

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Renata Sosnová

**Logopedická intervence a školní vzdělávací program ve
vybraných MŠ v Pardubickém kraji**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2017-2020

BACHELOR THESIS

Renata Sosnová

**Logopaedic intervention and school education program in
selected kindergartens in Pardubice region**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne.....

Jméno autorky

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Haně Fleischmannové za cenné připomínky a vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na logopedickou intervenci a její zařazení do školního vzdělávacího programu v předškolní výchově v mateřských školách. Cílem práce je zmapovat přístupy v rozvoji komunikačních schopností (KS) v rámci logopedické prevence ve vybraných mateřských školách v Pardubickém kraji. Teoretická část se věnuje problematice vývoji a rozvoji KS. Vysvětluje příčiny narušené komunikační schopnosti a její nejčastější podobu u dětí v předškolním věku. Poukazuje a zdůvodňuje důležitost logopedické prevence v MŠ. V praktické části je výzkumné šetření prostřednictvím dotazníku zaměřené na nutnost logopedické prevence ve vybraných MŠ a její realizace. V grafickém zobrazení je vyhodnocen přístup a spolupráce MŠ a logopedické prevence v předškolním vzdělávání.

Klíčová slova

Dotazníkové šetření, logoped, logopedická intervence, logopedické pomůcky, logopedická prevence, narušená komunikační schopnost, řeč, školní vzdělávací program

Annotation

This bachelor thesis is focused on logopaedic prevention, meaning of communication and its categorisation into School education program in kindergartens. The aim of this thesis is to familiarize with possible attitudes to disorders of communication abilities and with logopaedic intervention in the Pardubice county. The theoretical part dedicates to speech issue, so that the right development of communication ability is reached. Then explains the causes of disordered communication ability and its most common form at the preschool-age children. It also stresses out the importance of the logopaedics prevention in kindergartens. In the practical part is shown the questionnaire focused on need of logopaedics prevention in some kindergartens and its realisation. The graph evaluation shows the evaluation of the attitude and cooperation within kindergartens and logopaedics prevention in preschool-age children.

Keywords

Questionnaire, speech therapist, logopaedics intervention, logopaedics requisites, logopaedics prevention, disrupted communication ability, speech, School education program

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KOMUNIKACE	10
1.1 Vývoj dětské řeči- ontogenetický vývoj	10
1.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči.....	11
1.3 Vliv rodiny a společnosti pro rozvoj komunikačních schopností.....	14
1.4 Význam komunikace	15
2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	16
2.1 Příčiny vzniku NKS	16
2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti	16
2.2.1 Opožděný vývoj řeči	17
2.2.2 Narušení plynulosti (fluence) řeči - Koktavost, Breptavost.....	18
2.2.3 Narušení článkování řeči - Dyslalie, Dysartrie	20
3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE A JEJÍ ZAŘAZENÍ DO ŠKOLNÍHO VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU V MŠ	23
3.1 Školní vzdělávací program předškolního vzdělávání	26
3.1.1 Vzdělávací oblasti PV	27
3.2 Úrovně logopedické intervence	28
3.3 Primární logopedická prevence	30
3.4 Metody prevence narušené komunikační schopnosti	31
3.5 Logopedické pomůcky v MŠ.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE VE VYBRANÝCH MŠ V PARDUBICKÉM KRAJI	35
4.1 Cíl a metody průzkumu.....	35
4.2 Dotazník pro MŠ v Pardubickém kraji	35
4.3 Časové šetření a jeho průběh	36
4.4 Vlastní šetření a jejich interpretace.....	38

4.5	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	50
	ZÁVĚR.....	53
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54
	SEZNAM ZKRATEK.....	56
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59
	Příloha A - Dotazník.....	I
	Příloha B – Výzkumný vzorek.....	V
	Příloha C - Obrázky.....	VII

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá komunikační problematikou, která je v dnešní době velmi aktuální při rozvoji dětské populace, zvláště v předškolním věku. Logopedická prevence v MŠ a její rozpracování ve školním vzdělávacím programu (ŠVP) má svůj význam pro všestranný rozvoj dítěte. Každým rokem se zvyšuje počet dětí, u nichž se objevuje nesprávná výslovnost. Moderní doba prochází velkým rozvojem v informační technologii, která může potlačit potřebu verbální komunikace. Současný uspěchaný životní styl a nedostatek pohybu v kolektivu nebo také naopak přetěžování aktivními individuálními činnostmi nepřeje rozvoji komunikačních schopností a dovedností. Toto může být jedním z důvodů směřujícího ke špatnému rozvoji řeči dětí v předškolním věku.

Cílem práce je zmapovat přístupy v rozvoji komunikačních schopností (KS) a logopedické prevence ve vybraných mateřských školách. Zjistit, jak spolupracuje MŠ, odborný logoped a rodina v souvislosti s výchovou ke správné výslovnosti.

V teoretické části práce se první kapitola s názvem Komunikace zabývá definicí tohoto pojmu, vývojem řeči dítěte, rozvojem komunikačních schopností a významem komunikace ve společnosti. Druhá kapitola Narušená komunikační schopnost (NKS) vymezuje příčiny jejího vzniku a kategorizaci a podrobně charakterizuje ty, se kterými se nejčastěji setkáváme v předškolním vzdělávání. Třetí kapitola Logopedická intervence v MŠ a její zařazení do ŠVP vysvětluje kompetenci tří rezortů, její úroveň, zařazení do ŠVP předškolního vzdělávání (PV) včetně jeho významu a obsahu. Dále podrobně popisuje primární logopedickou prevenci, její metody a pomůcky pro rozvoj komunikačních schopností.

Praktická část je zaměřena na logopedickou prevenci ve vybraných MŠ v Pardubickém kraji v rámci dotazníkového šetření. Je sledováno, jak se podílejí vybrané mateřské školy na logopedické prevenci v Pardubickém kraji a zdali je zařazena logopedická prevence ve ŠVP. Část otázek dotazníku je zaměřena na zjištění jaké formy a metody práce využívají MŠ ke zlepšení komunikačních schopností dětí. Dále je sledována spolupráce MŠ s rodiči, četnost provádění logopedické prevence (LP), počet logopedických asistentů v MŠ. Součástí dotazníku jsou také otázky zaměřené na určení pohlaví dítěte se špatnou výslovností, spokojenost rodičů s činností v MŠ, převažující kategorie narušené komunikační schopnosti. Výsledky šetření, jejich popis a vyhodnocení je uvedeno v poslední části předložené práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Komunikaci charakterizují Škodová, Jedlička a kol. (2003, s. 17) následovně: „V životě člověka je komunikace aktivitou, již avizuje svůj příchod na svět a kterou se později – během celého života – neustále projevuje. Komunikace je i celou aktivitou, již se nakonec z tohoto světa ohlašuje. Člověk totiž komunikuje se svou matkou - už v intrauterinním životě - a pak se svým užším i širším prostředím – od první sekundy svého narození až po poslední sekundu svého pozemského bytí“.

1.1 Vývoj dětské řeči- ontogenetický vývoj

Řečový vývoj dítěte neprobíhá jako samostatný proces a je ovlivněn vývojem senzoričného vnímání, motoriky, myšlení a také socializací. Tímto se zabývalo i mnoho vědců zahraničníc i našic, například Becker, Kuric, Příhoda, Sovák, Damborská, Vygotskij, Lechta a další. Každý z autorů volí při popisu jiné schéma vývoje dětské řeči. Většina z nich dělí vývoj řeči na přípravná stadia a stadia vlastního vývoje řeči (Klenková, 2006, s. 32).

Ontogenetický vývoj řeči začíná obdobím, které je označováno jako novorozenecké. Jsou zde zahrnovány první řečové projevy po narození dítěte až do doby, kdy se mění melodie zvuku na podobu dětské řečové produkce. První novorozenecký křik se považuje jako projev změny prostředí, vyjadřuje nelibost na změnu teploty, ale také později na pocit hladu (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 90). V 6. týdnu života dostává dětský křik citové zabarvení.

Mezi 2. - 3. měsícem začíná houkání, broukání a postupně se prolínají začátky žvatlání. V této fázi řečového vývoje jsou produkované zvuky neboli „hry s mluvidly“, kdy se v této době nabírá zvukový projev dítěte bohatou melodičností.

V 6. - 8. měsíci začíná období napodobující žvatlání. Dítě napodobuje své vlastní zvuky, které při žvatlání produkuje hláskami svého mateřského jazyka. Je zapojován sluch, zrak, dítě si všímá i pohybů mluvidel nejbližších osob, matky a začíná napodobovat hlásky svého rodného jazyka. Jsou využívány modulační faktory řeči, své pocity a přání vyjadřuje napodobením melodie, výšky, síly, rytmu řeči.

Kolem 10. měsíce přichází stadium rozumění, porozumění řeči. Dítě nechápe obsah slov, které slyší, ale slyšené zvuky asociuje s vjemem či představou konkrétní situace. Vyjadřuje motorickou reakcí, jeho rozumění.

Období mezi 1. – 2. rokem dítěte je charakteristické vlastním vývojem řeči. Dítě vyjadřuje svoje přání, city, prosby, k čemuž už využívá skutečný verbální projev. Nyní to je pouze jednoslovný projev, kterým dítě vyjadřuje radost i nespokojenost. První slova jsou spojována s konkrétními osobami a věcmi. Postupně dítě začíná opakovat slova a napodobovat dospělé. Slovní zásoba dítěte se pohybuje kolem 3 - 20 slov. Ke konci období odpovídá na otázku „Co to je?“.

V období mezi 2. – 3. rokem dochází k rychlému rozvoji řeči. Dítě se učí dosahovat cíle pomocí řeči, snaží se komunikovat stále častěji s dospělými. Může se také kolem věku dvou a půl roku v případě neúspěšné komunikace u dítěte pozorovat frustrace. Dětská řeč by měla být na 70% srozumitelná. V běžné mluvě by mělo používat zhruba 200 srozumitelných slov. Dítě začíná tvořit víceslovné věty, často o sobě mluví ve třetí osobě.

Období 3 let dítěte patří mezi stadia logických pojmů, které jsou úzce spjaty s konkrétními jevy. Pomocí abstrakce, zevšeobecnování se stává všeobecným označením nebo slovem s určitým obsahem. Používá okolo 500 srozumitelných slov.

Na přelomu 3 a 4 let by mělo dítě vyjadřovat své myšlenky dle obsahu i formálně s dostatečnou přesností. Dítě by mělo mluvit ve větách a souvětích. Postupně začleňovat většinu slovních druhů, využívat skloňování a časovat slovesa. V tomto období dítě jeví zájem o prohlížení knížek, poslouchání příběhů, jednoduchý popis obrázků, ale dokáže i reprodukovat jednoduchou říkanku. Toto období nazýváme jako období intelektualizace řeči. Tato etapa pokračuje až do dospělosti člověka (Klenková, 2006, s. 37).

1.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Jazykové roviny foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická, které řečový vývoj dítěte odráží a zároveň se prolínají. V ontogenezi řeči jejich vývoj probíhá v jednotlivých časových úsecích současně. Mají svou posloupnost, které bychom se měli věnovat. U závažnějších případů jako je vývojová dysfázie se ve školním věku mohou vyskytovat obtíže v jazykových rovinách.

Morfologicko-syntaktická rovina je gramatická rovina verbálních projevů, která odráží mentální úroveň dítěte. Lze ji zkoumat až okolo 1. roku dítěte, kdy začíná vlastní vývoj řeči. Sledujeme, jaká první slova dítě používá, kdy nastává období jednoslovných vět a kdy slova vznikají opakováním slabik. V tomto období jsou slova neohebná, neskloňují se, ani nečasují; podstatná jména jsou v 1. pádě, slovesa v infinitivu nebo ve 3. osobě, ale i v rozkazovacím způsobu. Projevy pomocí izolovaných slov trvají do 1 a půl až 2 let. Potom vznikají dvouslovné věty. Mezi 2. - 3. rokem používá dítě více přídavná jména, postupně i osobní zájmena. Nejpozději začíná dítě používat číslovky, předložky, spojky. Všechny slovní druhy začíná dítě užívat po 4. roce života. Fyziologický dysgramatismus je přirozený jev do 4 let dítěte. Pokud se objevují v jazykových projevech dětí nesprávnosti ve tvarech slov a jejich skladebních spojeních, může se jednat o narušený vývoj řeči.

Neodmyslitelným předpokladem rozvoje gramatiky je jazykový cit. Je možno rozvíjet pouze řeči, později i čtením. Můžeme ho stimulovat pomocí jednoduchých říkadel a veršů, které zpočátku spojujeme s obrázky. Cvičení provádíme zábavnou a hravou formou. Nejprve přesně a názorně na několika příkladech vysvětlíme, v čem spočívá úkol. Při rozvoji gramatické řeči je důležitý správný mluvní vzor v okolí dítěte. Problémy se mohou vyskytnout i u dětí, které vyrůstají v bilingválním nebo cizojazyčném prostředí.

Lexikálně-sémantická rovina, je jazyková rovina, která se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem. Slovní zásobu máme aktivní a pasivní. U dítěte je možné kolem 10. měsíce registrovat začátky rozvoje slovní zásoby, kdy začíná rozumět. Ve 12 měsících začíná postupně používat i svoje první slova a tím se rozvíjí slovní zásoba. Neznamená to, že od té doby bude komunikovat jen verbálně. Dorozumívání je hlavně stále na úrovni mimiky, pohledů, pohybů, pláče. Z různých výzkumů, ze kterých se vytvořily průměrné údaje, se dozvídáme, že v období okolo 1 roku je slovní zásoba dítěte 5-7 slov, u dvouletého dítěte přibližně 200 slov, kde je velký nárůst, tříleté dítě už zná téměř 1000 slov. Ve čtyřech letech má slovní zásobu asi 1500 slov. V šesti letech před nástupem do školy je slovní zásoba okolo 2500- 3000 slov.

Rozvoj slovní zásoby probíhá skoro ve všech činnostech. Je to základ rozvoje myšlení. Dítě se učí nejprve poznávat předměty a situace, činnosti a jevy a také je pojmenovávat. Vývoj slovní zásoby vychází ze zkušenosti, poznatků, jejich pochopení a porozumění vzájemným vztahům. Pro rozvoj slovní zásoby můžeme využívat různé obrázkové knihy, encyklopedie a dětské knihy. Nejdůležitější činností v předškolním věku je hra, která přináší nejen radost, ale učí děti poznávat okolní svět a zároveň rozvíjí

a aktivuje řeč. Při hrách se osvědčují říkanky, hádanky a obrázky, které rozšiřují představy dítěte o okolí. Také působí jako výchovný prostředek a vedou k samostatnému vyjadřování. Tato jazyková rovina se rozvíjí po celý život. Pasivní slovní zásoba je významná pro oblast rozumění řeči. Aktivní slovní zásobu nemůžeme budovat bez dobré pasivní slovní zásoby. Zahrnuje slova, která dítě používá při verbální produkci a mělo by chápat jejich obsah.

V oblasti lexikálně-sémantické roviny se vyskytují problémy zejména u jedinců s diagnózou vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, u symptomatických poruch řeči, u mentální retardace, zrakových a sluchových postiženích těžší formy.

Foneticko-fonologická rovina se zabývá zvukovou stránkou řeči, tvorbou a vnímáním hlásek. Sleduje úpravu řeči modulačními faktory, které během mluvy měníme. Této jazykové rovině mnozí odborníci věnovali největší pozornost. Výzkumy probíhaly už brzy po narození. Zaměřovaly se především na dětský křik a broukání. V ontogenezi řeči je období přechodu pudového žvatlání na napodobující žvatlání ve věku od 6 do 9 měsíců. Podle výzkumného šetření se rozcházelý výsledky v pořadí vyslovovaných hlásek dítětem. Správná výslovnost jednotlivých hlásek na celkové úrovni smyslového vnímání, rozumových a napodobovacích schopnostech. Nejdříve se dítě učí hlásky jednoduché a později složitější. Narušení této jazykové roviny se nejvíce projevuje u jedinců s diagnózou vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, dyslalie, dysartrie, palatolalie, rhinolalie. Podle logopeda je v ontogenezi řeči důležité znát pořadí fixace jednotlivých hlásek. Nejdříve se fixují v dětské řeči samohlásky. Následuje ve fixaci souhlásek, což jsou hlásky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Vývoj výslovnosti začíná brzy po narození a může trvat až do 5. až 7. roku života dítěte. Jsou různé příčiny, které ovlivňují vývoj výslovnosti. Důležitá je obratnost mluvních orgánů, vyzrállost fonemického sluchu. Hrají zde roli společenské faktory, společenské prostředí dítěte a hlavním základem je mluvní vzor a množství stimulů řečových i psychických. Jedním z činitelů je i úroveň intelektu, který může mít také vliv na úroveň výslovnosti.

Zvukovou stránku řeči můžeme rozvíjet hravou formou s mnoha cvičeními. Součástí jsou i průpravná cvičení, dechová, fonační, artikulační a rozvoj sluchového vnímání. Ukončení vývoje této jazykové roviny by mělo být do pátého roku dítěte, zpravidla do jeho nástupu do školy.

Pragmatickou rovinou rozumíme komunikační schopnosti v životě, sociální aspekty komunikace. Už dvouleté až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního

partnera a v ní reagovat podle konkrétní situace. Dítě se učí ovládnout mateřský jazyk nejen jako systém různých znaků a pravidel. Přitom si osvojuje schopnosti, kterými využívá různé komunikační vzorce, které aplikuje různým způsobem v různých situacích. Po 3. roce se dítě snaží patrně komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Ve 4 letech dokáže komunikovat přiměřeně dané situaci.

Podporujeme vyprávění, reprodukci a dramatizaci. Na děti mají velký vliv pohádky, ze kterých čerpají nejen radost, ale i poučení. Vybíráme texty odpovídajícímu věku.

Některé děti mají snížené vyjadřovací schopnosti. Je nutné dávat dítěti co nejvíce prostoru k verbální produkci. Rozvíjíme dětskou tvořivost a fantazii. Za sebemenší pokrok dítě chválíme.

Problémy se správnou fluencí řeči mívají děti s diagnózou balbuties, tumultus sermonis. Nedostatky se dále vyskytují u dětí s vývojovou dysfázií, opožděným vývojem řeči, se symptomatickou vadou řeči při mentální retardaci, dětské mozkové obrně, při těžkých zrakových a sluchových vadách.

1.3 Vliv rodiny a společnosti pro rozvoj komunikačních schopností

Na počátku raného věku je nutné stimulovat verbální projev dítěte, neboť právě tento projev je odrazem jeho mentální a sociální úrovně. To, jak bude dítě mluvit a vyslovovat vychází z prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Vývoj řeči závisí „*na zdravém biologickém základu dítěte*“ (Pavlová - Zahalková a kol., 1976, s. 5).

Pro správný rozvoj řeči je důležitý správný mluvní vzor, dostatek podnětů pro mluvení, motivace ke komunikaci s ohledem na individuální osobnost dítěte. V dnešní době je podnětů k mluvení spíše nedostatek. Rodiče mají na děti málo času, za což může vliv společnosti, pracovní vytížení a vysoké příjmy na úkor ztráty volného času. Někdy chtějí rodiče naopak mít chvíli klidu pro sebe, tak dítě posadí k televizi nebo k počítačové technice, což nemá dobrý vliv jednak na osobnost dítěte, tak i na rozvoj nejen řečových dovedností.

Matka je první, která se dostane do styku s dítětem po narození. Ona na něho mluví, zpívá, a je s ním v tom nejbližším kontaktu pro jeho utišení, i při seznamování se se světem. Již od počátku by maminka na dítě měla mluvit srozumitelně. Děti se učí nápodobou a nevhodným mluvním vzorem by mohlo dojít k některé z poruch řeči.

Vzájemná interakce není jen mezi matkou a dítětem, ale do výchovného působení zasahují i další členové rodiny. Dítě se učí řeči, kterou slyší kolem sebe. Může pochytit

špatnou výslovnost sourozence, naučit se chybné mluvní vzory. Proto je velmi důležité, aby rodina měla na dítě dostatek času, podporovala chuť k mluvnímu projevu, nepřerušovala ho, pokud mluví a nešíšlala na něho. Někdy se stává, že dítě je obklopeno jen příkazy a rozkazy. Motivace ke komunikaci pak v důsledku opakovaného upomínání klesá, dítě se stává spíše pasivním posluchačem.

Důležitou roli ve vývoji řeči představuje přiměřené množství mluvních podnětů. Při nedostatku verbálních podnětů, může dojít u dítěte k opožděnému vývoji řeči. Naopak nadbytek podnětů může dítěti způsobit únavu a sníženou koncentraci pozornosti (Bytešnicková, 2012, s. 23). Je tedy podstatné, aby dítě nebylo ochuzeno o dostatek mluvních kontaktů, ale aby nebylo přetěžováno nepřiměřeným množstvím verbálních podnětů.

V předškolním období dítě navštěvuje mateřskou školu, kde se dítěti v plné míře dostává správného mluvního vzoru. Je využita jak verbální, tak i neverbální komunikace. Umožňuje se vlastní přání, vyjádření svých pocitů a rozvíjejí se sociální vztahy s dětmi a dospělými. Navzájem spolu komunikují a dochází k rozvoji řeči a postupně k rozvoji slovní zásoby. Podle věkové posloupnosti dojde k využívání všech pragmatických rovin.

Komunikační schopnost patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách (Lechta, 1994).

1.4 Význam komunikace

Komunikace je dána z latinského názvu „communicatio“, což můžeme chápat jako význam ve spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace. Pod obecným názvem můžeme komunikaci označit jako lidskou schopnost, která užívá výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Je důležitá pro rozvoj osobnosti, mezilidských vztahů a je prostředkem vzájemných vztahů. Komunikaci neboli dorozumívání vnímáme jako složitý proces výměny informací. Je ovlivňována čtyřmi prvky, které se navzájem ovlivňují (Klenková, 2006, s. 26):

- komunikátor - osoba sdělující něco nového, zdroj informace,
- komunikant - příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje,
- komuniké - nová informace, obsah sdělení,
- komunikační kanál - úspěšná výměna informace, aby si obě strany rozuměly.

2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

„Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti nesnadné. Velmi komplikované je již vymezení normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení. Platí zde určité jazykové zvláštnosti (např. odlišná výslovnost vibrant v češtině a němčině, jiné tempo řeči u nás. Hodnotíme-li zda je u určité osoby NKS, vždy zvážíme, v jakém jazykovém prostředí žije“ (Klenková, 2006, s. 54).

Kapitola bude charakterizovat kategorie NKS č. 1, 5, 6 (viz kapitola 2.2), které jsou v předškolním věku nejčastější.

2.1 Příčiny vzniku NKS

Příčiny vzniku, se využívají buď z hlediska časového, nebo z hlediska lokalizačního. Z časového hlediska mohou vznikat příčiny, a to v období:

1. prenatální - vyznačuje období vývoje plodu před jeho narozením,
2. období perinatální - v průběhu porodu,
3. období postnatální - po narození dítěte.

K nejčastějším příčinám z lokalizačního hlediska se řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánové poškození receptorů, poškození centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí, narušení sociální interakce.

Podle stupně se můžeme také setkávat s narušenou komunikační schopností buď úplnou tj. totální, nebo částečnou tj. parciální. Člověk si svoji narušenou komunikační schopnost, která se u něj projevuje, si nemusí také uvědomovat. Hovoříme například o breptavosti. Také se promítá NKS do sféry symbolických a nesymbolických procesů. K symptomatickým poruchám řeči může docházet, když narušení je hlavním dominantním projevem, nebo symptomem jiného dominantního postižení. Může také docházet k narušení komunikační schopnosti funkční nebo orgánové.

2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Mezi základní kategorie, které Lechta uspořádal do deseti okruhů a třídil je dle symptomatického hlediska a klasifikoval, na základě symptomů patří:

1. vývojová nemluvnost (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)

3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické části řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované a poruchy řeči

2.2.1 Opožděný vývoj řeči

Řeč se vyvíjí složitým procesem a je ovlivňována vnitřními a vnějšími faktory.

Do vnitřních faktorů řadíme vrozené předpoklady a nadání pro řeč, zdravý vývoj zvukového i sluchového analyzátor. Nesmí být poškozená CNS a mluvní orgány, musí být dobrý celkový fyzický i duševní vývoj, uspokojivý vývoj intelektu.

Vnější faktory mají vliv na prostředí výchovy, hlavně množství a přiměřenost podnětů, stimulace dítěte ke komunikaci (Klenková, 2006, s. 63).

Opožděný vývoj řeči může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení. A proto je nutné hledat příčinu, vhodné provést diferenciální diagnostiku a zajistit odborná vyšetření, mezi která patří vyšetření foniatrické, neurologické, psychologické a další.

Mezi symptomy z hlediska průběhu vývoje řeči klasifikujeme prostý vývoj řeči, který patří mezi nejčastější a objevuje se NKS dyslalie. Mezi příčiny patří dědičnost, opožděné vyzrání CNS, negativní výchovné vlivy, lehká porucha sluchu. Hlavním příznakem dochází k opoždění v oblasti řečového projevu, který se může projevit ve všech jazykových rovinách, nebo jen v některé z nich.

Mezi další symptom patří omezený vývoj řeči, který je projevem při mentálním postižení, těžkých poruchách sluchu, kdy se opoždění vyjadřovacích schopností projevuje výrazněji. Největším odrazem je v obsahové stránce řeči a chápání významu slov. V případech při těžkých poruchách sluchu jsou narušeny modulační faktory řeči, jako je tempo, rytmus, dynamika a zejména melodie. U dětí, které jsou postiženy mentální retardací, záleží, jaký je stupeň postižení intelektu. V tomto důsledku dochází také k opoždění jemné i hrubé motoriky.

Při přerušeném vývoji řeči může dojít k přerušení řečového vývoje, který se vyskytuje při úrazech, nádorových onemocněních mozku, vážných duševních onemocněních, ale také při těžkých psychických traumatech. Při vyléčení nebo odstranění nádoru je možné

dosáhnout určité normy. Při nepříznivých okolnostech, kdy se nepodaří odstranit příčinu, například při demenci nebo těžké sluchové vadě, dojde k dalšímu průběhu vývoje symptomy i charakteru omezeného vývoje řeči.

Scestný neboli odchýlný vývoj řeči se projevuje odchylkou od normy, ale pouze jen v některých z rovin řečového vývoje. Zvláště při vadné artikulaci, která je provázána vývojovou anomálií, jako je například deformace zvukové stránky řeči při těžkém rozštěpu patra nebo organickém poškození mluvidel.

Dále zařazujeme symptomy z hlediska věku, mezi něž patří fyziologická nemluvnost a je to doba, kdy dítě prochází přípravnými, předřečovými stadii vývoje řeči. Kolem jednoho roku začíná vlastní vývoj řeči dítěte. Pokud dítě nezačne mluvit do třetího roku života, nemusí ještě jít o vývojovou poruchu řeči, ale o prodlouženou fyziologickou nemluvnost. Ale je nutné si vyžádat komplexní vyšetření příslušnými odborníky. Do vývojových poruch řeči, patří také vývojová nemluvnost. Ale je nutné z hlediska diferenciální diagnostiky přesně diferencovat vývojovou nemluvnost od nemluvnosti získané.

U dětí s opožděným vývojem řeči je důležité doporučit logopedické poradenství, aby byl doporučen správný postup při stimulaci psychomotorického řečového vývoje dítěte. A to v případě zařazení do kolektivu dětí jako je například mateřská škola. Mluvní vzor, který pro správný rozvoj řeči nesmíme podceňovat. Komunikaci podporovat a správnou motivací podněcovat, aby se zvyšoval mluvní apetit dítěte. Vše musí probíhat hravou formou a nenutit dítě mluvit. Rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci. Rozvíjíme rozumění řeči a tím i aktivní a pasivní slovní zásobu. Nesmíme zapomínat na rozvoj motorických schopností, mezi které zařazujeme jemnou, hrubou motoriku a motoriku mluvních orgánů. Důležitým bodem je také rozvoj spontánní řeči.

Při odpovídající péči, která je dítěti věnována v období předškolního věku může vyzrát, a to v rámci k jeho celkovému rozvoji a k rozvoji řeči, kdy se jeho opoždění může úplně vyrovnat.

2.2.2 Narušení plynulosti (fluence) řeči - Koktavost, Breptavost

V současnosti se v naší logopedii využívá definice koktavosti, kterou zveřejnil Lechta (1990): „*Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnapadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynutosti procesu mluvení*“ (Klenková, 2006, s. 154).

Příčiny, při kterých ke koktavosti dochází, nejsou spolehlivě stanoveny. Uváděny jsou dědičné dispozice, orgánové poruchy, neurologický nález různého stupně, průběh biochemických procesů mozku, elektrická aktivita mozkových hemisfér (Pipeková, 2010, s. 125).

Příznaky v mluvené řeči mohou být velmi nápadné, nebo navenek skryté. Člověk, který toto poruchou trpí, je pro něj často velmi závažnou překážkou pro komunikaci. Příznaky koktavosti lze rozdělit na vnější, které se projevují poruchou fonačních pohybů, artikulačních a dýchacích pohybů. Vnitřní příznaky se označují jako duševní stavy, které jsou součástí problémů v komunikaci.

Koktavost můžeme dělit u vnějších příznaků na formu tonickou, která je charakterizována zvýšeným fonačním tlakem neboli prefonační spasmus. Dochází ke zvýšení napětí některých artikulačních svalů a zevních krčních svalů. Poruchy se týkají i dýchání při mluvení, kdy koktaví se nadechují uprostřed slov. Další je forma klonická, ta se projevuje volným opakováním slabik, které jsou nepotlačitelné, nejčastěji se jedná o první slabiky slov. Tonoklonická forma se řadí mezi nejčastější. Je to spojení symptomů předchozích forem (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 260).

Principy a starší české metody jako základní cvičení (Bubeníčková, 1982, In: Škodová, Jedlička a kol. 2003) uvádí:

- dechová a fonační cvičení
- uvolňovací artikulační cvičení
- cvičení čtením
- asociační cvičení
- řečnické cvičení

Pro správnou léčbu by se jednotliví členové léčebného týmu měli doplňovat a být ve vzájemné spolupráci. Nejčastěji je pacient v kontaktu s klinickým logopedem.

Mezi poruchu plynulosti řeči zařazujeme i breptavost, pro kterou je charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči, při čemž je řeč často nesrozumitelná.

Typickým příznakem, který je v mluvené řeči, je akcelerace neboli zrychlení. Při překotném tempu se obtížně realizují za sebou navazující artikulační pohyby a klesá korektní výslovnost. Dále je to opakování a vynechávání slabik objevující se v návaznosti na zrychlené tempo řeči. Dochází i k poruchám artikulace, kdy při rychlém tempu řeči nestíhá precizně vyslovovat jednotlivé hlásky. Může docházet i k poruchám dýchání, nebo dechovému rytmu. Hlasové poruchy vznikají při nesprávné koordinaci respirace a

fonace. Někdy je nenápadná porucha dysmúzie, mezi její faktory patří porucha melodie řeči (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 289).

Příznaky v neverbálním projevu jsou zvláštnosti chování, psychické projevy a celkový zjev breptavých vytváří dojem, že jsou povrchní, unáhlené, impulzivní, roztržité a nepořádné osoby. Dochází k narušení motoriky a motorické nevyrovnanosti, která lze pozorovat i v chůzi. Další příznaky mohou být i v psané řeči.

Prognóza breptavosti závisí na včasném zachycení poruchy, správně zvolené diagnostice a správném terapeutickém přístupu. Důležitá je maximální spolupráce okolí, správný mluvní vzor, dostatečně dlouhý nácvik a pravidelné kontroly. U této poruchy dochází ke zhoršení v pubertě a při nadměrně emocionální zátěži (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 299).

2.2.3 Narušení článkování řeči - Dyslalie, Dysartrie

Dyslalii můžeme nazývat i jako patlavost. Jedná se o poruchu artikulace a při tom je narušena výslovnost jedné hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči. Hláška je tvořena na nesprávném místě (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Správná výslovnost dítěte školního věku je jednou z podmínek pro úspěšnost ve škole. Na vývoji řeči a artikulaci se podílejí rodiče a důvodem je i jejich kvalita řeči.

Tato porucha řeči se vyskytuje především u chlapců. Mezi nejčastější příčiny zařazujeme dědičnost, pohlaví dítěte, poruchy sluchu a zraku, poruchy CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu a vlivy prostředí (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 328).

Dyslalii dělíme podle různých hledisek:

Vývojové hledisko, kdy dítě se nejdříve naučí rozlišovat a napodobovat slyšené zvuky řeči. Do 5. roku nesprávná výslovnost považována za fyziologickou dyslalii, která se upravuje vývojem diferenciálního útlumu, ale někdy tato výslovnost přetrvává, mezi 5. - 7. rokem a pak se jedná o prodlouženou fyziologickou dyslalii. Až do konce 7. roku se upevňují mluvní stereotypy. Je možné, v lehčích případech nesprávnou výslovnost upravit, a to nejen správným mluvním vzorem, ale i autoritou učitele ve škole a dále i identifikací hlásky s psaným a čteným písmenem. Zdali se neupraví výslovnost po 7. roce, jedná se o pravou dyslalii (Klenková, 2006, s. 104).

Podle příčin dělíme dyslalii na funkční a orgánovou. Jako funkční rozlišujeme typy senzorický, při kterém je narušena schopnost sluchové diferenciace a motorický, kde je porucha motorická, artikulační neobratnost, která je způsobena artikulační dynamikou. U

funkční dyslalie je zanedbání ze strany prostředí, dědičnými vlivy a špatným mluvním vzorem.

Orgánová je podmíněna různými faktory, a to v neurologických mechanismech řeči. Dle lokalizace příčiny dyslalie dělíme na akustickou, která je při vadách sluchu, labiální při defektech rtu, dentální je při defektech zubů, palatální při anomáliích patra, lingvální při anomáliích jazyka a nazální, která je při narušení nazality.

Do dalšího dělení zařazujeme podle rozsahu a patří sem dyslalie univerzalis, což znamená mnohočetná dyslalie, kdy je postižena ve výslovnosti většina hlásek. Dyslalia multiplex, při které je rozsah vadně tvořených hlásek menší a je lepší srozumitelnost řeči. Parciální dyslalie, kam patří vada jedné nebo několika hlásek.

Poslední dělení je z hlediska kontextu, kdy je dyslalie hlásková, která se týká jednotlivých hlásek a kontextová a ta je slabiková slovní, že izolované hlásky jsou tvořeny správně, ale ve slabikách nebo slovech chybně (Klenková, 2006, s. 106).

Důležitostí je terapie a její zásady mezi, které patří krátkodobé cvičení, využití sluchové kontroly, používání pomocných hlásek a zásada minimální akce.

Mezi dysartrii zařazujeme poruchu procesu artikulace, a to jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému. Mimo jiné k poruchám hláskování je i narušen v různé míře proces respirace což znamená dýchání, fonace je tvorba hlasu, zvuk řeči, také se vyskytuje dysprozodie, tj. narušení prozodických faktorů jako je melodie, tempo, rytmus a přízvuk. Nejčastěji se setkáváme s dysartrií u vývojových poškození jako je například dětská mozková obrna (DMO). Kdy v různých vývojových stádiích dochází k poškození mozku a mozkových drah. Může vzniknout v prenatálním období při úrazu matky, infekčním onemocněním, krvácením do mozku plodu také při nedostatku vitamínu K, nitroděložním změknutím mozku, nedonošeností různého stupně a u pokusů o přerušování těhotenství. V období perinatálním je možné dysartrii způsobit asfyxie během porodu, motorické oblasti mohou být postiženy drobným nebo větším krvácením při porodu. Postnatální období se řadí k etiologickým faktorům jako je například meningitida, encefalitida, horečnatá onemocnění a intoxikace v prvních měsících života (Pipeková, 2010, s. 127).

Příčiny dysartrie u dospělých osob jsou cévní mozkové příhody, úrazy hlavy a stavy po operacích v oblasti mozkového kmene, motorických a premotorických oblastí mozkové kůry. Vzniklou dysartrii těmito příčinami lze spontánně upravovat, nebo přistoupit na obnovovací logopedickou terapii, ale může také i perzistentně přetrvávat.

K dalšímu vzniku dysartrie může dojít při generativnímu onemocnění CNS jako je Parkinsonova nemoc a roztroušená skleróza (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Přístup a podporu dítěte s vývojovou dysartrií zahajuje logoped už při první diagnostice, a to již v raných etapách vývoje., kdy je třeba, aby se dítě aktivně podílelo na stimulaci a posilování primárních funkcí a preverbálních aktivit, které s tím souvisejí. Také je ovlivňována citlivost dutiny ústní a dýchání se zaměřením na fonorespiraci. V určitých případech se musí zvolit alternativní a augmentativní forma komunikace, při které může dojít k trvalé nebo dočasné.

Nyní je logopedická péče propojena s fyzioterapeutickými přístupy a koncepty jako je například Kabatova metodika, která nám udává zapojení cvičení proti odporu ve stimulaci hybnosti mluvidel. Mezi další patří Castillo-Moralesova metoda a ta je zaměřena přímo na reflexní stimulaci hybnosti orofaciální oblasti, obličejového svalstva, svalstva hrudního pletence, krční oblasti a oblasti horní části páteře. Myofunkční terapie dle Kittelové se týká odstranění projevů a následků nerovnováhy v orofaciální oblasti formou funkční stimulace diferencované hybnosti části mluvidel. Do metody Bobathových, která využívá tzv. ústní terapii pro stimulaci příjmu potravy a polykání, rozvoj orofaciální motoriky, logopedickou terapii s využitím inhibiční polohy stanovenou fyzioterapeutem. Mezi poslední metodu můžeme zařadit lokomoční terapii dle Václava Vojty, která je možností uvolnění svalstva a utlumení mimovolných pohybů v časovém úseku po skončení fyzioterapeutického cvičení, možnost zvýšení stimulace orofaciální motoriky a dýchání při užití spoušťových bodů v této oblasti při cvičení reflexního otáčení (Housarová, 2015, kap. 2.4, s. 10).

S těmito dětmi se s touto poruchou potkáme v MŠ pouze, pokud integrují děti s DMO, s kombinovaným postižením. Obvykle je vypracován individuální vzdělávací plán. Ve speciálních zařízeních je pro tyto děti stanoven režim speciálně pedagogické péče a stimulace dětí s DMO, u kterých se vyskytují i jiná postižení.

3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE A JEJÍ ZAŘAZENÍ DO ŠKOLNÍHO VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU V MŠ

Logopedickou intervenci chápeme jako specifickou aktivitu, kterou uskutečňuje logoped s cílem identifikovat, eliminovat, překonat, nebo alespoň zmírnit NKS a předejít tomuto narušení neboli zlepšit komunikační schopnost.

„Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou jen děti, ale i dospívající, dospělí a lidé ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost“ (Klenková, 2006, s. 212).

V České republice je poskytování logopedických služeb velmi složitým a nepřehledným procesem, neboť je v kompetenci tří rezortů (Klenková, 2006, S. 212).

Dětem se poskytuje logopedická intervence v logopedických zařízeních v rezortu školství, která spadá pod MŠMT ČR, zajišťují odborní pracovníci, kteří se podílejí na intervenci. Pro děti, které nemohou navštěvovat běžnou MŠ a ZŠ z důvodu postižení NKS většího charakteru, jsou zřizovány logopedické třídy při mateřských školách, mateřské školy logopedické a základní školy logopedické.

Do MŠ logopedické jsou zařazeny děti s vážným typem i stupněm postižení, a to po stránce centrálních procesů řeči v oblasti vnímání, zpracovávání a užívání řeči. Tyto děti potřebují intenzivní a soustavnou logopedickou intervenci po delší dobu. Logopedická třída, která je při běžné MŠ, je vhodná, když je třeba upřednostnit setrvání v daném prostředí a zachování všech kvalit sociálních vazeb. Základní školy logopedické, jsou zřizovány jak pro denní docházku, tak i jako typ internátní. Tuto školu navštěvují žáci, kteří vyžadují každodenní intenzivní logopedickou intervenci z daného regionu a ti, u kterých není možné zajištění ambulantně. Velkým problémem je malý počet těchto škol. Rodiče si odloučení dětí nepřejí, tak dochází k integraci žáků s NKS do běžných základních škol. Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, nyní s NKS, musí splňovat dané podmínky. Musí být zajištěn individuální přístup speciálního pedagoga a zajištěna logopedická intervence (Klenková, 2006).

Do rezortu školství ještě zařazujeme mateřské a základní školy pro sluchově postižené, základní školy speciální, speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny.

V tomto rezortu spolupracuje logopedický preventista, za kterého se považuje středoškolsky vzdělaný pedagog, který absolvoval kurz logopedické prevence. Jeho náplní je rozvoj komunikačních schopností a dovedností u intaktní populace předškolního věku. Vše je spojeno s pracovním úvazkem, kdy veškeré aktivity, hry, vzdělávání, jsou systematicky rozděleny dle věku v celém školním roce.

Také je zde zařazen logopedický asistent, který fungoval do roku 1993, nyní musí být absolvent bakalářského studia speciální pedagogiky se specializací a se státní závěrečnou zkouškou z logopedie, surdopedie. Tento absolvent pracuje pod supervizí klinického logopeda nebo speciálního pedagoga se specializací. V rezortu MPSV, může pracovat i samostatně.

Kompetence logopedického asistenta lze vyjádřit a popsat takto:

- podílení na prevenci poruch vývoje řeči u dětí s využitím metodik jazykové výchovy, realizace dechových, fonačních, přípravných artikulačních cvičení,
- podílení se na korekci odchylek artikulace na základě diagnostiky a doporučení logopeda,
- podílení se na maximalizaci logopedické intervenci u dětí s narušenou komunikační schopností pod vedením logopeda,
- podílení se na realizaci intenzivního rehabilitačního programu pro dospělé osoby s narušenou komunikační schopností pod vedením logopeda a realizace mimoškolních výchovných programů se zaměřením na logopedickou intervenci a upevňování výsledků péče logopeda (Pipeková, 2010, s. 135).

Logopedem se stává ten, kdo absolvuje magisterský studijní program ve speciální pedagogice, která se specializuje na logopedii a surdopedii. Tyto studijní obory se lze přihlásit na pedagogických fakultách se získanou akreditací. Je možné také pokračovat v doktorských studijních programech. Po úspěšném zakončení státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie se absolventi magisterských studijních programů zařazují do logopedické praxe. Povinností logopeda v jednotlivých rezortech jako je zdravotnictví, školství a sociální oblasti, plnit požadavky, které jsou dány současnou legislativou daného resortu (Bytešnicková, 2012).

Logoped v rámci své činnosti spolupracuje s odborníky a využívá jejich poznatků z oborů:

- medicínských - foniatrie, audiologie, otorinolaryngologie, neurologie, pediatrie, neurochirurgie, psychiatrie, plastická chirurgie, ortodoncie, stomatologie, rehabilitace, vnitřní lékařství, geriatrie.
- pedagogických - obecná pedagogika, další obory speciální pedagogiky (surdopedie, somatopedie, psychopedie, etopedie, specifické poruchy učení).
- psychologických - vývojová psychologie, patopsychologie, neuropsychologie, psychoterapie.
- jazykovědných - fonetika, lingvistika, psycholingvistika.

Do kompetencí logopeda, které jsou jeho základem, zařazujeme logopedickou prevenci, diagnostikování, logopedickou terapii, poradenskou činnost, posudkovou činnost, výzkumnou činnost, ale i další vzdělávání.

Logoped by měl být odborník, který má odborné znalosti na svém místě, na profesionální úrovni disponuje schopnostmi, dovednostmi, musí mít velmi dobrou úroveň komunikační kompetence, s dobrým fonematickým rozlišováním a projevovat zájem o další vzdělávání (Pipeková, 2010, s. 133).

Do rezortu zdravotnictví zařazujeme logopedické poradny při poliklinikách, logopedická pracoviště při lůžkových odděleních jako je například foniatrie, neurologie, rehabilitace, psychiatrie a geriatrie. Dále máme privátní logopedické ambulance, rehabilitační stacionáře, denní stacionáře při zdravotnických zařízeních, které jsou pro děti i dospělé jedince, léčebny dlouhodobě nemocných a lázeňská zařízení.

Logopedickou péči vykonává logoped i klinický logoped, a to ve státních i soukromých zařízeních.

Za klinického logopeda je považován ten, který absolvoval akreditovaný magisterský studijní program speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním specializačního vzdělávání v oboru klinické logopedie v době trvání 3 let. Klinický logoped s minimální pětiletou praxí při plném pracovním úvazku a získání specializace v tomto oboru může získat licenční osvědčení k provozování soukromé praxe (Pipeková, 2010, s. 134). Za výkon povolání klinického logopeda je považována činnost v rámci diagnostické, léčebné, rehabilitační, preventivní, posudkové a dispenzární péče v oboru klinické logopedie.

Logopedická intervence se řadí také do rezortu práce a sociálních věcí, kde je součástí komplexní rehabilitace v ústavech sociální péče pro děti a mládež. Do těchto ústavů se umísťují ti, kteří mají tělesné postižení a jedinci s kombinovanými vadami. V ústavech

sociální péče logopedi provádějí logopedickou diagnostiku i následnou terapii, snaží se o rozvoj komunikačních schopností těžce postižených dětí a mladistvých, a to podle jejich možností a schopností. Do tohoto rezortu je zahrnuta také raná péče, pod kterou jsou užívány termíny raná intervence, včasná podpora, včasná intervence. Tyto služby a programy jsou poskytovány ohroženým dětem a dětem postiženým i jejich rodinám. Cílem je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace (Klenková, 2006, s. 217). Programy rané péče jsou určeny pro trvale zdravotně postižené děti například mentálně, tělesně, smyslově a děti s kombinovanými vadami. Děti, které jsou vývojově opožděné, což se projevuje v jedné nebo několika vývojových oblastech, v oblasti jemné nebo hrubé motoriky, v sociálním, citovém, kognitivním nebo řečovém vývoji (Klenková, 2006, s. 218).

Raná péče by měla být poskytována na základě návaznosti na lékařskou a léčebnou péči, respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální i sociální a výchovné zvláštnosti rodiny. Aby také docházelo ke komplexnímu přístupu, k orientaci na rodinu, zajištění služeb v přirozeném prostředí dítěte, hlavně v jeho rodině. Důležitá je podpora sociální integrace dětí s postižením a jejich rodin. Rodina má právo na službu i si ji vybrat nebo odmítnout. Zajištění odbornosti, a aby byla akreditace poskytovatelů služeb (Klenková, 2006, s. 219).

3.1 Školní vzdělávací program předškolního vzdělávání

Školní vzdělávací program (ŠVP) je podstatnou částí pro všestranné vzdělávání v mateřské škole (MŠ) a je tvořen na základě Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV). Měl by zajímat všechny, kteří se nějakým způsobem podílí na vzdělávání dětí v MŠ, nebo se jich to nějakým způsobem dotýká. Například rodiče svěřují dítě této škole, sami o něj pečují po všech stránkách. Dále také institucí (jesle, dětské skupiny apod.), ze kterých děti později do MŠ přicházejí.

Tvorba ŠVP je týmová práce. Obsah je tvořen dle RVP PV, který nás informuje, co vše má ŠVP obsahovat, jaká má být struktura. Má velkou cenu už kvůli samotnému procesu, který proběhne a přinese škole mnoho dobrého. Proces tvorby programu je motivující pro zaměstnance a to je základní předpoklad kvalitní práce.

ŠVP PV by měl obsahovat identifikační údaje o mateřské škole (název školy, její adresa, zřizovatel, statutární zástupce, datum schválení programu zaměstnanci a jeho

platnost). Obecnou charakteristiku školy tj. informace o lokalitě, budově, počtu tříd může být součástí i zaměření školy a jejího programu. Také charakteristiku vzdělávacího, podmínky vzdělávání, při kterých se na základě analýzy dohodne, jaké se podmínky pro vzdělávání dětí vytvoří. Obsahuje věcné podmínky, zdali máme vše, co potřebujeme ke své práci, ale také jestli vše je využíváno. Správná životospráva (stolování, jídelníček, pitný režim, pobyt na zdravém vzduchu, pobytu, odpočinku). Psychosociální podmínky, pro vytvoření dětem bezpečí, vzájemné soužití s kamarády a dospělými. Informace o chodu MŠ, aby vyhovoval dětem a možnostem školy. Řízení MŠ, aby vše probíhalo hladce, v dobrém klima, poskytování co nejkvalitnějších služeb. Personální zajištění, zapojení rodičů do dění MŠ a obsah vzdělávání v ŠVP PV, který je popsán v RVP PV a slouží pedagogovi pro přípravu vlastní vzdělávací činnosti (Svobodová, 2010).

Tento obsah předškolního vzdělávání představuje hlavní prostředek vzdělávání dítěte v mateřské škole. Je vymezen tak, aby byly naplňovány vzdělávací záměry a dosahování vzdělávacích cílů. Také je formulován v podobě učiva a očekávaných výstupů. Je stanoven pro celou věkovou skupinu společně, tj. pro děti od 3 do 6 (7) let.

Vzdělávací obsah je členěn do několika vzdělávacích oblastí, které jsou nazvány:

1. Biologické - „Dítě a jeho tělo“
2. Psychologické - „Dítě a jeho psychika“
3. Interpersonální - „Dítě a ten druhý“
4. Sociálně-kulturní - „Dítě a společnost“
5. Environmentální - „Dítě a svět“

3.1.1 Vzdělávací oblasti PV

Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou zpracovány tak, aby byly pro pedagoga srozumitelné a mohl s jejich obsahem pracovat. Mezi oblastí se zahrnují vzájemně propojené kategorie.

S dílčími cíli patří sledování v průběhu předškolního vzdělávání, které jsou důležité u dítěte podporovat.

Vzdělávací nabídka je prostředkem vzdělávání, souborem praktických i intelektových činností.

Očekávané výstupy jsou dílčí výstupy vzdělávání, které jsou formulovány tak, aby měly charakter způsobilosti.

Do předškolní výchovy jsou zařazeny tyto oblasti:

- Dítě a jeho tělo - stimulovat a podporovat růst a neurosvalový vývoj dítěte, podporovat fyzickou pohodu, zlepšovat jeho tělesnou zdatnost i pohybovou a zdravotní kulturu, podpora jeho pohybových i manipulačních dovedností, učit je sebeobslužným dovednostem a vést je ke zdravým životním návykům.
- Dítě a jeho psychika - podporovat duševní pohodu, psychickou zdatnost a odolnost dítěte, rozvoj jeho intelektu, řeči a jazyka, poznávacích procesů a funkcí, jeho citů i vůle, také jeho sebepojetí a sebenahlížení, jeho kreativity a sebevyjádření, stimulovat osvojování a rozvoj jeho vzdělávacích dovedností a povzbuzovat je v dalším rozvoji, poznávání a učení. Tato oblast ještě zahrnuje další tři podoblasti tj. „Jazyk a řeč“, „Poznávací schopnosti a funkce, představivost a fantazie, myšlenkové operace“, „Sebepojetí, city a vůle“.
- Dítě a ten druhý - podporovat utváření vztahů dítěte k dospělému, posilovat, kultivovat a obohacovat jejich vzájemnou komunikaci zajišťovat pohodu těchto vztahů.
- Dítě a společnost - vést dítě do společnosti ostatních lidí a do pravidel soužití s ostatními, uvést je do světa materiálních i duchovních hodnot, do světa kultury a umění, pomoci dítěti osvojit si potřebné si dovednosti, návyky i postoje a umožnit mu aktivně se podílet na utváření společenské pohody ve svém sociálním prostředí.
- Dítě a svět - založit u dítěte elementární povědomí o okolním světě a jeho dění, o vlivu člověka na životní prostředí, vytvořit elementární základy pro otevřený a odpovědný postoj dítěte k životnímu prostředí.

3.2 Úrovně logopedické intervence

Do úrovně logopedická intervence, ve které má významnou a nezastupitelnou roli je logopedická prevence, která aplikuje tři druhy:

- primární - předchází ohrožujícím situacím a může být nespecifická, což všeobecně podporuje žádoucí formy chování (správná péče o řeč) a specifická, která je zaměřená proti určitému riziku (předchází koktavosti, dysfonii)

- sekundární - je orientována na rizikovou skupinu, která je ohrožena negativními jevy

- terciální - tato prevence je zaměřena na osoby, u kterých se NKS již projevila

U prevence je nutné včasné odhalení a odstraňování příčiny vzniku zdravotních poruch a tím myslíme například depistáž, která je v rámci zdravotnické preventivní péče (Edelsberger, 2000, In: Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Logopedická diagnostika, do které patří několik cílů:

- zjistit, jestli jde o NKS, anebo o fyziologický jev
- pokud je možné odhalit příčinu a etiopatogenezi NKS
- určit, zda je NKS trvalé, nebo přechodné, vrozené, či získané
- zjistit, zdali NKS v klinickém obraze dominuje, anebo jde o symptom jiného postižení, narušení nebo poškození
- zjistit, zda si osoba s NKS své narušení uvědomuje, nebo ne
- navrhnout případná terapeutická opatření (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 38)

Logopedická diagnostika je realizována ve třech úrovních. Sem patří orientační vyšetření, kde proběhne diagnostika v rámci screeningu, depistáže. Základním vyšetřením zjišťujeme konkrétní druh NKS, určení základní diagnózy a u speciálního vyšetření se co nejpřesněji identifikuje zjištěná NKS.

Mezi diagnostiku řadíme metody i techniky jako je například pozorování, explorační, testové, kazuistické a diagnostické zkoušky, rozbor výsledků činnosti a přístrojové metody.

Do logopedické terapie zařazujeme metody, které můžeme rozdělit na stimulující, kterými označujeme nerozvinuté řečové funkce. Za korigující považujeme vadné řečové funkce. Do redukujících můžeme zařadit zdánlivě ztracené, dezintegrované řečové funkce. Logopedickou terapii lze charakterizovat jako aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení. Do logopedické terapie je možné aplikovat principy - například:

- z pedagogiky - principy uvědomělosti, aktivity, názornosti, soustavnosti, trvalosti, individuálního přístupu,
- speciálně pedagogické - princip komplexnosti, dispenzarizace, socializace, resocializace,
- specificky logopedické - princip minimální akce, relaxace, komplexnosti, symetričnosti, multisenzoriálního nebo monosenzoriálního přístupu, krátkodobého, ale častého procvičování, funkčního používání řeči, celostního přístupu, včasné stimulace, imitace přirozeného, normálního vývoje řeči a

princip překonávání komunikační bariéry, která je jedna z nejdůležitějších principů (Škodová, Jedlička a kol. 2003).

Každá terapie je závislá na specifiku daného případu.

3.3 Primární logopedická prevence

Při primární logopedické prevenci má učitel kompetenci k podpoře přirozeného vývoje dětské řeči uskutečňované v rámci školských vzdělávacích programů. Tato prevence je zastoupena pod vedením logopeda, který je v MŠ, nebo pravidelně dochází, popřípadě rodiče s dítětem využívají jiné logopedické zařízení.

Logoped se zaměřuje na diagnostiku, terapii a prevenci narušené komunikační schopnosti dětí v MŠ. Hlavní výhodou je individuální přístup k dítěti v prostředí, na něž je zvyklé a které je mu emočně blízké. Spolupráce logopeda s učitelem přímo v podmínkách mateřské školy je velkou výhodou, kde je možnost společně diskutovat a uplatňovat potřebné pokusy a způsoby rozvíjení komunikačních schopností dítěte. Rodiče v tomto směru mají velikou výhodu, a to hlavně z časového hlediska.

Logoped vykonává dva druhy činností v rámci primární prevence a mezi ně patří:

- Nespecifické činnosti - podporují žádoucí formy řeči a chování dítěte, které zajišťují aktivní jazykovou komunikaci.
- Specifické činnosti - řeší konkrétní problémy, jež negativně ovlivňují komunikační schopnosti dětí jako je například opožděný vývoj řeči (Lipnická, 2013, s. 11).

Do logopedické prevence je zahrnuta lékařská péče, vhodné výchovné přístupy v rodině i v mateřské škole. V rámci prevence jsou důležitá logopedická poradenství a logopedická depistáž.

Logopedická poradenství, která jsou poskytována učiteli nebo rodičům. Mezi ně řadíme skupinová či individuální poradenství a to buď v logopedické poradně, nebo v mateřské škole. Logoped poskytuje učitelům a rodičům rady, jak rozvíjet komunikaci dítěte a poukazuje na možná rizika a problémy.

Logopedická depistáž, kdy vyšetřuje logoped řeč v MŠ u 5- 6 letých dětí. Před depistáží musí zákonný zástupce svým podpisem dát souhlas k vyšetření bez jejich nepřítomnosti, může se ale i zúčastnit. Poté logoped vypracuje zprávu pro mateřskou školu. Zákonný zástupce je informován buď logopedem, nebo určeným učitelem.

V mateřských školách jsou možnosti využití logopedických kurzů, které jsou velkým přínosem pro práci s dětmi a pro zlepšení komunikačních schopností, a to jak po stránce názorných ukázek, pomůcek, didaktických materiálů, knih, obrázků.

3.4 Metody prevence narušené komunikační schopnosti

1. Metody podporující rozvoj slovní zásoby

- Zvuky - zastupují slova a jsou pro dítě lehké.
- Zvuky jako fráze - jsou nahrazována slova opakovaně.
- Neologismy - dítě vymýšlí vlastní slova, která používá při komunikaci a postupně zjišťuje, že jsou pro jiné nesrozumitelné, a tak je nahrazuje jazykově srozumitelnými tvary.
- Pasivní slova - označovány určité věci a jevy v okolním prostředí, jejichž napodobuje, ale nechápe jejich význam ve vztazích a souvislostech.
- Pojmy, aktivní slova - dítě poznává a používá ve vztahu k jejich skutečnému významu, i když je nesprávně vysloví nebo komolí.
- Určení, ukázání a výběr pojmenovaného
- Pojmenování osob, předmětů a jevů
- Seskupování slov
- Doplnování významu
- Objasňování významu

2. Metody rozvíjení správné výslovnosti, zřetelnosti a srozumitelnosti řeči dítěte

a) Metody řečové přípravy:

- Dechové hry a cvičení - foukání brčkem, bublifuk, přivonět ke květině, peříčka, hra na flétnu.
- Artikulační hry a cvičení - děti se učí odezírat a napodobovat pohyby artikulačních orgánů a mimických svalů podle správného vzoru (olizujeme se jazykem jako kočička, nafukujeme tváře...).
- Intonační hry a cvičení - ovládání intenzity hlasu, délka a výška, tóny, zvuky, rytmus a tempo, intonace rozkazu, oznámení, prosby a otázky.
- Odezírání - soustředěnost a pozornost na pohyby artikulačních orgánů při vyslovování určitých hlásek, slabik nebo slov podle správně předváděného tvaru.

b) Metody řečové podpory:

- Napodobování zvuků - nápodoba zvuků zvířat, dopravních prostředků a okolních předmětů.
- Koordinace pohybů hrubé a jemné motoriky, motoriky řečových orgánů závisí kromě zrání CNS také na příznivých stimulech vnějšího prostředí, kdy učitel připravuje dítěti pohybové hry a činnosti, pro které je nutná smyslová kontrola.
- Hry s rytmem a pohybem - je zvukovým základem řeči.
- Tvorba rýmů - vedení dítěte k vymýšlení podobně znějících slov k určeným slovům.
- Hry se slovy - zvukové porovnávání stejně a rozdílně znějících slabik a slov, vymýšlení slov začínajících na určitou hlásku nebo slabiku.

3. Metody rozvíjející porozumění i souvislé vyjadřování a povědomí dítěte a gramatické stavbě jazyka

a) V procesu rozvíjení porozumění a souvislého vyjadřování se dítě postupně učí:

- Aktivně poslouchat, sledovat chování a chápat obsah výpovědí partnerů v komunikaci.
- Formulovat myšlenky, nápady, pocity a postoje v dialogu a monologu.
- Klást otázky a tím obohacovat témata a významy při konverzaci.
- Reagovat na komunikační záměry ostatních, poskytovat zpětnou vazbu.

b) Tyto schopnosti dítěti ulehčuje dialog, jehož účelem je:

- Informovat
- Instruovat
- Přesvědčovat
- Domluvit se
- Pobavit se

c) Metody stimulující verbální reprodukci:

- Povídání, rozhovory, vyprávění a převyprávění
- Zpívání a tanec
- Činnosti podle instrukce
- Komentování zážitků a aktivit
- Popis předmětů, obrázku, hračky, situace či činnosti podle smyslově vnímaných vnějších znaků

- Hádanky
- Říkanky
- Dramatizace příběhu, pohádek a hraní rolí
- Žertování
- Plány
- Čtení dítěti a čtení s dítětem - důležité je povídání si s dítětem o obsahu přečteného.

d) Verbální řešení problémů:

- Pokus a omyl - způsob činnostního učení dítěte, když si samo tvoří a ověřuje řešení.
- Návody na tvořivé řešení úkolů a problémů - dítě vymýšlí způsoby, postupy činností.
- Kvazibrainstorming - dítěte poskytuje prostor pro produkci myšlenek, které ho v danou chvíli napadnou.

e) Střídání různých metod, aby se u dítěte celkově rozvíjel rozvoj řečových a jazykových schopností v souladu s kognitivními funkcemi v posloupnosti:.

- Vnímání
- Paměť
- Nižší konvergentní procesy - rozpoznání, vysvětlování podstaty věcí, jevů, nacházení vztahů mezi nimi na základě jednoduché příčinnosti.
- Vyšší konvergentní procesy - usuzování na základě podobnosti věcí a jevů, zobecňování jejich podstatných znaků.
- Hodnotící myšlení
- Tvořivé myšlení

(Lipnická, 2013, s. 28)

3.5 Logopedické pomůcky v MŠ

Logopedické pomůcky jsou nedílnou součástí pro rozvoj správné komunikační schopnosti. Je nabízena celá řada pomůcek ke koupi, ale také z vlastní péle a šetrnosti financí, lze si vyrobit samovolně. Každá je využita pro rozvoj dané oblasti, které jsou důležité pro všestranný rozvoj dítěte.

Pro správnou výslovnost a komunikaci jsou zařazena dechová a artikulační cvičení, pro které jsou využívány: peříčka, bublifuk, polystyrenové kuličky, větrník, svíčka, auta do garáže, brčka a další (viz. Obrázek 1, 2).

Pro artikulační cvičení se používají zrcadla, aby si dítě zkontrolovalo správnost cvičení a také obrázky pro jejich nápodobu, a to jak od úsměvů počínaje tak po gesta konče (viz. Obrázek 3, 4).

Členění motoriky, která zahrnuje rozvoj pohybových schopností a dovedností je na tři skupiny, motorika hrubá, jemná a grafomotorika. Hrubá motorika je zaměřena na zvládnutí základních pohybových dovedností, běžných způsobů pohybů v různém prostředí. Zařazujeme zde pohyby s míčem, přeskoky přes překážky, užívání různého náčiní například lavička, kruhy atd.. Jemná motorika je spojena s obratností rukou, ale také zde navazuje oromotorika, kdy pohyblivost mluvidel nelze oddělit od celkové obratnosti. Do jemné motoriky patří samoobslužná činnost, jako je například stolování, oblékání, manipulační aktivity se stavebnicemi, prstová cvičení, navlékání korálků atd..

Grafomotorický projev vychází z motoriky celého těla, postupně se v souladu s vývojem hybnosti soustřeďuje k pohybům paže, ruky a nakonec prstů. Nejdříve se začíná co nejjednodušeji, jako je například psaní prstem do písku, krupice, prstem namočeným do barvy a jiné. Vše se vykonává i dle věkové skupiny dítěte, která má svoji posloupnost. Taktéž grafomotorické cviky a správné držení tužky tj. „špetkový úchop“ a to nejlépe tužky trojhranné (viz. Obrázek 5).

Mezi další pomůcky, které jsou využívány a potřebné pro rozvoj komunikačních schopností a patří do rozsáhlejší skupiny „Smyslového vnímání“, řadíme sluchovou percepci a fonemický sluch (reprodukce pohádek a krátkých příběhů, hra na ozvěnu, opakování daných slov, identifikace různých zvuků, rozlišování znělosti hlásek, vytleskávání, hra s krabičkami atd.), zrakovou percepci (dějové obrázky, skládání dle předlohy, obrázky k dokreslování, omalovánky, Kimova hra s předměty, pexeso atd.), rytmické schopnosti (rytmické nástroje například dřívka, bubínek, rytmická hra na tělo atd.) a rozumové schopnosti (obrazový materiál k poznávání předmětů, zvířat, rostlin, časových vztahů a jiné; viz Obrázek 6).

Do další rozsáhlé skupiny, která již byla popsána v kapitole 1.4, patří „Jazykové roviny“. V této skupině, která je součástí verbálního projevu a rozvoje slovní zásoby využíváme knihy, všestranný obrazový materiál, hry a jako důležitý i správný mluvní vzor (viz Obrázek 7, 8), (Kolbábková, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE VE VYBRANÝCH MŠ V PARDUBICKÉM KRAJI

Každá MŠ má ve svém ŠVP PV zahrnutou vzdělávací oblast „Dítě a jeho psychika“, jejíž součástí je podoblast „Jazyk a řeč“. Pedagogové se věnují rozvoji komunikačních schopností dětí, ale není zde zahrnuta logopedická prevence. Nicméně v současné době větší část dětí potřebuje odbornou pomoc s výslovností. Proto je dotazníkové šetření této bakalářské práce zaměřeno na zjištění stavu komunikačních schopností dětí v MŠ a přístupu MŠ ke zlepšení situace v různých městech Pardubického kraje.

4.1 Cíl a metody průzkumu

Cílem výzkumné části je působení logopedické prevence v oslovených MŠ v Pardubickém kraji, zejména zjištění formy působení LP, způsob spolupráce mezi pedagogem, rodičem a logopedem, počet dětí vyžadující LP. Dílčími cíli dotazníkového šetření je základní charakteristika vybraných MŠ (počet dětí, pedagogické vzdělání, apod.), poruchy v komunikačních schopnostech dětí, využití LP včetně jejího zařazení do ŠVP a hodnocení spolupráce a výsledku LP.

Na základě výše uvedených cílů byly formulovány následující výzkumné otázky (VO):

VO č. 1. Je logopedická prevence součástí ŠVP ve všech oslovených MŠ?

VO č. 2. Dojde při včasné logopedické prevenci ke snížení NKS i v souvislosti s věkem?

VO č. 3. Budou mít všichni sledovaní logopedičtí pracovníci akreditovaný logopedický kurz?

VO č. 4. Jakou formou pracují logopedičtí preventisté a logopedi v MŠ?

VO č. 5. Jaké pomůcky jsou nejčastěji logopedem používány?

4.2 Dotazník pro MŠ v Pardubickém kraji

„Cílem dotazníku je přesná formulace konkrétního cíle a úlohy dotazníku ve vztahu ke zvolenému problému je základní podmínkou účelného koncipování dotazníku. Přispívá k cílevědomému obsahovému zaměření dotazníku i k jasnému zaměření jednotlivých

položek na uzlové momenty.“ (Gavora, 2000, s. 99). Dotazník je koncipován pokládáním otázek, na nichž respondent odpovídá buď formou ano, ne i nevím, případně jako soubor otázek, k nimž je vždy přiřazena sada možných odpovědí. Také jsou možnosti otevřených otázek, které jsou formulovány na jednoduchou odpověď.

Dotazníkové šetření má své výhody, mezi které patří především nízká časová a finanční náročnost. Může být prováděno i malým počtem výzkumníků, přesto je umožněno získání dat od velkého množství lidí. Pro respondenty, je důležitá vysoká míra anonymity a časová nenáročnost. Nevýhodou dotazníku je ze strany respondentů vysokého zkreslení, sdělují pouze svůj individuální pohled na danou situaci, mohou se pokusit vše zhodnotit v lepším světle nebo odpovědět na otázky lživě.

Dotazník je v pedagogické oblasti nejčastěji používán a pro daný výzkumný cíl nejpřijatelnější. Záměrem dotazníku je zjištění, zda je využití logopedické prevence i ve vybraných MŠ v Pardubickém kraji. Byl sestaven z otázek dle vlastního výběru a z vlastní pedagogické a logopedické praxe, která souvisí s celým výzkumem. Otázky byly vybrány dle vlastního uvážení a celkového zjištění. Jeho zhodnocení bylo před rozesláním konzultováno s logopedem, který spolupracuje s MŠ. Konzultace proběhla v kladném smyslu a se souhlasem odeslání do vybraných MŠ v Pardubickém kraji. Celkem bylo vytvořeno otázek 17 jak s výběrem odpovědi, tak i s odpovědí otevřenou. Odpovědi na otázky byly zaznamenány automaticky ve formuláři prohlížeče Google.

4.3 Časové šetření a jeho průběh

Dotazník byl odeslán začátkem dubna 2019 přes emailové adresy do 50 MŠ v Pardubickém kraji a to jak do měst, tak i obcí. V každém zaslaném emailu bylo představení dotazující osoby, která žádá o vyplnění dotazníku, a popsán cíl a záměr dotazníkového šetření. Na závěr bylo poděkování za vyplnění a čas věnovaný respondenty. Šetření probíhalo anonymně z důvodu GPPR. Pod hypertextovým odkazem bylo 17 otázek. Odpovědi na otázky a otevřené otázky se zaznamenávaly automaticky ve formuláři prohlížeče Google.

Po 14 dnech od prvního odeslání emailu bylo posláno připomenutí a opětné poděkování za vyplnění dotazníku. V polovině měsíce května 2019 bylo vyplněno 35 dotazníků zaslaných do MŠ. Ukázka vyplněného dotazníku je uvedena v příloze č. 1. a v Tabulce č. 1 je souhrn měst a obcí, ze kterých byly vyplněné dotazníky získány.

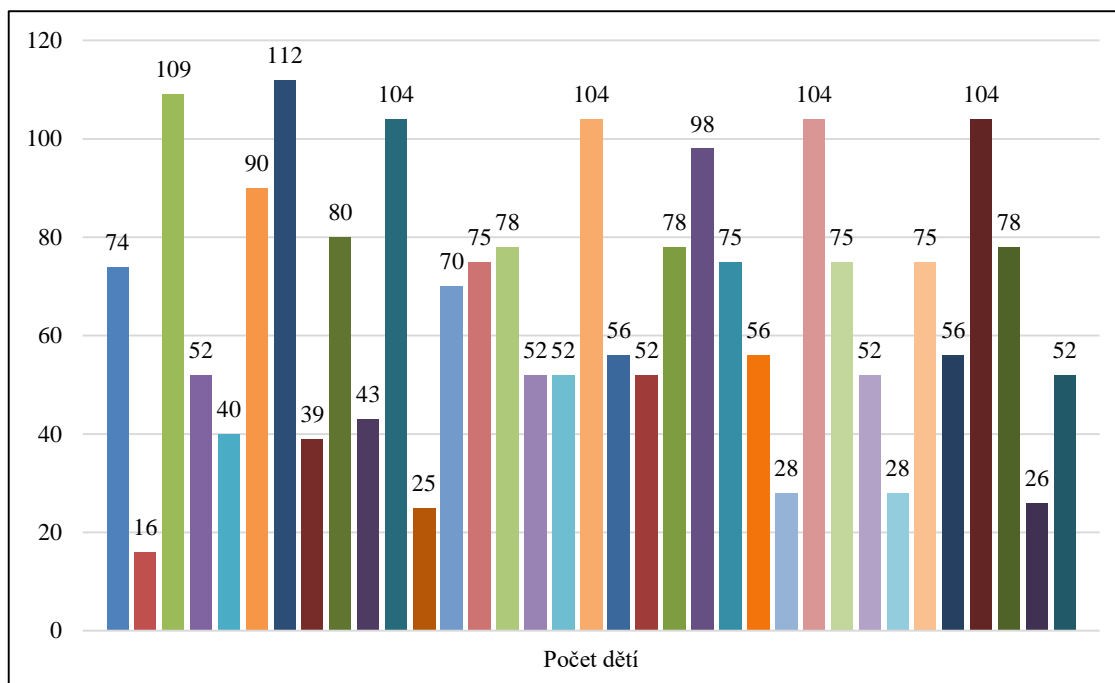
Tabulka 1 – Výčet měst a obcí, ze kterých byly získány vyplněné dotazníky

Název města, obce	Počet MŠ
Pardubice a okolí	15
Chrudim a okolí	6
Skuteč	1
Žamberk	1
Litomyšl a okolí	5
Svitavy	3
Polička a okolí	4
Lanškroun	2
Česká Třebová	3
Přelouč a okolí	10
Celkem	35

Zdroj: autor práce, 2019

4.4 Vlastní šetření a jejich interpretace

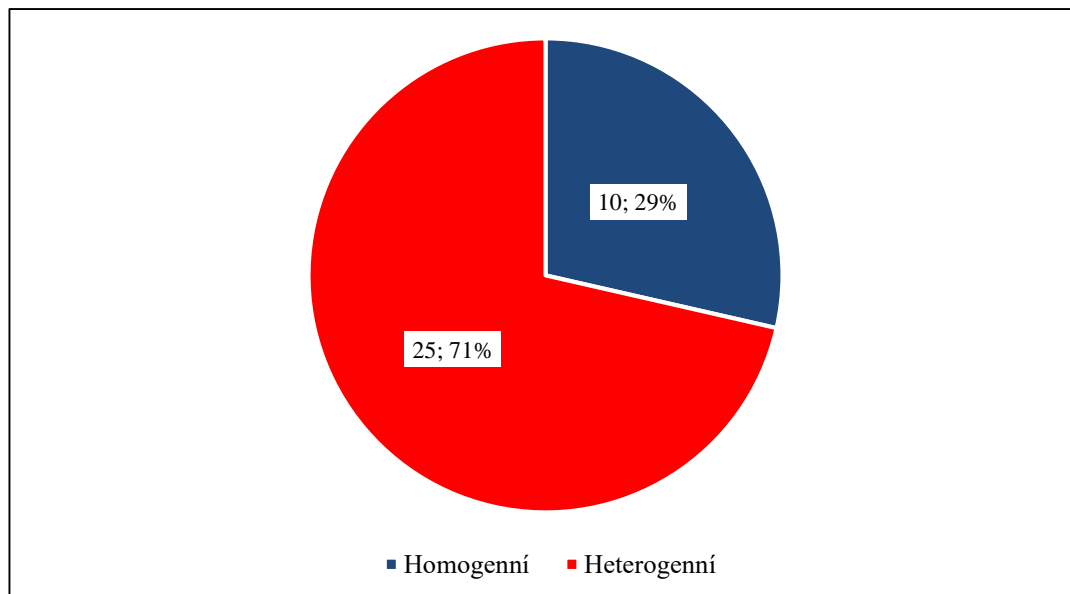
Graf 1 - Počet dětí v MŠ



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 1 zobrazuje počet dětí ve vybraných mateřských školách v Pardubickém kraji. Ze získaných 35 odpovědí má většina MŠ více než 50 dětí, z toho 6 MŠ má více než 100 dětí. Nejvyšší počet dětí byl 112. Naopak nejnižší uvedený počet je 16 dětí a další 4 MŠ mají počet dětí menší než 30.

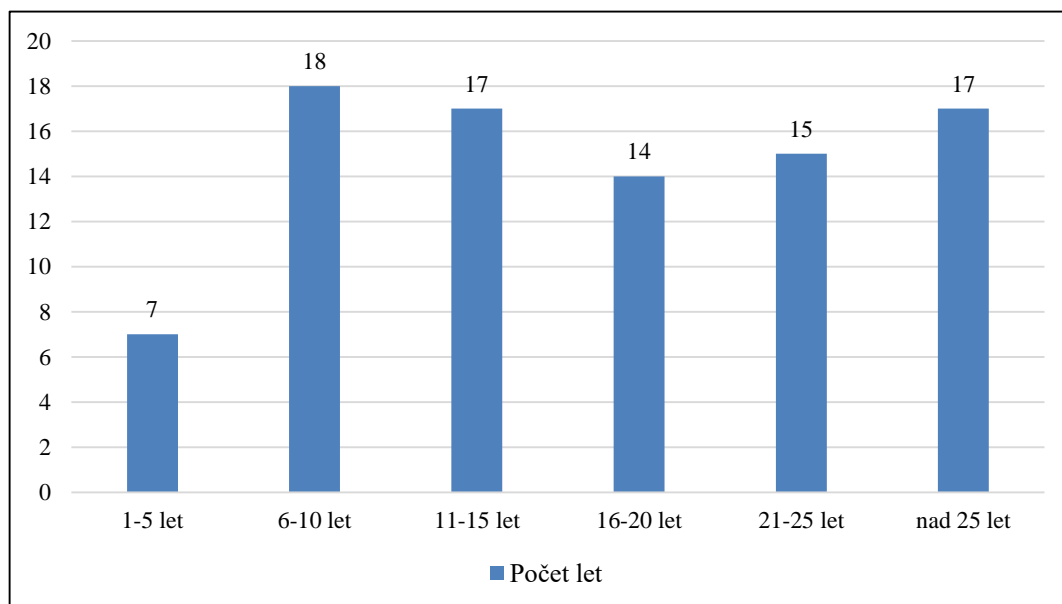
Graf 2 - Druhy tříd v MŠ



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 2 zjišťuje druhy tříd v dotazovaných MŠ. Jak je z výsledků patrné, převažují heterogenní třídy (25 odpovědí, tj. 71 %). Homogenní třídy jsou v 10 MŠ, což odpovídá 29 %.

Graf 3 - Délka působení pedagogů ve školství

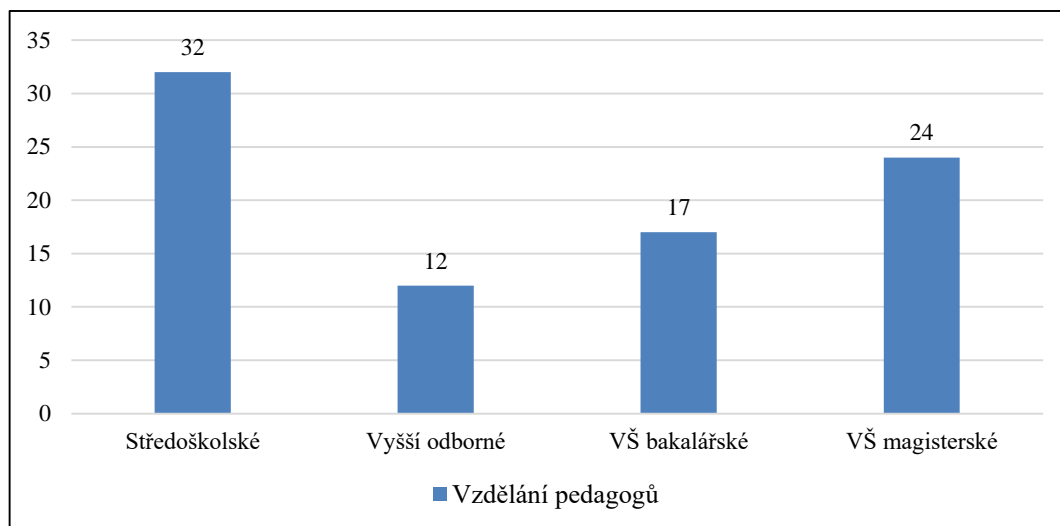


Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 3 vyznačuje délku působení pedagoga ve školství, kde v zaslaných odpovědích převažují zkušení pedagogové s délkou působení delší než 10 let. Nicméně v 7 MŠ působí

pedagogové s praxí do pěti let. V ostatních kategoriích definovaných vždy po pětiletém období jsou počty odpovědí vyrovnané, v rozmezí 14 až 18 MŠ.

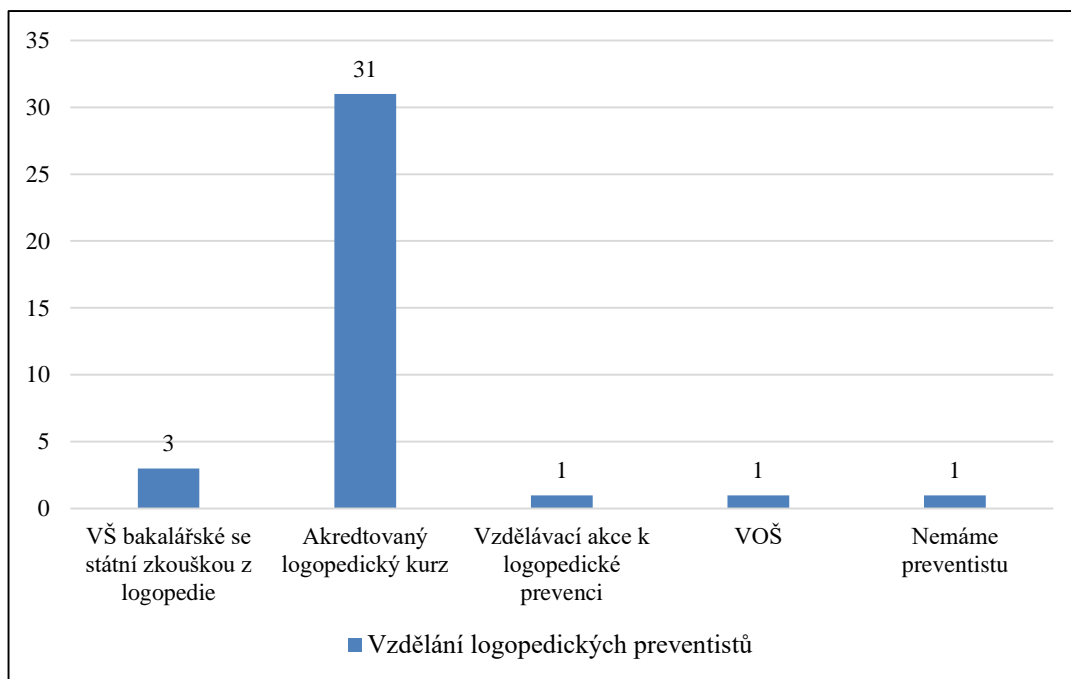
Graf 4 - Pedagogické vzdělání učitelek



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 4 uvádí výsledky odpovědí v oblasti pedagogického vzdělání pracovníků. Jedním z předpokladů bylo, že bude převažovat středoškolské vzdělání, což se také potvrdilo v odpovědi 32 MŠ. Vysokoškolské magisterské vzdělání je zastoupeno ve 24 MŠ. Podobné zastoupení má také vysokoškolské bakalářské studium, kde 17 MŠ zaměstnává pedagogy s tímto vzděláním. Nejnižší zastoupení mají pedagogové s vyšším odborným studiem, ale i tak pracují je 12 MŠ z vyplněných 35 dotazníků.

Graf 5 - Vzdělání logopedických preventistů



. Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 5 vyhodnocuje vzdělání logopedických preventistů, kde lze očekávat větší počet logopedických pracovníků s akreditovaným logopedickým kurzem. Tento předpoklad se potvrdil, když tito logopedové působí v 31 MŠ z 35 došlých odpovědí. Vysokoškolské bakalářské studium se státní zkouškou z logopedie a surdopedie bylo potvrzeno ve 3 MŠ. Vždy v 1 MŠ byla zaznamenána vyšší odborná škola a odpovědi, že do MŠ nedochází žádný logopedický preventista či pouze pořádají akce k logopedické prevenci.

Otázkou č. 6 v dotazníkovém šetření se zjišťuje nejčastější NKS a jednalo se o otevřenou otázku, proto její výsledky nejsou uvedeny v grafické podobě. Ze získaných odpovědí vyplývá, že mezi nejčastější poruchou komunikačních schopností dětí patří dyslalie, která se objevuje v 17 MŠ. V 9 MŠ se vyskytuje opožděný vývoj řeči. Mutismus, který se vyskytuje jen minimálně, je ve 3 MŠ. Pouze ve 2 MŠ se projevila koftavost.

Tabulka 2 – Počet dětí s NKS dle věkového rozmezí

Počet dětí s NKS	Počet MŠ, které počty dětí s NKS uvádí		
	3 – 4 roky	4 – 5 let	5 – 6 let
30	1	0	0
16 – 20	3	1	1
11 – 15	14	12	7
9 – 10	7	5	5
6 – 8	8	11	13
4 – 5	1	4	4
2 – 3	0	1	3
1	1	1	1
0	0	0	1
Celkový počet dětí s NKS	415	324	275

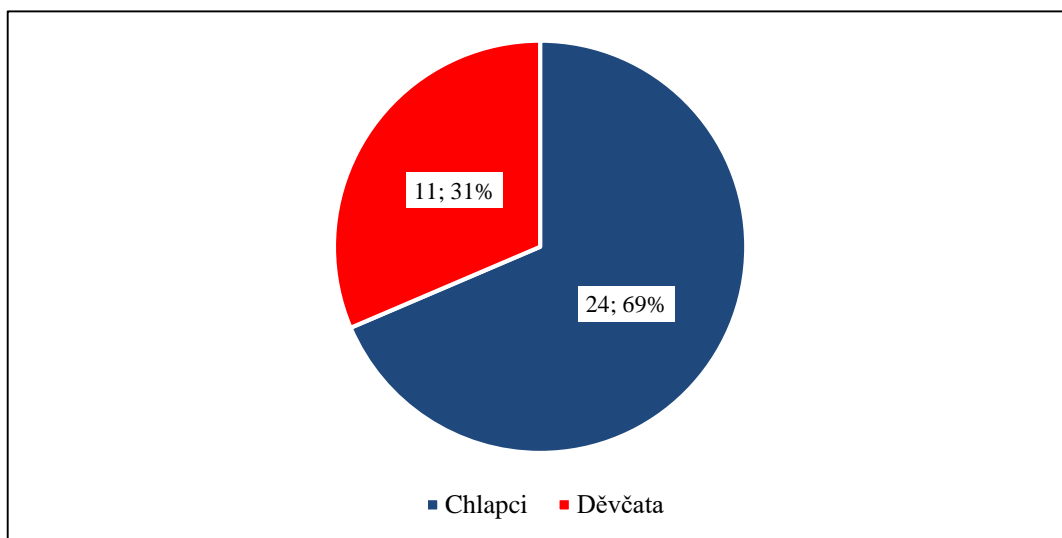
Zdroj: autor práce, 2019

V tabulce 2 jsou shrnuty výsledky otázky týkající se počtu dětí s NKS dle věkového rozdělení v dotazovaných MŠ (otázka č. 7 v dotazníkovém šetření). Ve věkovém rozmezí dětí 3 – 4 roky téměř polovina MŠ uvádí, že mají 11 – 15 dětí s NKS. Dále 3 MŠ mají tento počet v rozmezí 16 – 20 dětí (jedná se o MŠ s počtem dětí kolem 100, ale i 52) a jedna MŠ má dokonce 30 dětí v této věkové kategorii (nejedná se o MŠ s největším počtem dětí, ale s počtem 74 dětí). Není žádná MŠ, která by neměla žádné dítě s NKS v této nejnižší věkové kategorii. Celkový počet dětí s NKS ve věku 3 – 4 roky je 415.

Ve věkové kategorii 4 – 5 let je celkový počet dětí s NKS 324 s tím, že nejvyšší počet dětí v jedné MŠ je 16 – 20. Většina MŠ má v této věkové kategorii 6 – 15 dětí s NKS. Není žádná MŠ, která by neměla žádné dítě s NKS ve věkové kategorii dítěte 4 – 5 let.

V nejvyšší věkové kategorii dětí předškolního věku je celkový počet dětí s NKS 275, přičemž jedna MŠ uvádí, že žádné takové dítě nemá. Třetina MŠ udává počet dětí v rozmezí 6 – 8 a pouze jedna MŠ udává počet dětí v rozmezí 16 – 20.

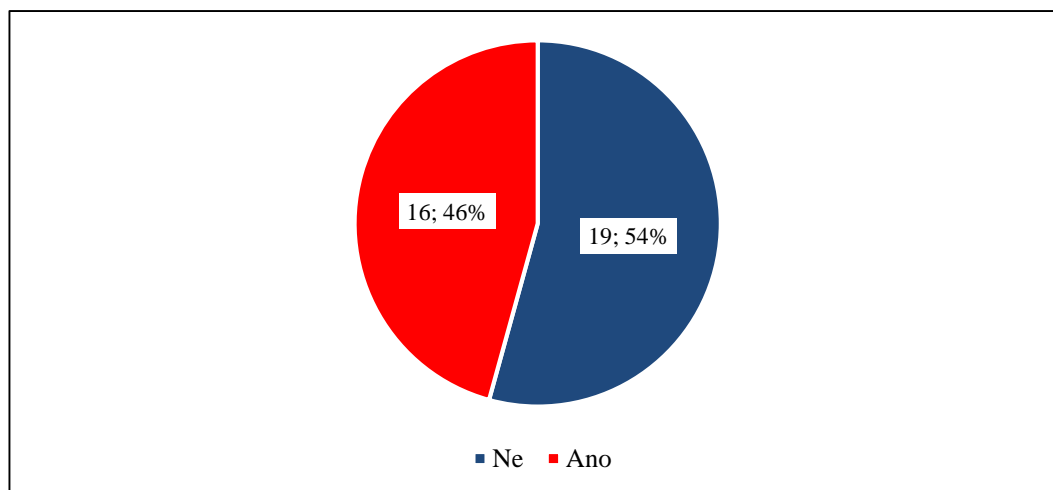
Graf 6 - Které pohlaví se špatnou komunikační schopností převažuje



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 6 zobrazuje, které pohlaví dětí se špatnou komunikační schopností převažuje. Dle zjištění se ukázalo, že až 69 % chlapců řeší špatnou komunikační schopnost. Kdežto 11 MŠ, což je 31 % z obdržených odpovědí uvádí jako převažující se špatnou komunikační schopností děvčata.

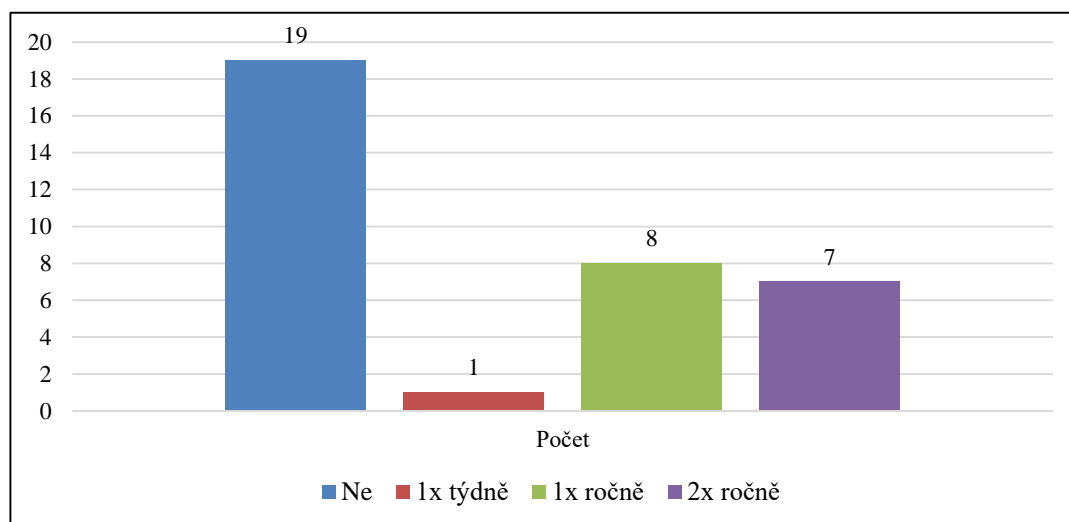
Graf 7 - Dochází logoped do MŠ



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 7 zachycuje odpovědi na otázku, zda logoped navštěvuje MŠ, kde se předpokládalo, že návštěvnost logopedů bude poměrně vysoká. Jak je ze získaných odpovědí patrné, tak do více než 50 % MŠ logoped nedochází. Bylo zjištěno, že logoped dochází pouze do 46 % MŠ, tedy do 16 MŠ z 35 odpovědí.

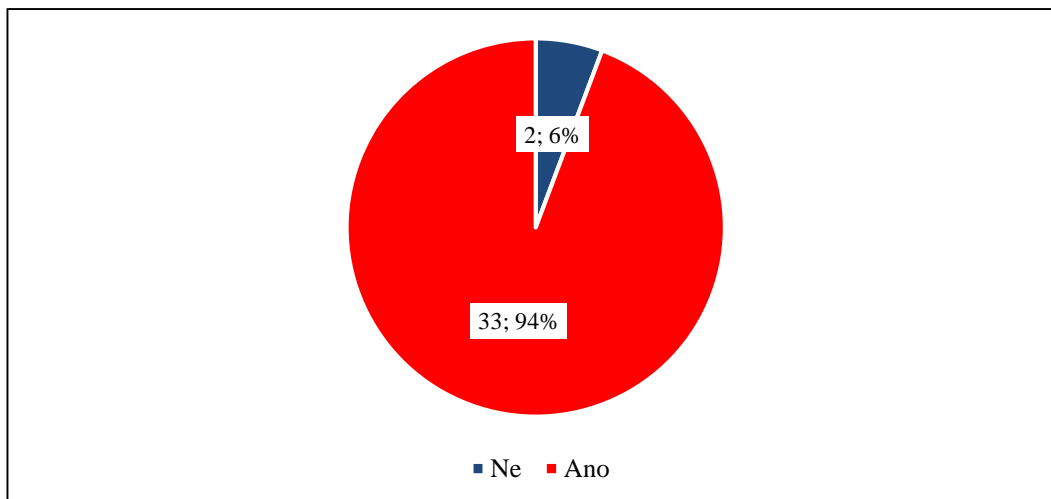
Graf 8 - Pokud logoped do MŠ dochází, jak často



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 8 uvádí odpovědi na doplňující otázku k předešlé, tedy pokud do MŠ logoped dochází, tak jak často během školního roku. Pokud logoped do MŠ dochází, tak pouze v jediné MŠ dochází pravidelně a to jedenkrát týdně. Bohužel převažují odpovědi, že logoped MŠ navštěvuje pouze jednou či dvakrát ročně.

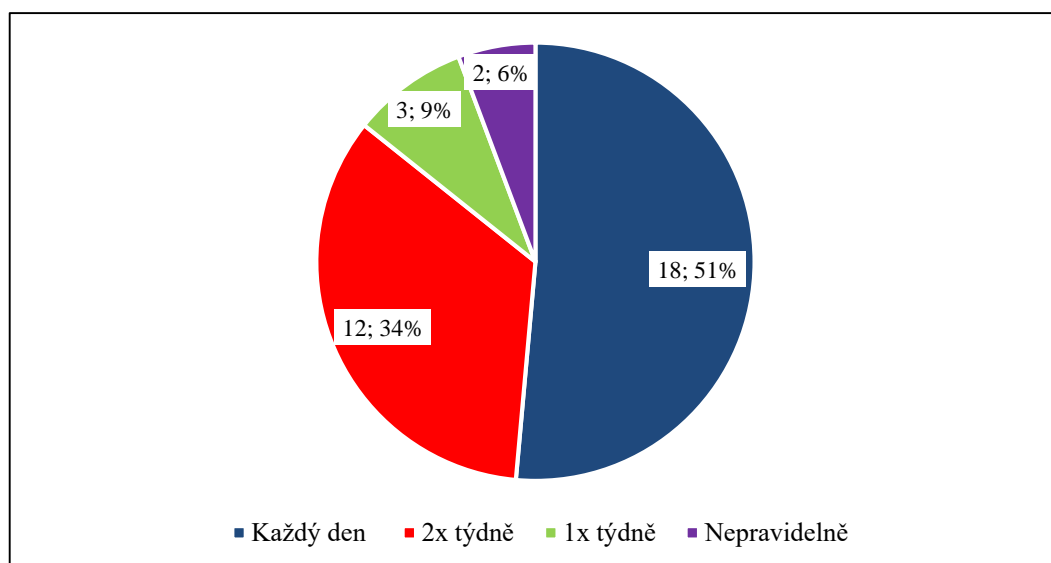
Graf 9 - Logopedická prevence zahrnuta ve ŠVP



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 9 zjišťuje, zda je logopedická prevence zahrnuta ve ŠVP a získané odpovědi potvrzují předpoklad, že většina MŠ má logopedickou prevenci zahrnuta ve ŠVP. Nicméně 6% odpovědí, tj. 2 MŠ nemají logopedickou prevenci zahrnuta ve ŠVP.

Graf 10 - Jak často se provádí logopedická prevence s dětmi

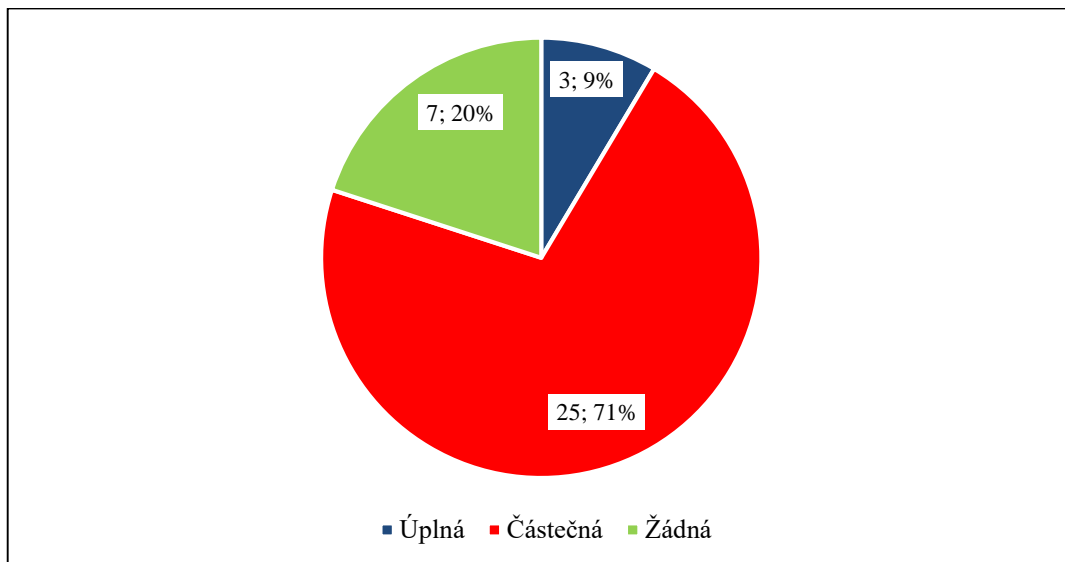


Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 10 shrnuje odpovědi na otázku jak často je prováděna logopedická prevence s dětmi. Předběžný předpoklad byl, že více jak 50 % MŠ bude provádět logopedickou prevenci. Ovšem ujištěná situace je výrazně lepší, protože všechny MŠ uvedly, že logopedickou prevenci provádí, i když 2 z nich pouze nepravidelně. Na druhou stranu

v 18 MŠ (51 % odpovědí) je logopedická prevence prováděna každý den. Dále bylo zjištěno, že v 34 % MŠ se provádí prevence dvakrát týdně a v 9 % jednou týdně.

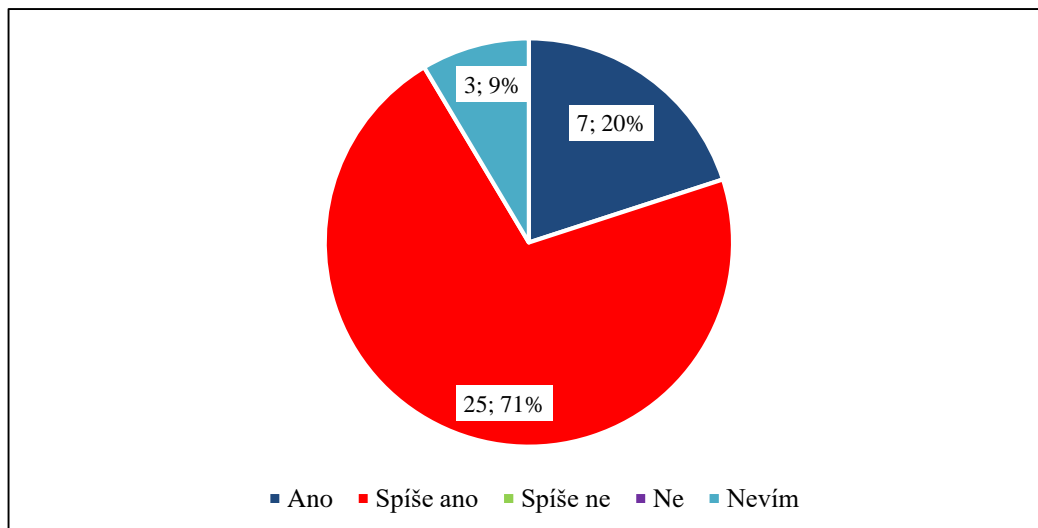
Graf 11 - Spolupráce logopedů s MŠ



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 11 zjišťuje spolupráci logopedů v MŠ. Nabízel se předpoklad, že spolupráce s logopedy bude ve větším měřítku. Ovšem odpovědi tento předpoklad nepodpořily. Spolupráci s logopedy charakterizuje nejvíce odpověď jako částečnou, která je u 71 % dotazovaných MŠ. Významnější by měla být úplná spolupráce, která je ovšem uvedena pouze v 9 (pouze 3 MŠ). Dost překvapivé bylo zjištění, že spolupráce s logopedy není žádná u 20 % MŠ.

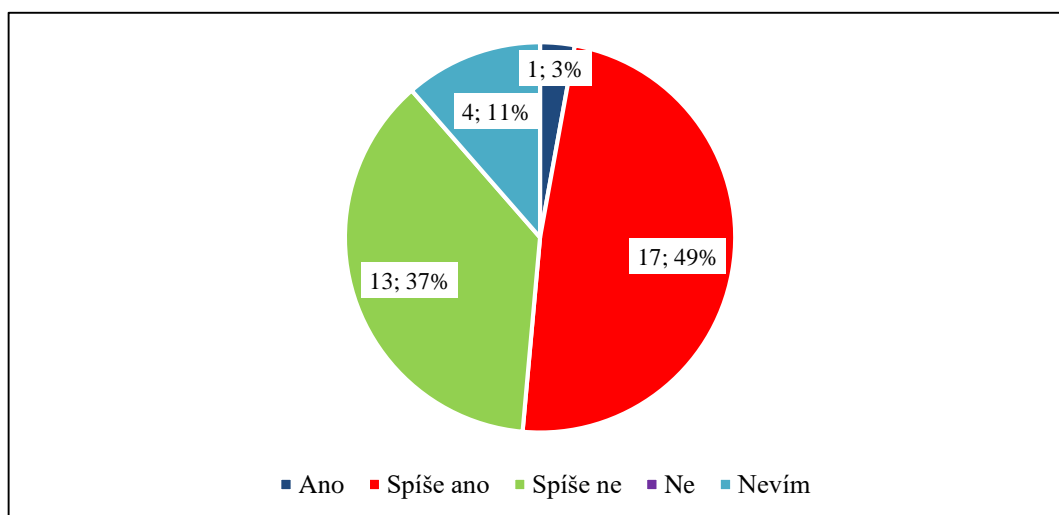
Graf 12 - Spokojenost rodičů s logopedickou prevencí v MŠ



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 12 informuje o spokojenosti rodičů se spoluprací s logopedickými preventisty v MŠ. Předpokladem bylo, že rodiče budou převážně spokojeni. Byla zjištěna spokojenost rodičů „spíše ano“ v 71 % a dokonce ve 20 % MŠ přišla odpověď „ano“. V 9 % dotazníků nedokázali posoudit spokojenost. Odpověď „spíše ne“ a „ne“ se vůbec neobjevila.

Graf 13 - Spokojenost logopedických preventistů se spoluprací s rodiči

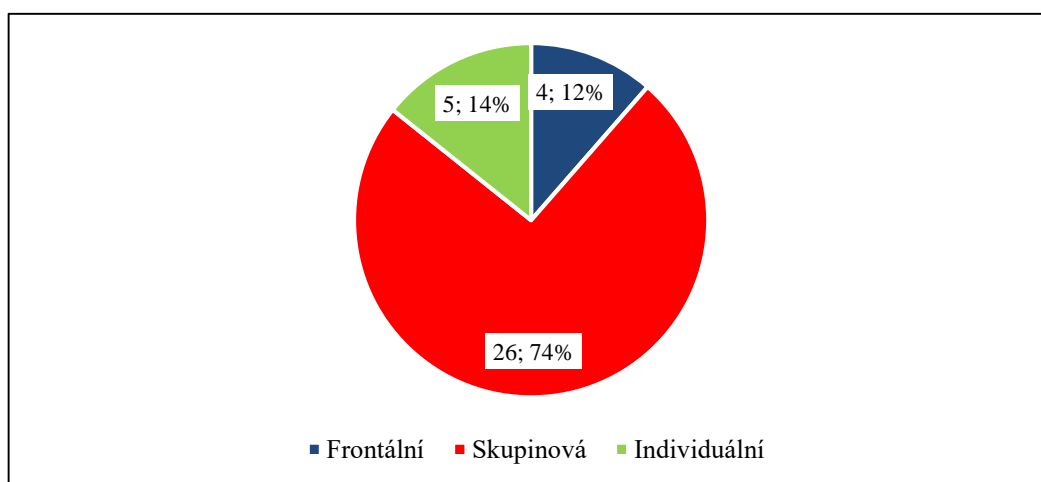


Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 13. zjišťoval spokojenost logopedických pracovníků s rodiči, tedy opačný přístup než v předchozí otázce. Předpoklad byl, že odpovědi, které se týkají

logopedických preventistů a jejich spokojenost s rodiči dětí, kteří mají problémy s komunikační schopností budou v podobném rozmezí jako výsledky opačné otázky uvedené v grafu č.15. Výsledky ovšem ukazují na vyšší nespokojenost logopedů s rodiči, než je spokojenost rodičů s logopedy. Pouze v jednom dotazníku bylo uvedeno, že logoped je s rodiči spokojen, tedy odpověď „ano“. Téměř polovina odpovědí na tuto otázku udává odpověď „spíše ano“, konkrétně v 49 % MŠ. Ovšem velká část odpovědí udává „spíše ne“ a to 37 % MŠ. Odpověď „nevím“ poskytlo 11 % MŠ. Odpověď „ne“ nebyla uvedena v žádném vyplněném dotazníku.

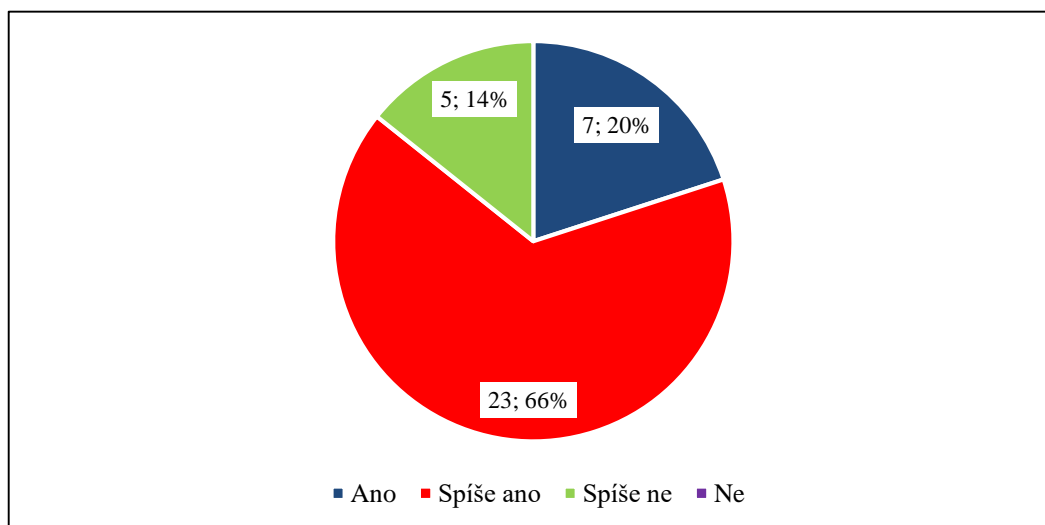
Graf 14 - Forma práce logopedické prevence



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 14 zobrazuje odpovědi na otázku, jakou formou práce logopedické prevence probíhají. Zde byl předpoklad vysokého procenta skupinové formy, která je pro chod MŠ nejvhodnější a obvykle probíhá ve skupině s méně dětmi, se kterými se pracuje lépe a preventista má prostor pro kontrolu správnosti při cvičení. Z odpovědí vyplývá, že v 74 % MŠ takto preventista skutečně pracuje. Nicméně i neúčinnější forma, tedy individuální činnost je hojně zastoupena a to ve 14 % MŠ. Frontální forma práce byla uvedena ve 12 % odpovědí, tedy ve 4 MŠ.

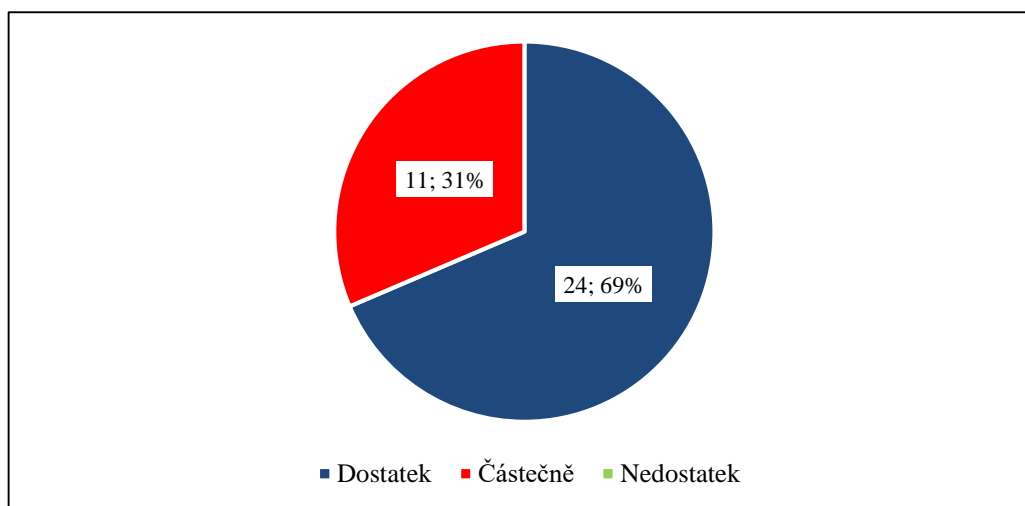
Graf 15 - Mají logopedické preventistky/ preventisti dostatečně klidné místo pro individuální činnost



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 15 hodnotí, zda logopedičtí preventisti mají dostatečné místo pro individuální činnost. Pozitivním zjištěním je, že odpověď „ne“ nebyla uvedena v žádném dotazníku. Dostatek prostoru pro individuální činnost je pouze ve 20 % MŠ. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 66 % MŠ, kdežto „spíše ne“ udává 14% MŠ.

Graf 16 - Mají učitelky/ učitelé pro oblast logopedické prevence dostatečné množství pomůcek



Zdroj: autor práce, 2019

Graf č. 16 ukazuje odpovědi, zda je v MŠ k dispozici dostatečné množství pomůcek pro logopedickou prevenci. Předpokládá se, že většina MŠ má pro logopedickou činnost

dostatek pomůcek. Tento předpoklad byl potvrzen, protože 69 % MŠ udává dostatek pomůcek. V 31 % MŠ mají pouze částečné množství pomůcek. Žádná MŠ neuvedla nedostatek pomůcek.

4.5 Vyhodnocení výzkumných otázek

VO č. 1. Je logopedická prevence součástí ŠVP ve všech oslovených MŠ?

Bylo zjištěno, že téměř všechny MŠ, které zaslaly dotazník zpět, uvádí, že logopedická prevence je zařazena v ŠVP PV. Kladnou odpověď uvádí 94 % MŠ a pouze 6 % udává, že logopedickou prevenci v ŠVP PV zařazenu nemají (graf 9).

VO č. 2. Dojde při včasné logopedické prevenci ke snížení NKS i v souvislosti s věkem?

Bylo zjištěno, že téměř všechny MŠ uvádí alespoň jedno dítě s NKS (pouze jedna MŠ neměla žádné dítě s NKS, ale jen ve věkové skupině 5 – 6 let). Celkový počet dětí s NKS ve všech věkových kategoriích je 1014, přičemž 35 dotazovaných škol dohromady navštěvuje 2308 dětí. Nejvyšší počet dětí s NKS je ve věkové kategorii 3 – 4 roky. Ve věkové kategorii 4 – 5 let dochází k poklesu počtu dětí na 324 a nejnižší počet dětí 275 je ve věkové kategorii 5 – 6 let. Logopedická prevence probíhá v 16 MŠ, které navštěvuje 1365 dětí. Do zbylých 19 MŠ nedochází logoped a tyto školy celkem navštěvuje 943 dětí. U těchto MŠ se dá předpokládat, že v nich působí logopedický preventista s akreditovaným logopedickým kurzem. Z uvedených výsledků je zřejmé, že s rostoucím věkem dětí ubývá narušené komunikační schopnosti. K tomuto snížení zajisté přispívají prováděná logopedická cvičení, ale nelze pominout ani vlastní řečový vývoj dítěte. Nicméně logopedická cvičení vlastní řečový vývoj dítěte usnadní.

VO č. 3. Budou mít všichni sledovaní logopedičtí pracovníci akreditovaný logopedický kurz?

Z výsledků dotazníkového šetření uvedených v grafu č. 5 byl potvrzen předpoklad, že převážná část logopedických pracovníků má akreditovaný logopedický kurz. Z 35 obdržených dotazníků byla tato odpověď uvedena v 31 z nich, což pro dané MŠ a její děti znamená, že s dětmi mohou provádět logopedická cvičení. V 1 MŠ je uveden logopedický pracovník s vyšší odbornou školou, což odpovídá akreditovanému logopedickému kurzu a tím ještě zvyšuje zastoupení tohoto typu vzdělání logopedických pracovníků spolupracujících s MŠ. Další zastoupenou skupinou logopedických

pracovníků byli ti, kteří mají vysokoškolské bakalářské vzdělání se státní zkouškou z logopedie a surdopedie, konkrétně ve 3 MŠ, což je pro tyto MŠ a rodiče dětí velkým přínosem, protože tito pracovníci mají kompetence logopedického asistenta. Pouze 1 MŠ uvádí, že nemá žádného logopedického preventistu a 1 udává, že pouze pořádá logopedické akce. Tyto výsledky jsou ovšem v rozporu s výsledky z grafu č. 7, který udává, že do 54 % MŠ žádný logoped nedochází.

VO č. 4. Jakou formou pracují logopedičtí preventisti a logopedi v MŠ?

Bylo zjištěno, že ve třech čtvrtinách MŠ je logopedická péče prováděna skupinovou formou, která je pro velký počet dětí nejpříjemnější, byla uváděna v 74 % odpovědí. Individuální logopedická péče je prováděna ve 14 % MŠ a frontální ve 12 %. Nelze říci, že individuální logopedickou péči poskytují malé nebo velké MŠ, protože počet dětí u MŠ s touto formou práce byl v rozmezí 39 – 112. Nicméně individuální logopedická péče přímo souvisí se vzděláním logopedického pracovníka, které je uváděno jako vysokoškolské bakalářské se státní zkouškou z logopedie a surdopedie. Logoped v MŠ provádí depistáž, která je vedena individuální formou za účasti logopedického preventisty. Překvapivé je, že individuální formu uvádí MŠ s poměrně velkým počtem dětí s NKS. Lze z toho usoudit, že v MŠ pravděpodobně působí více logopedických pracovníků a děti nejspíš trpí výraznější poruchou komunikačních schopností. Nejméně účinná frontální forma logopedické prevence také nesouvisí s velikostí MŠ, která se pohybovala v rozmezí 28 – 109 dětí. Ale MŠ, které uvádí frontální formu logopedické péče zároveň udávají nižší počet dětí s NKS, pracují tedy rovnou s nepříliš velkou skupinou dětí. Avšak ve všech případech je uváděno vzdělání pro logopedického preventistu a logoped do těchto MŠ dochází jednou nebo dvakrát ročně.

VO č. 5. Jaké pomůcky jsou nejčastěji logopedem používány?

Bylo zjištěno, že logopedických pomůcek má dostatečné množství 69 % MŠ a pouze částečně má 31 % MŠ, ale i tak lze provádět v plné výši logopedickou prevenci. Nejvíce jsou k logopedické prevenci využívány pomůcky pro dechová cvičení, jako jsou například foukadla, brčka, peříčka, bublifuk. (viz. Obrázek 1, Obrázek 2). Důležitou součástí pomůcek je také zrcadlo, kdy si děti mohou za asistence logopeda kontrolovat správnost artikulačních cvičení.

Pedagogické dotazníkové šetření bylo zaměřeno na logopedickou prevenci ve vybraných MŠ v Pardubickém kraji. Zvolené dotazníkové šetření, které bylo rozesláno do 50 MŠ, mělo návratnost 35 odpovědí, což je 70 % a je tedy s dostatečnou vypovídající hodnotou. Hlavní náplní dotazníkového šetření bylo zjištění, zda se v oslovených MŠ zabývají logopedickou prevencí. Z odpovědí vyplývá, že se logopedická činnost rozvinula ve velké části MŠ, i když odpovědi na některé otázky jsou ve vzájemném rozporu (jak je uvedeno v odpovědích na VO uvedených výše). Nicméně dotazníkové šetření ukázalo, že se MŠ, její pedagogové a logopedičtí pracovníci snaží rozvíjet komunikační schopnosti dětí a věnují se nápravě poruch komunikačních schopností. Tato snaha se odráží ve zlepšení u věkových kategorií dětí, kdy se s rostoucím věkem dětí snižuje počet s narušenou komunikační schopností. Jen spolupráce v menší míře vázne mezi logopedy a rodiči, zejména z pohledu logopeda.

Z odpovědí MŠ na předložené otázky dotazníku o logopedickém šetření bylo zjištěno, že dané téma je a stále bude aktuální a většina MŠ mu věnuje velkou pozornost. Vzdělání a znalosti v oboru „Logopedie“ jsou tedy potřebné nejen pro logopedické preventisty, ale i pro všechny pedagogy, zejména v MŠ, kteří mohou pomoci dětem a jejich rodičům překonávat poruchy při komunikaci. S tím také souvisí potřebný vývoj v oboru logopedie, který musí zohlednit změny ve způsobu komunikace celé naší společnosti.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala logopedickou intervencí ŠVP a prevencí v MŠ, komunikací a jejími nedostatky.

V teoretické části byly vymezeny pojmy, které se týkají problematiky komunikačních schopností. V první kapitole bylo vysvětleno vše o komunikaci, jejím rozvoji a vzniku. Ve druhé části je objasněno vše o narušené komunikační schopnosti, jejich příčinách, vzniku a kategoriích NKS, s důrazem na ty, které se nejvíce vyskytují v předškolním vzdělávání. Třetí část objasňuje pojmy o logopedické intervenci v MŠ v Pardubickém kraji včetně kompetencí jednotlivých rezortů vlády a popis jejich činností, které souvisí s logopedickou intervencí. Je zmíněno také, jak souvisí se ŠVP PV, příslušné vzdělání logopedických pracovníků jednotlivých rezortů a metody prevence NKS. Byla vysvětlena logopedická prevence a její zařazení do ŠVP PV. Představeny byly i některé logopedické a didaktické pomůcky pro děti s NKS a jejich využití v MŠ.

V praktické části bylo zjišťováno formou dotazníku, jak je logopedická intervence a prevence využívána v oslovených MŠ a zda je vzájemná spolupráce mezi logopedem, MŠ a rodičem uspokojivá. Cílem výzkumné části bylo zjištění, jaké je působení logopedické prevence v oslovených MŠ v Pardubickém kraji. Zjištěné údaje byly zaznamenány do grafů, tabulek a následně vyhodnoceny. Z těchto údajů vyplynuly odpovědi na pět zvolených výzkumných otázek, čím byl cíl práce naplněn.

V odpovědích respondentů se ukázalo, že logopedická intervence, která souvisí s logopedickou prevencí, se v MŠ nezanedbává a při jejím působení dochází ke snižování počtu dětí s NKS s rostoucím věkem dětí. V otázce spolupráce mezi logopedem, MŠ a rodičem dítěte je spokojenost na straně rodičů, ovšem existují výhrady na straně logopedických pracovníků. Z toho tedy vyplývá, že někteří rodiče spoléhají pouze na logopedické činnosti v MŠ, ale zanedbávají domácí procvičování.

Tato bakalářská práce je přínosem při zjišťování skutečného stavu logopedické prevence v MŠ a počtu dětí, které tuto prevenci potřebují. Velké poděkování patří pedagogům MŠ, které se do dotazníkového šetření zapojily. Výsledky tohoto šetření jim budou zaslány spolu s poděkováním a jistě je velmi potěší, že snaha o logopedickou prevenci přináší pozitivní výsledky. Nicméně stále je velký počet dětí, které potřebují logopedickou pomoc a pedagogové MŠ z výsledků jistě pochopí, že je potřeba neustále rozšiřovat jejich vzdělání v oblasti logopedie.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Brno: Computer Press, 2007. s. 93. ISBN 978-80-251-1829-0.

BENDOVÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 225. ISBN 978-80-7435-422-9.

DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 1999. s. 124. ISBN 80-902536-0-1.

GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. s. 207. ISBN 80-85931-79-6.

HOUSAROVÁ, Blanka. *Logopedárium od A až do Z*. Praha: Forum, 2015. ISBN 978-80-87983-02-7.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada, 2016. s. 224. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. s. 228. ISBN 978-80-247-9088-6.

KLENKOVÁ, Jiřina a BOČKOVÁ, Barbora a BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Kapitoly pro student logopedie*. Brno: Paido, 2012. s. 103. ISBN 978-80-7315-229-1.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Galén, 2009. s. 228. ISBN 978-80-7262-598-7.

LIPNICKÁ, Milena. *Logopedická prevence v mateřské škole*. Praha: Portál. 2013. s. 80. ISBN 978-80-262-0381-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. 2001. s. 70. ISBN 80-244-0258-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido. 2010. s. 401. ISBN 978-80-7315-198-0.

PAVLOVÁ - ZAHALKOVÁ, Anna. *Prevence poruch řeči*. Praha: SPN. 1976. s.156. ISBN 14-556-76.

PRŮCHA, Jan. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál. 2009. s. 936. ISBN 978-80-7367-546-2.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání 2004. Praha: Výzkumný ústav pedagogický. 2006. s. 48. ISBN 80-87000-00-5.

SUCHÁNKOVÁ, Eliška. *Hra a její využití v předškolním vzdělávání*. Praha: Portál. 2014. s. 184. ISBN 978-80-262-0698-9.

SVOBODOVÁ, Eva. *Vzdělávání v mateřské škole: Školní a třídní vzdělávací program*. Praha: Portál. 2010. s. 168. ISBN 978-80-7367-774-9.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 2003. s. 616. ISBN 80-7178-546-6.

ŠTĚPÁN, Josef a PETRÁŠ, Petr. *Logopedie v praxi*. Praha: Septima. 1995. s. 128. ISBN 80-85801-61-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

Obrázek 1: : Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29] Dostupné z: <http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx?Prod=309>

Obrázek 2: : Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29] Dostupné z: <http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx?Prod=309>

Obrázek 3: : Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29] Dostupné z: <http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx?Prod=309>

Obrázek 4: : Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29] Dostupné z: <http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx?Prod=309>

Obrázek 5: : Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29] Dostupné z: <http://www.didaktikashop.cz/Logopedicke-pomucky.aspx?Prod=309>

SEZNAM ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
KS	Komunikační schopnost
LI	logopedická intervence
LP	Logopedická prevence
MŠ	Mateřská škola
NKS	Narušená komunikační schopnost
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
ŠVP PV	Školní vzdělávací program předškolního vzdělávání
ZŠ	Základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Pomůcky pro dechová cvičení	VII
Obrázek 2 - Pomůcky pro dechová cvičení	VII
Obrázek 3 - Pomůcky po artikulační cvičení.....	VII
Obrázek 4 - Pomůcky pro artikulační cvičení.....	VIII
Obrázek 5 - Grafomotorické cviky	VIII
Obrázek 6 - Sestavování z různých tvarů	VIII
Obrázek 7 - Popis obrázků, pro rozvoj slovní zásoby	IX
Obrázek 8 - Popis obrázků, pro rozvoj slovní zásoby	IX

Seznam grafů

Graf 1 - Počet dětí v MŠ	38
Graf 2 - Druhy tříd v MŠ	39
Graf 3 - Délka působení pedagogů ve školství	39
Graf 4 - Pedagogické vzdělání učitelek	40
Graf 5 - Vzdělání logopedických preventistů	41
Graf 6 - Které pohlaví se špatnou komunikační schopností převažuje.....	43
Graf 7 - Dochází logoped do MŠ.....	44
Graf 8 - Pokud logoped do MŠ dochází, jak často	44
Graf 9 - Logopedická prevence zahrnuta ve ŠVP.....	45

Graf 10 - Jak často se provádí logopedická prevence s dětmi	45
Graf 11 - Spolupráce logopedů s MŠ.....	46
Graf 12 - Spokojenost rodičů s logopedickou prevencí v MŠ	47
Graf 13 - Spokojenost logopedických preventistů se spoluprací s rodiči.....	47
Graf 14 - Forma práce logopedické prevence.....	48
Graf 15 - Mají logopedické preventistky/ preventisti dostatečně klidné místo pro individuální činnost	49
Graf 16 - Mají učitelky/ učitelé pro oblast logopedické prevence dostatečné množství pomůcek.....	49

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Výčet měst a obcí, ze kterých byly získány vyplněné dotazníky	37
Tabulka 2 – Počet dětí s NKS dle věkového rozmezí.....	42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B – Výzkumný vzorek.....	V
Příloha C - Obrázky	VII

Příloha A - Dotazník

Logopedická prevence a ŠVP v MŠ v Pardubickém kraji

1. Počet dětí v MŠ

Odpověď.....

2. Druhy tříd v MŠ

HETEROGENNÍ

HOMOGENNÍ

3. Délka působení ve školství pedagogů

1 - 5 LET

6 - 10 LET

11 - 15 LET

16 - 20 LET

21- 25 LET

NAD 25 LET

4. Pedagogické vzdělávání učitelek

STŘEDOŠKOLSKÉ

VYŠŠÍ ODBORNÉ

VŠ BAKALÁŘSKÉ

VŠ MAGISTERSKÉ

5. Vzdělání logopedických preventistů

VŠ BAKALÁŘSKÉ SE STÁTNÍ ZKOUŠKOU Z LOGOPEDIE A
SURDOPEDIE

AKREDITOVANÝ LOGOPEDICKÝ KURZ

JINÉ

6. Jaké poruchy v komunikační schopnosti máte u dětí nejčastěji v MŠ
Odpověď.....
7. Počet dětí se špatnou komunikační schopností dle věku
3-4 let.....
4-5 let.....
5-6 let.....
8. Které pohlaví převažuje se špatnou komunikační schopností
DĚVČATA

CHLAPCI
9. Dochází logoped do MŠ a jak často
ANO

NE

1x ROČNĚ

2x ROČNĚ
10. Logopedická prevence zahrnuta ve ŠVP
ANO

NE
11. Jak často se provádí logopedická prevence s dětmi
KAŽDÝ DEN

2x TÝDNĚ

1x TÝDNĚ

NAHODILE

12. Spolupráce logopedů s MŠ

ÚPLNÁ

ČÁSTEČNÁ

ŽÁDNÁ

13. Spokojenost rodičů s logopedickou prevencí v MŠ

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

14. Spokojenost logopedických preventistů se spoluprací s rodiči

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

15. Forma práce logopedické prevence

FRONTÁLNÍ

SKUPINOVÁ

INDIVIDUÁLNÍ

16. Mají logopedické preventistky/ preventisty dostatečně klidné místo
pro individuální činnost

ANO

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

NE

17. Mají učitelky/ učitelé pro oblast logopedické prevence dostatečné

množství pomůcek

DOSTATEK

ČÁSTEČNĚ

NEDOSTATEK

Příloha B – Výzkumný vzorek

Logopedická prevence a ŠVP v MŠ v Pardubickém kraji

1. Počet dětí v MŠ

74

2. Druhy tříd v MŠ

HETEROGENNÍ

3. Délka působení ve školství pedagogů

1 - 5 LET

11- 15 LET

NAD 25 LET

4. Pedagogické vzdělávání učitelek

STŘEDOŠKOLSKÉ

VYŠŠÍ ODBORNÉ

VŠ MAGISTERSKÉ

5. Vzdělání logopedických preventistů

AKREDITOVANÝ LOGOPEDICKÝ KURZ

6. Jaké poruchy v komunikační schopnosti máte u dětí nejčastěji v MŠ

Dyslalie

7. Počet dětí se špatnou komunikační schopností dle věku

3 -4 let..... 30

4 -5 let..... 15

5-6 let..... 10

8. Které pohlaví převažuje se špatnou komunikační schopností

CHLAPCI

9. Dochází logoped do MŠ a jak často

NE

10. Logopedická prevence zahrnuta ve ŠVP

ANO

11. Jak často se provádí logopedická prevence s dětmi

KAŽDÝ DEN

12. Spolupráce logopedů s MŠ

ŽÁDNÁ

13. Spokojenost rodičů s logopedickou prevencí v MŠ

SPÍŠE ANO

14. Spokojenost logopedických preventistů se spoluprací s rodiči

SPÍŠE ANO

15. Forma práce logopedické prevence

SKUPINOVÁ

16. Mají logopedické preventistky/ preventisty dostatečně klidné místo pro individuální činnost

ANO

17. Mají učitelky/ učitelé pro oblast logopedické prevence dostatečné množství pomůcek

DOSTATEK

Příloha C - Obrázky

Obrázek 1 - Pomůcky pro dechová cvičení



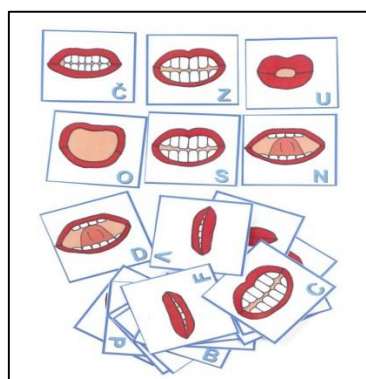
Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 2 - Pomůcky pro dechová cvičení



Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 3 - Pomůcky po artikulační cvičení



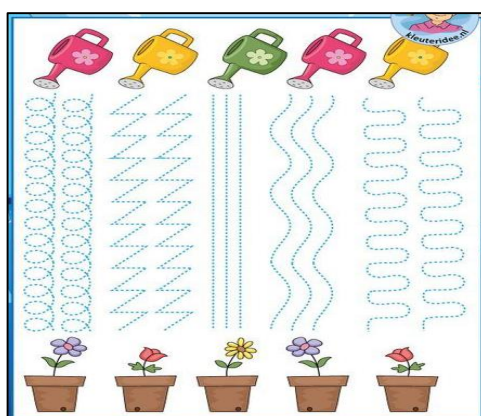
Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 4 - Pomůcky pro artikulační cvičení



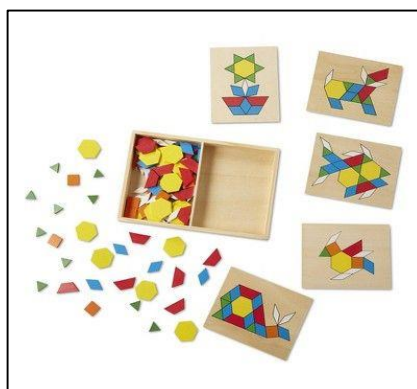
Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 5 - Grafomotorické cviky



Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 6 - Sestavování z různých tvarů



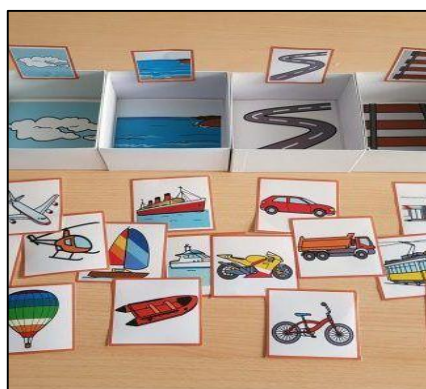
Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 7 - Popis obrázků, pro rozvoj slovní zásoby



Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

Obrázek 8 - Popis obrázků, pro rozvoj slovní zásoby



Zdroj: Didaktikashop [online]. © 2019 [cit. 2019-08-29]

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Renata Sosnová

Obor: SPPG vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

**Název práce: Logopedická intervence a školní vzdělávací program ve vybraných MŠ
v Pardubickém kraji**

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh:43¹

Celkový počet stran příloh:9²

Počet titulů českých použitých zdrojů: 19

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fleischmannová
