

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**

**Bakalářská práce**  
**Veronika Weissová**

**Prostředky logopedické diagnostiky v oblasti poruch artikulace**

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za odbornou pomoc, ochotu a čas strávený na konzultacích při tvorbě mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat těm mateřským školám, které mi umožnily uskutečnit mé šetření a rodičům, kteří k tomuto dali své svolení. Zejména bych chtěla poděkovat pedagožkám jednotlivých mateřských škol za jejich ochotu a vstřícnost v průběhu výzkumného šetření.

## **Prohlášení studenta**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovávala samostatně a veškerou použitou literaturu a prameny uvádím v závěru mé bakalářské práce.

V Olomouci .....

.....

Podpis studenta

# Obsah

Úvod.....	5
<b>1 Artikulace .....</b>	<b>6</b>
1.1 Artikulace v užším slova smyslu .....	7
1.2 Fonetický vývoj .....	8
1.3 Artikulace samohlásek .....	8
1.4 Artikulace souhlásek .....	9
<b>2 Poruchy artikulace .....</b>	<b>13</b>
2.1 Terminologie .....	13
2.1.1 Dyslalie .....	13
2.1.2 Dysartrie.....	14
2.2 Etiologie .....	16
2.3 Klasifikace .....	17
2.4 Symptomatologie .....	19
2.4.1 Symptomatologie – fonetické hledisko.....	20
2.4.2 Symptomatologie – fonologické hledisko .....	22
<b>3 Logopedická diagnostika dyslalie hláskové z fonetického hlediska.....</b>	<b>23</b>
3.1 Hlavní cíle logopedické diagnostiky.....	24
3.2 Logopedická diagnostika dyslalie.....	24
<b>4 Výzkumné šetření – orientační diagnostika poruch artikulace u dětí v předškolním věku.....</b>	<b>27</b>
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	27
4.2 Otázky výzkumného šetření.....	27
4.3 Metody výzkumného šetření.....	27
4.3.1 Opakování slov z obrázků.....	28
4.3.2 Rozhovor.....	28
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku .....	29
4.4.1 Mateřská škola Slavkov .....	30
4.4.2 Mateřská škola Eliška Opava.....	30
4.4.3 Mateřská škola logopedická Olomouc.....	31
4.5 Organizace výzkumného šetření .....	31
<b>5 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>33</b>
<b>Diskuse.....</b>	<b>40</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>42</b>
<b>Použitá literatura.....</b>	<b>44</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>47</b>

# Úvod

Včasná diagnostika je základním kamenem pro další intervenci. A není tomu jinak ani při diagnostice logopedické, kdy se diagnostik zaměřuje na oblast narušených komunikačních schopností. Důraz na čas je kladen z toho důvodu, aby nedošlo k poškození dalšího vývoje a to zejména u dětí předškolního věku, které mohou včas plynule navázat na logopedickou péči. Komunikace je velmi silným faktorem, který umožňuje socializaci jedince, proto je důležité odstranit patologie v komunikační schopnosti a umožnit tak jedinci bezproblémovou komunikaci s okolím.

Tato práce se zaměřuje právě na diagnostické logopedické prostředky, které svou funkcí přispívají k včasné diagnostice. Tyto diagnostické prostředky jsme omezili pouze na oblast poruch artikulace.

Protože jsem studentkou oboru Speciální pedagogika předškolního věku, tuto práci budu cíleně směřovat k této věkové skupině, u které je logopedická péče z hlediska dalšího vývoje nejdůležitější především proto, aby se děti po přechodu do základního vzdělávání mohly přirozeně vzdělávat a dále rozvíjet své schopnosti a dovednosti získané v předškolním vzdělávání.

K výběru tématu mě nasměrovala má speciálněpedagogická praxe, kterou jsem absolvovala v Mateřské škole logopedické v Olomouci a v Mateřské škole Elišce v Opavě, která je určena dětem se zdravotním postižením v oblasti tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové a dětem s poruchou autistického spektra.

Práce je členěna na dvě části. První z nich je část teoretická, která obsahuje tři klíčové kapitoly s názvy – Artikulace, Poruchy artikulace a Logopedická diagnostika. Čtenáři se v nich seznámí s terminologií této problematiky, s etiologií poruch artikulace, klasifikací a symptomatologií. Také však získají informace o jednotlivých diagnostických logopedických prostředcích využívaných při diagnostice poruch artikulace. Druhá část – praktická, obsahuje vlastní výzkumné šetření, které probíhalo na třech mateřských školách v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. Cílem práce bylo provést orientační logopedickou diagnostiku dyslalie ve zkoumaných mateřských školách a poskytnout tak porovnání výskytu poruch artikulace v běžné mateřské škole oproti mateřské škole speciální a mateřské školy logopedické. K výzkumnému šetření byly použity metody vstupního rozhovoru a diagnostický obrázkový materiál.

# 1 Artikulace

Neboli výslovnost, je utváření hlásek artikulačním ústrojím. Jak dále uvádí Dvořák (2007), vyslovenou hlásku nazýváme artikulém. Jedná se o soubor aktivit, které uskutečňují artikulační orgány při vytváření určité hlásky (Mlčáková, 2013a). Jak popisuje Krahulcová (2013) artikulační ústrojí jinak také mluvidla z hlediska širšího pojetí zahrnují ústrojí respirační, fonační a artikulační (modifikační, hláskotvorné). My se ale v rámci této práce zaměříme na užší vymezení pojmu artikulace a tedy i na užší popis mluvidel, pak hovoříme pouze o ústrojí artikulačním (Mlčáková, 2013a). Můžeme si také uvést dělení artikulace, které popisuje Dvořák (2007) a to na:

1. Vokalickou – při které vznikají vokály (samohlásky), které jsou typické svým tónovým charakterem. V tomto případě dochází k pozměnění nadhrtanových dutin na rezonanční prostor určitého tvaru a velikosti díky činnosti artikulačních orgánů a to má za následek výslovnost jednotlivých samohlásek.
2. Konsonantickou – v této skupině vznikají konsonanty (souhlásky), pro které je charakteristický šum. Tyto hlásky jsou tvořeny tak, že se výdechovému proudu do cesty postaví překážka ve formě závěru nebo úžiny. Za vytvoření překážky zodpovídá artikulační ústrojí.

Jedním ze základních předpokladů pro správnou artikulaci hlásek je artikulační obratnost mluvidel. Dalším předpokladem je vzájemná součinnost artikulačního, respiračního a fonačního ústrojí. Tedy spolupráce se správnou artikulací, respirací a hlasovou funkcí (Beranová, 2002).

Tuto koordinaci zajišťuje centrální nervová soustava a nastává jen v případě vytváření hlásek, jinak jsou jednotlivá ústrojí využívána k jiným účelům. Z fonetického hlediska je tato koordinovaná spolupráce mluvidel uskutečňována pomocí dechového proudu (bez něj by mluva nebyla možná), účasti hlasu (je důležitou součástí procesu artikulace, ale v některých případech může chybět např. při šepotu či mluvní pauze) a modifikace. V modifikaci spatřujeme určitou úpravu výdechového proudu a hlasu v rezonančních dutinách nad hlasivkami. K úpravě dochází na základě změny tvaru, objemu a otvoru rezonančních dutin. (Mlčáková, 2013a; Krahulcová, 2013)

Jedinec si správnou artikulaci osvojuje od nejzákladnějších zvukově artikulačních struktur, které můžeme popsat jako nevytříbené pohyby mluvidel po plynule artikulované řeči. V počáteční fázi osvojování si mluvené řeči je pro dítě typické žvatlání, kdy se dítě začíná učit mluvit. Postupně se artikulace vyvíjí a zdokonaluje až do doby, kdy jedinec začne zcela ovládat zvukové hledisko jazyka a dosáhne vysoce kontrolovatelných a rychlých

pohybů, které jsou charakteristické pro dospělou mluvu. Vývoj artikulace je ve velké míře závislý na individuálních schopnostech jedince a na prostředí, ve kterém je vychováván (Beranová, 2002; Iuzzini – Seigel, et al., 2015).

## 1.1 Artikulace v užším slova smyslu

Ústrojí hláskotvorné (artikulační) obsahuje dutiny, které se nachází nad hlasivkami v místech nad hrtanem. V těchto místech dochází k přetváření výdechového proudu a hrtanového tónu a vzniku hlásek. Jedná se o systém dutin a orgánů, které jsou v dutinách nad hlasivkami uloženy nebo je obklopují. Fonetické dělení nadhrtanových rezonančních dutin nám podává toto vymezení na dutinu hrdelní, ústní a nosní (Mlčáková, 2013a).

Druhou skupinou, kterou tvoří mluvidla, jsou artikulační orgány. Ty můžeme rozdělit na pohybové artikulační orgány, které, jak již název napovídá, se pohybují, a tak mění trasu vydechanému proudu vzduchu a na nepohyblivé artikulační orgány. Jejich funkci spatřujeme v pasivním působení proti pohyblivým artikulačním orgánům. Do skupiny pohyblivých artikulačních orgánů patří:

- Dolní čelist (mandibula)
- Rty (labia oris)
- Jazyk (lingua), ten se rozděluje na tři části – hrot (apex), hřbet (dorsum) a kořen (radix). S ním je také spojená jazyková uzdička (frenulum linguae). Ta je tvořena vazivovou přepážkou procházející středem jazyka, která se ve spod jazyka v jeho přední části připojuje ke spodině ústní.
- Měkké patro (velum)
- Čípek (uvula)

Do skupiny nepohyblivých artikulačních spadají:

- Horní čelist (maxilla)
- Zuby (dentes)
- Dásně (alveoly)
- Tvrdé patro (palatum), které navazuje na dásně a tvoří společně strop dutiny ústní. (Mlčáková, 2013a)

Na základě korektních pohybů jazyka a měkkého patra, změny čelistního úhlu a správné pozice rtů se změní vzhled dutiny hrdelní a ústní, což zapříčiní správnou výslovnost slov (Beranová, 2002). Za správnou koordinaci mluvidel zodpovídá více než 30 svalů, které jsou řízeny CNS. Pohyby mluvidel jsou poměrně hodně komplikované na provedení, proto se při jejich zajišťování aktivuje více svalových skupin (Krahulcová, 2013).

## 1.2 Fonetický vývoj

Za fonetický nebo taky artikulační vývoj považujeme proces, při kterém si dítě postupným nápodobováním jednotlivých hlásek osvojuje jejich kodifikovanou výslovnost. Tento proces je záležitostí na několik let. Jednotlivé výzkumy a studie odborníků z rozličných zemí se v názoru na pořadí, ve kterém si dítě osvojí hlásky a období, kdy je již zvládá fyziologicky vyslovit, liší (Dvořák, 2003a).

V rámci vývoje samohlásek se většina odborníků shoduje na tom, že hláska A se objevuje a ustaluje jako první a to i u dětí pocházejících z jiných jazykových prostředí než českého. Tento výrok je založen na předpokladu, že realizace hlásky A je ze všech hlásek nejméně obtížná. K jejímu vyvození je zapotřebí aktivního nastavení mluvidel a dechové i hlasové koordinace. Často je právě tato hláska využívána k nahrazení těch vokálů, které dítě ještě neumí vyslovit. V případě dalších samohlásek není vývoj a období jejich stabilizace tak jasný. Obecně se uvádí, že při artikulační stabilizaci a vyvozování hlásky je důležitá zejména artikulační náročnost (Dvořák, 2003a).

Do 12. měsíce dítě neumí artikulovat velké množství hlásek, zlom nastává v momentě, kdy si jedinec začíná více rozšiřovat svůj aktivní slovník a to jest v období druhého roku dítěte. I zde platí, že názor na vývoj a fixaci souhlásek není jednotný. Obecně můžeme o sledu vývoje jednotlivých hlásek říct, že retní souhlásky P a M bývají mezi hláskami, které jsou produkovány jako první. Poměrně časně se taky objevují explozivní a okluzivní – B, D. Hlásky jako P, B, K, N, F, D, G, M, H jedinec zvládá artikulovat na začátku slov, ale jejich realizace na konci slov se objevuje později. K produkci zadopatrové hlásky N dochází až tehdy, kdy dítě zvládá vyslovit zadopatrové K, G a zvládá konsonantické (souhláskové) skupiny. V případě hlásky Ň se setkáváme s nestálostí v stupni palatálnosti. Často se stává, že dojde až k úplné depalatalizaci, tedy hláska Ň je artikulována na samé hranici patra a splyne s dásňovým (alveolárním) N. Retozubné M (vyslovujeme například ve slově tramvaj) se vyskytuje jako artikulační asimilace až v době, kdy již jedinec zvládá retozubné hlásky F a V (Dvořák, 2003a).

## 1.3 Artikulace samohlásek

Jednotlivé samohlásky se od sebe rozlišují polohou jazyka, která určuje vzhled a velikost dutiny. Jistý význam má také velikost čelistního úhlu a tvar rtů (Kutálková, 2009).

A – Rty se aktivně artikulace nezúčastňují, jsou však o sebe oddáleny nejvíc ze všech samohlásek. Jazyk leží v neutrální poloze, jeho hrot spočívá za dolními řezáky. Měkké patro



je zvednuto. Dolní čelist je spuštěna dole a čelistní úhel je při artikulaci ze všech samohlásek největší (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková 1998; Mlčáková, 2013a).

E – Pokud využijeme k popisu srovnání s hláskou A, tak rty jsou u sebe o něco blíže a zapojují se tak, že koutky se jemně zaostřují. Jazyk se posouvá dopředu a zároveň vzhůru, hrot jazyka je opřen o spodní část dolních řezáku. Měkké patro uzavře otvor do dutiny nosní, vytvořený uzávěr je silnější, než při artikulaci A. Čelistní úhel je mírný (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková, 1998; Mlčáková, 2013a).

I – Rty jsou při artikulaci k sobě přiblíženy a zaostřeny. Jazyk je ze všech vokálů nejvíce posunut dopředu. Přední část hřbetu jazyka se přibližuje k paterní klenbě a jeho špička směřuje směrem dolů za dolní řezáky. Hláška I je ústní, jelikož měkké patro uzavírá vstup do dutiny nosní. Čelistní úhel je velmi malý (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková, 1998; Mlčáková, 2013a).

O – Rty se účastní aktivně a jsou mírně zaokrouhleny. Jazyk je posunut dozadu a vzhůru. Špička jazyka je oddálena od řezáku. Měkké patro je opět zdviženo a uzavírá otvor do dutiny nosní. Spodní čelist je spuštěna dolů a čelistní úhel je mírně rozevřen.

U – Rty jsou výrazně zaokrouhlené, více než u hlásky O. Jazyk je hřbetem v jeho střední části těsně přiblížen k měkkému patru. Hrot jazyka je vzdálen od dolních řezáku a směřuje dolů. Měkké patro je zdviženo a čelistní úhel je malý (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková 1998).

## 1.4 Artikulace souhlásek

V porovnání se samohláskami, mají souhlásky o mnoho více charakteristických znaků, pro lepší orientaci je rozdělíme do artikulačních okrsků, které uvádí Kutálková (2009). Artikulační okrsek P, B, M, F, V je charakteristický pevným uzávěrem rtů a dobrou činností měkkého patra. Při artikulaci není potřeba zvláštní obratnosti mluvidel a jsou artikulačně výrazné (Kutálková, 2009).

P – Rty vytváří uzávěr, překážku výdechovému proudu. Hláška se tvoří na základě sevření a oddálení rtů od sebe. Druhý uzávěr tvoří měkké patro, které uzavírá otvor do dutiny nosní. Jazyk se aktivně neúčastní. Dolní čelist zaujímá základní postavení (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková, 1998; Mlčáková, 2013a).

B – Rty se k sobě opět přiblíží, sevrou a zase oddálí, jak tomu bylo u artikulace hlásky P. Jazyk se nachází v základní poloze a artikulace se neúčastní. Měkké patro vytváří těsný závěr a dolní čelist je v základní poloze (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková, 1998; Mlčáková, 2013a).

M – Rty se při vytváření hlásky chovají stejně jako v předchozích případech u hlásek P a B. Jazyk se opět neúčastní. Měkké patro je dole, výdechový proud vstupuje do dutiny nosní a hláska se stává nazální. Dolní čelist zaujímá základní postavení (Pokorná, Vránová, 2007; Klenková, 1998; Mlčáková, 2013a).

F, V – Do artikulace se tentokrát pasivně zapojují i zuby. Hlásky se vytváří na základě úžiny mezi horními řezáky a spodním rtem. Jazyk se artikulace neúčastní. Hláska je orální, tedy měkké patro zavírá vstup do dutiny nosní. Spodní čelist je mírně zasunutá. Hlásky se liší ve znělosti (Pokorná, Vránová, 2007).

Artikulační okresek T, D, N, C, S, Z, Č, Š, Ž, L, R, Ř je různě náročný na artikulaci. Společný znak je pohyb jazyka, který se buď zvedá směrem nahoru k horní dásni, nebo jde dolů za dolní zuby, ale v žádném z případů není zcela plochý (Kutálková, 2009).

T, D, N – Rty jsou mírně od sebe, ale aktivně se artikulace neúčastní. Jazyk tvoří výdechovému proudu překážku, špička jazyka se přitiskne k dásňovému výstupku podél horních zubů v přední části. U hlásek T, D je vstup do dutiny nosní uzavřen, naopak je tomu u hlásky N, která je nazální. Dolní čelist je v momentu artikulace hlásek rychle spuštěna dolů (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

C – Hláska C je charakteristická svým tvořením, které prochází dvěma fázemi. V první fázi se vytvoří závěr a posléze v druhé fázi vzniká úžina. Rty jsou v první fázi lehce oddáleny a koutky mírně zaostřeny, v druhé fázi dochází k uvolnění rtů. Jazyk – jeho okraje se ve střední části zvednou až do mírného dotyku s rozhraním horních stoliček a dásních. Na dásních těsně za horními řezáky se potom vytvoří závěr. Ve druhé fázi se závěr uvolní a vzniká úžina. Spodní čelist je v první fázi lehce předsunuta, ve druhé fázi se mírně, ale velice rychle spustí dolů. Měkké patro je zdviženo (Pokorná, Vránová, 2007).

S, Z – Koutky úst jsou mírně zaostřeny. Okraje jazyka v jeho střední části jsou zdviženy a dotýkají se okrajů měkkého a tvrdého patra, tak vzniká úžina, kterou prochází výdechový proud. Špička jazyka se mírně dotýká rozhraní dolních řezáků a dásně. Obě hlásky jsou orální, měkké patro je tedy zdviženo. U hlásky Z je svalové napětí menší než u hlásky S (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

Č – Podobně jako hláska C se hláska Č vyznačuje tvořením ve dvou fázích. V první fázi jsou rty lehce zaokrouhleny a koutky úst jsou k sobě přiblíženy. Ve druhé fázi se rty uvolňují. Okraje hřbetu jazyka jsou zdviženy a mírně se dotýkají rozhraní horních stoliček a alveol. Závěr vzniká na zadní části alveolárního výběžku za horními řezáky. V druhé fázi se závěr uvolní oddálením špičky jazyka od alveol a vzniká úžina. V první fázi jsou dolní i horní čelist u sebe, v druhé fázi se dolní čelist nepatrně oddálí a posune dopředu. Měkké patro je zdviženo (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

Š, Ž – Rty jsou zaokrouhlené a koutky úst jsou přiblíženy k sobě. Jazyk je celý mírně posunut dozadu, okraje hřbetu jazyka se přitlačí na okraje měkkého a tvrdého patra. Úžina potom vzniká mezi špičkou jazyka a zadní částí dásňového výběžku. Dolní čelist je lehce spuštěna dolů a posunuta dopředu. U obou hlásek je vstup do dutiny nosní uzavřen. Svalové napětí je u hlásky Ž menší než u hlásky Š (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

L – Rty jsou od sebe vzdáleny. Hrot jazyka je přitisknutý k hornímu alveolárnímu výběžku. Okraje střední části jazyka jsou volné, výdechový proud vzduchu uniká po stranách. Dolní čelist je spuštěná dolů. Vstup do dutiny nosní je uzavřen – hláska je orální (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

R – Rty jsou od sebe lehce oddáleny, ale aktivně se neúčastní. Hrot jazyka směřuje k přední alveolárního výběžku. Hrot jazyka je volný a síla výdechového proudu ho uvede v kmit (počet kmitů je obvykle 1-2 při artikulaci nepřízvučné slabiky a u přízvučných se počet kmitů zvyšuje na 3-4 kmitů). Dolní čelist je mírně posunutá dolů. Měkké patro uzavírá vstup do dutiny nosní, hláska je tedy orální (Pokorná, Vránová, 2007).

Ř - Rty jsou lehce zaokrouhleny. Hrot jazyka směřuje k přední části alveolárního výběžku, stejně jako tomu bylo u hlásky R. Hrot je opět rozkmitán výdechovým proudem, kmity se od sebe ale liší, u hlásky Ř jsou početnější a rychlejší. Horní a dolní čelist jsou k sobě přiblíženy. Měkké patro je zdviženo (Pokorná, Vránová, 2007).

Artikulační okresek Ť, Ď, Ň, J. Aby byly tyto hlásky správně vyslovovány je zapotřebí dobře ovládat svaly jazyka a to v jeho střední části tak, aby se hřbet jazyka mohl přitisknout k tvrdému patru (Kutálková, 2009).

Ď, Ť – Rty jsou od sebe lehce oddáleny, koutky se mírně zaostřují. Jazyk vytvoří závěr tím, že se hřbetem přitiskne na přední část klenby tvrdého patra. Špička jazyka je dole za spodními řezáky. V momentě uvolnění závěru se dolní čelist mírně posune dolů. Měkké patro uzavře vstup do dutiny nosní – hláska je orální. Svalové napětí je u hlásky Ť větší než u hlásky Ď (Pokorná, Vránová, 2007).

Ň – Rty jsou od sebe lehce oddáleny, koutky se zaostřují. Závěr vytváří hřbet jazyka, který je přitisknutý na přední části klenby tvrdého patra. Hrot jazyka je za dolními řezáky. Dolní čelist se mírně posune dolů. Měkké patro je spuštěno, výdechový proud vstupuje do dutiny nosní, hláska je tak obohacena o nosní rezonanci (Pokorná, Vránová, 2007).

J – Rty jsou od sebe mírně oddáleny a koutky jsou jemně zaostřeny. Okraje jazyka jsou přiloženy ke stranám patra, jazyk tak vytváří úžinu výdechovému proudu. Hrot jazyka je za dolními řezáky. Dolní čelist je lehce spuštěna dolů. Měkké patro je zdviženo, vstup do dutiny nosní je uzavřen (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

Artikulační okresek K, G, CH. U této skupiny hlásek je rozhodující schopnost užití svalů zadní části jazyka, tedy svalů u jeho kořene a tím schopnost jej zvednout k měkkému patru (Kutálková, 2009).

K, G – Rty jsou od sebe oddáleny, ale dále se artikulace neúčastní. Jazyk tvoří překážku výdechovému proudu silným přitisknutím hřbetu jazyka v jeho zadní části na měkké patro. Špička jazyka může být ve dvou pozicích. Buď je položena volně v dutině ústní, nebo je přiložena k dolním řezákům či dásním. Měkké patro je zdviženo (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

CH – Rty se aktivně artikulace neúčastní, jsou od sebe mírně oddáleny. Hřbet jazyka se v jeho zadní části vyklene proti přední části měkkého patra a vytvoří tak úžinu výdechovému proudu. Hrot jazyka může být ve dvou pozicích, a to volně v dutině usní nebo za dolními řezáky. Měkké patro je zdviženo, a tak vniká uzávěr do dutiny nosní (Pokorná, Vránová, 2007).

Artikulační okresek hlásky H jako jediný není závislý na postavení mluvidel, na druhou stranu se při jeho tvoření spotřebovává velké množství vzduchu z výdechového proudu (Kutálková, 2009).

H – Hlávka H je svým tvořením naprosto odlišná od ostatních hlásek. Rty jsou oddáleny a více se artikulace neúčastní. Jazyk je v klidovém postavení a hrot jazyka je dole za řezáky. Dolní čelist je lehce spuštěna dolů. Specifikum je v místě tvoření hlásky, jako jediná se tvoří přímo v hlasivkové štěrbině. Kratší část hlasivek tvoří úžinu, v ní vzniká šum, který se tvoří na základě tření výdechového proudu o stěny štěrbiny. Druhá, delší část hlasivek kmitá. Spodní čelist je lehce spuštěna dolů a měkké patro je zdviženo, hlávka je orální (Pokorná, Vránová, 2007; Mlčáková, 2013a).

## 2 Poruchy artikulace

Rozdělujeme deset základních okruhů narušení komunikačních schopností, právě do jedné z nich spadají poruchy artikulace. Tento okruh nazýváme Narušení článkování řeči. Zahrnuje jak dyslalii (neboli patlavost), tak dysartrii (Lechta, 2009).

### 2.1 Terminologie

Jak už bylo výše zmíněno, do oblasti Narušení článkování řeči spadá dyslalie a dysartrie. Pokud se podíváme na poruchy artikulace z hlediska užšího a širšího pojetí, tak pojmu dyslalie odpovídá jeho užší vymezení. Kdy je narušena pouze finální složka mluvené řeči. Potom se tedy patologie dysartrie dotýká artikulace v jejím širším pojetí a to ve všech jejích složkách. To jest respirace, fonace, rezonance a artikulace (Lechta, 2009).

#### 2.1.1 Dyslalie

Dyslalie je z narušení komunikačních schopností nejvíce rozšířenou poruchou (Klenková, 2000). Nejčastěji se vyskytuje v období dětství a to zejména u chlapců, kdy je poměr výskytu u chlapců a dívek 60 : 40 %. V dospělosti se dyslalie vyskytuje již podstatně méně, nejčastěji se můžeme setkat s vadnou artikulací hlásek R a Ř a vadnou výslovností sykavek. Tento pokles v prevalenci je dán dozráváním jedince, výukou čtení, psaní a v neposlední řadě zásahem logopedické intervence (Klenková, 2006). Krahulcová (2013) dodává, že v postproduktivním věku výskyt dyslalie opět narůstá.

Při rozložení slova dyslalie získáme předponu dys-, ze které vyplývá, že půjde o poruchu vývoje některé funkce a zbytek slova -lalie. Ten má původ v řeckém slovu *latein* a znamená žvatlat (Kutálková, 2011).

Přesnou definici uvádí z mnoha jiných dalších autorů například Nádvořníková (2003, s. 170) „*Dyslalie v nejširším slova smyslu proto spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka...*“

Medicínská terminologie také pracuje s termínem dyslalie. Světová zdravotnická organizace ve své Mezinárodní klasifikaci nemocí zařazuje dyslalii do skupiny Poruch psychického vývoje, kde je označována kódem F 80.0 Specifické poruchy artikulace řeči (WHO, 2008), které zahrnují vývojovou poruchu artikulace, vývojovou fonologickou poruchu, dyslalii, funkční poruchu artikulace, opakování jedné hlásky (lalling).

U dyslalie je důležité od sebe odlišit vadnou výslovnost a nesprávnou výslovnost. V prvním případě patologická výslovnost hlásek setrvává do doby, kdy je již řeč fixována

(vývoj řeči se ukončuje někdy kolem sedmého roku života dítěte). Na druhé straně nesprávná výslovnost je fyziologický jev, který je přirozenou součástí vývoje řeči u dítěte (Klenková, 2000).

Pokud jedinec určitou hlásku ve slovech nevyslovuje, potom tuto vadu klasifikujeme jako mogilálii. Namísto dané hlásky bývá v mluvě tohoto jedince užíváno nejasného, nehláskového zvuku. Jestliže se tato prozatím fyziologická nesprávná výslovnost vyskytuje i po ukončení artikulačního vývoje hlásek, můžeme ji pojmenovat předponou mogi-, dále přidáme vadně tvořenou hlásku v jejím řeckém názvu a nakonec se doplní přípona -izmus, takže nám nakonec vznikne například název mogirotacimus a to konkrétně při patologické výslovnosti hlásky R. Další možností špatné artikulace je ta, kdy dítě určitou hlásku neumí vyslovit, a proto vymění tuto hlásku za jinou, pro něj snadněji vyslovitelnou. A pokud se stále jedná o fyziologický jev, nazýváme tuto vadu jako paralálii. Na druhou stranu, jestliže již o fyziologický jev nejde a vývoj určité hlásky je ukončen, mluvíme potom například o paradeltacizmu. Tento název se opět skládá z přípony ismus a předpony, tentokrát označovanou jako -para. Uprostřed se znovu objevuje řecký název špatně vyslovované hlásky (v uvedeném příkladu se jedná o hlásku D). Jak již bylo dříve zmíněno, zda dítě tvoří hlásku na odlišném místě, než tomu umožňuje spisovná norma jazyka a mění i podobu její tvorby, mluvíme o dyslalii, tedy o vadné výslovnosti. Chceme-li tuto vadu označit přesně vzhledem k jedné určité hlásce, použijeme příponu -izmus a řecké pojmenování špatně vyslovované hlásky. K úplnému zpřesnění názvu bývá doplňováno i místo vadného tvoření například sigmatizmus interdentalní (Klenková, 1998).

Nádvořníková (2003) popisuje charakteristické úrovně, které můžeme u dyslalie rozlišit. Jedná se o úroveň fonetickou a fonologickou. Fonetická úroveň se pojí s užitím jednotlivých hlásek a reprezentuje analytické hledisko řeči. Fonologická úroveň zahrnuje použití základních mluvních zvuků sjednocených do slabik, slov a vět.

### 2.1.2 Dysartrie

Dalším, již dříve zmiňovaným, pojmem spojovaným s poruchami artikulace, je dysartrie. Jde o narušení celého procesu artikulace, které je zapříčiněno poškozením centrální nervové soustavy, je tedy založena na organickém základě (Klenková, 2000). Špatná výslovnost se netýká jenom jedné hlásky, ale hlásek všech a to bez zřetele na jejich artikulační složitost. Porozumění řeči a vnitřní řeč zůstává neporušena. Pro upřesnění uvádím její přesnou definici, dysartrie je „*Motorická řečová porucha, která je způsobena narušením řízení motoriky svalů produkující řeč. Je to porucha řeči, která je způsobena*

*zřejmým poškozením mozku a mozkových drah, které je prokázané neurologickým vyšetřením.*“ (Dvořák, 2003b, s. 73)

Porušení centrální nervové soustavy může vzniknout již v prenatálním nebo perinatálním období, či v průběhu života jedince (Klenková, 2000). Nikdy však toto poškození nevzniká na dědičném základě (Dvořák, 2003b). Vyskytuje se jako jeden ze symptomů dětské mozkové obrny, ale může se objevovat i jako primární narušení komunikačních schopností (Dvořák, 2007).

Projevuje se obrnou, oslabením či nesouladem při koordinaci řečového svalstva a tyto projevy jsou sledovány ve složce vyžadující plynulou řeč. Jednotlivé systémy (respirace, fonace, artikulace, rezonance a prozodie) mohou být poškozeny zároveň anebo se anomálie objeví pouze na nějakých z nich. Následující symptomy se u jedince vyskytují v různém stupni a kombinacích a to v návaznosti na lokalizaci narušení CNS, době vzniku a stupni defektu (Dvořák, 2003b).

V důsledku oslabení respiračního subsystému může být narušena produkce slov, celkový projev tichý a dysrytmický. Produkce hlasu je poškozena v důsledku určité anomálie na hlasivkách. Jestliže je tato oblast oslabena, hlas bývá tichý (někdy až na úrovni šepotu), hrubý, chraptivý a poškozeno je také řízení síly a výšky hlasu. Mnohdy bývají postihnuty obě hlasivky, pokud tento stav nastane, je řeč bezhlasá, dyšná a projevuje se problémy v možnosti měnit výšku a sílu hlasu. Mimo tyto příznaky je slyšitelné vdechování a řeč je produkována v krátkých frázích. V případě že velofaryngeální subsystém nefunguje správným způsobem, řeč je huhňavá nebo naopak je hyponazální. V následku narušení oblasti artikulačního subsystému se řeč stává splývavou, setřelou až nedbalou, pomalou a namáhavou (Dvořák, 2003b). Pokud je schopnost artikulace úplně znemožněna, mluvíme potom o anartrii (Klenková, 2000).

Dělení dysartrie uvádí Dvořák (2007) na:

- Dysartrii bulbární – Vzniká jako následek poškození jader nervů v bulbu (tj. v prodloužené míše a Varolově mostu) či nervů, které z nich vychází a nervově zásobují muskulaturu mluvidel. Obtíže jsou zřetelné při vyslovování artikulačně složitějších hlásek, přítomná také bývá huhňavost a narušení žvýkání a polykání.
- Dysartrii extrapyramidovou – Ta se projevuje v důsledku onemocnění extrapyramidového motorického systému. Objevuje se ve dvou formách 1. hypertonická forma je charakteristická pomalou řečí s nezřetelnou artikulací a mechanickým opakováním slabik. 2. Dyskinetická forma je typická

neuspořádaným mluvním projevem (střídání vyražených a slabých slabik ve slově) a změnami v modulačních faktorech.

- Dysartrii korovou – Také nazývanou kortikální, která vzniká na základě léze v motorické korové oblasti. Mluva je neobratná při artikulaci delších a složených slov. Slova artikulačně nenáročná jsou vyslovována bez problémů. Narušení si všímáme i v prozódii řeči.
- Dysartrii pyramidovou – Postižení se nachází na motorické dráze od kůry k jádrům motorických nervů v bulbu. V tomto případě je řeč křečovitá, huhňavá, monotónní a její produkce je namáhavá.
- Dysartrii mozečkovou – Nalezneme i pod pojmenováním cerebelární. Problémy u tohoto typu vznikají v důsledku postižení mozečku a s tím spojené nervové zásobení artikulačních orgánů a hrtanu. Mluvním projev je charakteristický váháním, zarážkami a těžkopádnou hybností mluvidel.

## 2.2 Etiologie

Na vzniku poruch artikulace se podílí celá řada příčin (Mlčáková, 2013b). Příčiny se často vzájemně prolínají a ne vždy se dá příčina jednoznačně určit (Buntová, Ghútová, 2016). Někteří odborníci rozdělují příčiny vzniku na funkční a organické, které jsou charakteristické patologickou deformací mluvidel. Toto rozdělení uvádí například Klenková. Nádvorníková zase dělí etiologii na příčiny vnitřní a vnější. Jednotlivé příčiny popisuje Mlčáková (2013b).

- Sluchové poruchy – U sluchové percepce, kdy jedinec vůbec neslyší vysoké tóny nebo je jejich slyšení narušeno, dítě nedokáže rozlišit jednotlivé hlásky a to zejména sykavky (Klenková, 1998).
- Poruchy fonemického sluchu – V tomto případě má dítě problém s rozlišením jednotlivých fonémů.
- Pokles intelektových schopností
- Narušená motorika artikulačních orgánů – U nemalé části souhlásek se při jejich vyslovení neobejdeme bez přesného pohybového souladu mluvních orgánů. Nedostatečná motorická artikulační schopnost těchto orgánů má v mnohých případech podstatnou roli na vzniku těchto poruch.
- Anatomické odchylky artikulačních orgánů - Jakákoliv organická změna na řečovém ústrojí může predisponovat špatný vývoj artikulace. K těmto orgánovým anomáliím se řadí například deformity chrupu, rozštěpy rtu či patra, příliš klenuté patro, zkrácená uzdička, anomálie čelisti a další.



- Neuromotorické poruchy – Například u dětí s mentální retardací můžeme pozorovat narušenou výslovnost ve větší míře než u jedinců intaktních. Objevuje se zde zejména artikulační neobratnost (Klenková, 2000).
- Návykové dýchání ústy – Jako důvod vzniku respirace ústy se uvádí stále se vracející rýma, infekce či zvyk respirovat otevřenými ústy. To má za následek zvětšující se lymfadenoidní tkáň a zvětšení nosní mandle.
- Orofaciální dysfunkce
- Nespecifická dědičnost
- Vliv prostředí – Je důležité, aby bylo dítě již od narození dostatečně stimulováno, to znamená poskytnout mu podnětné prostředí a to nejen v řečové rovině. Do denního programu dítěte zařazujeme aktivity spojené se čtením pohádek, básničky, říkadla. Aby byly pro dítě tyto aktivity zajímavé, jejich výběr nenecháme náhodě, ale vybíráme je s přihlédnutím na jeho věk, pohlaví a zájmy. Veškerou činnost dítěte pozitivně komentujeme a povzbuzujeme ho k setrvání u nedokončené práce. Jako nevyhovující postoj při práci s dítětem se ukázalo zesměšňování, vyzdvihování jeho nedostatků a nedostatečně podnětné řečové prostředí. Nakonec je důležité zmínit informaci, která uvádí, že i když se u rodiče objevují nedostatky ve výslovnosti, nemusí se nutně tyto problémy projevit i u dítěte. (Mlčáková, 2013b)

## 2.3 Klasifikace

Dělení poruch artikulace řeči můžeme rozdělit do několika kategorií podle různých klasifikačních kritérií, jako první uvádím dělení z vývojového hlediska.

- Fyziologická dyslalie – Porucha v artikulaci se objevuje asi do pátého roku dítěte. Tyto artikulační nedokonalosti jsou považovány za přirozené a dochází k jejich samostatnému utlumování, až nakonec vymizí.
- Prodloužená fyziologická dyslalie – Přetrvávání potíží mezi pátým až sedmým rokem dítěte.
- Dyslalie – Bývá uváděna pod termínem pravá dyslalie. Vadná výslovnost hlásek se objevuje i po sedmém roce života dítěte, v tomto období jsou mluvní stereotypy již zafixovány. Pokud se špatná výslovnost do této doby neupraví, například pomocí vhodného mluvního vzoru, patologie v artikulaci se plně upevní. (Klenková, 1998)

Dělení dle etiologie (příčiny vzniku).

- Funkční – Můžeme dále dělit na senzoricou, kdy je narušena sluchová schopnost rozlišit jednotlivé hlásky, a motorickou způsobenou vadnou artikulační dynamikou. K těmto dvou pojmům přidáváme pod tuto skupinu ještě vnější a dědičné vlivy, například špatný řečový vzor.
- Orgánové – Někdy taky uváděné jako organické. Důsledek vzniká na bázi somatické anomálie (např. poruchy centrální nervové soustavy). Z orgánových dyslalií vyčleňujeme další tři podskupiny a to impresivní (dostředivou), expresivní (odstředivou) a centrální (Klenková, 1998).

Klenková (1998) uvádí také dělení podle místa určení konkrétní příčiny vzniku a to na dyslalii akustickou u sluchových vad. Dále dyslalii labiální u defektu rtu, dentální při anomáliích chrupu, palatální u patologií patra, lingvální u patologií jazyka a nazální u narušení nosovosti. K organickým poruchám dále Lejska (2003) dodává, že je můžeme dělit na trvalé a přechodné. Kdy za vznikem přechodné organické dyslalie nejčastěji stojí změna na dentici, skusu a zejména fyziologická výměna chrupu, která se u všech dětí vyskytuje kolem 6 roku věku. Intervence u tohoto typu anomálií je zaměřena na nápravu organické poruchy.

Chceme-li rozdělit poruchy artikulace podle jejich rozsahu, použijeme následující označení.

- Dyslalie levis (simplex) – Vadná výslovnost jedné nebo několika hlásek (Dvořák, 2007). Do této skupiny spadají podle Klenkové (1998) pojmy monomorfní a polymorfní dyslalie, které určují, zda jsou hlásky z jedné nebo více artikulačních oblastí.
- Dyslalie gravis (multiplex) – Nazývaná také jako dyslalie polymorfní. Vzhledem k předcházející skupině je narušena artikulace podstatně většího počtu hlásek (Dvořák, 2007).

K tomuto rozdělení dodává Klenková (1998) ještě jeden poslední článek a to dyslalii univerzalis, uváděnou také pod názvem dyslalie mnohočetná. Jedná se o vadnou artikulaci většiny hlásek. Jestliže dítě nahrazuje vadně tvořené hlásky hláskou T, potom je toto narušení natolik závažné, že se výslovnost stává nejasnou. V tomto případě hovoříme o tetizmu.

Vezmeme-li v potaz dělení z aspektu kontextového, pak vymezujeme:

- Dyslalii hláskovou – Narušení se vztahuje k jednotlivým hláskám.

- Dyslalii kontextovou – Jednotlivé hlásky jsou vyslovovány správně, ale pokud dojde k jejich spojení do slov (dyslalie slovní) nebo slabik (dyslalie slabiková), projeví se jejich vadná výslovnost. (Klenková, 2006)

Poslední dělení, které Klenková (1998) uvádí, je na dyslalii nekonstantní, kdy je vadně tvořená hláska v některých případech vyslovována fyziologicky, a dyslalii nekonsekventní, v tomto případě je narušena výslovnost hlásky vždy, ale pokaždé odlišným způsobem.

Pokud nahlédneme do zahraničních zdrojů, můžeme se setkat také s následujícím dělením, které nese název S.O.D.A. Jednotlivá písmena odkazují na počáteční písmena názvů jednotlivých oddílů tohoto dělení.

- Substitution – Kdy je nahrazena artikulačně těžší hláska, hláskou jinou artikulačně jednodušší. U nás tento pojem koresponduje s termínem paralalie.
- Omission – V tomto případě jedinec hlásku vynechává. V naší terminologii je srovnatelná s pojmem mogilalie.
- Distortion – Akusticky vadně tvořená hláska. Z obecného hlediska ji u nás pojmenováváme dyslalie (Pokud ji chceme blíže specifikovat, používáme řeckého názvu odchylně tvořené hlásky a pojmenování místa patologického tvoření.)
- Addition – Označuje jev, ve kterém jedinec do slova hlásku neadekvátně přidává. V našem názvosloví, jej můžeme najít pod pojmem polytalie. Zde se již jedná o deformaci, která postihuje výslovnost na úrovni slova, proto ji autor spíše přidává ke slovní patlavosti. (Dvořák, 2003a)

## 2.4 Symptomatologie

Dítě se nenarodí se získanou znalostí o zvukovém systému svého mateřského jazyka, tuto schopnost si jedinec osvojuje až v průběhu života (Buntová, Ghútová, 2016). V 7. roce života se fixují mluvní stereotypy a základní vývoj řeči je tímto ukončen (Klenková, 2006). Do té doby si jedinec musí v průběhu vývoje osvojit jak pravidla výslovnosti hlásek mateřského jazyka, tak pravidla jejich používání v řečovém projevu. Tedy fonetickou i fonologickou stránku řeči. Fonetickou stránku řeči představují zvuky, které dítě zvládá po motorické stránce. Do fonologické oblasti spadají ty zvuky, které dítě dokáže používat kontrastně - tzn. že ví o jejich schopnosti měnit význam slov (Buntová, Ghútová, 2016).

Chce-li diagnostik určit, do jaké skupiny narušených komunikačních schopností spadá určitá vada řeči, je třeba znát její jednotlivé symptomy, aby mohla být úspěšně zařazena (diagnostikována). Při určování symptomů bereme v potaz hledisko fonetické i fonologické (Mlčáková, 2013c).

## 2.4.1 Symptomatologie – fonetické hledisko

Jako první se zaměříme na symptomy z hlediska fonetického. Nesmíme zapomínat na fyziologickou (nesprávnou) výslovnost, kdy dítě ve věku tří až čtyř let stále vyslovuje určité hlásky nesprávně. Ty buď v řeči zcela zanedbá, nebo je vymění za hlásky, kde je potřeba menší artikulační obratnost. Rozvoj výslovnosti je velmi individuální jev a je spojován hlavně s vývojem motorické obratnosti artikulačního ústrojí, také s vývojem fonemického sluchu a se zráním centrální nervové soustavy. Je-li výslovnost hlásek narušena i ve věku pěti let, je vhodné vyhledat odbornou pomoc logopeda. V případě že v období mezi 5 - 7 rokem života se u dítěte stále vyskytuje vadná výslovnost, určujeme potom tuto poruchu jako prodlouženou fyziologickou dyslalií. I zde je důležité doporučit vyhledat logopeda, aby mělo dítě šanci nastoupit do základního vzdělávání se správnou výslovností (Mlčáková, 2013c).

Artikulace vokálů nebývá tolik zatížena nesprávnou výslovností, jako je tomu u konsonantů. Objevuje se zejména nepřesná výslovnost hlásky E, která se artikulačně přibližuje hlásce A (Nádvorníková, 2003). U dětí s palatolátií se můžeme setkat s odlišnou artikulací hlásek I, E, kde se vyskytuje zvýšená nosovost (Mlčáková, 2013c).

Odchytky v artikulaci konsonantů P, B, M. V rámci těchto hlásek bývá často nahrazováno znělé B neznělým P, zejména u dětí s poruchami sluchu, které nerozeznají znělou hlásku od neznělé (Nádvorníková, 2003). Dalším vyskytujícím se problémem při artikulaci této skupiny hlásek je snížený tonus rtů, rty nejsou schopny vytvořit pevný závěr a artikulace je poté narušena. Pokud má klient nedostatečnou funkci velofarngéálního mechanismu dochází u orálních hlásek P a B ke zvýšené nosní rezonanci. Jedinci, kteří mají v dutině nosní nějakou překážku např. zvětšenou nosní mandli, můžou nazální hlásku M vyslovovat bez nosní rezonance, bude tedy znít jako orála B (Mlčáková, 2013c).

Při špatné výslovnosti hlásek F, V se nejčastěji setkáváme s tím, že znělé V je vyslovováno jako neznělé F. Dále bývá hláska V nahrazována hláskou H, nebo jsou obě hlásky F a V vynechávány (Mlčáková, 2013c). Nádvorníková (2003) uvádí, že hlásky F a V bývají nahrazovány souhláskami P a B.

Ve skupině konsonantů T, D, N se často stává, že znělé D bývá nahrazováno neznělým T. Můžeme se také setkat s interdentálním tvořením těchto hlásek, kdy je špička jazyka vsunována mezi zuby nebo s nahrazováním T, D za hlásky K, G, při čemž jsou tyto hlásky patologicky tvořeny zadním úsekem jazyka na rozhraní měkkého a tvrdého patra. Občas se celá skupina těchto hlásek vadně artikuluje se závěrem, který tvoří na tvrdém patře hřeben jazyka a jeho špička je schovaná dole za řezáky. V důsledku toho mívá jedinec velice malý čelistní úhel a při vyslovování těchto hlásek pohybuje dolní čelistí namísto jazyka. K tomuto

výčtu se ještě přidává možné zatížení hlásek T a D zvýšenou rezonancí u jedinců s nedostatečným velofaryngeálním mechanismem. Popřípadě nazální N může znít jako orální D (Mlčáková, 2013c).

U vadně tvořené hlásky L se často vyskytuje její nahrazování hláskami J, H, V, W, anebo je tvořena bilabiálně či hřbetem jazyka na tvrdém patře. Případně je ze slova zcela vypuštěna (Mlčáková, 2013c; Nádvorníková, 2003).

Odchytky v artikulaci souhlásky R jsou vůbec nejčastěji se vyskytující patologií z řad poruch artikulace (Nádvorníková, 2003). Jsou charakteristické jejím vynecháváním nebo nahrazováním jinými hláskami, artikulačně jednoduššími (L, J, V). Jeho vadné tvoření nazýváme rotacismus a rozlišujeme několik druhů, podle místa jeho vadného tvoření. Patologicky tvořena hláska Ř je nahrazována zejména konsonanty Š, Ž, Z. Nejčastěji je hláska Ř nesprávně tvořena velárně, při čemž lem jazyka v jeho zadní části vibruje na měkkém patře (Mlčáková, 2013c).

Sykavky – S, Z, Š, Ž a polosykavky – C, Č jsou obojí vadně tvořeny velmi často, tuto odlišnou artikulaci nazýváme sigmatismus. Příčinou častého výskytu sigmatizmu je jejich artikulační náročnost. Jak sykavky, tak polosykavky jsou velmi náročné na precizní činnost jazyka a nepatrné odlišnosti v artikulační poloze je dělá jedinečnými (Mlčáková, 2013c).

Odchytky v artikulaci hlásek Ť, Ď, Ň jsou jako u sykavek dosti časté. Tyto měkké varianty hlásek bývají nejčastěji nahrazovány tvrdými T, D, N (Mlčáková, 2013c, Nádvorníková, 2003).

V souvislosti s hláskou J jsou odchytky v její artikulaci vzácné, nejčastěji se setkáváme s jejím vynecháváním (Mlčáková, 2013c). Výjimečně se objevuje laterální výslovnost této hlásky (Nádvorníková, 2003).

U hlásek K, G se setkáme s opačným problémem, než tomu bylo u hlásek T a D. Tedy místo K, G bývá vyslovováno T, D, kdy jsou patologicky tvořeny hrotem jazyka převráceným nahoru a dozadu (Nádvorníková, 2003). Opět se setkáváme se zvýšenou rezonancí těchto hlásek u jedinců s nedostatečnou funkcí velofaryngeálního mechanismu (Mlčáková, 2013c).

Souhlásky CH, H jsou nejčastěji vynechávány nebo mezi sebou zaměňovány (Mlčáková, 2013c).

## **2.4.2 Symptomatologie – fonologické hledisko**

Narušení artikulace hlásek ve slabikách a slovech se nazývá dyslalie kontextová (Mlčáková, 2013c). Jednotlivé hlásky jsou izolovaně vyslovovány správně, ale ve slabikách či slovech je jejich artikulace již patologická (Klenková, 2006). Mlčáková (2013c) k fonologickým poruchám přidává specifické poruchy výslovnosti, mezi ně se řadí specifické asimilace (sykavek, hlásek R a L, alveolár a palatál) a artikulační neobratnost.

### 3 Logopedická diagnostika dyslalie hláskové z fonetického hlediska

Pro celistvé pochopení této problematiky uvádím přesnou definici diagnostiky z všeobecného hlediska. „*Diagnostika obecně je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je diagnóza.*“ (Přinosilová, 2007, s. 10) Výsledná diagnóza se stává podkladem pro navazující odbornou péči o klienta. (Přinosilová, 2007).

Logopedická diagnostika je děj, při kterém zjišťujeme příčiny vzniku, druh, stupeň a průběh postižení a jeho dopad na jedince s narušenou komunikační schopností (Klenková, 2006). Charakteristickým specifickým mnohdy komplikujícím diagnostickým procesem je fakt, že dovednost komunikovat se dá zjistit pouze komunikací, celý proces je tedy závislý na posouzení řečového projevu. Tento fakt zcela znemožňuje určit diagnózu, pokud vyšetřovaný jedinec s logopedem odmítne komunikovat (Lechta, 2003).

Základním předpokladem pro kvalitní zjištění komunikačních schopností jedince je navázání pozitivního vztahu s klientem, navození spolupráce a důvěrné atmosféry. Z tohoto důvodu je vhodné, aby diagnostický proces probíhal ve známém a přirozeném prostředí (Přinosilová, 2007). Již moment samotné diagnostiky je velice negativní činitel, vyvolává v jedinci zkoušející atmosféru a ta má za důsledek vznik trémy a nejistoty. Ty se poté promítají do způsobu vyjadřování jedince a zkreslují diagnostické výsledky (Lechta, 2003). Dalším požadavkem pro úspěšnou logopedickou diagnostiku je komplexnost vyšetření. Při vyšetření se zaměřujeme na verbální i nonverbální projevy, úroveň porozumění řeči, ale také na její expresi a do vyšetření zahrneme všechny jazykové roviny. V neposlední řadě se budeme při diagnostice držet jejich základních zásad, jako je zásada objektivnosti, komplexnosti, týmového přístupu, kvantifikace a longitudinálního pozorování. Klenková (2006) více specifikuje zásadu týmového přístupu. Vysvětluje, že logoped vychází z psychologické nebo medicínské diagnózy nebo v opačném případě na základě logopedického zjištění je jedinec dále odeslán na určité lékařské (např. neurologické, foniatrické) či psychologické vyšetření (Klenková, 2006). Jak Lechta příhodně dodává „*Nevyšetřuje se totiž narušená komunikační schopnost, ale člověk s narušenou komunikační schopností.*“ (Lechta, 2003, s. 26)

### 3.1 Hlavní cíle logopedické diagnostiky

Hlavní úděl logopedické diagnostiky spatřujeme v dosažení několika cílů. V první řadě se zjišťuje, zda se vůbec jedná o patologii, nebo jde pouze o fyziologický jev, který je přirozenou součástí řečového vývoje každého jedince. Následně se snažíme vypátrat příčinu vzniku NKS, zjišťujeme, jestli se jedná o organické (např. chromozomové aberace, genetické mutace, poškození analyzátorů) nebo funkční odchylky (vliv špatného řečového vzoru) a dobu vzniku (prenatální, perinatální, postnatální období). Snažíme se odhalit, zda se jedná o narušení přechodné nebo trvalé, tedy jaké jsou šance na odstranění této patologie a zároveň popsat prognózu. Dále se diagnostika zaměřuje na rozlišení mezi vrozenou či získanou poruchou. Stanovit jde-li o primární postižení, tedy dominující poškození, nebo jde o symptomatickou vadu řeči a je pouze symptomem u jiného dominujícího postižení. Pro vhodné stanovení terapeutického postupu vyšetřujícího také zajímá, je-li si klient vědom svého narušení nebo ne. Na závěr se určuje stupeň narušení. Odlišuje se od sebe úplné (totální) narušení, kdy není jedinec schopen komunikovat, od částečného (parciálního) narušení (Lechta, 2003).

Na tyto cíle ihned navážeme ještě před popisem diagnostického procesu dyslalie, konkrétními cíli při zajišťování samotné diagnostiky dyslalie. Tyto cíle opět uvádí Lechta.

1. Zjistit, zda se jedná o mogilálii, paralálii či dyslalii v užším slova smyslu.
2. U jedince s dyslalií se snažíme vysledovat, zda hlásku vyslovuje chybně na začátku, uprostřed a/nebo na konci slova.
3. Zjistit úroveň fonemické diferenciaci a úroveň motoriky řečových orgánů.
4. V rámci diferenciatní diagnostiky posuzujeme, jestli se jedná o primární postižení nebo je dyslalie symptomem jiného dominujícího postižení.
5. Určení stupně narušení za pomoci koeficientu dyslalie.
6. Odhalit příčinu vzniku.
7. Určit její typ (labiální, dentální, lingvální, palatální, nazální; hláskovou, slabikovou, slovní) (Lechta, 1990).

### 3.2 Logopedická diagnostika dyslalie

Podkladem pro diagnostiku dyslalie je logopedické vyšetření, které provádí logoped ve spolupráci s psychologem a foniatrem. Součástí celistvé diagnostiky dyslalie je shromáždění anamnestických údajů, vyšetření sluchu, schopnosti rozlišovat jednotlivé hlásky, motoriky (celkové, jemné, artikulačních orgánů), laterality, expresivní a receptivní složky řeči (Klenková, 2006).



Diagnostika dyslalie se provádí na dvou úrovních. První z nich je screeningová logopedická diagnostika. Jedná se o orientační vyšetření, které obsahuje prvky prevence a má vyhledávat jedince s narušenou komunikační schopností v širší sociální skupině. U dyslalie se zpravidla provádí v mateřských školách nebo u školních začátečníků a může ji provádět i logopedický asistent (Lechta, 2003; Klenková, 2006; Nádvorníková, 2003).

Druhou úrovní, která na screening navazuje, je klinické vyšetření dyslalie. Je detailnější a upřesní již získané informace za použití specifických diagnostických metod. Kompetence k provádění této úrovně má klinický logoped ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí např. foniatr, otorinolaryngolog, psychiatr (Lechta, 2003; Klenková, 2006; Nádvorníková, 2003).

Při vyšetřování logoped obvykle využívá většího počtu metod tak, aby zajistil komplexní vyšetření na fonologické i fonetické úrovni. Nejčastěji bývá využíváno rozhovoru, vyšetření spontánního mluvního projevu, pojmenovávání obrázků a opakování slov (hlásek) (Mlčáková, 2013d). Základní metodou při diagnostice dyslalie je rozhovor. Díky němu získáváme představu o současném rozsahu a stupni narušené artikulace řeči u klienta (Klenková, 2006). Umožňuje u vyšetřovaného navodit spontánní mluvní projev a vytvořit uvolněnou atmosféru již při zahájení sezení. Jeho nevýhodou je, že tímto způsobem nevyšetříme všechny hlásky (Mlčáková, 2013d). Úroveň výslovnosti je třeba posuzovat při volném rozhovoru jak v pomalém, tak rychlém tempu řeči (Krahulcová).

Po navázání vztahu mezi klientem a logopedem se přechází k řízenému rozhovoru. Jeho účelem je zajistit vyšetření všech hlásek jak z fonetického, tak fonologického hlediska. Fonologické hledisko nám zjistí fonologické příznaky ve slabikách, slovech i větách, kdy jsou jednotlivé hlásky vyslovovány v souvislosti sousedních hlásek. Při vyšetření jednotlivých hlásek lze využít artikulačních a obrázkových testů, kde jsou hlásky vyšetřované v iniciální, mediální a finální pozici (Nadvorníková, 2003). Krahulcová (2013) uvádí například možnost využít pojmenovávání obrázků. Vyšetřovaný jedinec má pojmenovat předložené obrázky, které ve svém názvu obsahují sledovanou hlásku ve třech zmiňovaných pozicích, aby bylo zajištěno komplexního posouzení výslovnosti dané hlásky (Krahulcová, 2013). Vyobrazení, které má klient pojmenovat na předložených obrázcích, by mělo co nejvíce odpovídat realitě, proto je vhodné použít fotografie (Mlčáková, 2013d).

Další metodou, která zajistí vyšetření všech hlásek je metoda reprodukování, kdy klient opakuje předříkávána slova a věty. Jedná se o rychlou metodu, ale Lechta ji z důvodu zkreslení výsledků nedoporučuje. Jelikož výslovnost hlásek u klienta může být na základě imitačního efektu výrazně lepší (Lechta, 2003).

Pořadí při vyšetřování jednotlivých hlásek může být různé. Klenková (2000) doporučuje postupovat od hlásek artikulačně jednodušších k těm obtížnějším. Nádvorníková (2003) uvádí pořadí podle místa tvoření a to na hlásky bilabiální (P, B, M), labiodentální (F, V), alveolární (T, D, N, S, Z, C, Š, Ž, Č, R, L), pak hlásky alveolopalatání (Ď, Ť, Ň), palatální J, velární hlásky (K, G, CH) a laryngální H. Mlčáková (2013d) uvádí stejné pořadí souhlásek, jako Nádvorníková, ale přidává k nim vokály A, E, I, O, U, dvojhlásky, OU, AU, EU a skupiny hlásek BĚ, PĚ, VĚ a MĚ.

Je žádoucí, aby byl celý průběh vyšetření zaznamenáván tak, aby o něm vyšetřovaný jedinec nevěděl. K vytvoření záznamu může být použit diktafon či videonahrávka. Záznam je nápomocný při zpětném rozboru výslovnosti jednotlivých hlásek (Klenková, 2006). Výsledky vyšetření je vhodné zaznamenávat do záznamového archu (Krahulcová, 2013). Mlčáková (2013d) doporučuje zápis fonetickou transkripcí hlásky (slova), která může být doplněna vlastním komentářem.

Zároveň se logoped v průběhu diagnostiky zaměřuje na posun ve výslovnosti jednotlivých hlásek, tedy na snahu o zlepšení se. U této fáze diagnostiky logoped používá připravené mluvní celky a slova předřikává. Diagnostika by měla také odhalit, jestli se zafixovaný patologický artikulační mechanismus vyskytuje jen někde nebo ve všech artikulačních celcích (Krahulcová, 2013).

Posledním dílkem k získání komplexního vyšetření je odlišení dyslalie od jiného možného narušení. Na základě diferenciativní diagnostiky u jedince zjišťujeme, zda se jedná o dyslalii primární, tedy jedinec nemá přítomno žádné jiné postižení nebo o symptomatickou dyslalii, kdy je dyslalie pouze symptomem jiného dominujícího postižení (Krahulcová, 2013). Za dominující postižení, u kterého se dyslalie vyskytuje, je například dětská mozková obrna, mentální retardace a sluchové postižení (Lechta, 1990). Mlčáková (2013d) dodává, že součástí diferenciativní diagnostiky je také vyloučení vývojové dysfázie, která se projevuje ve více oblastech jazyka a navíc je její součástí narušení kognitivních funkcí.

## **4 Výzkumné šetření – orientační diagnostika poruch artikulace u dětí v předškolním věku**

V rámci praktické části této práce by chtěla autorka popsat vlastní empirické šetření. Výzkum byl prováděn ve dvou mateřských školách v Moravskoslezském kraji a v jedné v kraji Olomouckém v období od února 2017 do března 2017. Náplní práce bylo zaměřit se na výskyt dyslalie u dětí v předškolním věku a porovnat výskyt dyslalie u dětí z mateřské školy běžného typu, mateřské školy speciální a mateřské školy logopedické.

### **4.1 Cíle výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo provést logopedickou diagnostiku dyslalie hláskové u předškolních dětí na třech mateřských školách a to konkrétně v Mateřské škole Elišce Opava, Mateřské škole Slavkov a Mateřské škole logopedické v Olomouci.

Dílčí cíl číslo 1 – Připravit obrázkový diagnostický materiál.

Dílčí cíl číslo 2 – Vyšetřit výslovnost dětí z našeho výzkumného vzorku.

Dílčí cíl číslo 3 – Zpracovat výsledky vyšetření výslovnosti.

### **4.2 Otázky výzkumného šetření**

Hlavní otázka výzkumného šetření byla stanovena následovně. Jak velký je výskyt dyslalie v Mateřské škole Elišce Opava, Mateřské škole Slavkov a Mateřské škole logopedické v Olomouci?

Dále byly stanoveny další dvě dílčí otázky.

Dílčí otázka číslo 1 – Jaký bude rozdíl ve výskytu dyslalie mezi dívkami a chlapci?

Dílčí otázka číslo 2 – Bude výslovnost jednotlivých hlásek lepší v mateřské škole běžného typu než v mateřské škole logopedické a mateřské škole speciální?

### **4.3 Metody výzkumného šetření**

Ke zjištění informací byl použit nestandardizovaný rozhovor a obrázkový diagnostický materiál. Rozhovor byl do metod zařazen hlavně z důvodu navození přátelské atmosféry a vytvoření bezpečného prostředí, ale můžeme jej využít i pro doplnění diagnostiky jednotlivých hlásek. Jako hlavní diagnostický postup byla využita metoda opakování slov z obrázků.

Při vyšetřování jednotlivých hlásek byl využíván záznamový arch, který autorka sama vytvořila (viz příloha číslo 1). Záznamový arch se skládá z hlavičky, která obsahuje

pro výzkum potřebné základní údaje o dítěti (datum narození, pohlaví, MŠ). Dále následují tři otázky, které autorka pokládala dítěti v úvodu šetření. Tyto otázky byly zakomponovány do počátečního rozhovoru, který měl vést k utváření pozitivní a uvolněné atmosféry. Hlavní a poslední část záznamového archu tvořila tabulka s jednotlivými hláskami.

### **4.3.1 Opakování slov z obrázků**

Podle Peutelschmideové a Vitáskové (2005) je vhodné použít takový obrázkový materiál, kde můžeme výslovnost určité hlásky sledovat na začátku, uprostřed i na konci slova a to z toho důvodu, že hlásky z fonetického hlediska nemají univerzální charakter, ale na základě postavení ve slově a v kontextu jiných hlásek se proměňují. Mlčáková (2013d) k tomu dodává, že obrázky by měly co nejvíce odpovídat realitě, aby jej dítě mohlo co nejjednodušeji určit.

K diagnostickým účelům této práce byl vybrán obrázkový materiál z knihy Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte od Jiřiny Klenkové a Heleny Kolbábkové (2003) (viz příloha číslo 3). Jednotlivé hlásky jsou zde uspořádány od artikulačně snazších po artikulačně obtížnější, a to v následujícím pořadí A, E, I, O, Ú, OU/AU, P, B, M, T, D, N, F, V, J, K, G, H, CH, Ť, Ď, Ň, L, C, S, Z, Č, Š, Ž, R, Ř. Jednotlivé hlásky sledujeme v iniciální, mediální a finální pozici s výjimkou některých, které použitý diagnostický materiál uvádí pouze v mediální a finální pozici.

Pro účely této práce byl obrázkový, diagnostický materiál využit k opakování slov z obrázku. Autorka práce nejdříve na obrázek ukázala, pojmenovala a pak dala prostor dítěti, aby dané slovo reprodukovalo. Tento postup například Lechta nedoporučuje z důvodů zkreslení výsledků, kdy jedinec na základě imitačního efektu dané slovo vyslovuje lépe. Tento postup byl i přesto záměrně vybrán, aby bylo docíleno přesného pojmenování obrázku a tím byla vyšetřena správná hláska.

### **4.3.2 Rozhovor**

Rozhovor spadá do oblasti exploračních metod. Poskytuje nám jedinečnou možnost setkat se s klientem přímo a nejenže díky něj získáváme důležité informace (např. postoje, přání, názory, obavy), které využijeme pro další práci s klientem, ale zároveň nám umožňuje navázat kontakt s daným jedincem (Přinosilová, 2007). Pro tuto práci byl využit polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí Přinosilová (2007), má tento typ rozhovoru předem stanovený cíl a záměr, ale není striktně dodržováno pořadí a formulace jednotlivých otázek. Čehož bylo využito zejména v případech, kdy děti nepochopily význam věty a bylo zapotřebí otázku formulovat jinak, více specifikovat, nebo byly položeny otázky nad rámec

předem formulovaných otázek. Celý rozhovor byl v průběhu vyšetření zapisován do záznamového archu. Tento postup má podle Chrásky (2016) výhodu v tom, že nedojde ke zkreslení odpovědí vlivem zapomínání, na druhou stranu upozorňuje, že zapisování v průběhu může působit negativně na vytváření kontaktu s vyšetřovanou osobou a celkově negativně ovlivnit atmosféru při vyšetřování.

Rozhovorem bylo započato celé šetření. Na artikulační dovednosti dětí se autorka soustředila od jejich prvních slov. Rozhovor sloužil jako nástroj k navození příjemné atmosféry a vytvoření důvěrného vztahu, sekundárně jako diagnostický materiál k doplnění diagnostiky artikulace jednotlivých hlásek.

#### 4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

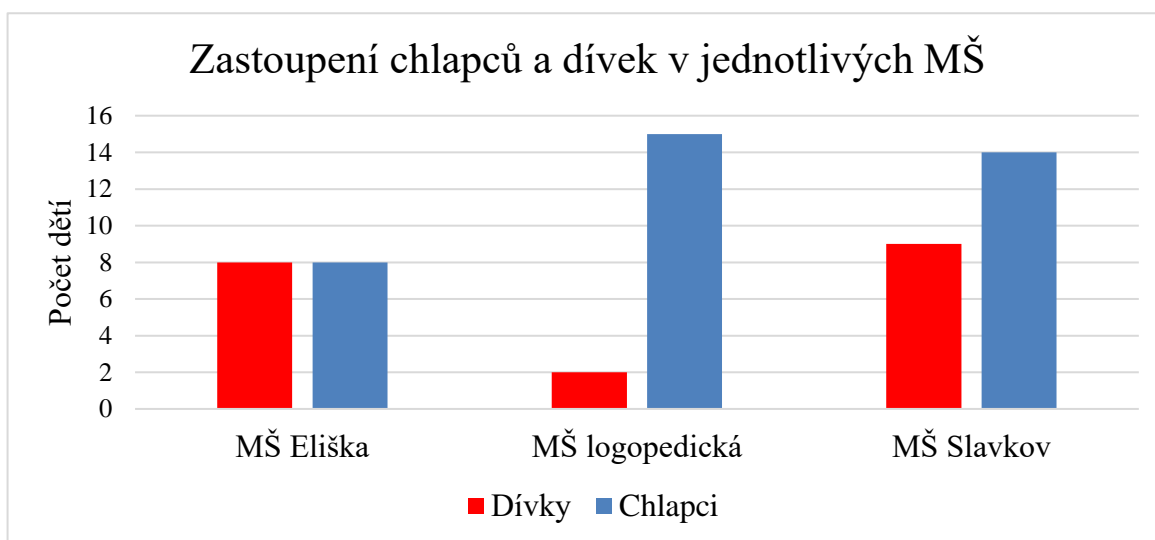
Výzkumný vzorek tvořily děti ze tří mateřských škol z České republiky, z toho byly dvě z Moravskoslezského kraje a jedna z kraje Olomouckého. Konkrétně to byly – Mateřská škola Slavkov, Mateřská škola Eliška (Opava) a Mateřská škola logopedická Olomouc.

Celkem tvořilo výzkumný vzorek 56 dětí. Z toho bylo 16 dětí z Mateřské školy logopedické v Olomouci, 17 dětí z Mateřské školy Eliška v Opavě, která je určena dětem se zdravotním a kombinovaným postižením a 23 dětí z Mateřské školy ve Slavkově, která je mateřskou školou běžného typu. Celkem bylo ve výzkumném vzorku 19 dívek, což činilo 34 % z celkového počtu dětí a 37 chlapců, tedy 66 % z celkového počtu. Zastoupení chlapců a dívek v jednotlivých mateřských školách popisuje tabulka č. 1 a graficky znázorňuje graf č. 1.

Výzkumný vzorek tvořily děti ve věku 4–7 let. Průměrný věk celého souboru byl 6 let a 4 měsíce, horní věkovou hranici tvořilo dítě ve věku 7 let a 9 měsíců a nejmladším účastníkem šetření bylo dítě ve věku 4 let a 8 měsíců.

	Dívky		Chlapci	
	Počet	%	Počet	%
MŠ Eliška	8	50,00	8	50,00
MŠ logopedická	2	11,76	15	88,24
MŠ Slavkov	9	39,13	14	60,87
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>33,93</b>	<b>37</b>	<b>66,07</b>

**Tabulka č. 1:** Struktura výzkumného vzorku podle pohlaví v jednotlivých mateřských školách



**Graf č. 1:** Zastoupení chlapců a dívek v jednotlivých mateřských školách

#### 4.4.1 Mateřská škola Slavkov

Je mateřskou školou běžného typu. Všechny vyšetřované děti byly z jedné třídy, která je určená pro děti navštěvující posledním rok předškolního vzdělávání. Zde bylo celkem vyšetřeno 23 dětí z toho 9 dívek a 14 chlapců. Průměrný věk obou pohlaví činil 6 let a 2 měsíce. U dívek byl věkový průměr rovných 6 let u chlapců 6 let a 3 měsíce.

#### 4.4.2 Mateřská škola Eliška Opava

Je mateřská škola zajišťující speciálně pedagogickou péči dětem s tělesným, mentálním, zrakovým, sluchovým a kombinovaným postižením, vadami řeči a dětem s PAS. Zde byly děti vybrány ze tří různých tříd, výběr autorka práce nijak neovlivnila, informované souhlasy byly rodičům dětí rozdány prostřednictvím ředitelky mateřské školy. Výzkumný vzorek z této mateřské školy tvořilo 16 dětí, u nichž byl průměrný věk 6 let a 5 měsíců. Z toho 8 chlapců a 8 dívek. Průměrný věk chlapců byl stejný jako průměrný věk dívek a to 6 let a 4 měsíce. Autorka měla možnost nahlédnout do složek jednotlivých dětí, a tak získat diagnózy dětí účastnících se šetření. Složení výzkumného vzorku z pohledu jejich diagnóz bylo velice variabilní. Šest dětí z tohoto vzorku má diagnostikovanou zrakovou vadu různého stupně i druhu. U zbylých deseti dětí bylo popsáno kombinované postižení. Nejčastěji měly děti diagnostikovanou vadu řeči (dyslalii, vývojovou dysfázii, opožděný vývoj řeči), vedle toho se objevovaly v diagnózách lehké mentální retardace, ADHD či autismus.

#### **4.4.3 Mateřská škola logopedická Olomouc**

Mateřská škola ve svých dvou třídách poskytuje speciálně pedagogicko – logopedickou péči dětem v předškolním věku s různými vadami řeči. Děti jsou zde vzdělávány podle individuálního vzdělávacího plánu. Do každodenního programu je zařazována skupinová a individuální logopedická péče. Výzkumný vzorek z této mateřské školy tvořilo 17 dětí náhodně vybraných z obou tříd. Z toho bylo 15 chlapců, kteří dosahovali průměrného věku 6 let a 3 měsíce a pouhé 2 dívky, u kterých byl průměrný věk 6 let a 11 měsíců. Společný průměrný věk obou pohlaví je 6 let a 4 měsíce. I v této MŠ byly autorce práce poskytnuty diagnózy, na základě kterých byly jednotlivé děti přijaty do této mateřské školy. Výzkumný vzorek tvořily děti, které měly diagnostikovány rozličné kombinace vad řeči. V diagnózách se objevovala zejména vývojová dysfázie (dysfatický terén), dyslalie, opožděný vývoj řeči, méně potom verbální dyspraxie. Do výzkumného vzorku spadá i jeden chlapec s balbuties, jeden chlapec z bilingválního prostředí s omezeným přístupem k českému jazyku a chlapec s elektivním mutismem.

#### **4.5 Organizace výzkumného šetření**

Mateřské školy byly poprvé osloveny již v září roku 2016. V MŠ Elišce v Opavě a MŠ logopedické v Olomouci jsme získaly souhlas k provedení výzkumu na základě osobního kontaktu s pověřenou osobou. Mateřská škola ve Slavkově byla kontaktována skrze e-mail. Ve všech třech mateřských školách souhlasili s provedením výzkumného šetření.

Autorka výzkumu vytvořila informovaný souhlas (viz příloha číslo 1) pro rodiče, kde je informovala o průběhu šetření, k čemu budou výsledky šetření využívány a žádala o vyjádření souhlasu/nesouhlasu o účasti jejich dítěte na šetření. Zároveň se zavázala, že výsledky budou zpracovávány anonymně. Tento formulář byl předán v listopadu 2016 třídním učitelkám jednotlivých mateřských škol, které následně předaly informované souhlasy rodičům. Z MŠ ve Slavkově bylo navráceno 27 formulářů z 27 (100 %), v MŠ Elišce byla návratnost 85 %, tedy 17 rodičů souhlasilo s účastí jejich syna/dcery na šetření a v MŠ logopedické činila návratnost 80 %, navráceno bylo 16 formulářů.

Autorka práce osobně vyšetřila 56 dětí, tedy 4 děti nebyly v době vyšetřování přítomny. Šetření probíhalo od 21. února 2016 do 13. března 2016. Jednotlivé dny šetření byly předem stanovovány na základě individuální domluvy s třídními učitelkami.

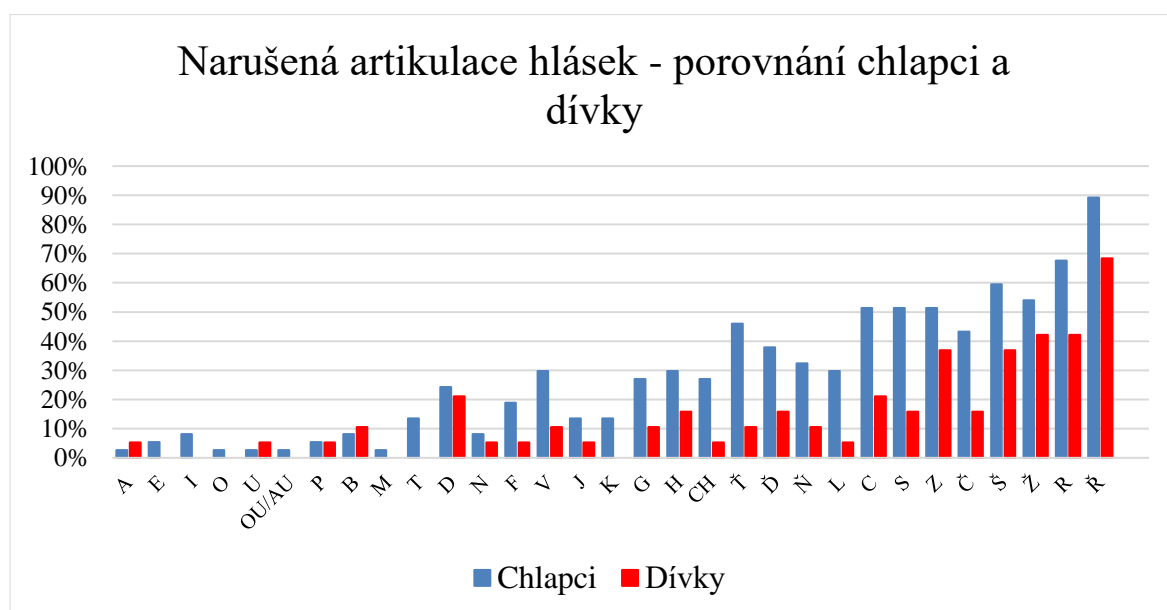
Samotné šetření vždy probíhalo v pracovně nebo logopedické pracovně. Na obou místech, kde šetření probíhalo, bylo součástí vybavení 2 židle, stůl a logopedické zrcadlo. Šetření probíhalo s každým dítětem zvlášť a bez přítomnosti dalších osob.



## 5 Výsledky výzkumného šetření

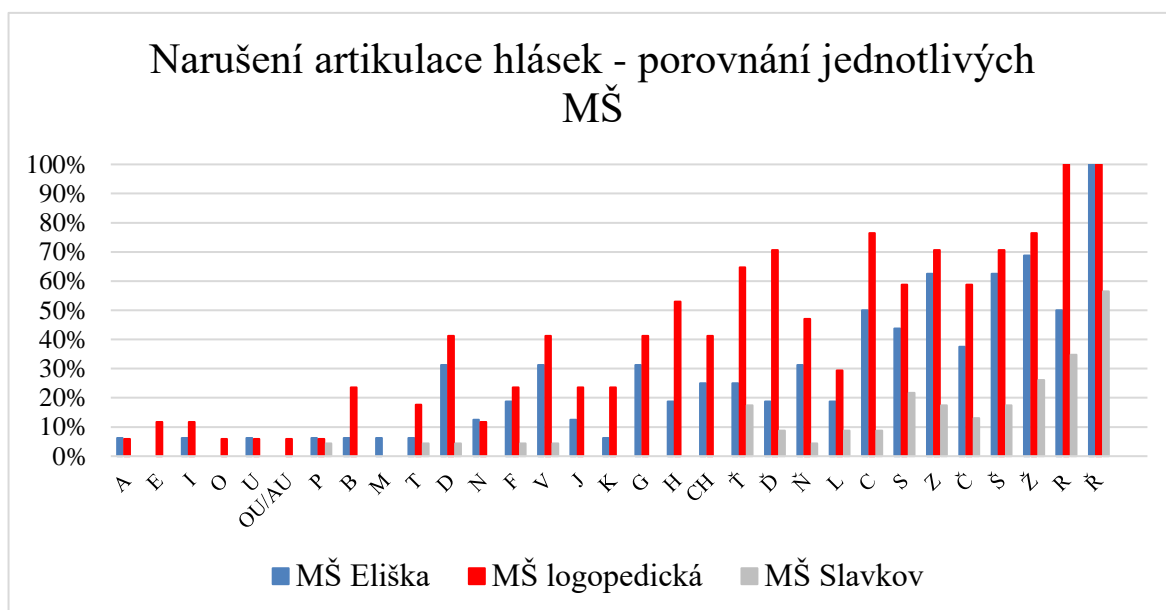
Výsledky celého šetření jsou pro lepší orientaci zapsány v tabulkách a vyobrazeny v grafech, následně pak podrobněji popsány. Tabulky a grafy číslo 2, 3 a 4 vyhodnocují narušení artikulace jednotlivých sledovaných hlásek nejprve v porovnání mezi dívkami a chlapci, poté v porovnání jednotlivých mateřských škol a nakonec u celkového počtu dětí. Zbylé grafy číslo 4–10 zaznamenávají narušenou artikulaci sledovaných hlásek v iniciální, mediální a finální pozici.

Graf číslo 2 zobrazuje v procentech narušenou artikulaci hlásek u dívek a chlapců. Z grafu můžeme vyčíst, že nejvíce byla zatížena výslovnost hlásky Ř, to platí jak u dívek, tak u chlapců. U chlapců byla výslovnost hlásky narušena v 89,19 %, tedy u 33 chlapců. U dívek se narušená výslovnost vyskytovala v 68,42 %, což bylo u 13 dívek z jejich celkového počtu. Na druhou stranu hlásky, které byly nejméně zatížené narušenou artikulací se u jednotlivých pohlaví, již odlišují. Chlapci měli nejmenší problémy ve výslovnosti samohlásek A, O, U, dvojhlásek OU, AU a souhlásky M. Tyto hlásky byly patologicky artikulovány pouze jednou ze všech vyšetřovaných případů, což odpovídá procentuálnímu vyčíslení 2,7 %. Dívky byly neúspěšnější ve výslovnosti samohlásek E, I, O, dvojhlásek OU, AU a souhlásek M, T, K. Tyto hlásky byly dívkami ve všech případech vysloveny správně. Pokud porovnáme úspěšnost správné výslovnosti hlásek, tak zaznamenáváme lepší výslovnost u dívek. Větší výskyt narušení artikulace byl pouze u hlásek A, U, B. Můžeme tedy říci, že v 90,32 % byla častěji narušena výslovnost hlásek u chlapců než u dívek.



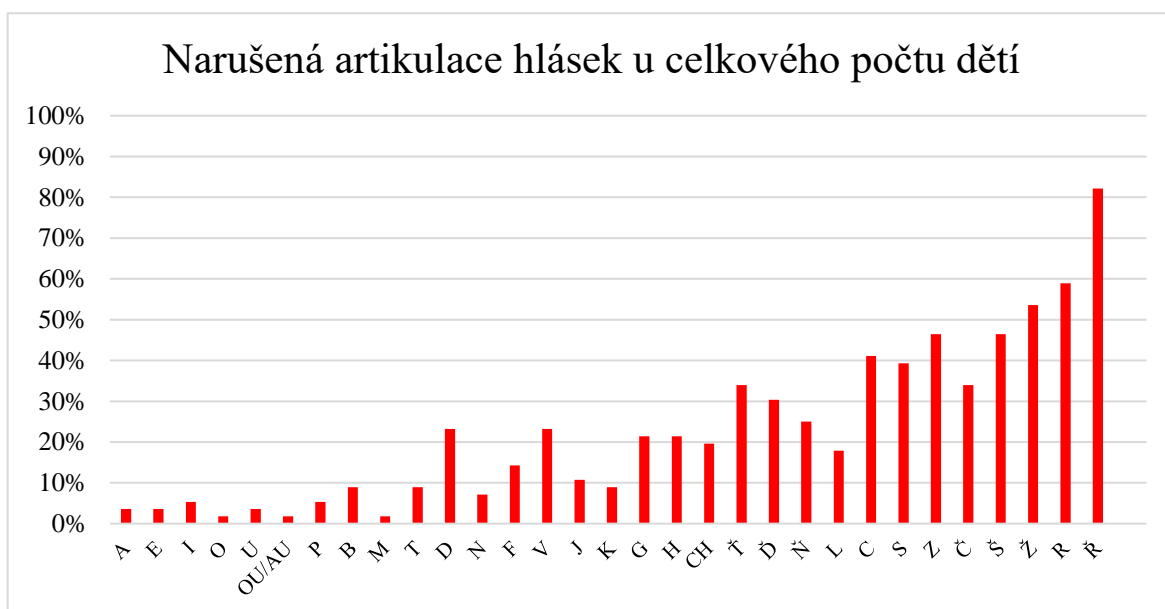
**Graf č. 2:** Narušená artikulace hlásek – porovnání chlapci a dívky

Vyhodnocení narušené artikulace u dětí v jednotlivých mateřských školách vyobrazuje graf číslo 3. Z šetření vyplynulo, že nejvíce narušenou artikulaci hlásek mají děti z Mateřské školy logopedické v Olomouci. Toto tvrzení platí ve všech případech až na jedinou výjimku, kdy byla hláska M v iniciální, mediální i finální pozici vyslovena dětmi z MŠ logopedické správně, ale v Mateřské škole Elišce byla v jednom případě její výslovnost narušena. Ve výslovnosti jednotlivých hlásek byla Mateřská škola Slavkov vždy lepší než zbylé dvě mateřské školy. Z grafu dále vyplývá, že u vyšetřovaných dětí byla největší chybovost ve výslovnosti hlásky Ř. V Mateřské škole Eliška a v Mateřské škole logopedické byla zjištěna narušení artikulace hlásky Ř u všech vyšetřovaných, v případě Mateřské školy Slavkov byla výslovnost této hlásky narušena pouze u 13 dětí (56,52%).



**Graf č. 3:** Narušená artikulace hlásek – porovnání jednotlivých mateřských škol

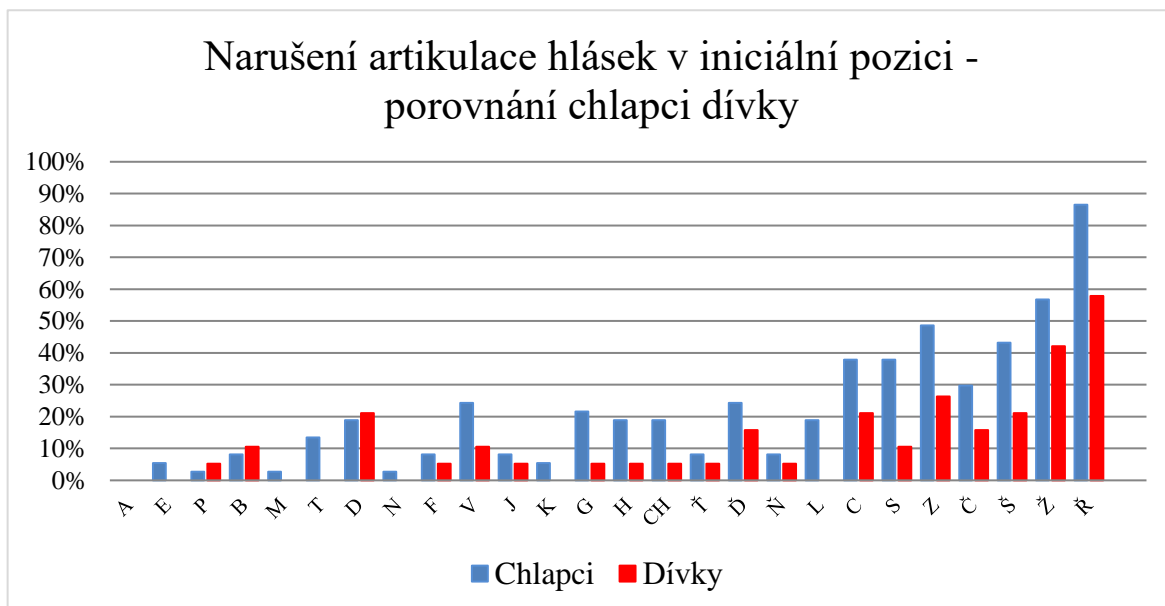
Následující graf číslo 4 je souhrnným grafem, který vyobrazuje narušenou artikulaci hlásek u celkového počtu námi vyšetřovaných dětí. Šetření ukázalo, že nejméně narušena výslovnost byla u hlásek O, M a dvojhlásek OU/AU a to pouze v jednom případě, což charakterizuje procento 1,79 %. Jak již bylo dříve popsáno, hláska, která dělá dětem ve výslovnosti největší potíže, je hláska Ř – ta byla z celkového počtu dětí vyslovena 82,14 % patologicky, toto procento odpovídá 46 dětem z 56 vyšetřovaných.



**Graf č. 4:** Narušená artikulace hlásek u celkového počtu dětí

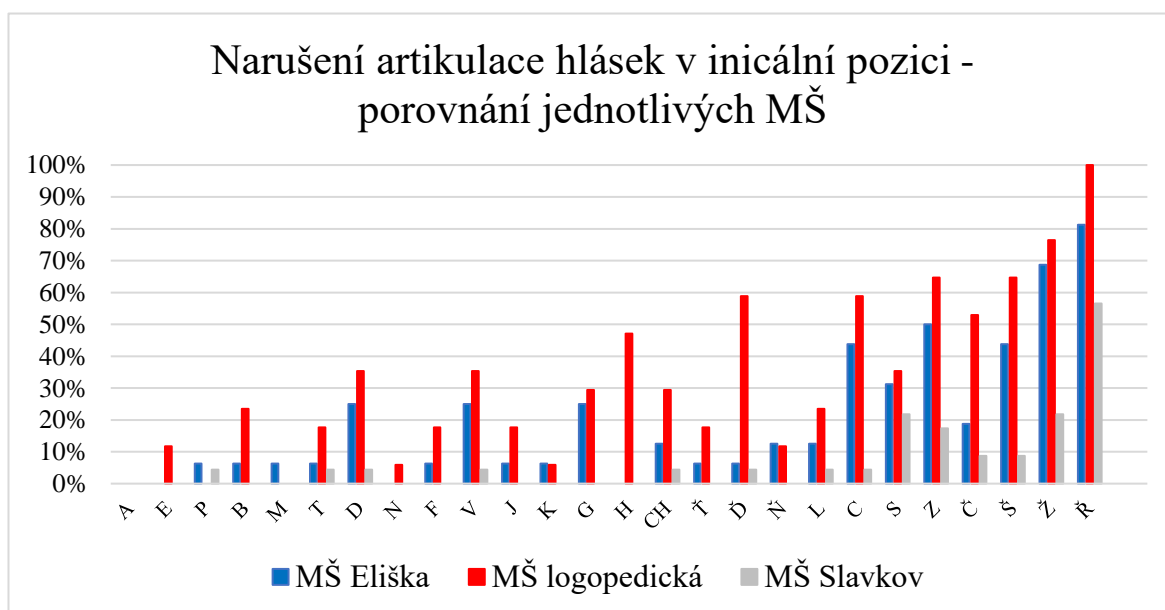
Výslovnosti hlásek v jednotlivých pozicích, tedy v pozici iniciální (na začátku slova), mediální (uprostřed slova) a finální (na konci slova) se budou věnovat následující grafy číslo 5–10. Nejprve se vždy zaměříme na výsledky v porovnání mezi chlapci a dívkami a poté v porovnání jednotlivých mateřských škol.

Graf číslo 5 uvádí výskyt narušené artikulace hlásek u námi vyšetřovaných dívek a chlapců v iniciální pozici. Z výsledků šetření je zřejmé, že výslovnost hlásek dělala dívkám menší potíže než chlapcům. Proto se zaměříme na výjimky, kdy dívky dopadly procentuálně hůře. A to u souhlásek P, B a D. Souhláska P byla vyslovena patologicky jak u chlapců, tak u dívek v jednom případě. Pokud však tento počet vyjádříme v procentech, abychom mohli počty relevantně porovnat, tak jednomu chlapci odpovídá procento 2,7 % a jedné dívce 5,26 %. Souhláska B byla u dívek vyslovena v 10,52 % (toto procento odpovídá dvěma dívkám z jejich celkového počtu) patologicky, na rozdíl od chlapců, kde byla výslovnost narušena pouze u 8,1 %, což odpovídá 3 chlapcům z jejich celkového počtu 37. Další výjimkou byla souhláska D. V tomto případě byla artikulace hlásky u dívek narušena v 21,05 %, tedy u 4 dívek. U chlapců bylo zjištěno narušení v 18,91 % (tedy u 7 chlapců).



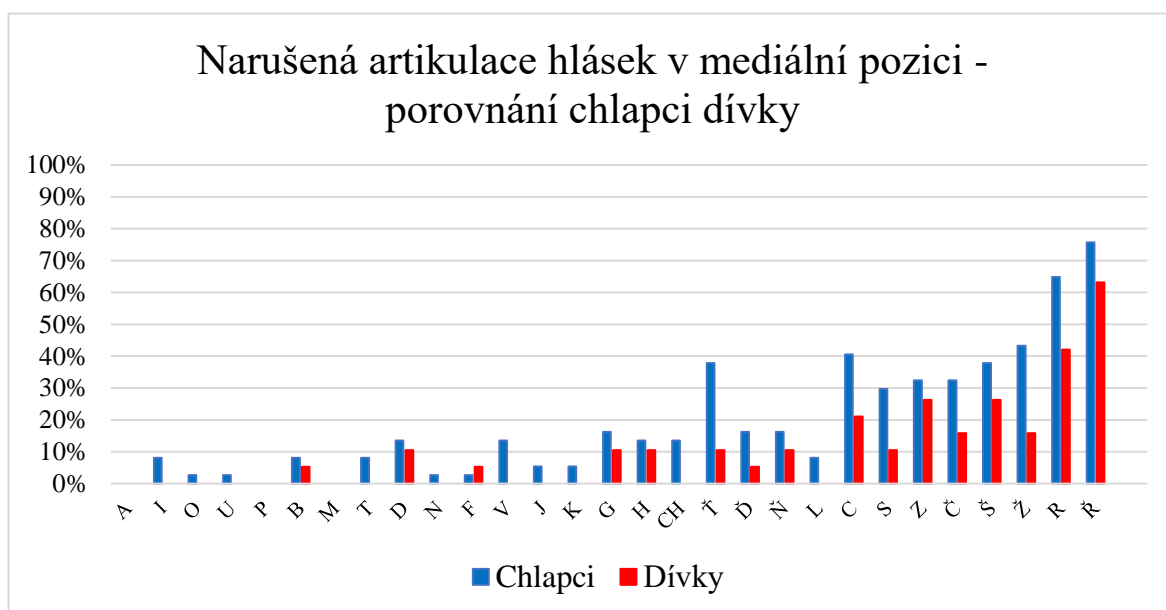
**Graf č. 5:** Narušená artikulace hlásek v iniciální pozici – porovnání chlapci a dívky

Z grafu číslo 6, který vyobrazuje výsledky narušené artikulace hlásek v iniciální pozici v rámci jednotlivých mateřských škol, můžeme vyčíst následující. Samohláska A byla ve všech případech vyslovena správně, naopak největší problém dělala opět výslovnost hlásky Ř. Pokud se na tuto hlásku zaměříme podrobněji v porovnání jednotlivých mateřských škol, sledujeme velké rozdíly při artikulaci této hlásky. V MŠ Eliška byla tato hláska vyslovena patologicky v 81,25 % (13 dětí z 16), v MŠ Logopedická se ani jednomu dítěti nepodařilo vyslovit hlásku v iniciální pozici správně a v MŠ Slavkov byla výslovnost hlásky narušena v 56,52 % (u 13 dětí z 23).



**Graf č. 6:** Narušená artikulace hlásek v iniciální pozici – porovnání jednotlivých mateřských škol

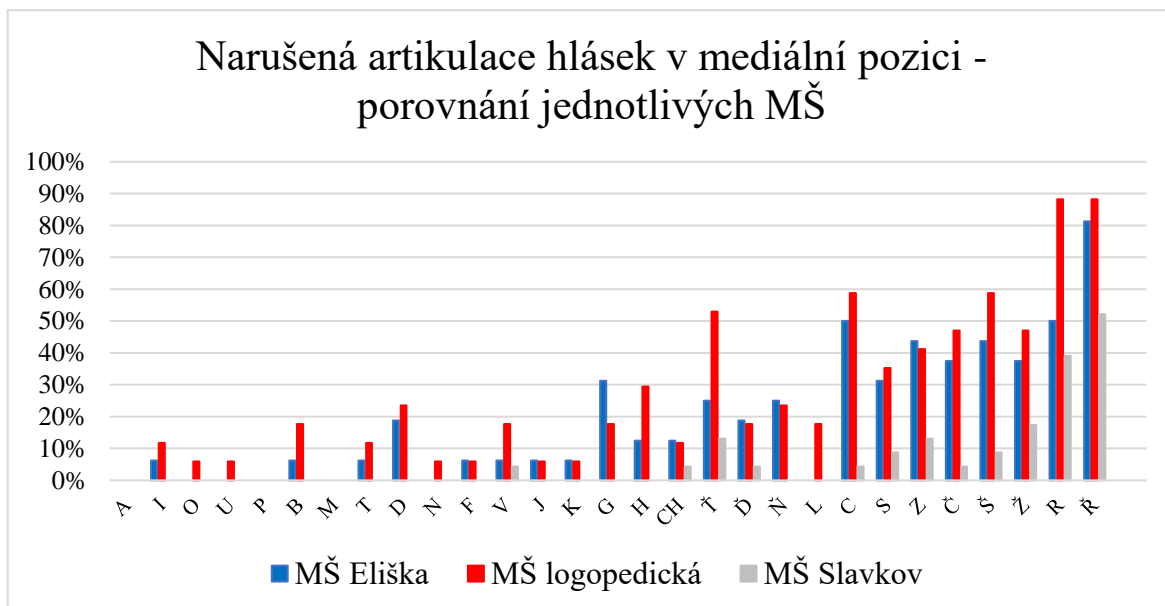
Narušenou výslovností hlásek v mediální pozici, tedy uprostřed slova, v porovnání chlapci – dívky, vyobrazuje následující graf číslo 7. Hlázky A, P, M byly dětmi z celého vzorku vysloveny správně. U výslovnosti hlásky Ř se nejvíce chybovalo a to v 75,68 %, tedy u 28 chlapců a v 63,16 % u dívek, což odpovídá 12 z jejich celkového počtu. Celkově ve výslovnosti hlásek v mediální pozici dopadli hůře chlapci než dívky, až na jednu výjimku. Z procentuálního hlediska souhlásku F vyslovilo patologicky 2,7 % chlapců, u dívek je to 5,26 %. V obou případech se jedná pouze o jedno dítě.



**Graf č. 7:** Narušená artikulace hlásek v mediální pozici – porovnání chlapci a dívky

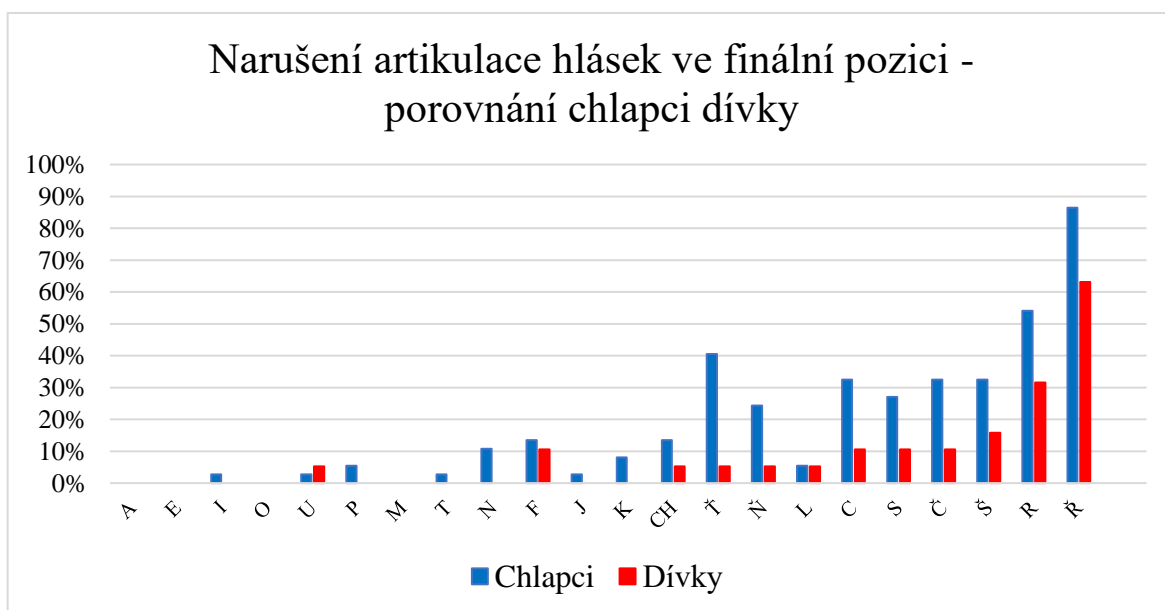
Graf číslo 8 znázorňuje narušenou artikulaci hlásek v mediální pozici u dětí ze všech tří námi sledovaných mateřských škol. Samohláska A společně se souhláskami P a M nebyly v mediální pozici ani v jednom případě artikulovány patologicky, na rozdíl od hlásky Ř, která opět dělala největší problémy. V případě této hlásky dopadla nejlépe MŠ Slavkov, kde byla artikulace narušena v 52,17 %, tedy u 12 dětí. Nejhůře potom dopadla MŠ logopedická s 88,24 % neúspěšností, což odpovídá 15 dětem z této mateřské školy. V MŠ logopedické byla zároveň u stejného počtu dětí narušena také výslovnost hlásky R. V MŠ Elišce byla výslovnost hlásky Ř narušena u 13 dětí, tedy v 81,25 %.

Pokud si pro srovnání uvedeme všechny příklady hlásek, kde byla v MŠ Slavkov výslovnost v mediální pozici bez narušení, budou to potom hlázky A, I, O, U, P, B, M, T, D, N, F, J, K, G, H, Ň, L, což je velmi významný rozdíl oproti MŠ logopedické, kde byly všechny tyto hlázky krom výše zmíněných A, P, M narušeny.



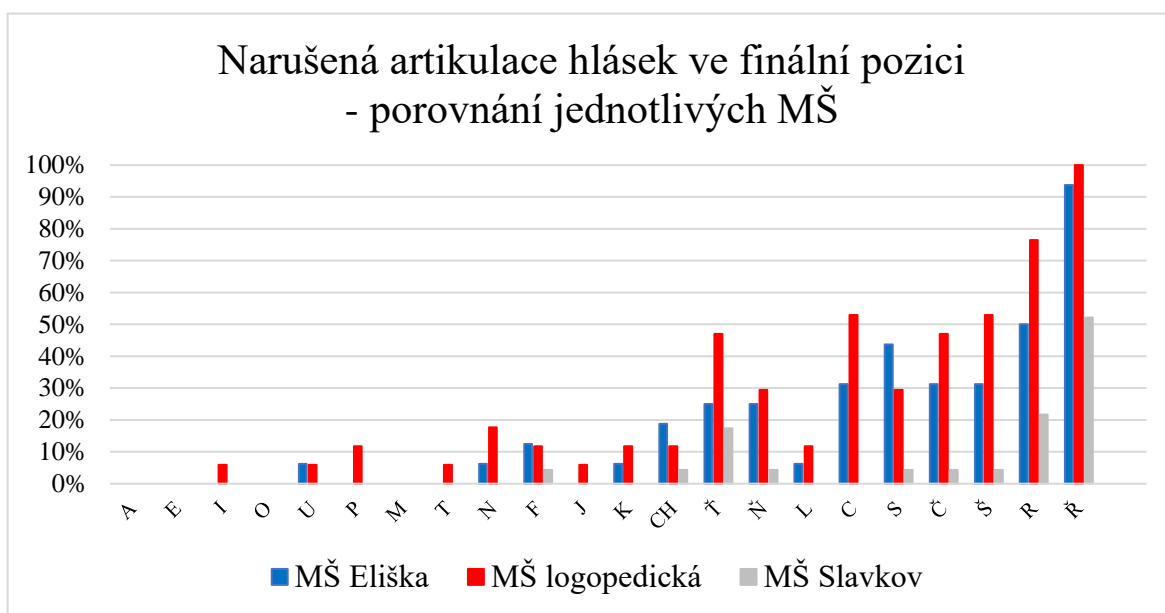
**Graf č. 8:** Narušená artikulace hlásek v mediální pozici – porovnání jednotlivých mateřských škol

K výsledkům z grafu číslo 9 můžeme obecně opět říci, že chlapci dopadli hůře než dívky. Z procentuálního hlediska byli chlapci úspěšnější pouze ve výslovnosti hlásky U. U obou pohlaví byla narušena výslovnost této hlásky pouze jednou. U dívek vzhledem k jejich menšímu počtu se to v procentuálním hledisku projevilo významněji. Pokud si uvedeme toto procentuální vyjádření, tak u dívek to je 5,26 % a u chlapců 2,7 %. Největší odlišnosti sledujeme ve výslovnosti hlásky Ť, kde činí procentuální rozdíl mezi narušenou výslovností u dívek a chlapců 35 %. Dívky měly problém s artikulací této hlásky v 5,26 %, na rozdíl od chlapců, kde byla narušena artikulace v 40,54 %.



**Graf č. 9:** Narušená artikulace hlásek ve finální pozici – porovnání chlapci a dívky

Úplně na závěr vyhodnotíme narušenou artikulaci hlásek ve finální pozici, tedy na konci slova v porovnání jednotlivých mateřských škol. Ani u těchto výsledků neshledáváme žádný významný rozdíl oproti předchozím výsledkům. Děti z MŠ Slavkov dopadly ve výslovnosti jednotlivých hlásek ve finální pozici nejlépe, nejvíce narušenou artikulaci měly i v tomto případě děti z MŠ logopedické. Pouze u hlásek U, F, CH a S byla výslovnost procentulně horší v MŠ Elišce. Hlávky A, E, O a M byly dětmi z celého vzorku artikulovány správně. Nejvíce byla zatížena hlávka Ř. V MŠ logopedické byla u výslovnosti této souhlávky 100 % neúspěšnost, v MŠ Elišce 93, 75 % a v MŠ Slavkov 52, 17 %.



**Graf č. 10:** Narušená artikulace hlásek ve finální pozici – porovnání jednotlivých mateřských škol

## Diskuse

Primárním cílem celého šetření bylo uskutečnit orientační logopedickou diagnostiku dyslalie hláskové u dětí v předškolním ve třech námi zvolených mateřských školách, jednalo se o Mateřskou školu Elišku v Opavě, Mateřskou školu Slavkov a Mateřskou školu logopedickou v Olomouci. Toto šetření bylo uskutečněno v období od 21. února 2017 do 13. března 2017 a vedlo k němu několik dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo připravit diagnostický materiál. Tento cíl jsme splnili vytvořením úvodního rozhovoru a zajištěním obrázkového diagnostického materiálu z knihy Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte od Jiřiny Klenkové a Heleny Kolbábkové (2003). Obrázky k jednotlivým hláskám byly následně zalaminovány, aby nedošlo k znehodnocení diagnostického materiálu.

Druhým dílčím cílem bylo vyšetřit výslovnost dětí z výzkumného vzorku. Také tento cíl byl splněn. Podařilo se nám celkem vyšetřit 56 dětí. Z celkového počtu 56 dětí bylo 16 z Mateřské školy Eliška v Opavě, 17 z Mateřské školy logopedické Olomouc a 23 dětí z Mateřské školy Slavkov.

Třetím a zároveň posledním dílčím cílem bylo zpracovat výsledky vyšetření výslovnosti. Celé vyšetření bylo u každého dítěte zapisováno do záznamového archu. Tyto záznamové archy byly následně zpracovány do grafů a vyhodnoceny. Tímto byl splněn i poslední dílčí cíl výzkumného šetření.

Dále byly k potřebám praktické části této práce stanoveny výzkumné otázky. Hlavní otázka výzkumného šetření byla formulována takto: Jak velký je výskyt dyslalie v Mateřské škole Elišce Opava, Mateřské škole Slavkov a Mateřské škole logopedické v Olomouci? V rámci našeho výzkumného šetření jsme zajistili pouze 6 dětí, u kterých se nevyskytovala narušená artikulace hlásek, všechny tyto děti byly z Mateřské školy Slavkov, tedy z mateřské školy běžného typu. U zbytku dětí z výzkumného vzorku se vyskytovala dyslalie. Z celkového počtu 56 dětí mělo narušenou artikulaci 89,29 %. Toto vysoké procento výskytu je dáno zejména výběrem výzkumného vzorku, kde více než polovinu tvořily děti z mateřské školy logopedické a mateřské školy speciální. Dále si musíme uvědomit, že výzkumné šetření bylo prováděno u dětí ve věku od 4 do 7 let. V tomto věku ještě není ukončen základní vývoj řeči a dyslalie je považována za fyziologický jev.

Následně byly stanoveny dvě dílčí výzkumné otázky. Dílčí otázka číslo 1: Jaký bude rozdíl ve výskytu dyslalie mezi dívkami a chlapci? Pokud budeme pracovat s výsledkem šetření, že 35 chlapců a 14 dívek z výzkumného vzorku měli dyslalii, potom výskyt dyslalie u chlapců činil 97, 22 % a u dívek 73, 68 %, rozdíl výskytu dyslalie mezi dívkami a chlapci



je tedy 23,54 %. Dílčí otázka číslo 2: Bude výslovnost jednotlivých hlásek lepší v mateřské škole běžného typu než v mateřské škole logopedické a mateřské škole speciální? Na základě našeho šetření jsme zjistili, že výslovnost jednotlivých hlásek byla lepší v mateřské škole běžného typu než ve zbylých dvou mateřských školách. Budeme-li vycházet z výsledku zpracovaných v grafu číslo 3, který znázorňuje výslovnost všech sledovaných hlásek v porovnání mezi jednotlivými mateřskými školami, a nebudeme rozebírat výslovnost hlásek v jednotlivých pozicích ve slově, tak můžeme říct, že děti z Mateřské školy Slavkov (MŠ běžného typu) byly úspěšnější ve výslovnosti všech hlásek.

Při zpracovávání našich výsledků jsme vycházeli pouze z naměřených hodnot, které jsme získali opakováním slov z obrázků. Druhou užitou metodou byl rozhovor, který měl doplnit výsledky získané z metody opakování slov z obrázků. Protože průběh celého vyšetření nebyl nahráván na diktafon, výsledky použité z rozhovoru by mohly být značně nepřesné. Proto jediné, co můžeme říct je, že spontánní mluva dětí, byla mnohdy horší, někdy až nesrozumitelná oproti opakováním slovům z obrázků. Této chybě bychom se chtěli pro příště vyhnout a celé šetření zaznamenávat na diktafon.

Chceme-li porovnat naše výsledky s výsledky, které uvádějí o dyslalii ostatní autoři, musíme se spokojit s obecnými daty, protože se nám nepodařilo najít podobný výzkum, který by uváděl výslovnost hlásek ve všech třech pozicích u dětí v předškolním věku a zároveň porovnával tři námi vybrané typy mateřských škol. Takováto data uvádí například Krahulcová (2013), která předkládá tvrzení, že se dyslalie vyskytuje více u chlapců než u dívek. Toto tvrzení můžeme jednoznačně potvrdit. Téměř ve všech případech byla artikulace hlásek v jednotlivých pozicích u chlapců horší, což je zřejmé i ze zjištěných výsledků, kdy jsme odhalili dyslalii u 97, 22 % chlapců a 73, 68 % dívek. Rozdíl ve výskytu dyslalie u chlapců a dívek vyjadřuje poměrem 6 : 4, našim výsledkům odpovídá poměr 4 : 3.

Dále zmiňujeme Lechtu (2003), který uvádí Ohnesorgovo zjištění, že v České republice je nejtěžší vyslovit hlásku Ř, která je velmi náročná z důvodu velmi jemných a rychlých kmitů jazyka. I s tímto tvrzením se ztotožňujeme, protože ve všech případech byla nejvíce narušena artikulace hlásky Ř.

Zjištění, že neexistuje žádné rozsáhlé šetření, které by aktuálně pojednávalo o výskytu dyslalie u českých dětí v předškolním věku, nás přivádí na myšlenku, že by bylo pro praxi důležité realizovat tento výzkum a podat aktuální data.

## Závěr

Téma této bakalářské práce bylo zaměřeno na logopedické, diagnostické prostředky v oblasti poruch artikulace. Této problematice se souvisejícími oblastmi se věnuje teoretická část bakalářské práce. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zaměřuje na pojem artikulace a její součástí je i popis artikulace jednotlivých hlásek. Druhá kapitola se zabývá poruchami artikulace, etiologií, klasifikací a symptomatologií dyslalie, okrajově také dysartrie. Poslední kapitola teoretické části s názvem „Logopedická diagnostika dyslalie hláskové z fonetického hlediska“ popisuje zásady, metody a cíle logopedické diagnostiky dyslalie.

Druhá, praktická část této práce je postavena na vlastním výzkumném šetření. Hlavním cílem celého výzkumného šetření bylo provést logopedickou diagnostiku dyslalie hláskové u předškolních dětí na třech mateřských školách, a to konkrétně v Mateřské škole Eliška Opava, Mateřské škole Slavkov a Mateřské škole logopedické v Olomouci. Díky splnění jednotlivých dílčích cílů bylo dosaženo také tohoto hlavního cíle a v rámci výzkumného šetření se nám povedlo vyšetřit 56 dětí.

V rámci praktické části byly stanoveny také tři výzkumné otázky, které byly následně podle výsledků našeho šetření v diskusi zodpovězeny. Výsledky šetření ukázaly, že dyslalie se vyskytovala u 89, 29 % dětí z výzkumného vzorku, více byla zatížena artikulace hlásek u chlapců než u děvčat a v Mateřské škole Slavkov, která je mateřskou školou běžného typu, byly děti ve výslovnosti jednotlivých hlásek lepší než děti ze zbývajících dvou mateřských škol.

Protože je dyslalie nemizící problém, se kterým se učitelky v mateřských školách neustále setkávají u mnohých dětí, pokládáme za nutné se dále touto problematikou více zabývat. Velkým nedostatkem je zejména chybějící srovnání s podobnými výzkumem, avšak žádný podobný výzkum v nedávné době na území České republiky neproběhl. Toto shledáváme směřodatným a poukazujeme na potřebu provést šetření poruch artikulace u dětí v předškolním věku v českých mateřských školách.

## Seznam použitých zkratk

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
č.	číslo
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	mateřská škola
např.	například
NKS	narušení komunikačních schopností
tj.	to je
tz.	to znamená
tzv.	takzvaný
WHO	World health organization

## Použitá literatura

BERANOVÁ, Z. *Učíme se správně mluvit*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 104 s. ISBN 8024702576.

BUNTOVÁ, D. a M. GÚTHOVÁ. *Narušenie zvukovej roviny reči*. In KEREKRÉTIOVÁ, A. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2016, s. 57 - 81. ISBN 978-80-223-4165-3.

DVOŘÁK, J. 2003a. *Vývojová fonologická porucha*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 146 s. ISBN 8090253644.

DVOŘÁK, J. 2003b. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 143 s. ISBN 8090253652.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016, 254 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

IUZZINI-SEIGEL, J., et al. Longitudinal Development of Speech Motor Control: Motor and Linguistic Factors. *Journal of Motor Learning* [online]. 2015, 3(1), 53-68 [cit. 2017-04-14]. ISSN 23253193.

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=385d2931-be5a-4403-8f9e90b0b0cd94a8%40sessionmgr4010&hid=4111&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#db=s3h&AN=103259344>.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. a H. KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka. Správný vývoj řeči dítěte*. 1. vyd. Brno: MC nakladatelství Brno, 2003. 125 s.

KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013, 295 s. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, 228 s. ISBN 978-80-7262-5987.

KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3687-7.

LECHTA, V. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, 278 s. ISBN 8008004479.

LECHTA, V a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-7178-801-5.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 8073150387.

MLČÁKOVÁ, R. 2013a. *Artikulace mluvené řeči*. In MLČÁKOVÁ, R. a K. VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 7–36. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, R. 2013b. *Hlavní příčiny narušení artikulace a narušení vývoje řeči*. In MLČÁKOVÁ, R. a K. VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 57–70. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, R. 2013c. *Základní symptomatologie (projevy) narušení artikulace mluvené řeči*. In MLČÁKOVÁ, R. a K. VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 70–80. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, R. 2013d. *Základy diagnostiky a diferencální diagnostiky narušení artikulace mluvené řeči*. In MLČÁKOVÁ, R. a K. VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a*

*narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 87–92. ISBN 978-80-244-3721-7.

NÁDVORNÍKOVÁ, V. *Diagnostika dyslalie*. In LECHTA, V a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 169–201. ISBN 80-7178-801-5.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 178 s. Texty k distančnímu vzdělávání. ISBN 978-80-7315-157-7.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *MKN-10* [Online]. Aktualizovaná 2. verze. 2008. Ženeva. [cit. 2016-04-28] ISBN 92 4 154649 2.

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.

VITÁSKOVÁ, K. a A. PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 182 s. ISBN 8024410885.

## **Seznam příloh**

**Příloha číslo 1:** Záznamový arch

**Příloha číslo 2:** Informovaný souhlas

**Příloha číslo 3:** Obrázkový diagnostický materiál

**Příloha číslo 1: Záznamový arc**

MŠ:

Věk: .....

Pohlaví: .....

Otázka č. 1: Jak se jmenuješ celým jménem?

Otázka č. 2: Kde bydlíš?

Otázka č. 3: Můžeš mi prosím popsat tvou dnešní cestu do školky?

Hlásky

	Začátek slova	Uvnitř slova	Konec slova
<b>A</b>			
<b>E</b>			
<b>I</b>			
<b>O</b>			
<b>U</b>			
<b>OU/AU</b>			
<b>P</b>			
<b>B</b>			
<b>M</b>			
<b>T</b>			
<b>D</b>			
<b>N</b>			
<b>F</b>			
<b>V</b>			
<b>J</b>			
<b>K</b>			
<b>G</b>			
<b>H</b>			
<b>CH</b>			
<b>Ť</b>			
<b>Ď</b>			
<b>Ň</b>			
<b>L</b>			
<b>C</b>			
<b>S</b>			
<b>Z</b>			
<b>Č</b>			
<b>Š</b>			
<b>Ž</b>			
<b>R</b>			
<b>Ř</b>			



## **Příloha číslo 2: Informovaný souhlas**

Vážení rodiče,

jmenuji se Veronika Weissová a jsem studentkou oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o účast Vašeho dítěte ve výzkumu, který je podkladem pro mou bakalářskou práci.

Tématem bakalářské práce jsou prostředky logopedické diagnostiky v oblasti poruch artikulace. Praktická část mé práce se orientuje na výskyt dyslalie u dětí v předškolním věku. Vlastní šetření by probíhalo v rámci výuky MŠ, do které Vaše dítě dochází. U dětí bych prováděla orientační diagnostiku poruch artikulace řeči. K diagnostice bych využila nestandardizovaný rozhovor, k seznámení se s dítětem a poté obrázkový diagnostický materiál, dítěti ukážu obrázky a jeho úkolem je říct, co na nich vidí.

Budu Vám velmi vděčná, pokud schválíte účast Vašeho dítěte na výzkumu. Výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce a jsou anonymní. Kdybyste měli jakékoliv otázky týkající se mého výzkumu, kontaktujte mě, prosím.

Souhlasím/nesouhlasím, že se můj syn/má dcera .....(jméno)  
může zúčastnit šetření.

Datum narození dítěte.....

V..... Dne.....

Podpis zákonného zástupce.....

Děkuji












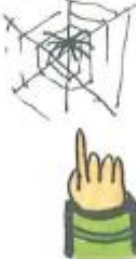



S pozdravem Veronika Weissová
















e-mail: VerunkaWeissova@seznam.cz

Tel.: 723 290 686
















V Olomouci 12.10.2016

Příloha číslo 3: Obrázkový diagnostický materiál












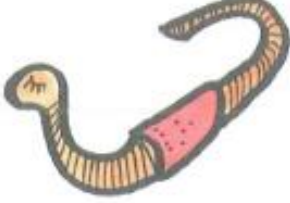
A			
	MÁMA	ÁLA	PAPÁ
E			
	MÉ	JÉ	EVA
I			
	TIK TIK	JÍ	MIMINO
O			
	BONBON	BOTY	TOTO
Ú			
	MÚ	BUBUBU	HÚ

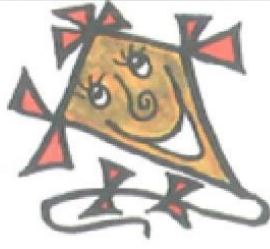



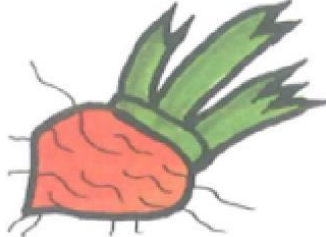

OU AU			
	<b>AU</b>	<b>MOUCHA</b>	<b>MOUKA</b>
P			
	<b>PEPA</b>	<b>PIJE</b>	<b>PÍP, PÍP, PÍP, PÍP</b>
B			
	<b>BOTA</b>	<b>BUBEN</b>	<b>BUBÁK</b>
M			
	<b>MÉ</b>	<b>MÁMA</b>	<b>DŮM</b>
T			
	<b>TŮTŮ</b>	<b>TÁTA</b>	<b>PĚT</b>

D			
	DŮM	VODA	BOUDA
N			
	NOHA	NÁNA	DEN
F			
	FÚ	HAFÍK	PÁNEV (F)
V			
	VODA	VANA	PIVO
J			
	JÍ	HAJÁ	KYJ

K			
	<b>KOKO</b>	<b>KAKAO</b>	<b>MÁK</b>
G			
	<b>GAGA</b>	<b>GÓL</b>	<b>VAGÓN</b>
H			
	<b>HAJÁ</b>	<b>HOUBA</b>	<b>VÁHY</b>
CH			
	<b>CHATA</b>	<b>UCHO</b>	<b>MĚCH</b>
Ť			
	<b>TIKÁ</b>	<b>KOTĚ</b>	<b>PUŤ, PUŤ</b>

Ď			
	DÍTĚ	DĚDA	HADI
Ň			
	NITĚ	MŇAU	KUŇ
L			
	LA LA LA	KOLO	HŮL
C			
	CIHLA	HADICE	NIC
S			
	SÍTO	KOSA	NOS

Z			
	ZELÍ	ZUBY	KÚZLE
Č			
	ČINKA	KOČKA	MIČ
Š			
	ŠAŠEK	KOŠÍK	MYŠ
Ž			
	ŽÁBA	NOŽÍK	ŽÍŽALA

R			
	DRAK	MUCHOMŮRKA	SÝR
Ř			
	DŘÍVÍ	ŘEPA	TALÍŘ



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Weissová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Prostředky logopedické diagnostiky v oblasti poruch artikulace
<b>Název v angličtině:</b>	The means of speech diagnostics in the field of articulation disorders
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce pojednává o poruchách artikulace a diagnostických prostředcích užívaných v této oblasti logopedické diagnostiky. Teoretická část nás seznamuje se základní terminologií. Hluběji pojednává o artikulaci, dále potom o dyslalii, okrajově i dysarthrii, jejich etiologii, symptomatologii, klasifikaci a poslední kapitola teoretické části se zabývá logopedickou diagnostikou dyslalie. V praktické části bakalářské práce je prezentováno vlastní výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na logopedickou diagnostiku dyslalie hláskové u předškolních dětí ve třech námi vybraných mateřských školách.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Dyslalie, logopedická diagnostika, poruchy artikulace, předškolní věk, děti
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The thesis deals with articulation disorders and diagnostic means used in this field of speech diagnostics. Theoretical part introduces the basic terminology. It concerns more deeply the articulation and dyslalia, marginally also dysarthria, their etiology, symptomatology, classification, and the last chapter of the theoretical part is concerned with the speech diagnostics of dyslalia. The practical part of the thesis presents the results of experimental examination itself, which focuses</p>

	on the speech diagnostics of phonic dyslalia in preschool-age children from three nursery schools.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Dyslalia, speech diagnostics, articulation disorders, preschool age, children
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha číslo 1: Záznamový arch Příloha číslo 2: Informovaný souhlas Příloha číslo 3: Obrázkový diagnostický materiál
<b>Rozsah práce:</b>	47 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český