poté postupným ubíráním na síle opět vrátit zpátky do košíku. Při této hře se chlapec velmi dobře zabaví, ani si neuvědomuje, že něco procvičuje.

Leden 2018

S dvouměsíčním odstupem je u chlapce konečně vidět určitý progres v automatizaci hlásky „C“. Hlásku občas již sám použije, a v polovině případů, kdy vysloví nesprávný zvuk, u něj

proběhne úspěšná autokorekce. Logopedka ho chválí, chlapce to velmi těší a je na sebe pyšný. Terapie jako obvykle začíná fixací hlásky „C“, tentokrát za pomoci básniček, které chlapec dostane za úkol do příště recitovat, aby zároveň trénoval i sluchovou paměť:

„Cibulinka cibule,

cibulinka v octě,

dávala ji Cecílie,

Cecilovi k poctě.“

„Cínoví vojáci,

co máte na práci?

Cupete tu cupy, cup,

Do krabice hup!“

Poté si chlapec vyprosil, zda by si zase nemohl hrát s dechovou pomůckou, se kterou si hrál před dvěma měsíci. Následuje obdobné cvičení motoriky jazyka jako v listopadu – tlačení do špátle a elevace jazyka za horní zuby.

Následně logopedka přechází k vyvozování hlásky „R“. Chlapci se stále nedaří pomocí substituční metody vyvodit vibraci jazyka, i když opakuje slova rychle za sebou. Po čase se jazyk chlapce unaví a už je pro něj obtížné ho zvednout, dochází ke komolení slov. Jazykem chlapec doma vyvození vibrace pomocí prstu trénoval, je v tom úspěšný, ale trápí ho, že jinak „R“ neřekne. Pozitivní je, že se již pomalu odnaučuje používat velární „R“ a namísto toho hlásku nahrazuje ve shlučích hláskou „D“ i ve spontánním projevu. Je očividné, že s nácvikem nové hlásky se chlapci i matce navrátila motivace ke cvičení i doma, jinak by to tak rychle nebylo možné.

Jako poslední aktivitu logopedka s chlapcem procvičuje opět časové úseky dne. Rozloží před chlapce šest obrázků, které znázorňují činnosti typické pro ráno, odpoledne a večer, chlapec je má seřadit a poté převyprávět jejich obsah. Toto jsou natolik automatické činnosti, že s nimi chlapec nemá potíže, navíc matka dala na radu logopedky a s chlapcem popis těchto denních úseků často trénují.

f) prognóza

V současné době má chlapec ještě obtíže s užíváním hlásky „C“ ve spontánním projevu, hláska „R“ se zatím daří vyslovit pouze substituční metodou, v řeči chlapec občas vyslovuje patologický vzor hlásky tvořený v zadní části dutiny ústní. U hlásky „Ř“ zatím korekce neprobíhá, patologický vzor hlásky zní jako „Š-Ž“. Po obsahové stránce je řeč kromě občasných gramatických nepřesností v pořádku, v psaném projevu se často objevují dysgramatismy v podobě záměn a vynechání písmen či záměn interpunkčních znamének. Jemná motorika je stále mírně podprůměrná.

Chlapec má ve škole vypracovaný individuální vzdělávací plán a v blízké budoucnosti ho čeká speciálně-pedagogické vyšetření z důvodu podezření na specifické poruchy učení. Pokud vyšetření potvrdí diagnózu, je důležité vypracovat nový IVP, který bude zohledňovat chlapcovy nedostatky a zabrání se tak snížení sebehodnocení chlapce a ztrátě motivace. Důležité je setrvat v logopedické terapii, nadále se věnovat artikulačním nedostatkům chlapce, trénovat časovou a prostorovou orientaci, motoriku mluvidel a jemnou motoriku.

V současné době panuje mezi logopedickými asistentkami ve škole a klinickou logopedkou nesouhlas. Logopedické asistentky nesouhlasily s tím, aby se u chlapce začala vyvozovat hláska „R“, když není dokončená automatizace hlásky „C“. Proto s chlapcem ve škole cvičí automatizaci hlásky „C“ a hlásku „R“ vůbec neprocvičují. Chlapcova učitelka spolupracuje pouze se školními logopedkami, proto po chlapci ani ve výuce nechce, aby místo patologického vzoru hlásky „R“ ji vyslovoval pomocí substituční metody. Bylo by potřeba tento nesouhlas vyřešit a rozhodnout a terapii vést tím způsobem, který je nejvhodnější pro chlapce.

Případová studie chlapce C

Diagnóza: lehká reziduální vývojová dysfázie

a) osobní anamnéza

Chlapci je v současné době osm let. Narodil se v termínu, porod proběhl bez komplikací přirozenou cestou. Po porodu byl chlapec kojen pouze pár měsíců, poté byl odstaven. Chlapec neprodělal žádné vážnější onemocnění, přivodil si několik úrazů, ale žádný z nich po sobě nezanechal trvalé následky. Dle psychologického vyšetření je chlapec inteligenčně lehce nadprůměrný.

V kolektivu je chlapec spíše vůdčí typ, je hodně soutěživý a cílevědomý. Pokud se situace nevyvíjí podle jeho představ, následuje výbuch vzteku. Agresivita zřejmě pramení z jeho stále nízké srozumitelnosti řeči – chlapec se nedokáže slovně obhájit, proto konflikty řeší násilím.

Mezi chlapcovy záliby patří hra na Playstationu, hra na kytaru, fotbal, rád si hraje se stavebnicí lego. V tomto případě je patrná chlapcova zručnost a dostatek fantazie, dokáže stavět i bez předlohy. V oblasti jemné motoriky nemá větší nedostatky, dokáže si zavázat tkaničky, zapnout knoflíky, dokonce rád vyšívá.

Chlapcův vývoj řeči byl výrazně opožděný oproti normě, jeho aktivní slovní zásoba ve třech letech věku čítala pouze několik slov. Chlapec měl obtíže i v oblasti porozumění řeči, i když pasivní slovník byl podstatně vyšší než aktivní. Své nedostatky si chlapec plně uvědomoval, snažil se na sebe upozornit různými skřeky, gestikulací nebo ukazováním na předmět, po kterém toužil. Nepochopení ze strany komunikačního partnera vyvolalo výbuch vzteku často i ve formě fyzického násilí.

b) rodinná anamnéza

Chlapec žije v rodinném domě se svým otcem, jeho přítelkyní, která s nimi žije již od chlapcových dvou let, a se svou sestrou (10 let). Když byl chlapci jeden rok, jeho biologická matka rodinu opustila. V současné době je nezvěstná, rodina o ní nemá žádné informace. Dříve chlapec absencí matky velmi trpěl, v současné době se již zdá s rodinnou situací vyrovnaný. Přítelkyni otce považují obě děti za svou matku, ačkoliv je nemá adoptované.

Otec je vyučený zámečnický a v tomto povolání také podniká. Těší se dobrému zdraví, nevyskytují se u něj žádná onemocnění. Logopedická terapie u otce nikdy nepobíhala, jeho řeč je intaktní. U biologické matky se také nevyskytovala žádná onemocnění, ani u ní neproběhla logopedická intervence. Přítelkyně otce (dále bude označována jako matka) je vyučená a v současné době je zaměstnána jako kuchařka. V dětství u ní probíhala logopedická intervence zaměřena na korekci hlásky „Ř“, která se však nezdařila a hláska je stále tvořena patologicky.

Sestra chlapce absolvovala na pomezí předškolního a školního věku logopedickou terapii zaměřenou na vyvození intaktních vzorů hlásek „R“ a „Ř“, které v současné době aktivně používá ve spontánním projevu. Dívka měla odklad povinné školní docházky z důvodu emocionální nezralosti. V současné době chodí do 4. třídy, k dispozici má asistenta pedagoga, má velmi sníženou odolnost vůči stresu. Dle psychologického vyšetření je inteligence u dívky na pomezí lehkého inteligenčního podprůměru a lehké mentální retardace.

c) diagnostika a diagnóza

U chlapce bylo nejdříve podezření na poruchu autistického spektra. Kvůli tomuto podezření chlapce odmítali přijmout v mateřské škole bez řádného diagnostického vyšetření. Na základě doporučení kamarádky jej otec přivedl ve třech a půl letech do dětského denního rehabilitačního stacionáře v okresním městě, kde chlapec absolvoval diagnostický pobyt.

Diagnostický pobyt trval tři týdny, přičemž bylo u chlapce dle zprávy zjištěno, že motorická oblast je u chlapce v normě, expresivní složka řeči na úrovni jednoho roku, konstrukční úlohy a adaptivní chování je na úrovni 36 měsíců. Sociální chování je na podstatně nižší úrovni, než by odpovídalo věku.

Podezření na diagnózu porucha autistického spektra se nepotvrdilo, po psychologickém vyšetření byla rodičům doporučena další vyšetření, a to diferenciální diagnostika dětským psychiatrem a foniatrické vyšetření. Vyšetření dětským neurologem proběhlo ve stacionáři. Po podstoupení výše jmenovaných vyšetření byla chlapci potvrzena diagnóza vývojová dysfázie, která ovlivňuje zejména expresivní složku řeči, mimo to má chlapec přidružené ADHD.

d) školní anamnéza

Mateřská škola

Ve čtyřech a půl letech bylo rodičům doporučeno, že nejideálnější pro chlapce by bylo zařadit se do kolektivu vrstevníků v mateřské škole. Chlapci byla doporučena mateřská škola pro mentálně postižené, do které ovšem za předpokladu dostatečné kapacity dochází i děti, které mají pouze vadu řeči. Matka s tím však nesouhlasila, měla pocit, že by se v zařízení takového typu chlapec přestal snažit. Rodiče se rozhodli umístit chlapce do běžné mateřské školy v nedalekém městě, která má k dispozici speciální logopedickou třídu. Paní učitelka má vystudovaný magisterský obor se státnicemi z logopedie. Chlapec měl k dispozici asistenta pedagoga. Krátce po nastoupení do této třídy chlapec odmítal komunikovat jak s dětmi, učitelkou i svým asistentem. Poté, co se aklimatizoval, se již snažil navázat kontakt. Začal komunikovat prostřednictvím Výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS), jehož princip velmi rychle pochopil. Zároveň tím byla rozšiřována slovní zásoba chlapce. I když pomocí alternativní komunikace chlapec dokázal konečně dát najevo svá přání a potřeby, při interakci s dětmi často docházelo k fyzickým útokům. Po roce od užívání VOKS rodiče a učitelka upustili, protože chlapec se začal snažit verbálně komunikovat. Jeho řeč byla výrazně stigmatizovaná a byla nutná úprava artikulace téměř všech hlásek.

Chlapci byl při zápise do 1. třídy doporučen odklad povinné školní docházky, vyšetření v PPP doporučení potvrdilo. Chlapec měl nedostatky zejména v mluvené formě řeči, která byla těžce srozumitelná. Úroveň pracovních návyků byla velmi nízká, chlapec dával stále přednost hře. Psycholožka rodičům vysvětlila nutnost návštěvy klinického logopeda, ke kterému chlapec doposud nedocházel, logopedická péče mu byla poskytována pouze v mateřské škole.

Poslední rok předškolní docházky strávil chlapec v logopedické třídě, druhý zápis do 1. třídy proběhl v pořádku. Řeč byla stále hůře srozumitelná, ale jinak byl již chlapec dostatečně zralý a připravený k nástupu do 1. třídy. U zápisu dokonce předříkal předem připravenou básničku. Do školy se těšil.

Základní škola

V září 2016 nastoupil chlapec na základní školu v nedaleké vesnici, která již měla zkušenosti s individuální integrací žáků se zdravotním postižením. Počet dětí ve třídě byl nízký, a tak měla paní učitelka možnost individuálního přístupu k chlapci.

V 1. třídě měl chlapec výrazné obtíže v chování, které se projevovaly častými potyčkami se spolužáky, či se sestrou. Nedařilo se mu ovládat své reakce i v běžných situacích, často reagoval agresivně. Nedokázal přijmout prohru, nebyl schopný spolupracovat se spolužáky ani ve dvojici či ve skupině. Občas má potíže s respektováním dospělé autority. Tyto problémy u chlapce bohužel stále přetrvávají. Dále měl chlapec výrazné obtíže s vyjadřováním, mluvním projevem nedokázal vyjádřit vše, co potřeboval. Čtení mělo pomalejší tempo, vyskytovaly se potíže s porozuměním, obtíže se vyskytovaly i v oblasti psaní. Tyto potíže také přetrvávají.

Ve 2. třídě se zlepšila schopnost analýzy a syntézy slov, pravo-levá orientace, která mu v 1. třídě činila potíže, a zrakové rozlišování. Přetrvávají potíže s udržení pozornosti, zejména selektivní, v oblasti krátkodobé sluchové paměti, čtení a psaní, ačkoliv v oblasti čtení došlo k výraznému zlepšení. Po řečové stránce má obtíže zejména ve foneticko-fonologické rovině, která je zatížena zejména dyslalickým projevem a zhoršeným fonologickým rozlišováním, v lexikálně-sémantické rovině se občas projevuje pomalejší výbavnost slov a v morfologicko-syntaktické rovině je nejmarkantnějším znakem oslabený jazykový cit projevující se zejména při psaní diktátů, chlapec v písemném sdělení pravidelně zaměňuje interpunkční znaménka (místo háčků píše čárky). Ve spontánním projevu chlapce se neobjevují dysgramatismy, avšak mluví spíše v kratších větách. Největší potíže činí chlapci český jazyk.

Podpůrná opatření ve druhé třídě byla výrazně snížena, protože chlapec již nepotřebuje tolik úprav, jeho vada řeči se již tolik neprojevuje ve výchovně-vzdělávacím procesu. V první třídě měl chlapec k dispozici asistenta pedagoga, v současné době ho již nepotřebuje. Chlapec sedí v první lavici, učitelka se musí pravidelně ujišťovat, zda při samostatné práci pochopil správně pokyny, zejména ty, které jsou vedené psanou formou. Sedí sám, aby se zamezilo konfliktním situacím, učitelka se snaží eliminovat práce ve dvojici

či ve skupině. Chlapec má stále obtíže orientovat se v delším psaném textu, proto jsou pro něj vypracovány pracovní listy se zjednodušeným zadáním. Do samostatné práce chlapce zasahuje také jeho porucha koncentrace pozornosti, i proto musí učitelka zjišťovat úroveň porozumění žáka.

Paní učitelka poskytuje chlapci doučování dvakrát týdně, které je věnované zejména čtení s porozuměním a psaní. Chlapec před třídou čte pouze v případech, kdy sám chce, učitelka ho nenutí, protože si je vědoma chlapcova handicapu, který se v četbě projevuje. Písmo chlapce je kostrbaté, písmena na sebe těžko navazují, chlapec příliš tlačí na podložku. Chlapec má potíže s výbavností některých velkých a malých písmen. Při diktátech paní učitelka nehodnotí chyby, které vyplývají z oslabeného fonologického rozlišování chlapce, zároveň má chlapec k dispozici vizualizované kartičky s gramatickými pravidly. V matematice je chlapec úspěšný, jediné, co mu dělá potíže, je orientace ve slovní úloze, kdy s paní učitelkou o doučování pracují na tom, aby dokázal najít v úloze klíčová slova, podle kterých ji vyřeší. Větnou odpověď zformulovat bez pomoci nedokáže.

Důležitým bodem podpůrných opatření je časová úprava vyučování, která spočívá v častých přestávkách spojených s pohybovou aktivitou. Chlapec se přesune do zadní části třídy vybavené kobercem, kde se může protáhnout, zároveň však dbá na to, aby nerušil spolužáky při práci.

Paní učitelka uplatňuje u chlapce individuální přístup, je v pravidelném kontaktu s klinickou logopedkou chlapce, často se k ní obrací pro radu v situacích, kdy si není jistá, jak k chlapci přistupovat. Dbá na správnou výslovnost již vyvozených hlásek. Spolužáci mají chlapce rádi, paní učitelka na počátku první třídy vysvětlila problematiku chlapcova postižení kolektivu třídy, a také zdůraznila, že chlapci je sice hůře rozumět, avšak je stejně chytrý, jako všichni ostatní, jen se prostě složitěji vyjadřuje. Jediné, co paní učitelku velmi trápí, je chlapcovo problematické chování, které často vyústí agresivně. Ve vyhrocených případech se obává o bezpečnost spolužáků chlapce. Z tohoto důvodu je ve třídě přítomný dozor i o přestávkách, který dohlíží na to, aby atmosféra ve třídě byla co nejklidnější. Dozor zasahuje pouze v nutných okamžicích.

Náplní podpůrných opatření je zejména zvýšená podpora a motivace, chlapec nesmí být přetěžován, je důležité zvolit individuální přístup a pracovní tempo. Chlapec měl v první třídě na vysvědčení samé výborné, nyní se pohybuje na pomezí výborné a chvalitebné. Horší známky má z předmětu prvouky a českého jazyka, kdy i přes zmírnění hodnocení chlapec chybuje.

e) logopedická péče

Logopedická péče je chlapci věnována od jeho čtyřech let věku, kdy nastoupil do logopedické třídy při běžné mateřské škole. První etapa logopedické péče spočívala ve zvýšení slovní zásoby chlapce, a to pomocí Výměnného obrázkového komunikačního systému (VOKS). Tato forma alternativní a augmentativní komunikace se u chlapce ukázala jako vhodná zejména kvůli spojení významu pojmu s jeho vizuální podobou, čímž docházelo k rychlejší fixaci slova do slovníku chlapce. Po roce užívání tohoto systému byla chlapcova slovní zásoba navýšena natolik, že se sám pokoušel o navázání kontaktu pomocí jednoduchých, špatně srozumitelných slov.

V šesti letech věku chlapec kromě docházení do logopedické třídy začal pravidelně navštěvovat klinického logopeda v okresním městě v intervalu jednou za tři týdny. Aktivní slovník chlapce byl stále velmi chudý, ale obtíže s porozuměním mluvené řeči se u něj nikdy ve větší míře neobjevovaly. Terapie tedy spočívala v navýšení pasivního a následně aktivního slovníku chlapce, před počátkem školní docházky se logopedická intervence zaměřila také na korekci vadně vyslovovaných hlásek. Logopedka zároveň vyžaduje od chlapce, aby četl, dává mu i pracovní listy domů, i to je možným důvodem, proč se chlapcovo čtení výrazně zlepšuje. Důležitým bodem logopedické intervence je rozvoj fonologického rozlišování, který chlapci stále činí velké potíže.

Chlapec měl zpočátku problém komunikovat s klinickou logopedkou, ta si však postupem času získala jeho důvěru a nyní s ní chlapec rád spolupracuje. Logopedická intervence je vedena formou hry, logopedka často střídá aktivity, jsou zapojeny i přestávky spojené s pohybovou aktivitou, nebo hry, při kterých chlapec využívá jemnou motoriku namísto mluvení.

Matka hodnotí logopedickou péči velmi kladně, u chlapce doma nastavila pevný pracovní řád, výslovnost i rozvíjení obsahové stránky jazyka procvičují každý den. Do rozvoje komunikačních kompetencí chlapce se snaží zapojit i otce, ten má však časově náročné povolání. Matka připouští, že měli velké štěstí, protože všichni odborníci, se kterými přišli do styku, byli velmi ochotní a vstřícní, byl u nich patrný zájem chlapci pomoci. Klinická logopedka ji dokáže dobře instruovat, jak má probíhat domácí procvičování, kladně hodnotí i její pozitivní přístup k chlapci. Chlapce chválí za sebemenší pokrok, dokázala dobře odhadnout, že chlapec potřebuje spoustu motivace a pozitivní ohodnocení.

f) pozorování přímé práce logopedky

Pozorovat přímou práci klinické logopedky jsem mohla na třech logopedických intervencích, a to v listopadu, prosinci a lednu. Chlapec byl první hodinu, kdy jsem se účastnila, z mé přítomnosti velmi nervózní, logopedka mu ale vysvětlila, že se musím dívat na to, jak jim to spolu jde, abych mohla také pomoci dětem, které mají podobné potíže. Chlapec si to nechal vysvětlit a zbytek terapie si mě již nevšímal. Nesnažil se se mnou navázat rozhovor ani navázat oční kontakt.

Část logopedické intervence zaměřené na korekci vadné výslovnosti byla zaměřena na fixaci skupiny hlásek „ĎŤŇ“ a „CSZ“, a to zejména zlepšováním schopnosti fonemické diferenciací. Ostatní hlásky jsou již vyvozené. Srozumitelnost řeči tedy netrpí dyslalickými obtížemi, jako spíše tím, že se chlapec často přeřekne, dochází k přesmykávání slabik, vynechávání slabik a hlásek. Když se chlapec soustředí, hlásky použije intaktně, ve spontánní řeči je však stále automatizované nemá. Náplní logopedické terapie je také zlepšování schopnosti prostorové orientace, zejména předložky určující umístění v prostoru, čtení s porozuměním, cvičení na podporu koordinace mluvního svalstva a motoriku mluvidel.

Listopad 2017

Začátek každého logopedického sezení logopedka věnuje fixaci hlásek, v současné době tedy fixací skupin hlásek „CSZ“ a „ĎŤŇ“, a jejich fonologickým rozlišováním. Hlásky jsou fixovány ve slovech:

- děje, dělá, dělí, bledě, mládě, v bídě
- tít, tik, ticho, tichá, tikot, nutí, potí, mytí
- nic, nikdo, nijak, koník, paní, lední, sedni

Dřív chlapec potřeboval obrázkovou podporu, dnes dokáže už pracovat pouze formou opakování slov po logopedce. U skupiny hlásek „CSZ“ ještě často dochází k typickým asimilacím, logopedka s chlapcem opakuje vyvozování hlásky „S“ před logopedickým zrcadlem, poté chlapec opakuje slabiky, každou slabiku zopakuje třikrát.

- a-s, e-s, i-s, o-s, u-s, ou-s
- sa, se, sí, so, su, sou

Chlapci se opět daří při vysoké koncentraci pozornosti hlásku správně artikulovat, ve spontánní řeči však hlásky stále splývají.

Následuje hra slovní fotbal, která u chlapce podporuje schopnost analýzy a syntézy slov. Principem hry je vymyslet slovo, které začíná na poslední hlásku předchozího slova. Chlapec tato hra velmi baví a je v ní úspěšný. Když se mu však nedaří najít vhodné slovo, rychle ztrácí trpělivost a po chvíli se na hru již nedokáže soustředit, jeho pozornost upoutávají různé hry a předměty v místnosti.

V polovině každého sezení se jde chlapec protáhnout, logopedka tuto chvíli využije k procvičení pravolevé orientace na tělovém schématu. Chlapci zadává pokyny v podobě:

- skákej na pravé noze
- klekni si na levé koleno
- dotkni se pravou rukou levého palce u nohy atp.

Chlapec to bere jako zábavu, a ne jako procvičování. Poté logopedka vybere hru sluchové pexeso, které podporuje sluchové vnímání. Pexeso se skládá z několika dvojic kostek, ve kterých je například písek, kamínky, korálky atd. Principem hry je nalézt dvě kostky, ve kterých je stejný materiál, a tudíž znějí stejně. S tímto úkolem má chlapec potíže, a protože mu nejde, nechce pokračovat dál. Logopedce se však podaří chlapce pomocí pozitivní motivace přesvědčit k dokončení úkolu.

Následuje cvičení na motoriku jazyka, zaměřené na rychlé střídání postavení mluvidel: „našpulíme rty, roztáhneme je do úsměvu, nafoukneme tváře, vyceníme zuby atd.“ Chlapci dělají tyto rychlé přechody potíže, vždy před dalším pohybem potřebuje chvíli, aby si mluvidla správně „nastavil“. Za domácí úkol dostane chlapec krátkou pohádku, kterou má doma matce nahlas přečíst, a poté odpovědět na kontrolní otázky.

Prosinec 2017

Terapie opět začíná procvičováním měkčení, které logopedka s chlapcem fixuje již téměř rok. Došlo k obrovskému pokroku v oblasti fonologického rozlišování, ale ve spontánní řeči se stále často objevují spíše hlásky tvrdé (např. letí – letý). Následuje opět fixace hlásky „S“ ve slabikách. Logopedka s chlapcem zkouší procvičit i jednoduchá slova, avšak to se chlapci ještě příliš nedaří.

Poté již následuje kontrola domácího úkolu. Chlapec text přečte, jeho čtení už je na poměrně dobré úrovni, z důvodu nedostatečné pozornosti si musí zakrývat následující řádky, jinak se mu často stává, že přečte stejný řádek dvakrát nebo naopak jeden řádek přeskočí. Poté logopedka pomocí kontrolních otázek zjišťuje úroveň porozumění textu. Je vidět, že se chlapec s matkou doma poctivě připravovali, chlapec na otázky pohotově

odpovídá. Po žádosti logopedky je chlapec dokonce schopný v krátkých větách převyprávět děj. Čas věnovaný textu chlapce vyčerpá, potřebuje pravidelnou pauzu uprostřed logopedické intervence. Logopedka trénuje chlapcovu pozornost pomocí hry „Kuba řekl“. Princip hry spočívá v tom, že logopedka chlapci zadává různé úkoly. Pokud na začátku věty řekne „Kuba řekl“, chlapec úkol musí splnit. Pokud tato slova však ve větě neřekne, chlapec by měl pokračovat v předchozí činnosti. Tato hra chlapci moc nejde, ale dnes bere svou „prohru sportovně“, asi proto, že ho při jeho neúspěchu téměř nikdo neviděl.

Následně logopedka dá chlapci tužku a papír a chlapec kreslí podle pokynů. Jedná se o procvičování předložek určující umístění v prostoru, a také cvičení na grafomotoriku. Chlapec drží tužku dobře, i když trochu blízko hrotu, z obrázku je viditelný přílišný tlak na podložku. Logopedka chlapci pokládá pokyny: „Uprostřed stojí dům. Nalevo od domu rostou květiny. Před domem je plot. Nad květinami svítí sluníčko.“ Chlapcova kresba obsahuje typické rysy kresby dětí s vývojovou dysfázií – obrázky postrádají detaily (například dům nemá okna, komín, dveře), jsou nahuštěné těsně na sebe, na některých místech se až překrývají. Linky jsou roztřesené a často na sebe přímo nedosedají. Poté má chlapec převyprávět, co je na obrázku.

Za domácí úkol chlapec opět dostane krátký text, tentokrát krátký a jednoduchý pracovní postup, jak udělat pudink. Text je pouze ve čtyřech bodech, chlapec má za úkol po přečtení instrukce vyjmenovat.

Leden 2018

Logopedická terapie tradičně začíná fixací hlásek „ĎŤŇ“ ve slovech a hlásky „S“ již v jednoduchých slovech na začátku a na konci slov:

- síla, sílí, seje, sele, syn, sype
- le-s, pe-s, lo-s, ko-s, ka-z. re-z

Následovalo dechové cvičení na prodloužení výdechového proudu, kdy chlapec foukal do větrníku, co nejdéle to šlo. Také odfoukával peříčko z dlaně. Poté již logopedka přešla ke kontrole domácího úkolu. Matka přiznávala, že jim tento úkol zpočátku dělala potíže. Chlapec měl problém zapamatovat si přesné pořadí daných instrukcí, zpočátku mu matka pomáhala pantomimou, kde například znázorňovala sypaní prášku do hrnce, lítí mléka, či míchání. Po nápadu s pantomimou již bylo pro chlapce snazší zafixovat si pořadí instrukcí, které si spojil s pořadím pantomimy a recept převyprávěl. Vysvětlit pracovní postup se mu podařilo i u logopedky, která velmi chválila jeho, zároveň však pochválila

matku za její nápaditost. Chlapec měl velkou radost, že v úkolu uspěl, protože si uvědomoval, že mu takové činnosti dělají potíže.

Po relaxační pauze a protažení proběhlo cvičení zaměřené na sluchovou paměť s podobě Kimovy hry. Logopedka před chlapce položila obrázky pěti předmětů, chlapec si je snažil zapamatovat, a po zakrytí vyjmenovat. Chlapec byl schopný vybavit si čtyři z pěti předmětů, což je u dítěte s vývojovou dysfázií dobrý výsledek. Následovalo cvičení na dějovou posloupnost ze šesti obrázků, které měl chlapec chronologicky seřadit a poté krátce popsat dějovou strukturu. S tímto cvičením již chlapec nemá výraznější obtíže, dřív mu logopedka musela hodně napovídat.

Poté již chlapec dostal na domácí trénování pracovní list v podobě papíru s vyobrazenou deskovou hrou s hracími poli. Jednotlivá hrací políčka obsahovala slova na fixaci hlásky „S“. Po hrací desce se pohybuje pomocí hracích kostek, po stoupnutí na políčko musí chlapec vyslovit slovo, které je podpořeno obrázkem. Na tuhle hru se chlapec domů velmi těší, deskové hry s políčky má rád.

g) prognóza

Chlapcův mluvní projev se pomalu zlepšuje, řeč je však v současné době stále výrazně stigmatizována. Spolupráci mezi rodiči, učitelkou a klinickou logopedkou hodnotím velmi kladně a přínosně. Je pravděpodobné, že se u chlapce projeví specifické poruchy učení, klinická logopedka doporučovala speciálně-pedagogické vyšetření zaměřené na výskyt SVPU, to však zatím neproběhlo. Bylo by vhodné vyšetření podstoupit, aby se z něj mohly vyvodit případná podpůrná opatření zaměřená na danou problematiku.

Není jisté, do jaké míry si chlapec osvojí funkčně využívat písmo, v současné době má problém sestavit jednoduchou, gramaticky správnou větu. Pokud má na výběr z předem daných slov, s jistými potížemi větu sestaví. Logopedka i učitelka chlapce hodnotí jako bystrého a inteligentního, je však důležité zapracovat na jeho problematickém chování.

Případová studie dívky A

Diagnóza: mnohočetná dyslalie

a) osobní anamnéza

Dívka je narozena v březnu roku 2011, v současné době je jí šest let, chodí do 1. třídy ZŠ. Těhotenství i porod proběhly bez problémů, dívka se narodila přirozenou cestou v termínu bez použití chirurgických nástrojů. Matka pracovala do třetího měsíce těhotenství, poté byla

doma. Do třetího měsíce těhotenství pracovala jako prodavačka, práce byla fyzicky nenáročná. Ve druhém trimestru se matka stala spoluúčastníkem autonehody, ze kterých matka i dítě vyvázli bez vážnějších zranění.

Dívka byla kojena do 8. měsíce věku, poté byla odstavena z důvodu nedostatečné tvorby mléka matky. Psychomotorický vývoj probíhal přesně podle tabulek, dívka prospívala. Nikdy neprodělala vážnější nemoc, či úraz, řeč se také rozvíjela v normě. První slova vyslovovala na 12. měsíci, jednoduché dvojslovné věty na 17. měsíci.

Povahově je dívka spíše klidná a neprůbojná, avšak v kolektivu je oblíbená a ani z její strany nevznikají žádné zábrany, které by bránily komunikaci. Dívka není agresivní, avšak když se jí něco nevyvede podle jejich představ, je velmi sebelítostivá, objevuje se u ní sklon k perfekcionismu. Vše musí mít na svém místě, pokud tomu tak není, je nervózní a nesvá. Dívka je komunikativní, nedělá jí potíže mluvit před větší skupinou lidí či před cizími lidmi.

b) rodinná anamnéza

Dívka žije ve dvougeneračním rodinném domě na vesnici se svou matkou a dvěma staršími bratry. V přízemí domu žijí rodiče matky. Matka je v současné době zaměstnána jako prodavačka v optice v nedalekém městě, otec dívky se svou rodinou nežije, s dcerou nemá zájem se stýkat. Bratr M. (15 let) a bratr H. (20 let) mají odlišného otce než dívka, ani ten však nejeví o své syny zájem.

Matka v dětství absolvovala logopedickou terapii z důvodu nesprávné výslovnosti hlásek „R“ a „Ř“, terapie započala v předškolním věku z toho důvodu, aby ve škole neměla potíže se čtením a psaním daných hlásek. Terapie byla úspěšná a matka je svým dětem kvalitním řečovým vzorem. U otce dívky logopedická terapie neprobíhala.

Oba bratři dívky také docházeli na logopedickou terapii, bratr M. od předškolního věku do 2. třídy ZŠ s mnohočetnou dyslalií. U chlapce se nepodařila korekce patologické výslovnosti hlásky „R“. Bratr H. docházel na logopedickou terapii od předškolního věku až do 5. třídy ZŠ s diagnózou dyslalie univerzalis, kdy byla zasažena výslovnost většiny hlásek. Bratrovo tempo řeči je navíc velmi rychlé, srozumitelnost jeho projevu je snížena a mluvní projev je stigmatizovaný. Po uvedení těchto informací z rodinné anamnézy by se dalo mluvit o určité formě nespecifické dědičnosti ze strany matky.

Matka uvádí, že má velmi dobrý vztah se všemi svými dětmi, otevřeně spolu komunikují téměř o všem, všechny její děti u ní hledají radu a pochopení. Matka bývá každý večer doma, má fixní pracovní dobu. Dle matky byla dívka dostatečně stimulována k mluvní

komunikaci, avšak sama uznává, že v dětství si dívka často pomáhala gesty, aby nemusela komunikovat a ona jí vyhovovala. Také uznává, že na dívku často mluvila zdobně, a také formou dětského žvatlání.

c) školní anamnéza

Mateřská škola

Dívka ve třech letech nastoupila do mateřské školy v nedalekém městě do věkově homogenní třídy. Po roce docházky bylo matce doporučeno, aby dívku přesunula do speciální logopedické třídy při té samé běžné mateřské škole z důvodu nesprávné výslovnosti hned několika hlásek. V této třídě vyučovala učitelka, která měla vystudovaný magisterský obor se zaměřením na logopedii a surdopedii, s dětmi vedla jednou týdně skupinovou terapii a jednou za týden se každému dítěti věnovala individuálně. Minimálně jednou do měsíce musel být terapii přítomný rodič dítěte, aby byl obeznámen s jejím průběhem. Mimo to založila logopedka dívce logopedický sešit, do kterého ji nalepovala pracovní listy, a také do něj zapisovala poznámky pro matku dívky. Do této třídy dívka docházela další dva roky, tedy do věku šesti let, odklad povinné školní docházky nebyl nutný, dívka byla dostatečně připravená a zralá na zvládnutí povinné školní docházky.

Základní škola

Dívka nastoupila do 1. třídy v šesti letech, v té době u ní ještě nebyly vyvozeny vzory hlásek „R“ a „Ř“, hláska „C“ ještě nebyla plně automatizována v mluvním projevu. Třídní učitelka dívky má vystudovaný magisterský obor se zaměřením na logopedii a surdopedii. Je tedy zcela v její kompetenci, aby se logopedická péče prolínala všemi předměty. Ve třídě s dívkou je dalších 19 žáků, z toho sedm z nich mělo na počátku školního roku vadu řeči, jednalo se zejména o diagnózy dyslalie. Paní učitelka narušenou komunikační schopnost svých žáků zohledňuje ve všech oblastech vzdělávání, do vyučování českého jazyka zapojuje prvky logopedie například formou spojení písemné a zvukové podoby hlásky, kterou navíc obohatí obrázky s vyobrazeným postavením mluvidel. Při hudební výchově se žáci učí hrát na flétnu, což lze považovat i za vhodné dechové cvičení, kdy dochází k prodlužování a usměrňování výdechového proudu.

Dívka dochází ke školní logopedce, spolupráce učitelky a logopedky je přímo ukázková. Učitelka dívky trvá na intaktní výslovnosti již vyvozených hlásek, toleruje dívčiny potíže v oblasti artikulace víceslabičných slov a slov se souhláskovými shluky. Psaný projev dívky je v normě, má správný úchop psacího náčiní, písmo je úhledné, drží se

na řádku. Dívka nemá potíže se záměnou písmen. Artikulační obtíže se projevují pouze v hlasitém čtení. Paní učitelka dívce poskytuje zpětnou sluchovou vazbu a vyžaduje korekci u hlásek, které dívka již zvládne artikulovat. Učitelka je velmi vstřícná, dívku i ostatní děti velmi chválí a dokáže je pozitivně motivovat.

Dle učitelky je dívka velmi učenlivá, respektuje její autoritu, do školy chodí ráda. Vztah mezi ní a dívkou hodnotí velmi kladně. Dívka je dle ní i velmi oblíbená u spolužáků, vzhledem k tomu, že je ve třídě více dětí s vadou řeči, nikdo se nikomu neposmívá. Učitelka si na začátku školního roku promluvila s dětmi o poruchách řečové komunikace, vysvětlila dětem, že to rozhodně není důvod k tomu, aby se danému člověku smáli. Domácí přípravu hodnotí učitelka pozitivně, dívka je vždy pečlivě připravena na výuku, matka se o dceřin prospěch velmi zajímá. Dívka sedí v první lavici u katedry z důvodu zrakové vady, která je řešena okluzí. Zraková vada dívku nijak neovlivňuje ve výuce.

d) logopedická péče

Jak již bylo řečeno, logopedická péče je dívce věnována již od čtyř let věku. V mateřské škole logopedická terapie spočívala zejména ve vyvozování intaktních vzorů hlásek, kdy dívka většinu hlásek vyslovovala nepřesně. Terapie započala fonemickou diferenciací skupin hlásek „DTN“ a „DŤŇ“, která byla u dívky velmi zdlouhavá a problematická. Z důvodu delšího neúspěchu od této problematiky logopedka upustila a začala se věnovat skupině tupých sykavek „ČŠŽ“, aby dívka zažila pocit úspěchu.

Na pěti letech věku a po vyvození intaktních vzorů hlásek „ČŠŽ“ se logopedka opět navrátila k problematice měkčení. Dívky fonemický sluch už byl dostatečně zralý na uvědomění si rozdílu mezi zmíněnými skupinami a zanedlouho již dívka dokázala dané hlásky nejen bezpečně rozlišit, ale i intaktně je užívat v mluvním projevu. Po automatizaci hlásek „DŤŇ“ logopedka s dívkou přešla na vyvození intaktních vzorů hlásek „CSZ“, což se u dívky objevilo jako největší problém. Dívka nedokázala sluchově rozpoznat drobné rozdíly mezi artikulací hlásky „C“ a „S“, hláska „Z“ dívce nedělala potíže. Nakonec se podařilo vyvodit obě hlásky, avšak fixace a automatizace hlásky „C“ do spontánní řeči se v mateřské škole nepodařila dokončit. Zároveň se logopedka v mateřské škole snažila zahrnout do logopedické terapie oblast školní připravenosti.

Jak již bylo řečeno, po nástupu do první třídy u dívky vázla automatizace hlásky „C“, intaktní vzory hlásek „R“ a „Ř“ nebyly zatím vyvozené vůbec. Vzhledem k tomu, že přes letní prázdniny neprobíhala logopedická terapie a matka s dívkou cvičila velmi málo a nepravidelně, bylo potřeba zatím hlásku opět fixovat ve slabikách (jako například ic, ec,

ac, ci, ce) a slovech, kde se hláska vyskytovala na konci (kopec, konec) nebo kde byla hláska na konci slabikového celku (micka, pecka). I zde byl vidět velký skok ve vyzrálosti fonematického sluchu, dívka téměř po dvou měsících začala hlásku automatizovat do spontánního mluvního projevu a v současné době používá intaktní vzor hlásky „C“ ve všech slovech a slovních spojeních. Jediné, s čím má dívka potíže, jsou slova, kde se vyskytuje více sykavek zároveň, v tom případě dochází k jejich asimilaci (například švestka - svestka atd.).

Matka je s průběhem logopedické terapie spokojená, logopedku sice nemá možnost vidět při přímé práci s její dcerou, ale kdykoliv se k ní může objednat na konzultaci, kdyby si nebyla jistá ohledně domácího procvičování, čehož již dvakrát využila. Logopedka na ni působí vstřícně a profesionálně, zároveň i od své dcery ví, že se k ní chová vlídně. Logopedická péče jí přijde dostatečná a podle ní není potřeba vyhledávat zároveň péči klinického logopeda.

e) vlastní pozorování přímé práce logopedky

Při vlastním pozorování přímé práce logopedky jsem byla přítomná na třech logopedických sezeních u školní logopedky dívky. Logopedická intervence probíhá vždy jednou za 14 dní, a to přibližně na půl hodiny v čase odpolední družiny. Vzhledem k nízké časové dotaci se logopedka soustředí na vyvozování a procvičování již vyvozených hlásek. Také s dívkou procvičuje analýzu a syntézu slov, určení první a poslední hlásky ve slově. Dívce dělají potíže také předložky určující umístění v prostoru, což logopedka procvičuje zejména za pomoci obrázkového materiálu. Dívka si na logopedku velmi rychle zvykla a velmi dobře spolupracuje. Pozornost udrží na celou půl hodinu, kdy logopedie probíhá, není proto potřeba pauz či oddechových cvičení.

Říjen 2017

U dívky proběhla úspěšná automatizace ostrých sykavek, potíže jí dělá jejich diferenciaci. Logopedická intervence začala procvičením diferenciaci sykavek ve slovech (sklenice, sešit, seče, sleze, cvičí) a ve větách:

- Zedník skládá cihly
- Les tiše zašuměl
- Babičce je šedesát let
- Cilka cení zuby na Zdeňka

Dívka má s tímto cvičením potíže, některá slova si musí rozdělit na slabiky, občas sykavky asimiluje. Logopedka dívce nalepila do logopedického sešitu pracovní list zaměřený na tuto problematiku, aby to mohla dívka procvičovat i doma s matkou.

Následuje cvičení na motoriku jazyka, zejména na jeho polohu za předními zuby jako přípravné motorické cvičení pro vyvozování hlásky „R“. Logopedka si s dívkou sedla před logopedické zrcadlo, kde dívce předvádí polohu mluvidel při vyvozování hlásky „R“. Dívka logopedce odhmatává místo pod bradou, kde je patrná vibrace při artikulaci hlásky „R“. Následně již logopedka přechází k vyvození hlásky „R“ substituční metodou s pomocnou hláskou „D“, kdy dívka opakuje nejdříve slabiky (tda, tde, tdi, tdo, tdu), a poté slova (tdnka, tdáva, tdoubí, bdána, ddáha), přičemž se logopedka snaží, aby je dívka vyslovovala co nejrychleji. Už nyní se u dívky občasné ozve „zadrnčení“.

Následuje hra na podporu usměrnění výdechového proudu a správného dýchání – foukací fotbal. Cílem hry je vstřelit gól protihráči do branky, a to za pomoci fouknutí. Míč v této hře představuje papírová kulička. Dívka se při této hře uvolní a odreaguje a může následovat cvičení na správné užití předložek. Dívce činí obtíže zejména předložky, které určují orientaci v prostoru jako například nad, pod, na, vedle, za před apod. Také má potíže s určením stran. Toto s ní logopedka procvičuje na dějovém obrázku. Vždy se dívky ptá: „Kde je pes?“ a dívka odpovídá: „Pes je vedle boudy.“ „Kde je váza?“ „Váza je na stole.“ „Vyjmenuj zvířata, kterou jsou nalevo od kočky“ apod.

Listopad 2017

Logopedická terapie začíná cvičením zaměřené na procvičení sykavek:

- Zasyčíme jako had (SSS),
- jede vlak (Š-Š-Š),
- slyšíme cvrčka (C-C-C),
- zavoláme na Micku (ČI, ČI, ČI),
- předvedeme čmeláka (BZZ) a nakonec komára (ŽŽŽ).

Po tomto cvičení přichází na řadu opět cvičení na diferenciaci sykavek, nyní je již dívka podstatně úspěšnější, slova si už nerozděluje na slabiky, k asimilaci dochází jen zřídkakdy.

Následuje cvičení na vyvozování hlásky „R“ za pomoci substituční metody. Dívka opět vyslovuje slova s hláskou „R“, kterou nahrazuje hláskou „D“. Při rychlém opakování slov je již patrné „drnčení“ u téměř každého slova. Nejúspěšnější je se slovy, která obsahují

souhláskové shluky „TR“ a „DR“. Logopedka se poté pokusila, aby dívka vyslovila hlásku „R“ samostatně, ale to se dívce zatím nepodařilo. Následovalo procvičování artikulace hlásky „R“ na začátku slova, kde si dívka pomáhala hláskou „H“ (např. hracek, hráno apod.). S pomocnou hláskou „H“ se dívce občas podařilo slovo správně vyslovit, bez pomocné hlásky se jí nepodařilo jazyk rozvibrovat a zazní hláska „L“.

Protože dívku trápilo, že se jí hláska nedaří vyslovit samostatně, logopedka jí dovolila, aby si vybrala hru podle vlastního přání. Dívka má velmi ráda hru „Pexeso pro uši“, která rozvíjí sluchové vnímání. Hra se skládá z krabiček s různými druhy materiálů jako jsou kamínky či písek, kdy dítě má podle sluchu najít dvě stejně znící krabičky. Dívka se při hře uklidnila a zdá se, že zapoměla na trápení s vyvozením hlásky „R“.

Za domácí úkol dostala dívka pracovní list se situačním obrázkem, na kterém bylo k nalezení spousta slov obsahující hlásku „R“. Obrázek si má doma vybarvit a zakroužkovat všechny předměty s hláskou „R“, kterých si na obrázků všimne. Následně má obrázek s matkou celými větami popsat.

Leden 2018

S dvouměsíčním odstupem je u dívky vidět obrovský posun ve výslovnosti hlásky „R“. Dívka již zvládne hlásku „R“ vyslovit ve všech souhláskových shlucích, logopedická terapie již neprobíhá substituční metodou. Při vyslovování hlásky „R“ na začátku slova již dívka upouští od používání náhradního zvuku hlásky „H“ a hláska „R“ je již artikulována samostatně. Potíže dívce činí pouze některá slova, kde následuje hláska „R“ po samohlásce, jako jsou například slova: koruna, hora, poradí apod. První logopedické cvičení se tedy zaměřuje na fixaci hlásky „R“, a to za pomoci vět doplněnými obrázky:

- Strýc opravuje traktor
- Trubač troubí na trumpetu
- V pračce se pere prádlo
- Na zahradě rostou kopretiny
- Franta uhrabuje zahradu

Poté jsou na řadě dechová cvičení, nejprve na pomalý výdech, kdy dítě imituje vypouštění nafouklého balónku za vyslovování táhlého „SSSS“. Po tomto cvičení logopedka postaví před dívku skleničku s vodou a slámkou, kdy dívka má bublat do vody, aby se tvořily bubliny, ale zároveň ne tak silně, aby vodu vybryndala na ubrousek, který je umístěn pod skleničkou. Toto cvičení je zaměřené na usměrnění síly výdechového proudu.

Následně se logopedka s dívkou přesunou před logopedické zrcadlo, kde logopedka vysvětluje dívce postavení mluvidel při vyvozování hlásky „Ř“ – rty roztáhnout do úsměvu, zoubky k sobě, dolní čelist je vystrčená mírně dopředu a šeptem ve slovech vyslovujeme hlásku „R“ ve slovech obsahujících hlásku „Ř“. Poté dívka šeptem opakuje po logopedce slova: tri, tríma, trináct, trídí, drív, dríví, drít, tretí, trese, drevo, drevník apod.

Postup vyvozování hlásky „Ř“ logopedka napíše dívce do logopedického sešitu, aby mohly cvičit doma s matkou, zároveň dívce nalepí do sešitu pracovní list s krátkou básničkou na fixaci hlásky „R“:

„Plave ryba proti proudu,

Petr na ni čeká.

Malou rybku nechá plavat,

jen kapra si nechá.“

Dívka se má básničku do příště naučit recitovat. Kolem textu básničky je spousta obrázků, dívka má vybarvit ty, které obsahují hlásku „R“. Zároveň také dostala opět pracovní list na předložky vyjadřující umístění v prostoru a na levou a pravou stranu.

f) prognóza

Z rychlosti postupu logopedické terapie probíhající při základní škole je patrná přímo ukázková spolupráce mezi matkou, učitelkou a logopedkou dívky. Dle logopedky při stejném rychlém postupu nebude dívka ve 2. třídě již logopedickou péči potřebovat. Důležité je aktuálně setrvat ve fixaci a automatizaci hlásky „R“ a ve vyvozování hlásky „Ř“ pomocí substituční metody s pomocnou hláskou „R“.

Podle logopedky je fixace hlásky „R“ téměř u konce, zároveň díky dívčině vnitřní motivaci nebude trvat dlouho a hláska bude plně automatizována do spontánního projevu. Vzhledem k rychlému vyvození hlásky „R“ lze předpokládat i podobnou rychlost u vyvození hlásky „Ř“, logopedka předpokládá, že logopedická terapie by mohla být ke konci první třídy ukončená. Dyslalie se kromě hlasitého čtení nijak neprojevuje ve výchovně-vzdělávacím procesu. Je potřeba zapracovat na rozlišování pravé a levé strany a na předložkách určující orientaci v prostoru.

6 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz praktické části bakalářské práce, diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat aktuální stav realizace logopedické intervence u dětí zahajujících povinnou školní docházku na území Chlumecka a Novobydžovska. Tento cíl byl naplňován pomocí dílčích cílů:

C1 Na základě případových studií popsat realizaci logopedické intervence u vybraných žáků s narušenou komunikační schopností.

V rámci případových studií byla nejprve uvedena osobní a rodinná anamnéza, následně se věnovala anamnéze školní a logopedické péči daného žáka. Ve všech případech byly součástí případové studie uvedeny diagnózy a obtíže vyplývající z narušené komunikační schopnosti daného žáka. V rámci části věnované logopedické péči byla popsán směr, kterým se logopedická intervence u konkrétního jedince ubírala v minulosti a následně byla formou pozorování přímé práce logopedky vždy ve třech sezeních popsána aktuální náplň logopedické terapie.

Logopedická terapie žáků s dyslalií probíhala zejména v oblasti korekce artikulačních nedostatků, následně se věnovala dílčím nedostatkům daného žáka vyplývajících z narušené komunikační schopnosti. V rámci logopedické intervence byla terapeutickými postupy upravována artikulace daných hlásek, ale také probíhala dechová cvičení a cvičení na motoriku mluvidel, zejména v rámci přípravných cvičení vyvozování nového artikulačního vzoru hlásky.

U žáka s vývojovou dysfázií bylo primárně potřeba zaměřit logopedickou terapii na rozšíření slovní zásoby, aby se zlepšila schopnost porozumění a vyjadřovací schopnosti. Zároveň u něj probíhala stimulace všech oblastí, ve kterých se projevovaly jeho obtíže. Mimo foneticko-fonologickou rovinu se logopedická terapie zaměřovala i na zbylé tři, zároveň rozvíjela u chlapce sluchové a zrakové vnímání, motoriku mluvidel i koordinaci mluvních orgánů, pravolevou a prostorovou orientaci.

Logopedky daných žáků uměly odhadnout vhodný přístup, se kterým vedly terapii narušené komunikační schopnosti. Všechny dostatečně střídaly aktivity, snažily se o komplexní rozvoj všech složek řeči, a nejen o rozvoj v rovině foneticko-fonologické, i když její důležitost také nelze popřít. Žáci byli dostatečně motivováni v průběhu logopedické terapie, logopedky s nimi dokázaly navázat blízký vztah stojící na vzájemné důvěře. **Tento cíl lze považovat za splněný.**

C2 Zjistit, jakým způsobem participuje na eliminaci komunikačních obtíží učitel žáka s narušenou komunikační schopností.

Dílčí cíl č. 2 byl naplňován pomocí rozhovorů s pedagogy daných žáků s narušenou komunikační schopností. V rámci rozhovorů byly zjišťovány informace o projevech narušené komunikační schopností ve výchovně-vzdělávacím procesu žáka. Pokud se prokázalo, že porucha řečové komunikace daného žáka znevýhodňuje v edukačním procesu, bylo zjišťováno, jakým způsobem postupuje pedagog, aby tyto projevy eliminoval nebo alespoň zmírnil. V případě stanovení podpůrných opatření daného žáka byla zjišťována jejich konkrétní podoba. Podpůrná opatření využívali dva vybraní žáci s narušenou komunikační schopností, mezi kterými lze najít mnoho podobností, jako je například úprava zasedacího pořádku ve třídě, úprava délky diktátů či vizualizované pomůcky při procesu osvojování gramatických pravidel, ale i rozdílného přístupu, který je nejmarkantnější zejména ve spolupráci asistenta pedagoga u jednoho žáka.

V rozhovorech byla také zjišťována míra spolupráce s logopedkou daného žáka, kde si opět lze všimnout široké škály od úzké a pravidelné spolupráce, přes pocit nepotřebnosti kooperace, až po její odmítání. U jednoho žáka docházelo k rozporu mezi logopedickou péčí poskytovanou školním logopedem a klinickým logopedem, kdy se učitelka postavila na stranu školního logopeda, od kterého přijímala rady a doporučení, a kontaktovat klinického logopeda nepovažovala za důležité. Uváděné informace o vzájemné spolupráci jsem ověřovala rozhovorem s matkami a logopedkami daných žáků. I tento **cíl lze považovat za splněný**.

C3 Popsat průběh logopedické terapie u vybraných dětí s narušenou komunikační schopností z pohledu rodiče.

Vzhledem k tomu, že rodiče jsou ti, kteří se nejvíce podílejí na korekci narušené komunikační schopnosti v prostředí mimo logopedickou ambulanci, je důležité, aby jejich vnímání průběhu terapie bylo kladné, a aby dostatečně rozuměli pokynům a instrukcím o prováděných terapeutických pokynech. Zajímavý je fakt, že většina matek daných žáků s narušenou komunikační schopností nesetřvala u první logopedky, kterou navštívili, a to z důvodu, že jim nevyhovoval terapeutický postup, který zvolila, či absence dostatečné motivace. Některé matky kritizují přílišnou přísnost logopedek, jiné zase ráznost považují za kladnou vlastnost, kterou jejich dítě potřebuje k tomu, aby se dostatečně soustředilo na daný úkol. Odhadnout vhodný přístup vedení terapie není snadné, a ne vždy se dá každému zavděčit.

Pomocí rozhovorů byla také zjišťována frekvence domácího logopedického procvičování, ale vzhledem k tomu, že výběr výzkumného vzorku začínal u matek, které se samy nabídly a souhlasily s doprovázením na logopedické intervence, je patrné, že domácí příprava těchto matek byla minimálně na dobré a pravidelné úrovni. Všechny matky byly s výběrem současné logopedky jejich dítěte spokojené, jediné, co hodnotily negativně, byla vzdálenost pracoviště logopedky od jejich domova. Tento **dílčí cíl považuji za splněný**.

Pomocí těchto dílčích cílů byl podpořen hlavní cíl bakalářské práce, který byl splněn pomocí výzkumného šetření kvalitativního charakteru. Kromě toho bylo provedeno šetření kvantitativního rázu, které proběhlo za pomoci metody dotazníku. Při vyhodnocování dotazníkového šetření nebylo využito standardních metod kvantitativního výzkumu ověřujících statisticky významný rozdíl, neboť pro validitu výzkumného šetření tohoto charakteru je třeba mít k dispozici výzkumný vzorek minimálně o 100 respondentech. V rámci dotazníkového šetření byly stanoveny dvě hypotézy:

Hypotéza 1: Mezi dětmi tvořícími výzkumný vzorek (tj. dětmi zahajujícími povinnou školní docházku ve vybraných školách na Chlumecku a Novobydžovsku) se vyskytuje více než 40 % dětí s přetrvávajícími odchylkami artikulačního vývoje.

Tato hypotéza byla formulována na základě informací uváděných v odborné literatuře, například Krauhlová (2013) uvádí ve své knize rozsáhlé, v historii provedené výzkumy na danou problematiku. Výskyt artikulačních obtíží u žáků zahajujících povinnou školní docházku se již několik desítek let dle mnoha výzkumů udržuje na hranici 40 %.

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy bylo využito položek v dotazníkovém šetření, týkajících se počtu žáků ve třídách, četnosti žáků s narušenou komunikační schopností a jejich diagnózy. Ačkoliv žáci s narušenou komunikační schopností se vyskytovali ve 23 třídách z celkového počtu 27, tj. 85 %, celkový počet žáků s diagnózou dyslalie je podstatně nižší, než udává literatura. Z celkového počtu 516 žáků má diagnostikovanou dyslalii pouhých 58 žáků, což je procentuálně 11 %. Při rozdělení žáků do prvních a druhých tříd základních škol získáme výsledky 16 % žáků s diagnostikovanou dyslalií v prvních třídách, ve druhých třídách je četnost dyslalie pouhých 6 %. V malotřídkách z výzkumného vzorku bylo zjištěno 16 % žáků s dyslalií.

Výsledky podstatně ovlivnil fakt, že dotazníkové šetření proběhlo až ve druhém pololetí školního roku, kdy spousta žáků s dyslalickými obtížemi už zvládla logopedickou

intervenci úspěšně ukončit. I před to však nelze nic jiného než konstatovat, že **hypotéza číslo 1 jedna byla vyvrácena.**

Hypotéza 2 Ve více než 75 % základních škol tvořících výzkumný vzorek je realizována logopedická péče zejména formou logopedického kroužku či přítomností školního logopeda.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 11 základních škol, přičemž určitou formu logopedické poskytovalo osm z nich. Tedy 73 % dotazovaných škol poskytovalo určitou formu logopedické péče. Logopedickou intervencí za přítomnosti školního logopeda poskytovaly tři školy, další čtyři školy poskytovaly péči formou logopedického kroužku. V součtu tedy poskytuje logopedickou péči zejména formou logopedického kroužku či přítomnosti školního logopeda sedm škol, což je 64 %. Z toho vyplývá, že i **hypotéza číslo 2 byla ve výsledku vyvrácena.**

Závěr

Počátek školní docházky představuje pro dítě ztrátu většiny jistot, které doposud mělo. Je na něj přenesena velká dávka odpovědnosti za sebe i za své činy, podstatnou část dne tráví s lidmi, které doposud neznal. Také musí přijmout roli žáka, spolužáka a novou autoritu učitele. Už jen z tohoto výčtu je patrné, že i pro dítě, které netrpí žádnými nedostatky, je to nápor na jeho psychiku. Teď se představte, že toto musí prožívat dítě, které má narušenou komunikační schopnost, a jehož komunikační kompetence nejsou na takové úrovni, na jaké se předpokládá. To se samozřejmě v podstatném množství případů podepisuje nejen na výchovně-vzdělávacím procesu jako takovém, ale i na jeho vztazích se spolužáky, na jeho socializaci do skupiny vrstevníků.

Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce bylo definovat počátek školní docházky z pohledu dítěte, úroveň jeho jazykových a komunikačních dovedností a jakým způsobem se projevují nedostatky v jednotlivých jazykových rovinách. Dále byly popsány nejčastější druhy poruch řečové komunikace u dětí zahajujících povinnou školní docházku a v neposlední řadě byl v teoretické části popsán systém poskytování logopedické intervence v České republice.

Teoretické poznatky byly následně aplikovány v praktické části bakalářské práce, která se zabývala aktuálními možnostmi realizace logopedické péče u dětí zahajujících povinnou školní docházku na území Chlumecka a Novobydžovska. V rámci této části bakalářské práce bylo vyhodnoceno dotazníkové šetření, které se zabývalo převážně problematikou poskytování logopedické péče přímo základními školami a jejich pedagogickými pracovníky a výskytem žáků s narušenou komunikační schopností. Nejdůležitější informací týkající se poskytování logopedické péče na tomto území byl fakt, že 8 z 11 dotazovaných základních škol poskytují určitou formu logopedické péče, a to zejména formou logopedického kroužku či přítomností školního logopeda, což je pro logopedickou praxi pozitivní informace.

Součástí praktické části byly také čtyři případové studie, jejichž cílem byla konkretizace poskytování logopedické péče na území Chlumecka a Novobydžovska. Studie se zabývaly logopedickou intervencí u čtyř žáků na počátku školní docházky na Chlumecku a Novobydžovsku. Součástí těchto studií byla osobní, rodinná a školní anamnéza, která se soustředila převážně na přístup učitele k těmto žákům a poskytování podpůrných opatření, následoval popis logopedické péče, jehož součástí bylo pozorování přímé práce logopedky. V rámci pozorování byl u všech dětí patrný viditelný pokrok ve zlepšení jejich

komunikačních schopností. Zároveň byla případová studie zaměřená i na míru zainteresovanosti rodičů žáka s narušenou komunikační schopností do průběhu logopedické intervence, kdy se spolupráce s rodičem a logopedem ukázala ve všech případech na velmi dobré úrovni.

Poskytování logopedické péče žákům docházejících do škol na území Chlumecka a Novobydžovka bych vzhledem k výsledkům výzkumného šetření označila za dostatečné. Logopedická péče probíhá za spolupráce nejen rodičů a logopeda, ale zainteresován je i pedagog žáka s narušenou komunikační schopností, což se jeví jako ideální přístup ke zvyšování úrovně komunikačních a řečových dovedností těchto žáků.

Seznam použité literatury

1. ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.
2. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARDA. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.
3. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. 2. vydání. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0793-9.
4. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
5. BENDO VÁ, Petra. *Logopedická prevence v MŠ*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-491-5.
6. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
7. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. Logopaedia clinica.
8. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
9. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
10. KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-102.
11. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie - patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.
12. KŘOVÁČKOVÁ, Blanka. *Diagnostika - učitel - žák*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-498-4.
13. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Dyslalie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-100-8.
14. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
15. LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

16. MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4654-7.
17. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
18. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.
19. NEUBAUER, Karel, Sarmíte TŮBELE a Lenka NEUBAUEROVÁ. *Žáci s poruchami učení a řečové komunikace v programu základní školy*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-261-5.
20. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
21. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
22. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
23. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
24. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997a. ISBN 80-7184-488-8.
26. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie školního dítěte*. Praha: Karolinum, 1997b. ISBN 80-7184-487-X.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
28. VOŽENÍLEK, V.; MICHALÍK, J. a kol. 2013. *Atlas činnosti speciálněpedagogických center v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244 -3464-3.
29. VRBOVÁ, Renáta. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu narušené komunikační schopnosti: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4648-6.

30. ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2011. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 978-80-262-0044-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. Pokyny k atestační zkoušce. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. Praha [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/ziskavani-specializace/pokyny-k-atestacni-zkousce>

Seznam tabulek a grafů

| | |
|---|----|
| Grafické schéma č. 1: Četnost respondentů ze tříd | 41 |
| Grafické schéma č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti logopedie/zajišťování logopedické péče | 42 |
| Grafické schéma č. 3: Naplněnost tříd..... | 42 |
| Grafické schéma č. 4: Četnost žáků s narušenou komunikační schopností..... | 43 |
| Grafické schéma č. 5: Využití podpůrných opatření žáky 1. a 2. tříd ZŠ..... | 44 |
| Grafické schéma č. 6: Projevy narušené komunikační schopností ve výuce | 45 |
| Grafické schéma č. 7: Výskyt žáků s NKS bez poskytované logopedické péče | 45 |
| Grafické schéma č. 8: Doporučení rodičovi žáka s NKS bez poskytované logopedické péče | 46 |
| Grafické schéma č. 9: Formy poskytování logopedické péče základními školami..... | 46 |
| Grafické schéma č. 10: Vyhodnocení škálových otázek | 47 |

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro učitele 1. a 2. tříd základních škol

Přílohy

Příloha A: Dotazník pro učitele 1. a 2. tříd základních škol

Vážený pane učiteli/Vážená paní učitelko,

Jmenuji se Kateřina Bednářová a jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, oboru Speciální pedagogika – intervence. V současné době jsem ve třetím ročníku a píšu bakalářskou práci na téma „Realizace logopedické péče u dětí zahajujících povinnou školní docházku na Chlumecku a Novobydžovsku“. Součástí této bakalářské práce je dotazníkové šetření zaměřené na výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí zahajujících školní docházku a na poskytování logopedické péče těmto dětem. Cílem dotazníku je také zjistit, do jaké míry pedagog a škola přispívají k realizaci logopedické péče na tomto území. Dotazník je určen pro učitele 1. a 2. tříd základních škol v okruhu 10 kilometrů od Chlumce nad Cidlinou nebo Nového Bydžova.

Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci spočívající ve vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a nezabere více než deset minut Vašeho času. Zjištěné výsledky poslouží pouze ke zpracování praktické části výše zmíněné bakalářské práce.

S přáním hezkého dne,

Kateřina Bednářová

Instrukce k vyplnění

Dotazník prosím vyplňte následujícím způsobem: u uzavřených otázek zakroužkujte správnou odpověď, pokud jste z nabídky vybral/a možnost jiné, vyplňte odpověď na vyznačené místo. U otevřených otázek vpisujte odpověď přímo pod otázku.

15) Vyberte, prosím, odpověď podle Vašeho přesvědčení:

- a. Pedagog a logoped daného žáka by měli být v pravidelném (*tj. např. 1x za 14 dní*) kontaktu.
(plně souhlasím/spíše souhlasím/nemohu posoudit/spíše nesouhlasím/plně nesouhlasím)
- b. Pedagog v 1. a 2. třídě ZŠ by se měl podílet na korekci narušené komunikační schopnosti u svého žáka.
(plně souhlasím/spíše souhlasím/nemohu posoudit/spíše nesouhlasím/plně nesouhlasím)
- c. Žáků s narušenou komunikační schopností zahajujících školní docházku v posledních letech přibývá.
(plně souhlasím/spíše souhlasím/nemohu posoudit/spíše nesouhlasím/plně nesouhlasím)
- d. Mám dostatečné zkušenosti a znalosti ke vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností
(plně souhlasím/spíše souhlasím/nemohu posoudit/spíše nesouhlasím/plně nesouhlasím)

16) Máte nějaké nápady, jakým způsobem by se dala zlepšit úroveň poskytování logopedické péče na Vaší škole? Prosím, uveďte je:

Děkuji za vyplnění a za Váš čas.