Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku

Bakalářská práce

Autor: Barbora Maturová

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – intervence

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

Oponent práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Hradec Králové 2019

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	**Barbora Maturová**
Studium:	P16P0204
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	**Využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku**
Název bakalářské práce AJ:	The usage of special aids for speech and language therapy in preschool age

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou využití pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku. V úvodních kapitolách bakalářské práce bude definován pojem logopedická intervence, následně pak popsány možnosti poskytování logopedické péče v ČR. Dále pak budou stručně charakterizovány nejčastěji se vyskytující vady řeči u dětí předškolního věku, a to ve vazbě na využití diagnosticko-terapeutického materiálu a pomůcek. V prakticky orientované části bakalářské práce budou zjišťovány zkušenosti rodičů předškolních dětí s vývojovými poruchami řečové komunikace s využíváním logopedických pomůcek při eliminaci komunikačních obtíží jejich dítěte. Dále pak budou reflektovány názory vybraných klinických logopedů na možnosti využívání logopedických pomůcek při odstraňování vývojových poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku. Z metodologického hlediska bude využito metody dotazníku.

LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5. KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999. Speciální pedagogika (Portál). 213 s. ISBN 80-7178-361-7. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedické poradenství: příklady a analýzy. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). 124 s. ISBN 978-80-247-2666-3. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod dohledem vedoucí bakalářské práce PhDr. Petry Bendové, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 1.4.2019

……..……..

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat klinickým logopedům jmenovitě Mgr. Hájkové, Mgr. Hrabákové, Mgr. Malčíkové za poskytnutý čas a odborné informace v rámci realizace rozhovoru a dále pak vedení mateřských škol za možnost provedení výzkumného šetření.

Poděkování také patří mému příteli za cenné rady a trpělivost při realizaci této práce, rovněž mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

V neposlední řadě chci poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

Anotace

MATUROVÁ, Barbora. *Využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku.* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 112 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce pojednává o problematice logopedických pomůcek využívaných v logopedické intervenci u dětí předškolního věku. V úvodních kapitolách teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty poznatky z oblasti vývoje dítěte předškolního věku, vývoje dětské řeči a jsou zde též charakterizovány vybrané typy narušené komunikační schopnosti, nejčastěji spojené s obdobím předškolního věku dítěte. V návaznosti na předchozí kapitoly jsou dále popsány možnosti poskytované logopedické péče v České republice a metody logopedické intervence – diagnostika, terapie a prevence. Stěžejní část textu je věnována logopedickým pomůckám sloužícím k rozvoji komunikace u dětí předškolního věku.

Praktická část bakalářské práce je realizována pomocí kvantitativně-kvalitativního výzkumného šetření. Prezentuje výsledky dotazníkového šetření, v jehož rámci byly zjišťovány zkušenosti rodičů předškolních dětí s narušenou komunikační schopností s využitím logopedických pomůcek využívaných za účelem eliminace komunikačních obtíží jejich dítěte. Na základě provedených rozhovorů jsou dále v empiricky orientované části bakalářské práce reflektovány i názory klinických logopedů na využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku v klinické praxi.

Klíčová slova: dítě, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, péče, logopedická pomůcka, předškolní věk, řeč, vývoj.

Annotation

MATUROVÁ, Barbora. *The usage of special aids for speech and language therapy in preschool age*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2019. 112 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the issue of special speech therapy aids used in a speech therapy intervention of preschool children. In the introductory chapters of the theoretical part of the thesis there are summarized findings from the area of development of preschool child, development of child's language and characterized types of impaired communication skills mostly associated with a pre-school age. The following chapters describe the possibilities of provided speech therapy in the Czech Republic and the methods of speech therapy intervention - diagnostics, therapy and prevention. The main part of the text is devoted to special speech therapy aids for the development of communication of preschool children.

The quantitative-qualitative research is used to form the practical part of the thesis. The results of a questionnaire survey in which parents' of pre-school children with impaired communication skills were questioned are presented. The survey is about parents' experiences with special speech therapy aids used to eliminate their child's communication difficulties. Furthermore, based on the interviews, opinions of clinical speech therapists on the use of special speech therapy aids on preschool children in clinical practice are reflected in the empirically oriented part of the thesis.

Keywords: care, child, development, disturbed communication ability, preschool age, speech, speech therapy aid, speech therapy intervention.

OBSAH

Úvod **9**

TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 Předškolní věk dítěte **11**

1.1 Vymezení předškolního období 11

1.2 Vývoj dítěte v předškolním období 12

1.3 Vývoj dětské řeči 16

1.3.1 Ontogenetický vývoj 18

2 Narušená komunikační schopnost u dětí předškolního věku **21**

2.1 Nejčastější vady u dětí předškolního věku 22

2.1.1 Opožděný vývoj řeči 22

2.1.2 Dyslálie 24

2.1.3 Vývojová dysfázie 29

2.1.4 Mutismus 32

2.1.5 Koktavost (Balbuties) 35

3 Možnosti poskytování logopedické péče v ČR **38**

3.1 Resort ministerstva zdravotnictví 38

3.2 Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) 38

3.3 Resort ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) 40

4 Metody logopedické intervence **41**

4.1 Logopedická diagnostika 41

4.2 Logopedická terapie 43

4.3 Logopedická prevence 45

5 Logopedické pomůcky pro rozvoj komunikace **47**

5.1 Typy logopedických pomůcek, přístrojů a jejich dělení 48

5.1.1 Orálně motorické hračky a pomůcky 52

5.1.2 Počítačové programy 54

5.1.3 Pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci 57

5.2 Význam užití pomůcek 58

PRAKTICKÁ ČÁST **60**
6 Uvedení do empiricky orientované části bakalářské práce **60**
6.1 Cíle výzkumného šetření 60
6.2 Metodologie praktické části bakalářské práce 60
6.2.1 Dotazník 61
6.2.2 Rozhovor 63
6.3 Charakteristika místa výzkumného šetření 64
6.4 Specifikace zkoumaného vzorku 70
6.5 Specifikace časového průběhu realizace výzkumného šetření 71
7 Prezentace získaných dat z výzkumného šetření **72**
7.1 Prezentace výsledků dotazníkového šetření 72
7.2 Interpretace zkušeností klinických logopedů 86
8 Analýza výsledků výzkumného šetření **89**
9 Zhodnocení naplněných cílů praktické části bakalářské práce a diskuze **94**
Závěr **97**
Seznam užitých zkratek v textu **99**
Seznam grafických schémat **100**
Seznam literatury a dalších pramenů **101**
Seznam příloh **107**
Přílohy **108**

Úvod

Narušená komunikační schopnost se může vyskytnout kdykoliv u každého z nás, avšak nejrizikovější skupinou jsou děti předškolního věku, neboť právě v tomto období dochází k nejprudšímu rozvoji řečových dovedností. Jelikož řeč představuje základní komunikační prostředek člověka, je zapotřebí dbát na její správný vývoj již od útlého dětství. Právě proto je důležité děti dostatečně stimulovat, nabízet jim možnost komunikovat a zapojovat je do společného dění. Pokud u dítěte dojde k narušení řeči, je vhodné vyhledat klinického logopeda, a včasně tak zahájit logopedickou intervenci.

Předložená bakalářská práce bude věnována problematice využití logopedických pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností. Kvalita, rychlost, atraktivnost, to jsou pojmy, jež vystihují funkci logopedických pomůcek, které jsou nedílnou součástí kvalitní logopedické intervence. V současné době je nabídka logopedických pomůcek velmi široká a rozmanitá. Jelikož logopedické pomůcky dokáží výrazně ovlivnit celkový průběh komunikace s dětmi s narušenou komunikační schopností, je velmi důležité dbát na jejich vhodný výběr. Tento proces může být v logopedické intervenci dosti náročný, avšak zásadní.

Důvodem, proč jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila toto téma, je zkušenost z proběhlých praxí, při nichž jsem se v logopedické intervenci setkávala s opakovaným využíváním obdobných pomůcek, a přístup rodičů ve vztahu k využívání pomůcek se mi jevil poněkud pasivní. I přesto, že je v dnešní době nabídka pomůcek velmi rozsáhlá, postrádala jsem pestrost, rozmanitost a nápaditost, které považuji za základ kvalitní logopedické intervence, především u dětí v předškolním věku. Na základě získaných poznatků jsem chtěla hlouběji nahlédnout do této problematiky a odpovědět si na otázky týkající se míry informovanosti rodičů o nových pomůckách, reakcemi rodičů na aktuálně dostupné nabídky moderních pomůcek, či schopnosti rodičů kreativního projevu v rámci domácí logopedické péče.

Tato práce si ve své teoretické rovině klade za cíl podrobněji přiblížit předškolní období dítěte, s tím související celkový vývoj dítěte a vývoj řeči, dále pak charakterizovat nejčastěji se vyskytující typy narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku (opožděný vývoj řeči, dyslálii, vývojovou dysfázii, mutismus, koktavost), a současně též nastínit možnosti logopedické péče poskytované v České republice. Zároveň s tím je zapotřebí definovat metody logopedické intervence, jimiž jsou

diagnostika, terapie a prevence. V neposlední řadě je cílem popsat využití logopedických pomůcek sloužících k rozvoji komunikace, poskytnout podrobný přehled jejich dělení a nastínit příklady počítačových logopedických programů a pomůcek pro alternativní a augmentativní komunikaci.

V empiricky orientované části je cílem výzkumu za pomoci dotazníkového šetření uskutečnit analýzu zaměřenou na využívání pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku z pohledu rodičů a v rámci dílčích cílů pak konkrétněji zjistit spokojenost rodičů s prováděnou logopedickou intervencí a následně realizovat rozhovory s klinickými logopedy na téma využívání logopedických pomůcek v klinické praxi z hlediska terapeuta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Předškolní věk dítěte

K úplnosti práce a lepšímu pochopení celého jejího kontextu je potřeba definovat období předškolního věku dítěte, neboť výzkum je zaměřen výhradně na tuto věkovou skupinu.

1.1 Vymezení předškolního období

Předškolní období bylo velmi často chápáno jako vývojová etapa dítěte od třetího roku věku po nástup do školy. V současné době se však může vztahovat na celé období od narození dítěte po zahájení školní docházky. Dnes již toto pojetí v mezinárodním kontextu dokonce převažuje (Bytešníková, 2007). Dle Vágnerové (2012) je však předškolní věk ohraničen třetím a šestým rokem dítěte a přesný konec tohoto období je určen nejen fyzickými vlastnostmi a schopnostmi, nýbrž i sociálními dovednostmi, tj. zahájením školní docházky.

V užším slova smyslu lze předškolní období chápat jako „věk mateřské školy". A to i přesto, že mnoho dětí do školky nechodí, neboť rodinná výchova stále zůstává základem a napomáhá k dalšímu rozvoji dítěte (Langmeier, Krejčířová, 1998). Předškolní věk lze také definovat, jako věk *„…iniciativy dítěte, aktivity v sebeprosazování i uchopování okolního světa. Základním vývojovým úkolem zůstává rozvíjení a regulování této aktivity"* (Šulová, Zaouche-Gaudron, 2003, s. 432). Pro dítě je v tomto období typické propojení svědomí a právě probíhající situace. Dítě již má svůj vlastní názor na svět a pomocí činností, nejčastěji kresby a hry, jej vyjadřuje. Toto období lze rovněž chápat jako přípravnou fázi na život ve společnosti (Vágnerová, 2012).

Lisá a Kňourková (1986, s. 174) definují období předškolní jako *„nejpozoruhodnější etapu vývoje lidského jedince, spojuje vše, co bylo u dítěte vrozeno s tím, co se výchovou a učením stane zlatým mostem k budoucí dospělé osobnosti. Je to doba, na kterou si již v dospělosti vzpomínáme, ke které se vracíme, která zanechává v naší paměti již mnohé stopy."*

Nervová činnost u dítěte je v předškolním věku dosti nestabilní, avšak nervový systém se dokáže velmi dobře přizpůsobit. U dětí dochází k rychlému osvojování nových návyků, ať už správných, či nesprávných. S nesprávnými může vzniknout problém při jejich nesnadném překonávání. Zvláštnosti v předškolním věku se vyskytují v oblasti emoční; co nemá vliv na dospělého jedince, může dítě velmi citově zasáhnout a naopak.

Jelikož je dítě velmi křehké a lehce zranitelné, je potřeba s ním zacházet s jistou opatrností (Sovák, 1984).

Mezi charakteristické znaky tohoto věku patří i postupné uvolňování vázanosti na rodinu, rozvoj aktivity, schopnost komunikace s vrstevníky, osvojování běžných norem chování, znalost obsahu jednotlivých rolí a přiměřená úroveň komunikace (Vágnerová, 2000).

1.2 Vývoj dítěte v předškolním období

U dítěte v předškolním věku nastávají převratné změny nejen v pohybových dovednostech a rozumových schopnostech, ale v celém vývoji dítěte. Dítě začíná chodit, je schopné sledovat okolní dění, většinou srozumitelně mluví (pokud nedochází k narušení komunikační schopnosti) a zajímá se o svět (Špaňhelová, 2004). Jedná se o nejzajímavější vývojové období, kdy dochází k formování osobnosti dítěte (Šulová, Zaouche-Gaudron, 2003).

Pro přehlednost je rozvoj předškolního dítěte rozdělen do několika oblastí, jež mají následně vliv na vývoj řeči u dítěte, a to na motorický vývoj, zrakové a sluchové vnímání, zrakovou a sluchovou paměť, prostorové vnímání, časové vnímání, myšlení, seberealizaci, socializaci a hru.

Motorický vývoj

U dítěte dochází ke značnému zdokonalování naučených pohybových dovedností, zlepšuje se pohybová koordinace, zvyšuje se hbitost a elegance pohybů. Dítě se naučilo chodit, skákat, běhat po rovině i v nerovném terénu, seběhnout ze schodů, lézt po žebříku, seskočit z nízké lavičky, stát na jedné noze, a při pohybu padá jen zřídka. Zručnost se projevuje v chytání a házení míče, v samostatném oblékání a svlékání (případně s menší dopomocí) a v obouvání si botiček. Dítě si zvládá umýt ruce, pod dohledem se samo vykoupe a na toaletě potřebuje jen občasnou pomoc.

V oblasti jemné motoriky rádo pracuje s různými materiály, jako jsou plastelína, kamínky, písek, látka, čímž rozvíjí hmatové vnímání, hraje si se stavebnicemi, s kostkami, staví pyramidy a hrady, pracuje na pískovišti, modeluje, stříhá a lepí (Langmeier, Krejčířová, 1998). Při rozvoji jemné motoriky dále dochází k rozvoji kresby. Ta dostává vyspělejší ráz podle momentálního věku dítěte, kdy od kresby sluníčka přechází k jednoduchým geometrickým tvarům – ve čtyřech letech zvládá křížek, v pěti letech čtverec, v šesti letech trojúhelník. Postava člověka se postupem času s věkem

zdokonaluje, od hlavonožce přechází ke kresbě postavy, která má jasnější proporce těla člověka a začínají se objevovat i jemné detaily (např. prsty na rukou, uši, knoflíky) (Špaňhelová, 2004).

Zrakové vnímání a zraková paměť

Dítě je v tomto období schopno vnímat polohu předmětu v prostoru, odlišuje horní a dolní postavení, později pravou a levou stranu. Jelikož zrakové vnímání závisí na míře jeho zkušeností, nemělo by dítě v tomto věku prohlížet knížky vzhůru nohama. Charakteristické je vnímání konkrétního obsahu, na obrázku popisuje kruh jako míč či bublinu nebo jako kolo. Dále se dítě spíše zaměřuje na celek než na jednotlivé detaily. Rozezná a určí barvy, složí obrázek z několika částí (analýza a syntéza), jmenuje objekty zleva doprava (pohyby očí) a odliší shodné a neshodné dvojice. Se zrakovým vnímáním souvisí i zraková paměť, jež se u dítěte postupně vyvíjí od kojeneckého věku. V předškolním věku si zapamatuje tři až čtyři předměty (obrázky) a určí, který chybí. Schopnost zapamatování si objektu má následně významný vliv pro myšlení dítěte (Bednářová, Šmardová, 2007).

Sluchové vnímání a sluchová paměť

Sluch je jedním ze základních prostředků komunikace a hraje velmi důležitou roli v oblasti rozvoje řeči a abstraktního myšlení. Sluchové vnímání se postupně zdokonaluje, dítě dokáže zaměřit pozornost na figury a pozadí, rozlišuje zvuky z různých vzdáleností a rozpozná zdroje zvuků. Pokud se však dítě pohybuje v prostředí s nadměrným hlukem, má problém zaměřit pozornost na požadované sluchové vjemy a je tzv. přesyceno zvukovými podněty.

U dítěte se dále rozvíjí schopnost záměrného naslouchání, naslouchá říkadlům, písním, krátkým příběhům a pohádkám. Začíná vnímat rytmus, napodobí jej. Co se týče sluchové analýzy a syntézy, dítě dokáže rozlišit jednotlivá slova ve větě, oddělit hlásky – nejprve počáteční, poté koncové. Roztleská slovo na slabiky, z hlásek složí slovo, určí, zda se dvě slova rýmují. Pro správnou výslovnost je důležitá schopnost sluchové diferenciace, kdy dítě odliší sykavky, měkké a tvrdé souhlásky, znělé a neznělé souhlásky a krátké a dlouhé samohlásky (Bednářová, Šmardová, 2007).

Prostorové vnímání

Vnímání prostoru je poněkud nepřesné, dítě se orientuje pouze v nejbližším okolí svého domova (Šulová, 2004). Při posuzování velikosti objektů má dítě problém určit jejich reálnou velikost, jelikož má tendence přeceňovat velikosti blízkých objektů (vnímá je jako velké) a podceňovat velikosti vzdálených objektů (zdají se mu být malé) (Vágnerová, 2012). Dokáže užívat pojmy nahoře, dole, vpředu, vzadu, daleko, blízko, první, poslední, předložkové vazby na, do, v, před, za, pod, nad, vedle a mezi. Dále zvládá orientaci vlevo a vpravo na svém těle (Bednářová, Šmardová, 2007).

Časové vnímání

Časové úseky vnímá také nepřesně. Rozděluje plynutí času podle subjektivních pocitů. Když je situace příjemná a zábavná, čas plyne rychle, když nastanou chvíle nepříjemné, čas je dlouhý. Čas dítě posuzuje ve vztahu ke konkrétní činnosti. „Ještě se dvakrát vyspím a budou Vánoce.“ „Až se naobědvám, přijde pro mě maminka“ (Šulová, 2004).

Dítě žije převážně přítomností, ale postupně dokáže pracovat i s minulostí. Čím je časový úsek delší, tím má dítě větší problém s vytvořením reálné představy trvání (např. roční období). V časové posloupnosti či v časovém sledu si uvědomuje příčinu a následek, začátek a konec. Ze sledu událostí dokáže vyvodit událost následující. Užívá pojmy včera, dnes, zítra, předtím, potom, nyní, orientuje se ve dnech v týdnu, přiřadí činnosti typické pro roční období a rozdělí činnosti prováděné v průběhu dne dle časové doby (ráno – vstávání, čištění zubů, snídaně; dopoledne – hraní ve školce; poledne – oběd, odpočívání; odpoledne – procházka, hraní si doma; večer – večerníček, spánek) (Bednářová, Šmardová, 2007).

Myšlení

Doposud dítě využívalo symbolického (předpojmového) myšlení, nyní se v předškolním období plně rozvíjí myšlení názorné (intuitivní). Dítě uvažuje v celostních pojmech, jež vznikají na základě vystižení podstatných podobností. Zaměřuje se na vše, co vidí či vidělo, a již to dokáže rozčleňovat (tzv. rozčleněný názor) (Langmeier, Krejčířová, 1998). Jelikož předškolák nepostupuje podle logických operací, dochází u něho k myšlení prelogickému, „předoperačnímu“. Stále je myšlení vázáno na činnost a aktivitu dítěte. Názorné myšlení vychází z málo vratné představy, v myšlenkových procesech vítězí hledisko zprostředkované jím samým. Dítě je egocentrické (Šulová, 2004). S egocentrismem souvisí

tendence zkreslovat úsudek na základě vlastních preferencí a postojů, typickým příkladem je situace, kdy si dítě zakrývá oči s cílem, aby ho nikdo neviděl.

Mezi další charakteristiky tohoto období patří **fenomenismus**, kdy dítě klade důraz na určitou podobu či představu věci, přesně tak, jak vypadá a jaké má viditelné znaky, **prezentismus**, tj. vše je vnímáno ve vztahu k přítomnosti, **magičnost**, tj. využívání fantazijního přístupu, **antropomorfismus** pak znamená polidšťování neživých předmětů, i přestože již dítě dokáže od sebe odlišit živé a neživé věci. **Arteficialismus** značí způsob výkladu světa a jeho typických znaků, kdy se dítě domnívá, že nejspíše nějaký člověk dal hvězdy na oblohu, napustil vodu do moře, vytvořil přes noc led a zařídil, aby svítilo slunce. Posledním typickým znakem je **absolutismus** neboli přesvědčení, že jakékoliv poznání je vždy platné a definitivní. Dítě nad ničím nepolemizuje a nechápe relativitu názorů dospělého (Vágnerová, 2012).

Seberealizace

V tomto období má dítě stále potřebu být aktivní, nejen ve verbálním projevu, ale i v oblasti motoriky, je neposedné, stále se pohybuje a poskakuje. Sílí potřeba stability, jistoty, zázemí, trvalosti a bezpečí. Pokud dítě cítí naplnění těchto potřeb, má chuť a energii do zkoumání, zvídavosti a samostatnosti. Dalším významným faktorem jsou potřeby citového vztahu, sociálního kontaktu, společenského uznání a seberealizace. Dětská vůle je kolísavá, podmíněná situačně nebo cílem zalíbit se a být akceptován. Motivace je vázána na jasné a blízké cíle s konkrétním uspokojením dané potřeby.

V předškolním věku dochází k formování základních citových projevů, dítě má velmi intenzivní citové prožívání, které je ovšem krátkodobé a proměnlivé. Objevují se schopnosti sebekritiky, sebehodnocení, schopnost zlobit se na sebe, ale také umět se politovat. Dítě začíná spolupracovat s vrstevníky, pomáhá slabším, soupeří s ostatními a dokáže řešit konflikt kompromisem (Šulová, 2004).

Socializace

Rodina je i nadále vnímána jako nejvýznamnější prostředí vhodné pro zajištění primární socializace dítěte. V procesu socializace jsou významné tři vývojové aspekty.

Sociální reaktivita je schopnost navazovat emočně rozdílné vztahy s lidmi z blízkého i vzdálenějšího okolí (s vrstevníky, s rodiči, prarodiči, se sourozenci, s širší rodinou, s cizími dospělými). Vývoj **sociálních kontrol,** neboli přijímání norem společensky vhodného chování, se vytváří na základě příkazů a zákazů. Osvojování

sociálních rolí by mělo probíhat uvnitř i vně rodiny. Dítě odpozorovává chování náležící určitým rolím, přičemž v tomto věku je již schopno některé role (sourozence, žáka, hra na matku či otce) vědomě zastávat (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Hra

Jak je známo, předškolní období je mnohdy nazýváno jako období hry. Hra úzce souvisí s rozvojem motoriky, ale též s rozvojem celé osobnosti (intelektu, vnímání, emocí, socializace, fantazie, tvořivosti, spontánnosti, komunikace, atd.) (Šulová, 2004). V psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000) je hra definována jako jedna ze základních lidských činností, k nimž patří i práce a učení. U dítěte je hra založena na smyslové činnosti a je motivována prožitky.

Vágnerová (2012) uvádí dva typy her typické pro předškolní období. Symbolické hry slouží jako prostředek pro vyrovnání se s realitou a tematické hry jsou zaměřené na procvičování budoucích rolí a prožití různých sociálních rolí.

Pro dítě mezi třetím a čtvrtým rokem je obvyklé stavění z kostek, kreslení, modelování, hra na někoho jiného, hry s kočárkem, autíčkem, tříkolkou, hra na běžné pracovní činnosti. Mezi čtvrtým a pátým rokem dítě vyžaduje více prostoru a pohybu. Rádo si hraje venku, používá kolo, tříkolku, šplhá po prolézačkách, hraje si s míčem, učí se plavat a lyžovat. Více vyhledává společné hry s kamarády. V pátém a šestém roce dítě zvládá složitější pohybové aktivity (lyžuje, plave, zkouší bruslit), zapojuje se do společenských her s pravidly (Člověče, nezlob se). Prostřednictvím volné hry u dítěte dochází ke spontánnímu učení, u didaktických her, které v tomto věku nabývají na svém významu, jde o učení záměrné. Didaktické hry jsou jakýmsi přechodem mezi spontánní hrou a činnostmi úkolového typu (Bednářová, Šmardová, 2007).

1.3 Vývoj dětské řeči

Řeč lze definovat jako specifickou lidskou schopnost, při níž se jedná o vědomé užívání jazyka. Slouží ke sdělování myšlenek, pocitů a přání. Nejde o schopnost vrozenou, ale i přesto se jedinec rodí s určitými dispozicemi, jež se rozvíjí až při verbálním styku s okolím. Řeč je spojena nejen se schopnostmi mluvních orgánů (zevní řeč), nýbrž je i záležitostí mozku a mozkových hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s myšlením (Pipeková, 2006). S tímto názorem se ztotožňuje Klenková (2006), která termín zevní řeč definuje jako mluvenou řeč, schopnost užívání sdělovacích prostředků pomocí mluvidel.

Vnitřní řeč vnímá jako schopnost chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov (verbálně i graficky). Řeč se skládá ze dvou složek – expresivní (motorická) a percepční (symbolická). Řeč a jazyk spolu úzce souvisejí. Pokud je řeč individuálním výkonem, pak jazyk je procesem společenským. Ovšem i řeč je společensky podmíněna.

U dítěte se postupně řeč začíná stávat prostředkem komunikace, spolupráce, vztahů a nástrojem myšlení. Okolo druhého roku dítěte se řeč s myšlením začínají vzájemně prolínat, ovlivňují se a podmiňují. Myšlení se stává verbálním a řeč intelektuální. Důležitou fází pro vývoj řeči je období do šestého až sedmého roku dítěte, s nejvýraznějším tempem do tří až čtyř let věku (Bednářová, Šmardová, 2007). S názorem se ztotožňuje Lechta (2002), který také uvádí, že raný vývoj řeči je ovlivněn a podmíněn vývojem motoriky, vnímáním (zrakovým, sluchovým) a sociálním prostředím. Bytešníková (2007) doplňuje další dva faktory ovlivňující vývoj řeči: stav centrální nervové soustavy a úroveň intelektových schopností.

Motorika a její rozvoj není důležitá pouze pro řeč, nýbrž i pro rozvoj poznávacích činností a sociálního chování. I přesto je proces mluvení viditelně závislý na koordinaci jemné motoriky mluvních orgánů. Na motorice mluvních orgánů se podílí již aktivity v novorozeneckém a kojeneckém věku, kterými jsou sání, dumlání a žvýkání. Nejprudší vývoj motoriky probíhá v prvních letech života. Nejprve se dítě postupně otáčí do stran, přetáčí na bříško, drží hlavičku v devadesátistupňovém úhlu a sedí s oporou. Každá poloha dítěte má určitý vliv na fungování řečového aparátu (např. při poloze na zádech dítěti klesá jazyk dozadu). S motorikou a řečí je spojen rytmus, jenž má významný podíl na rozvoji artikulace. Pokud je dítě schopno samostatnější chůze, dochází k výraznému rozvoji obsahové stránky řeči, na kterém participuje i jemná motorika rukou a uchopovací proces. Předpoklady pro artikulovanou řeč jsou u dítěte přítomny až v období dvou a tří let, kdy jsou mluvidla dostatečně vyvinuta. Souhra dutiny ústní, rtů, jazyka a patra vyžaduje určitou míru učení a procvičování. Obecně lze konstatovat, že narušený a opožděný vývoj hrubé a jemné motoriky má výrazný podíl na opožděném vývoji řeči.

Význam **zrakového vnímání** lze rozdělit do dvou oblastí. Do první z oblastí řadíme, na základě zrakových podnětů, tendence dítěte vokalizovat, žvatlat a později se řečově projevovat. Jakmile dítě vidí hračku či blízkou osobu, téměř automaticky reaguje hlasem. Druhou oblastí je rozvoj schopnosti odezírání pohybů mluvidel od dospělých, jež má vliv na osvojování artikulace a neverbální komunikace. Zvláště jsou pak zrakové vjemy spojeny s prvními slovy. Dítě si spojuje slovo s předmětem, a to právě s jeho zrakovým obrazem.

Sluchové vnímání má opět nezastupitelnou roli v osvojování řečových schopností. Sluch patří k prvním reakcím novorozence, i když slabé a středně silné zvukové podněty nezachytí. Na silné podněty totiž reaguje trhnutím těla a změnou dýchání. Sluch se vyvíjí postupně a v každém měsíci se zdokonaluje. Pro osvojování řeči je důležitá fáze aktivního záměrného poslouchání, které se rozvíjí okolo prvního půl roku života dítěte. Následuje další významné období – žvatlání napodobivé. Dítě začíná užívat sluchovou kontrolu a postupně vyčleňuje hlásky mateřského jazyka (Lechta, 2002). V Sovákovu pojetí (Sovák, 1984) se jedná o utváření sekundárního artikulačního proprioceptivně-akustického okruhu. Postupně se začíná rozvíjet schopnost fonematické diferenciace a fonologického chápání jazyka (Lechta, 2002). Všechny zmiňované schopnosti mají následně vliv na správné osvojování artikulace a při reedukaci řeči (Bednářová, Šmardová, 2007).

Jako vnější faktor, působící na vývoj dětské řeči, je vnímán vliv **sociálního prostředí**. V období raného věku zastává významnou roli především rodina. V širším smyslu se jedná o správné výchovné styly a podnětnost. Výchova dítěte nesmí být příliš autoritativní, represivní, ale ani přespříliš ochranářská a kompenzující. Nedostatek podnětů ze strany rodičů může mít za následek pomalejší vyzrávání řeči, případně její opoždění. Oproti tomu nadbytek stimulace a přehnaný důraz na správnost řeči je také ohrožující. V užším slova smyslu jde o úroveň řečového prostředí, konkrétně o vhodné mluvní vzory.

Na základě poznatků jednotlivých autorů a jejich pojetí problematiky existuje mnoho rozličných přístupů ke zkoumání vývoje dětské řeči. Jako příklad lze uvést dělení dle jazykových rovin (foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická rovina), rozdělení na základě popisu jednotlivých stádií, dělení na neverbální – předverbální úroveň (přípravné stádium) a verbální úroveň (vlastní vývoj řeči) (Lechta, 2002). Pro předloženou práci však postačí přehled ontogenetického vývoje řeči.

1.3.1 Ontogenetický vývoj

Vývoj řeči z hlediska ontogenetického (vývoj jedince) začíná **novorozeneckým křikem**. Jde o první řečový projev po narození dítěte až do doby, kdy začíná být řečová produkce dítěte melodičtější (Škodová, Jedlička a kol. 2007). Okolo šestého týdne se křik mění, zvětšuje se rozsah hlasu a jeho intenzita, roste schopnost vyjadřovat své pocity. Tvrdý

hlasový začátek značí nelibost, nespokojenost a odpor dítěte, oproti tomu měkký hlasový začátek charakterizuje spokojenost (Kutálková, 2009).

Následuje **období broukání**, kdy se hlasový projev zdokonaluje, zjemňuje, dítě se usmívá a pozná spokojenost matky. **Období žvatlání** lze rozdělit na dvě stádia. **Pudové žvatlání** je převážně spontánní. Dítě tvoří zvuky mlaskavé, chrčivé a bublavé, ty se však v pozdějším období již nevyskytují (Kejklíčková, 2016). Jedlička tuto fázi řečového vývoje nazývá jako období „hry s mluvidly". V první řadě se objevují hlásky vznikající na rtech a mezi kořenem jazyka a patrem (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Plynule dítě přechází do stádia **napodobujícího žvatlání**, kdy začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka. Daleko více a přesněji se mu však podaří napodobit melodii řeči a rytmus. Dochází také k častému opakování hláskových skupin – „fyziologická echolálie" (Bytešníková, 2007).

Poslední fází je období **rozumění řeči**, v němž si dítě začíná spojovat předměty a situace se slovy, učí se rozumět prvním básničkám („Udělej paci, paci."), slovním pokynům („Ukaž mi ouška.") a dokáže odpovídat pomocí gesta či náhodného zvuku. Nelze říci, že dítě plně rozumí obsahu slov, ale slova nabývají svého významu. Pro lepší pochopení obsahu potřebuje dítě výraznou mimiku a melodii hlasu.

První slovo, jež je vysloveno vědomě se znalostí významu, je zpravidla krátké, jednoslabičné či dvojslabičné. Pokud se vyvíjí řeč standardně, objevují se jednoslabičná slova okolo prvního roku. Slovo však zastupuje celou větu (Kutálková, 2009). Dítě pomocí slov vyjadřuje své pocity, přání, emoce a svou vůli. Díku tomu psychologové toto počáteční období nazvali *stadiem emocionálně-volním.* Ze slovních druhů dítě na začátku nejvíce pracuje s podstatnými jmény, později se slovesy (Bytešníková, 2007). Slov postupem času rychle přibývá, význam se přenáší i na jevy a dítěti jednotlivá slova přestávají stačit k vyjádření jeho myšlenek (Kutálková, 2009). **První věta** neboli nejjednodušší významové spojení dvou slov se začíná objevovat ve dvou letech. Ve většině případů se jedná o naléhavé přání („Mámo, ham.") či silný zážitek.

Vývoj řeči v prvních třech letech věku dítěte je zpravidla rychlejší u dívek než u chlapců. Zprvu je řeč obvykle jednoduchá, značně patlavá a špatně srozumitelná (Kejklíčková, 2016). Pasivní slovní zásoba se začíná budovat dlouho před tím, než dítě vysloví první slovo, z čehož vyplývá, že je podstatně větší než aktivní slovní zásoba. Dle Kutálkové (2009) se u dětí kolem třetího roku rozšiřuje aktivní slovní zásoba asi na 400 slov, avšak názory se různí, neboť tento počet Kejklíčková (2016) zmiňuje již u dvouletého dítěte.

Pro třetí rok dítěte je typické **období otázek**. Komunikační dovednosti dítěte jsou již poměrně dobré, dítě si ujasňuje gramatické struktury, rozšiřuje slovní zásobu a začíná používat jazyk jako prostředek sociálního kontaktu. Mezi obvyklé otázky patří: „Co je to?“, „Kdo je to?“, „A proč?“ (Kutálková, 2009).

Přibližně kolem čtvrtého roku života dítěte začíná proces intelektualizace řeči, jenž přetrvává až do dospělosti. V tomto procesu dochází k vývoji řeči po stránce logické, tj. *„chápání obsahu, rozlišování pojmů konkrétních a abstraktních, zpřesňování gramatických forem, zkvalitnění celkového řečového projevu a rozšiřování slovní zásoby*“ (Bytešníková, 2007, s. 77).

Proces vývoje dětské řeči je velmi složitý a komplikovaný. Při jeho posuzování a sledování je důležitá znalost jednotlivých vývojových stádií. Pokud se při vývoji řeči u dítěte vyskytnou potíže, s největší pravděpodobností se jedná o narušenou komunikační schopnost.

2 Narušená komunikační schopnost u dětí předškolního věku

Jako jeden ze základních termínů logopedie lze vnímat pojem narušená komunikační schopnost. Definovat samotný pojem bývá mnohdy komplikované, jelikož při vymezení normality dochází k problému přesně odlišit, do jaké míry se jedná o normu a kdy už se hovoří o narušení (Klenková, 2006). Dle Lechty (1990, 2002) se o narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) hovoří tehdy, pokud je některá z rovin (i několik rovin současně) jazykových projevů v procesu komunikace rušivá. Může se jednat o narušení jazykové roviny foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické nebo pragmatické. Při posuzování narušené komunikační schopnosti je nutné vnímat jednotlivé roviny v celé šíři (Klenková, 2006). Dále Lechta (1990, 2002) uvádí, že narušená komunikační schopnost se může týkat verbálního i neverbálního projevu, mluvené či psané formy. Vzhledem k časovému trvání se rozlišuje NKS trvalá nebo NKS přechodná. Podle stupně jde buď o úplné (totální) nebo částečné narušení. Osoba, u níž se narušená komunikační schopnost projevuje, si své narušení může uvědomovat, ale nemusí.

Důležité je také rozlišovat určité jazykové zvláštnosti u každého jedince (např. odlišná výslovnost vibrant a jiné tempo řeči v cizích jazycích). Dále je nutné zohledňovat prostředí, v jakém se jedinec vyskytuje, dosažené vzdělání, mluvní vzor a další. Při posuzování narušené komunikační schopnosti se nelze soustředit pouze na formální stránku řeči, naopak je potřeba zaměřit se na všechny faktory týkající se jazykových projevů člověka. Mnohdy se u dítěte předškolního věku vyskytují komunikační obtíže, jež nelze vnímat jako patologické jevy, nýbrž jako fyziologické jevy a na základě nichž nelze posuzovat narušenou komunikační schopnost. Příkladem je období dítěte mezi 3. a 4. rokem, kdy se mohou objevit obtíže s plynulostí řeči, tzv. fyziologická nemluvnost (dysfluence), nedostatky v gramatické složce řeči (fyziologický dysgramatismus), nesprávná výslovnost či vynechávání jednotlivých hlásek (Klenková, 2006).

Narušená komunikační schopnost je dle Lechty (1990, s. 21) nejčastěji klasifikována na základě symptomů, tzv. symptomatická klasifikace. Tato klasifikace je užívána v logopedické praxi již od 90. let minulého stolení, přičemž je rozdělena *„do 10 základních kategorií:*

1. *vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)*
2. *získaná orgánová nemluvnost (afázie)*

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

2.1 Nejčastější vady u dětí předškolního věku

Vzhledem k orientaci této bakalářské práce byly vybrány pouze nejčastější vady řeči, jež se vyskytují u dětí předškolního věku. Výběr vad vychází z publikací týkajících se řečových vad u dětí předškolního věku. Mezi nejčetnější vady řeči se řadí opožděný vývoj řeči, dyslálie a vývojová dysfázie. Koktavost je vnímána jako méně se vyskytující vada řeči, nicméně vznikající nejčastěji právě v předškolním období. Obdobně je tomu tak i u mutismu, který propuká velmi často v předškolním věku dítěte, kdy dochází k výrazným změnám (prostředí, okolí, osamostatnění, úkoly a nároky), jež mají vliv na psychický stav dítěte.

2.1.1 Opožděný vývoj řeči

Pokud dítě ve třech letech nemluví či mluví méně, než je v tomto věku obvyklé, zřejmě se jedná o opožděný vývoj řeči. Tři roky jsou u dítěte hranicí, kdy končí tzv. prodloužené období fyziologické nemluvnosti. Při přetrvávajících problémech je důležité včasné zahájení logopedické intervence (Kutálková, 1999). Je nutné provést diferenciální diagnostiku a zajistit odborná vyšetření s cílem zjištění konkrétní příčiny opoždění. Problémy vývoje řeči mohou spočívat v nálezu sluchové vady (nedoslýchavosti), vady zraku, kdy se jedná o nedostatky ve zrakové percepci, poruchách intelektu, vadách mluvních orgánů, orofaciálních rozštěpech, akustické dysgnozii, projevující se neschopností zapamatování si slov a porozumění jejich smyslu a v neposlední řadě se může jednat o opoždění na základě poruchy autistického spektra (Klenková, 2006).

Kutálková (2005) uvádí, že velmi častou avšak zcela zbytečnou příčinou opožděného vývoje řeči u dětí je nedostatek mluvního kontaktu. Problémem bývá málo času věnovaného dětem ze strany rodičů, dítě je odkázáno samo na sebe, dospělí si s ním

nehrají, absentuje tedy možnost nápodoby dospělého. Při slovních projevech rodiče jde mnohdy pouze o stereotypní doprovod – *seď, jez, nedělej to, uklidni se, nekřič atd.*, který působí negativně a není pro dítě dostatečně stimulující, i přesto, že schopnosti pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Už od útlého dětství je potřeba na dítě hodně mluvit, zapojit ho do běžného dění, komentovat jednotlivé činnosti. Za další možnou příčinu vzniku je považována dědičnost. Zde se často hovoří o výskytu opoždění řeči u jednoho z rodičů, prarodičů či jiných příbuzných. I přehnaně pečlivá výchova může ovlivňovat řeč dítěte. Pokud rodiče plní každé přání dítěte, aniž by se muselo samo slovně projevit, dochází sice k rozvoji pasivního slovníku, ale aktivní slovní zásoba je méně pestrá. Jelikož rodiče řeč od dítěte nevyžadují, dítě není dostatečně motivováno k slovní komunikaci a řeč se nijak zvlášť nerozvíjí. Opakem přehnané náklonosti ze strany rodičů je citová deprivace, kdy dítě trpí nedostatkem citových vazeb, následně pak obtížně uplatňuje přirozenou zvídavost, nezískává nové informace a nedochází k nápodobě. Dále se mezi příčiny opožděného vývoje řeči řadí lehká mozková dysfunkce či různé vady mluvidel (rozštěpy), v tomto případě se však nejedná o příčinu, jež blokuje celkový vývoj řeči, ale pouze vývoj pozdržuje (Kutálková, 1999). Klenková (2006) doplňuje další faktory ovlivňující opožděný vývoj řeči, kterými jsou nedonošenost dítěte, předčasné narození a stupeň vyzrálosti nervového systému.

Při projevech opožděného vývoje řeči je potřeba zahájit logopedické poradenství a doporučit rodičům vhodné postupy pro stimulaci nejen řečového, ale i psychomotorického vývoje. Dále rozvíjet u dítěte sluchovou a zrakovou percepci, nejčastěji při vyprávění pohádek, s cílem zapojit aktivně dítě do vyprávění příběhu. Upozorňovat na obrázky, komentovat jednotlivé činnosti a dát dítěti prostor vlastního projevu. Rozvíjet rozumění řeči pomocí základních pokynů, soustředit se na používání stále stejných slov pro stejnou věc, aby dítě mělo možnost si předmět lépe zapamatovat a pokyny pochopit. Poskytovat správný mluvní vzor, jenž odpovídá normám jazyka. Snažit se dítě zapojit do rozhovoru, tzv. jej vtáhnout do komunikačních situací, nejlépe hravou formou, aby dítě nemělo pocit, že je ke komunikaci nuceno. Obecně rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu, avšak soustředit se na zvolení velmi jednoduchých vět, z nichž dítě následně čerpá nová slova. Vyvolávat podněty k nutnému samostatnému projevu dítěte, aby docházelo k rozvíjení spontánní řeči. V neposlední řadě je důležité se zaměřit na rozvíjení motorických schopností, především na hrubou a jemnou motoriku a motoriku mluvních orgánů.

Po objevení možné příčiny vzniku opožděného vývoje řeči a jejího následného odstranění je zapotřebí pomocí vhodných logopedických postupů, spolupráce rodičů, mateřské školy a logopeda posunout komunikační schopnost dítěte na úroveň odpovídající jeho věku tak, aby mohla být zahájena povinná školní docházka (Klenková, 2006).

2.1.2 Dyslálie

V nejširším slova smyslu spočívá dyslálie v neschopnosti používání zvukových vzorců řeči při komunikaci dle řečových norem daného jazyka. Konkrétnější definice se dle jednotlivých autorů liší (Lechta, 1990). Obecně se poruše výslovnosti říká patlavost, kdy se jedná o odchylku od normálního vývoje a dítě tzv. „patlá“ (Kutálková, 2005). Kejklíčková (2016) hovoří o poruše článkování mluvy (artikulace) a dle Klenkové (2006, s. 99) je dyslálie *„porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“*

Dyslálie se řadí mezi nejčastěji se vyskytující poruchy komunikačních schopností u dětí (Klenková, 2006). Obvykle je výskyt u chlapců čtyřikrát vyšší než u dívek. Kejklíčková (2016) se dále odkazuje na Půstovou (2001), která uvádí, že v roce 1999 výskyt dyslálií u dětí prvních tříd základní školy je až 36 procent.

Jedním ze základních dělení dyslálie dle příčiny je dyslálie funkční a dyslálie organicky podmíněná. Při funkční poruše se nejedná o poruchu mluvidel, nýbrž v jednom případě jde o poruchu motorickou jako důsledek neobratnosti mluvidel a v druhém případě je narušena schopnost sluchové diferenciace a jde o senzorický typ poruchy. Vedle toho orgánová dyslálie vzniká z důvodu orgánových odchylek, tedy změnami na mluvních orgánech. Rozděluje se na impresivní, expresivní a v některých případech na centrální dyslálii. Konkrétněji se může dělit podle lokalizace příčiny na akustickou (vady sluchu), labiální (defekty rtů), dentální (defekty zubů), lingvální (anomálie jazyka), palatální (anomálie patra) a nazální (narušená nazalita).

Mezi další příčiny vzniku se řadí vliv dědičnosti, nesprávný mluvní vzor, poruchy sluchu a zraku, nedostatek citové vazby, porušení nervových drah, poškození centrálního nervového systému a poruchy řečového neuroefektoru. U vlivu dědičnosti se autoři v názorech rozchází. Kejklíčková (2011) vnímá dědičnost jako jednu z nejčastějších příčin, oproti tomu Sovák (1978) vlivy dědičnosti vyvrací. Lechta (1990) uvádí tzv. nespecifickou dědičnost, v jejímž případě se nejedná o zdědění konkrétního typu

dyslálie, nýbrž o zdědění artikulační neobratnosti. Vlivy prostředí, jakožto nesprávný mluvní vzor, mají velké vlivy na celkový rozvoj dítěte a samozřejmě i na vývoj řeči. Časté „šišlání“ rodičů, nadmíru užívané zdrobněliny či vada výslovnosti u příslušníka blízké rodiny může vést k nesprávné výslovnosti u dětí. Nevhodná výchova, jako například nepřiměřené trestání nebo výsměch, se také podílí na ovlivnění rozvoje řeči. Právě v těchto případech nastává riziko fixace nesprávné výslovnosti. U poruch sluchových analyzátorů dochází ke zkreslenému vnímání zvuků z okolí, špatné diferenciaci hlásek (tzv. porucha fonematického sluchu), k problémům se slyšením vysokých tónů (nejčastěji sykavky) a mnohdy bývají narušeny i modulační faktory. Vady zraku omezují možnosti odezírání, které slouží jako podpora při nápodobě výslovnosti. Pokud je dítě vychováváno bez dostatku citu, může dojít k citové deprivaci, která taktéž zapříčiňuje nedostatky ve výslovnosti. Při poškození dostředivých a odstředivých nervových drah dochází k narušení řečové produkce a percepce, obdobně jako při poruchách centrálního nervového systému. Mezi poškození řečového neuroefektoru se řadí přirostlá jazyková uzdička (ankyloglossum), dlouhodobé používání dudlíku, růst dentium a další (Klenková, 2006).

Další dělení je na základě množství postihnutých hlásek, tedy kolik hlásek dítě vyslovuje vadně. Jestliže jde pouze o obvyklé hlásky L, R, Ř nebo jednu skupinu sykavek, je porucha označována jako **prostá dyslálie**. Pokud však dítě vyslovuje špatně větší množství hlásek, zmiňované L, R, Ř, sykavky a k tomu ještě Ď, Ť, Ň mluví se o dyslálii multiplex – **mnohočetné patlavosti** (Kutálková, 2005). Dělení Klenkové (2006) se poněkud liší v definicích i v názvosloví. Hovoří zde o dyslálii **univerzalis** neboli o mnohočetné patlavosti, jako o postižení většiny hlásek. V případě, že dítě zaměňuje souhlásky za hlásku T, bývá řeč zcela nesrozumitelná. Dále uvádí dyslalii **multiplex** (gravis), oproti předchozí zmiňované mnohočetné patlavosti se jedná o lehčí formu. Třetí uváděný pojem je dyslálie **parciální** (levis)**,** týkající se vadné výslovnosti jedné nebo několika hlásek z jedné artikulační oblasti (monomorfní) či chybné vyslovování hlásek z více artikulačních oblastí (polymorfní).

Jiné rozřazení se zakládá na hledisku vývojovém, kde je důležité brát v potaz tzv. fyziologickou dyslálii, která je považována za jev přirozený, avšak pouze do 5 let věku dítěte. U dítěte se výslovnost jednotlivých hlásek zdokonaluje v průběhu vývoje. Pokud však problematika ve výslovnosti u dítěte přetrvává i po 5. roce a nejpozději do 7. roku (do konce 7. roku dochází k upevňování mluvních stereotypů), hovoří se o prodloužené fyziologické dyslálii. Pakliže nenastane náprava chybné výslovnosti

hlásky do sedmého roku dítěte, dojde k nesprávné fixaci hlásky a výslovnost zůstane vadná, poté se u dítěte diagnostikuje „pravá“ dyslálie.

Každá odchylka ve výslovnosti má svůj název a dělí se podle jednotlivých typů. Jestliže dítě hlásku ve slovech vynechává, hovoří se o **mogilalii**. Je-li hláska pravidelně zaměňována za jinou, například v důsledku neschopnosti vytvoření hlásky, jedná se o **paralalii**. Pokud je hláska tvořena na jiném místě či jiným způsobem jde o **dyslálii**, tedy o vadnou výslovnost (Klenková, 2006).

Největším problémem je pro děti tvorba těch hlásek, jež vyžadují složitou koordinaci mluvidel. V českém jazyce je nejčastěji vyskytován rotacismus – ráčkování, kdy se jedná o špatnou výslovnost hlásky R a Ř (rotacismus bohemicus) nebo kombinaci obou. Dalším častým problémem je vadná výslovnost hlásek S, C, Z nebo Š, Č, Ž, kdy se jedná o sigmatismus, známější pod pojmem „šišlání“. Důležitá je v tomto případě zkouška fonematického sluchu a vyloučení vady sluchu. Lambdacismus, vada výslovnosti hlásky L, patří mezi méně vyskytující se vady. Nesprávná tvorba hlásky K (G, CH) se nazývá kapacismus (gamacismus). V tomto případě se při vyšetření ověřuje funkčnost patro-hltanového uzávěru. Dalšími problematickými hláskami, potažmo dvojicemi hlásek, mohou být B a P, V a F, Z a S, G a K, Ž a Š, respektive jejich vzájemná záměna. Hovoří se o zaměňování znělých souhlásek za neznělé. K dyslálii také řadíme záměnu výslovnosti hlásek Ť, Ď, Ň (měkkých souhlásek) za tvrdé T, D, N.

Každá vada výslovnosti má několik možných odchylek, projevů a příčin z důvodů různého postavení mluvidel. Může se například jednat o rozdílnost v místě chybného tvoření hlásky. *„V českém jazyce je známo deset druhů šišlavosti a každý má typický zvuk, který je dán určitým nesprávným postavením nebo pohybem mluvidel. Patří sem sigmatismus mezizubní (interdentalis), přízubní (addentalis), boční (lateralis), retní (bilabialis), retozubní (labiodentalis), nosový (nasalis), hltanový (pharyngealis), hrtanový (laryngealis), stridorový (stridens) a vdechový (inspiratorius)“* (Kejklíčková, 2016, s.118-119).

V dalším dělení se hovoří o **dyslálii hláskové**, která se týká především vadné výslovnosti jednotlivých hlásek a o **dyslálii kontextové**, jež je na úrovni vadné výslovnosti slabik nebo slov (izolovaně jsou hlásky tvořeny správně) (Klenková, 2006). U kontextové dyslálie dále Lechta (1990) uvádí různé symptomy: vynechávání hlásek – elize; přesmykování – metateze; vklad hlásek – anaptixe; směšování – kontaminace a připodobnění hlásek – asimilace.

U diagnostiky dyslálie je základem logopedické vyšetření. Postup vyšetření probíhá obdobně jako u diagnostiky jakékoli jiné poruchy komunikačních schopností (vyšetření sluchu a zraku, celkové motoriky, složek řeči, laterality). Logoped spolupracuje společně s foniatrem a psychologem, případně s neurologem. Současně by měla také probíhat vzájemná spolupráce s učitelem mateřské a základní školy. Na základě všech vyšetření se stanoví diagnóza, od níž se odvíjí následné terapeutické postupy. Samotné vyšetření probíhá hned při prvním seznamování se s rodiči a dítětem. Nejprve je vyvíjena snaha o navázání kontaktu a zájmu, při práci s dětmi se využívají obrázky pro upoutání pozornosti. Poté je proveden řízený rozhovor, při němž logoped zaznamená chybně vyslovované hlásky. Sleduje mimiku dítěte, pohyby mluvních orgánů, celkový posed dítěte. Pořadí vyšetřovaných hlásek se může lišit podle názorů autorů, někteří preferují začínat od expozivů, přes třené hlásky a sykavky, poté hlásky L, R, Ř, nakonec změkčené Ď, Ť, Ň a shluky VL, BL, STL, STŘ atd. Jiní doporučují provádět vyšetření podle místa tvoření hlásek. Při vyšetřování samohlásek se používají slabiky se souhláskami se zaměřením především na výslovnost hlásek E, O, U. Mnohdy logopedi při své práci využívají různé záznamové archy či šablony a používají obrázky s výskytem sledované hlásky v určité pozici – na začátku slova (iniciální), na konci (finální) a uprostřed slova (mediální) (Klenková, 2006).

Lechta (1990) při logopedické diagnostice u vyšetřovaného jedince zjišťuje, v jaké je pozici vadně vyslovovaná hláska (iniciální, mediální, finální), určuje, zdali jde o dyslálii hláskovou, slabikovou či slovní, provádí vyšetření fonematického sluchu, sleduje úroveň řečových orgánů a posuzuje, zda se jedná o dyslálii monomorfní či polymorfní. Dále určuje místo (polohu), kde je hláska špatně tvořena a zjišťuje, jaká je hlavní příčina dyslálie. Sovák (1978) při diferenciální diagnostice klade důraz na odlišnosti jedinců s jiným přidruženým postižením a dalšími zdravotními problémy.

V závěru diagnostiky na základě získaných informací stanovuje logoped diagnózu a následně sděluje rodičům zvolené terapeutické postupy. Jelikož úprava poruch a vad výslovnosti je u každého jedince individuální, je nutné informovat rodiče o vhodných postupech při práci právě s jejich dítětem a soustředit se na konkrétní problematiku (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Terapeutických zásad při reedukaci dyslálie je hned několik. Již velmi známá **zásada individuálního přístupu** je důležitá i při průběhu terapie dyslálie, kdy je nutné dbát na schopnosti dítěte, jeho intelekt, případně jiná omezení (tělesná, psychická a další). Při logopedickém cvičení se u dětí vyskytuje brzká unavitelnost a ztráta pozornosti, proto

je doporučována **zásada krátkodobého cvičení**, kdy je vhodné cvičit maximálně po dobu 3-4 minut, zajmout dítě vhodnými pomůckami a materiály, snažit se podpořit zrakové vnímání, a především dítě nepřetěžovat množstvím úkolů. Z toho vyplývá **zásada** týkající se **názornosti,** s cílem využití multisenzoriálního přístupu – zapojení zraku, hmatu, sluchu a změny pohybu. Podstatou **zásady užívání pomocných hlásek** je využití substituční metody, jež se zaměřuje na nacvičování hlásky zvukově podobné a artikulačně a fyziologicky blízké hlásce vadně vyslovované (např. při vyvození hlásky R, používáme pomocnou hlásku D). U **zásady sluchové kontroly** je v dnešní době hlavním problémem zvýšená hlasitost zvuků z televize a dalších elektronických zařízení. U dětí tak může dojít k otupění sluchového vnímání, v tomto případě je tedy nutné včasné zahájení sluchové výchovy**. Zásada minimální akce** je především podstatná právě u dětí, které mají tendence při nácviku hlásky přehnaně a hlasitě tvořit slova a klást důraz na výslovnost požadované hlásky. Největší problémy bývají s vyvozováním hlásek substituční metodou, kdy má jít pouze o navozování základu kmitu, a ne o důraz kladený na pomocnou hlásku. Mezi poslední zásadu patří **zásada vývojovosti**, zaměřující se na respektování vývojové řady hlásek u dětí od žvatlání po období 6. až 7. roku. Jelikož v průběhu vývoje dítěte dochází k dozrávání CNS, která má vliv na artikulační schopnosti, je potřeba postupovat s vyvozováním hlásek postupně, dle tabulky (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 337,338):

Věk (od, do)	**Vývoj artikulace**
1 - 2,5 roku	b, p, m, a, o, u, i, e j, d, t, n, l – artikulační postavení se upravuje po 3. roce, ovlivňuje vývoj hlásky r
2,5 - 3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
3,4 - 4,5 roku	bě, pě, mě, vě, ď, ť, ň
4,5 - 5,5 roku	č, š, ž
5,5 - 6,5 roku	c, s, z, r
6,5 - 7 let	ř a rozlišování

Tabulka č. 1: Vývoj artikulace hlásek

Vhodné pomůcky využívané k terapii dyslálie dle Škodové, Jedličky a kol. (2007) jsou sondy a špátle, pomocí kterých se mění poloha jazyka, rotavibrátory k rozkmitání jazyka při vyvozování hlásky R, diktafony a indikátory jako sebekontrola mluvního projevu, videozáznamy pro lepší pochopení reedukace hlásek, počítačové logopedické programy a především zrcadlo, které slouží jako zraková opora pro správnou motoriku mluvidel.

Kejklíčková (2016) také doporučuje při logopedické reedukaci využívání myofunkčních terapeutických metod (více k pomůckám viz kapitola 5, zaměřená na logopedické pomůcky pro rozvoj komunikace).

2.1.3 Vývojová dysfázie

V současné době je dle Škodové, Jedličky a kol. (2007, s. 110) pojem vnímám jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“.

„Vývojová dysfázie označuje poruchu vývoje řeči způsobenou difúzním postižením mozku a zahrnujícím oblasti obou řečových center (expresivního i receptivního)“ (Kejklíčková, 2016, s. 54).

Klenková (2006) hovoří o vývojové dysfázii jako o specificky narušeném vývoji řeči, jenž patří mezi centrální poruchu řeči a řadí jej k poruchám vývojovým.

Za základní příčinu je u většiny autorů považována porucha centrálního zpracování řečového signálu či v širším slova smyslu fungování centrální nervové soustavy. Jedná se o difúzní postižení, nikoliv však o ložiskové postižení CNS. Podle závažnosti postižení pak dochází k různé hloubce příznaků. Obecná etiologie vzniku vývojových poruch řeči není zcela známá, hovoří se o poškození mozku v období pre-, peri- a postnatálním. Je zde zmiňována i možná příčina vlivu dědičnosti (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Klenková (2006) zmiňuje všeobecné dělení etiologických faktorů na genetické, vrozené a získané, ale také nevylučuje jejich možnou kombinaci.

Mezi symptomy vývojové dysfázie patří nejen opožděný vývoj řeči, který je však velmi výrazným příznakem, ale i celkově nerovnoměrný vývoj osobnosti, opožděný v mnoha oblastech. V řeči se jedná jak o narušenou schopnost rozumění, tak i tvorbu a formování řečového projevu (Kejklíčková, 2016). Dále se vyskytuje narušené zrakové vnímání, jež se projevuje především v kresbě a narušené sluchové vnímání, kdy je narušena schopnost rozlišovat jednotlivé prvky řeči. Objevuje se porucha vnímání, zapamatování a neschopnost nápodoby melodie a rytmu. Při zpracování akustického signálu se často objevují prodlevy. Co se týče mluvního projevu, verbální projev bývá podstatně horší, než by odpovídalo věku dítěte a jeho intelektu. Mezi další příznaky bývá řazeno narušení paměťových funkcí, narušení motorických funkcí, především motoriky mluvidel, jemné motoriky a celkového uspořádání pohybů, problémy s orientací v prostoru a v čase, rozlišování pravé a levé strany, chápání vzájemných vztahů mezi rodinnými příslušníky a chyby v časovém určení. Jako poslední příznak se

uvádí lateralita, která je buď nevyhraněná, zkřížená nebo souhlasně levostranná (oko i ruka) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Přestože je dítě opožděno v mnoha oblastech celkového rozvoje, nejnápadnějším symptomem je již zmiňovaný opožděný vývoj řeči. Kutálková (1999) jej konkrétně rozepisuje dle narušených složek řeči. Obsah řeči je dosti chudý, slovní zásoba je malá, stereotypní a nedostačující. I přestože se dítě běžně dorozumí, jeho projev je nenápadný a stereotypní. Často dochází k záměně podobných slov a vyjadřovací obratnost je výrazně omezena. V gramatice se vyskytují problémy ve skloňování a časování. Dítě tvoří špatné koncovky a neumí používat předložkové vazby. Vynechává zvratná zájmena a chybuje v užívání minulého času. Při tvorbě vět užívá pouze věty jednoduché s přeházeným slovosledem. Charakteristickým znakem dysfázie je výslovnost, ta bývá u jednotlivých hlásek správná a bezproblémová, avšak složit slovo z hlásek dohromady dítě nedokáže (př. dítě zvládá hlásku C, ale slovo cop neumí). Obtíže se objevují i v rozlišování tvrdé a měkké slabiky, v odlišení dvojice sykavek a samohlásek a výrazné neschopnosti v užívání znělých hlásek. U dětí s dysfázií nedochází k autokorekci.

V diagnostice vývojové dysfázie je kladen důraz na týmovou spolupráci. Neurologické vyšetření by měl provádět zkušený neurolog, neboť neurologický nález může být negativní, avšak někdy se objeví nález na EEG. Foniatrická diagnostika se zaměřuje na všechny složky řeči a vyšetření sluchu. Posuzuje se fonematický sluch, případně se provádí slovní audiometrie a vyšetření BERA a OAE. V rámci psychologické diagnostiky se určuje úroveň intelektových schopností. Škodová, Jedlička a kol. (2007) zdůrazňují, že nízké intelektové schopnosti nejsou součástí klinického obrazu vývojové dysfázie. Pokud se objevují poruchy intelektu, může se jednat o další přidružené postižení, jelikož u vývojové dysfázie může být intelekt i nadprůměrný. V psychologickém nálezu se vyskytuje difúzní postižení CNS, jež se projevuje omezením v oblastech paměti, koncentrace pozornosti, poruchy využívání energie apod. Psycholog u dítěte s vývojovou dysfázií sleduje kresbu, která bývá strohá, jednoduchá a dosti specifická a také schopnosti obkreslování, u nichž bývají nejčastěji problémy v geometrických tvarech. Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika sleduje míru opožděného vývoje u dítěte, kdy se zaměřuje na deficity již zmiňované ve výčtu příznaků vývojové dysfázie, tzv. orientace v prostoru a čase, motorické funkce, grafomotorika, lateralita, zrakové a sluchové vnímání, řeč (percepce i exprese), paměť, aktivita a pozornost a symbolické funkce (Klenková, 2006).

Jak již bylo zmíněno, důraz je kladen na týmovou spolupráci všech odborníků jako při diagnostice. Oproti tomu je však také potřeba součinnosti s pedagogem mateřské školy a speciálně pedagogickým zařízením. Nejdůležitější je kvalitní spolupráce rodičů s jednotlivými odborníky. Při terapii je nutné zaměřit se na rozvoj celkové osobnosti dítěte, jelikož ten je podstatou rozvoje komunikačních dovedností (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Úspěšná terapie spočívá v rozvoji všech složek, tedy posílení krátkodobé paměti a zlepšení pozornosti, rozvoj zrakového vnímání pomocí obrázků, rozvoj sluchového vnímání, kdy je vhodné nejprve používat zvuky z okolí a poté specifické zvuky, rozvoj aktivního a pasivního slovníku se zaměřením na rozvoj syntaxe a gramatiky. Dále je potřeba tréninku celkové motoriky, psychomotoriky a motorické obratnosti mluvidel, obecné rozšiřování slovní zásoby, procvičování rozumění řeči a rozvoj fonematického sluchu. Při terapii je doporučována individuální logopedická péče, se kterou je potřeba začít co nejdříve (Kejklíčková, 2016).

Kutálková (1999) uvádí, že metody využívané v terapii u dětí s vývojovou dysfázií se nijak zvlášť neliší vůči metodám vhodným právě pro terapii dyslálie. Opak tvrdí Kejklíčková (2016), která konstatuje, že se individuální logopedická terapie vývojové dysfázie od terapie dyslalie výrazně odlišuje.

Důležité je si uvědomit, že *„rozvíjení jednotlivých schopností a dovedností nelze cvičit izolovaně. Protože vývoj schopností dítěte s dysfázií je velmi nerovnoměrný a individuální, je třeba všechny rehabilitační a edukační i reedukační postupy kombinovat tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí“* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 121).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je dále dysfázie dělena na motorickou a senzorickou. Odlišují se od sebe na základě rozvoje řeči. Při **motorické dysfázii** je vývoj řeči vždy opožděn, aktivní slovník je nižší než úroveň rozumění, příznačná je těžkopádná tvorba vět, spontánní komunikace je minimální, dítě preferuje neverbální komunikaci. U **dysfázie senzorické** se objevují obtíže převážně v receptivní oblasti řeči, bývají přítomny poruchy fonematického sluchu, nedostatečná sluchová a krátkodobá paměť, obtíže v chápání obsahu řeči. Vývoj řeči nemusí být výrazně opožděn, slovní zásoba nemusí být zcela chudá, ale i přesto má dítě problémy v pochopení užívaných slov. Dítě preferuje svůj vlastní slovník, řeč bývá nesrozumitelná, avšak plynulá. Na základě těchto aspektů je nutné zahájení již zmiňované individuální logopedické terapie (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

2.1.4 Mutismus

Jedná se, oproti již zmiňovaným vadám řeči, o jednu z vad méně častých, přesto se však mutismus vyskytuje v největší míře právě u dětí předškolního a mladšího školního věku (Klenková, 2006). Tento termín je chápán jako oněmění, při kterém dochází ke ztrátě či nepřítomnosti řečových projevů. Nejedná se však o poruchu vzniklou na základě organického poškození centrálního nervového systému (Lechta a kol., 2003). Jde o psychogenní poruchu obvykle vzniklou na základě silného psychického traumatu (šok, stres, únava a další). V mnoha případech se rodiče mylně domnívají, že jejich dítě záměrně vzdoruje, jelikož řeč u jejich dítěte již byla plně rozvinuta. Dítě odmítá jakkoliv komunikovat, případně navazuje kontakt pouze částečně s vybranými osobami či v některých situacích (Kejklíčková, 2016).

Za hlavní symptom je považována *„typická náhlá ztráta schopnosti užívat mluvené řeči – bez ohledu na etiologii a terapii poruchy. Zahrnuje především funkční ztrátu řeči, odmítání mluvní komunikace, útlum řeči ze strachu, mlčení ze studu“* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 207). Vyvolané projevy vznikají jako obranné mechanismy organismu při akutním psychotraumatu, chronické frustraci či neuspokojení základních potřeb dítěte. Mezi příčiny se tedy řadí nesprávný výchovný styl, přetěžování dítěte, nepřiměřená péče ze strany rodičů, nedostatečný emocionální rozvoj. Důraz je kladen na pozdější osamostatnění dítěte od rodičů, iniciativnost v kontrastu pocitu viny, související s fantazijními představami dítěte. Na jedné straně je rozvoj dán schopnostmi a zručností a na druhé pocity méněcennosti a bezvýznamnosti. Patří sem i tělesné tresty a projevy agresivního chování mezi rodiči, rovněž také výsměch a ponižování vycházející z okolí (Lechta a kol., 2003). Příčiny vzniku mutismu lze dle Klenkové (2006) rozdělit na dvě skupiny: endogenní a exogenní. Endogenní příčinou je zvýšená psychická senzibilita vůči vlastním výkonům. Za exogenní příčiny jsou považovány přehnané požadavky ze strany rodičů na řečový výkon a chování dítěte. Naopak v praxi se rozlišují **tři skupiny**:

1. faktory bezprostředně vyvolávající psychotraumatizaci – počátek školní docházky, změna prostředí, ztráta blízké osoby, konflikty mezi rodiči, posměch, neadekvátní tresty;
2. predispoziční faktory a vlivy chronické frustrace – vliv rodiny (nároky na dítě, tělesné tresty, konflikty mezi rodiči, střídavá péče), osobnostní rysy (pocity viny a selhání, manipulační sklony s okolím), schopnosti a dovednosti dítěte (řečové

vady, intelektový deficit, omezená hybnost), stresové faktory (strach, agresivita, nepřiměřená přísnost pedagoga, ponižování);

3. udržovací faktory – přetrvávání faktorů z výše uvedených, nevhodná reakce okolí na mutismus (posměch – sociální izolace, nátlak na dítě, trestání).

Ze zmíněných etiologických faktorů vyplývají definice termínů *„totální mutismus“* a *„(s)elektivní mutismus“*. Při **totálním mutismu** se u jedince vyskytují celkové psychické zábrany hlasité řeči po jejím osvojení, kdy sluchové a řečové schopnosti jsou zachovány a není přítomno žádné organické poškození. Za příčinu vzniku je především považován vliv psychologických faktorů, rovněž i vliv fyziologických faktorů, které vzájemně vedou u dítěte k odmítání mluvit. U **elektivního mutismu** trpí jedinec psychickými zábranami hlasité řeči vůči určitému prostředí, osobám, či v konkrétních situacích. Jde o tzv. *„výběrové“* odmítání mluvit. S tímto typem mutismu se nejčastěji setkáváme právě u dětí předškolního a mladšího školního věku (Bytešníková, 2007). Mluvní negativismus či funkční útlum řeči je spojen s mlčením v určitých společenských situacích, v konkrétním prostředí, či s nemluvností s některými osobami (návštěva lékaře, mateřská škola, základní škola, příbuzní, vrstevníci). Dítě zvládá mluvit v jiných situacích, jelikož řeč je u něj rozvinuta, avšak vlivem emočních zábran dochází k blokádě mluvy. Příčina vzniku není zcela objasněna. Uvažuje se, zdali se jedná u dítěte o záměr (vliv podvědomí) nemluvnosti, nebo o neschopnost psychickou zábranu překonat. Často jde o stav přechodný, kdy dítě místo verbálního projevu užívá komunikaci neverbální. Elektivní mutismus se vyskytuje přibližně u 0,1 % dětské populace (Kejklíčková, 2016). U totálního mutismu záleží na vážnosti příčiny vzniku. Jestliže dítě doposud normálně komunikovalo a došlo k celkové ztrátě hlasu i řeči až po úrazu spojeném s šokem, mutismus odezní po několika hodinách či dnech, nicméně se v mnoha případech řeč vrátí s projevy koktavosti. Po úrazovém poškození hlavy je důležité odlišit ztrátu řeči v důsledku neurotické poruchy od možného orgánového poškození (Kutálková, 1999).

Diagnostika elektivního mutismu je spojena se základními kritérii vycházejícími z MKN-10 a DSM-IV:

- normální nebo téměř normální chápání jazyka;
- schopnost mluvního projevu dostatečného k sociální komunikaci;
- důkaz o tom, že dítě mluví v některých situacích normálně nebo téměř normálně;
- přetrvávání projevů mutismu minimálně jeden měsíc.

Zásadní je v první řadě provést diferenciální diagnostiku, při níž je potřeba elektivní mutismus odlišit od jiných postižení. V pozadí se mohou vyskytovat poruchy vývoje řeči

či specifické vývojové poruchy, jež nebyly doposud odhaleny. Následně je prováděna podrobná rodinná anamnéza, zaměřující se na postavení dítěte v rodině, výskyt duševních poruch, onemocnění či povahových zvláštností, výchovné přístupy rodičů a vztah mezi rodiči. V osobní anamnéze jsou zjišťovány informace o těhotenství matky a průběhu porodu, zhodnocení vývoje psychomotoriky a řeči dítěte a proběhlá onemocnění týkající se možného rozvoje mutistických projevů. Dále se provádí osobnostní charakteristika dítěte, jeho socializace a zhodnotí se současný zdravotní stav dítěte. Při diagnostice mutismu se nejprve provádí logopedické vyšetření, při němž se sleduje způsob navázání kontaktu, udržení očního kontaktu, zvídavost a lhostejnost, projevy negativismu, neverbální komunikace, kresba dítěte, schopnost plnit zadané úkoly, řešení problémů v hrách, reakce na neúspěch a komunikace s rodiči. Mezi další prováděná vyšetření patří psychologické, týkající se vyšetření intelektu, specifických poruch a projektivní metody, neurologické, foniatrické, elektroencefalografické, otorinolaryngologické apod. (Lechta a kol., 2003)

Jak již bylo výše zmíněno, mutismus je spíše vnímán jako psychická porucha než jako porucha řeči, přestože je postižena schopnost verbálního vyjadřování. Terapie vychází z dlouhodobé systematické psychoterapeutické péče spojené s foniatrickou a logopedickou péčí. Terapeutický postup je zaměřen na celkovou spolupráci klinického logopeda, rodičů dítěte a pedagoga mateřské či základní školy. Jedná se o zdlouhavý a náročný proces, na němž se podílí celý odborný tým (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Další možný terapeutický postup zmiňuje Bytešníková (2007, s. 141). Ten je zaměřen na uvolnění nemluvnosti a probíhá ve čtyřech fázích: *„preverbální fáze, lexikálně-syntaktická fáze, komunikativně-sociálně interaktivní fáze a pečovatelská fáze“*. Cílem je působení terapie na okolí rodinné a sociální.

Pro rodiče a terapeuty jsou uváděny všeobecné zásady vhodného přístupu k dítěti, u něhož se mutismus objevuje. Dítě nesmí býti k verbálnímu projevu nuceno ani přemlouváno, za nemluvnost nemůže být trestáno. Rodič (terapeut, pedagog) dítě neobviňuje, neignoruje a neizoluje. Příčinu mutismu nalézá dospělý sám, bez zapojení dítěte. Přehnaná všímavost rodičů jejich dítěte při komunikaci se také nedoporučuje. Rodič (terapeut, pedagog) by měl s dítětem jednat jako s rovnocenným partnerem, jako s ostatními dětmi, v klidu a trpělivě. Dítě by mělo mít možnost používat jakýkoliv způsob možné komunikace, ale samozřejmě nesmí být opomíjeno podněcování dítěte k řečovému projevu. Obvykle bývá problémem nedostatečná vytrvalost a frustrace rodičů, jelikož terapie je dlouhodobá a složitá. Dále je potřeba vybírat vhodné cíle, klást

důraz na sociální interakci a zvyšovat postupně úroveň náročnosti. V posledním bodě je uváděno heslo: „nikdy se nevzdávat“ (Klenková, 2006).

2.1.5 Koktavost (Balbuties)

V odborné literatuře je definice koktavosti velmi nejednotná a mnozí autoři se ve svých názorech odlišují. Seeman (1955) vnímá koktavost jako neurózu řeči vznikající převážně v dětském věku. Proti tomu Kondáš (1983) řadí koktavost mezi funkční poruchy řeči (Klenková, 2006).

Dle Kejklíčkové (2016, s. 90) je koktavost: *„porucha plynulosti mluvy způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva“*. Postupem času se jednotlivé definice mění a prosazují se nové.

V dnešní době se však nejčastěji užívá definice koktavosti od Lechty (2003, s. 318), kdy jde o *„syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení“*. Jedná se o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch narušené komunikační schopnosti. Dle statistik je míra výskytu stále stoupající, zatímco v minulosti se uvádělo 0,5 – 1,5 % výskytu koktavosti, dnes se hovoří až o 4–5 % dětské populace. Nejčastější výskyt začínající koktavosti je v 70 % případů u dětí ve věku 3-5 let, 20 % tvoří skupina dětí v začátku školní docházky a pouze 10 % připadá na skupinu v pozdějším věku (Klenková, 2006).

Koktavost je velmi závažná porucha, jež má mnoho podob a různých příčin. Jelikož se v průběhu let příčiny měnily, autoři se ohledně vzniku koktavosti ve svých názorech rozcházejí (Kutálková, 2005). Logopedka Peutelschmiedová (2009), docentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, se dlouhodobě specializuje na problematiku koktavosti a upozorňuje, že skutečná příčina dosud nebyla odhalena a vyvrací tvrzení, že koktavost může být vyvolána rodiči a jejich nesprávnými výchovnými zásahy. Bytešníková (2007, s. 126) naopak uvádí, že na vzniku koktavosti se vzájemně podílejí tři faktory: „*dispoziční činitelé, orgánové odchylky (mozkové patomechanismy) a patopsychosociální vlivy“*. Při vzniku, rozvoji a fixaci poruchy hraje významnou roli také okolní prostředí, především rodina. Za hlavní vyvolávací podnět lze považovat psychické trauma (Kejklíčková, 2016). K stále aktuálním názorům patří tvrzení, že koktavost vzniká i v důsledku dědičnosti (Klenková, 2006). Kejklíčková (2016) hovoří o provedeném dotazníkovém průzkumu, který je zaměřen na nejčastější

příčiny vzniku koktavosti u dětí i dospělých. Ten byl proveden na 88 foniatrických a logopedických pracovištích v České republice. Nejčastěji uváděnými příčinami byly: nepříznivé rodinné poměry, změny komunikačního prostředí, nový přírůstek do rodiny, změny bydliště, dočasné odloučení dítěte. Na náhlém vzniku koktavosti mají, hned po psychotraumatu, největší podíl napadení zvířetem, hospitalizace dítěte, úmrtí někoho z blízkého okolí, dopravní nehoda, pád z výšky a další. Lechta a Králiková (2011) zmiňují všechny možné rizikové faktory podněcující vznik koktavosti: dědičnost, orgánové odchylky v CNS, odchylky v psychomotorickém vývoji, nerovnoměrný vývoj jazykových rovin, přetěžování dítěte a traumatické zážitky (týrání, zanedbávání).

Příznaky koktavosti lze dělit do dvou skupin, na vnější a vnitřní. Mezi vnější příznaky se řadí porucha fonačních, dýchacích a artikulačních pohybů. Problematická je spolupráce některých svalů a svalových skupin, a to právě při mluvení. Podle vnějších příznaků koktavost rozdělujeme dle formy na klonickou, tonickou nebo tonoklonickou. **Klonická forma** se vyznačuje volným opakováním slabik (nejčastěji prvních), přičemž opakování může být i několikanásobné. V těžších případech se může vyskytovat opakování slabik i uprostřed slov (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Patří sem i nepřiměřené protahování délky slabik, při němž má dítě tendence zrychlovat tempo řeči z důvodu „časové ztráty“ v přechozím slově. V druhé formě se vyskytují tzv. **tony**, jež značí závažnější stupeň poruchy, avšak rodiče se mylně domnívají, že u jejich dítěte došlo ke zlepšení (Kutálková, 1999). **Tonická forma** je charakteristická právě zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové štěrbině (prefonační spasmus), kdy je vyvolán značný tlak na počáteční hlásku. Ten může být tak silný, že mnohdy k samotnému vyslovení slova ani nedojde. Poruchy se také týkají zvýšeného napětí artikulačních svalů, některých krčních svalů a poruchami dýchání.

Třetí forma je nazývána **tonoklonická** a bývá nejčastější. Projevuje se spojením příznaků z obou předchozích forem. Jako vnitřní příznaky se uvádějí duševní stavy, které ovlivňují řečový projev jedince, kdy způsobují strach z mluvení v emočně výrazných situacích, i přestože jedinec předem hlásky a slabiky zná. Následně se vyhýbá řečovému kontaktu, případně vyhledává náhradní slova. Hovoří se pak o tzv. logofobii (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

V některých případech se mohou objevovat i další doprovodné projevy koktavosti, těmi jsou souhyby (mimovolní pohyby v oblasti obličeje), součiny (mimovolní pohyby dolních a horních končetin, trupu a hlavy) a Fröschelsův syndrom

(roztahování a stahování nosního chřípí) vyskytující se u těžších forem koktavosti (Kejklíčková, 2016).

Dalším možným dělením koktavosti je dle přetrvávajících nepříznivých vlivů začínající koktavost, fixovaná koktavost a chronická koktavost. Je pravdou, že některé rizikové faktory není možné odstranit (dědičnost, orgánové odchylky v CNS). Bohužel však mnohdy nastávají situace, kdy rodiče netuší, že dítě ovlivňují nějaké rizikové faktory, případně nemají snahu jakkoliv zasáhnout či změnit své dosavadní reakce a postoje k dítěti. V tomto případě nepříznivé vlivy přetrvávají a u dítěte se objevuje **začínající koktavost**. Pokud se k příznakům koktavosti přidružují příznaky nadměrné námahy a psychické tenze, může postupem času vzniknout tzv. **fixovaná koktavost**. Po víceletém přetrvávání koktavosti může nastat **chronická koktavost**. Během takového rozvoje koktavosti nejčastěji dochází ke spolupůsobení více příčin (Lechta, Králiková, 2011).

Při diferenciální diagnostice je důležité oddělit koktavost od breptavosti, primárně podmíněnou koktavost od jiných typů koktavosti a incipientní koktavost od vývojových těžkostí v řeči (Lechta a kol., 2003). Při diagnostice u dětí předškolního věku je nutné zaměřit se na komplexní diagnostiku vycházející z týmové spolupráce. Provádějí se vyšetření logopedická, foniatrická, psychologická a neurologická. Dále se spolupracuje s pediatrem, rodiči a učiteli mateřských škol. Z diagnostických postupů se používá řízený rozhovor, spontánní řečový projev, popis situačních obrázků a čtení standardního textu (Klenková, 2006). Pro kvantifikaci koktavosti slouží sestavení balbutiogramu, van Riperova kritéria a metoda docentky Peutelschmiedové, při které se na základě analýzy 100 slov srovnává výsledek mluvního projevu jedince s normou (Lechta, 2003).

V průběhu let se objevuje četné množství možných terapeutických postupů a metod, avšak nelze jednoznačně prohlásit, které z nich patří mezi nejúčinnější. Kompletní klinický obraz koktavosti tvoří tři vzájemně se prolínající množiny: neplynulost (dysfluence), nadměrná námaha a psychická tenze. Na základě těchto symptomů se využívají odlišné terapeutické přístupy. Jak již bylo zmíněno výše, u dětí předškolního věku se nejčastěji vyskytuje incipientní koktavost, při které je cílem terapie eliminovat právě zmiňované množiny. Těchto terapeutických cílů se dá dosáhnout pomocí různých technik (Lechta, 2002).

3 Možnosti poskytování logopedické péče v ČR

V České republice se logopedická péče realizuje v rámci tří resortů: Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce a sociálních věcí. Může být poskytována jak v zařízeních státních (nemocnicích, klinikách, lázních, poliklinikách, školách a školských poradenských zařízeních), tak v nestátních (charitativních, městských, církevních, okresních), ale i v zařízeních soukromých (privátní praxe klinických logopedů, klinikách).

Logopedická péče je poskytována jedincům všech věkových kategorií (dětem předškolního věku, školákům, adolescentům, dospělým i osobám ve stáří) (Michalík a kol., 2011).

3.1 Resort ministerstva zdravotnictví

V resortu zdravotnictví může působit logoped jakožto absolvent akreditovaného magisterského programu speciální pedagogika s úspěšným zakončením studia se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Pracuje však pod supervizí klinického logopeda. Předpokladem pro práci klinického logopeda je následné absolvování postgraduálního specializačního vzdělávání v oboru klinické logopedie. Klinický logoped, jenž působí v resortu zdravotnictví, má splněné specializační přípravy zakončené zkouškou. Pracuje tedy samostatně. Po splnění dalších stanovených podmínek má možnost získat osvědčení (licenci) k provozování své vlastní privátní praxe.

Práce klinického logopeda v resortu zdravotnictví podléhá podmínkám stanoveným legislativními normami. Na těchto podmínkách se podílí Asociace klinických logopedů ČR a zdravotní pojišťovny. Logopedická péče v resortu zdravotnictví je realizována zejména v těchto zařízeních: privátní logopedická ambulance, logopedická pracoviště – foniatrické a neurologické oddělení, oddělení otolaryngologie a dětské psychiatrie, rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, stacionáře, geriatrická a neurochirurgická oddělení při nemocnicích a poliklinikách, na samostatném oddělení klinické logopedie v nemocnicích, v soukromých klinikách a při lázních (Michalík a kol., 2011).

3.2 Resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)

K zajištění logopedické péče v oblasti školství se vztahuje dokument „Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství“, týkající se

podmínek organizačního zabezpečení péče, její koordinace, rozsahu kompetencí pracovníků působících v této sféře (logoped, logopedický asistent, krajský koordinátor) a kvalifikačních předpokladů. Logopedická péče ve školství je přímo spjata se vzdělávacím procesem. Komunikační řečové dovednosti a schopnosti užívání mateřského jazyka mají zásadní vliv na školní úspěšnost žáků (Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství).

Možnosti působení logopeda v resortu školství jsou stanoveny aktuálními legislativními normami, konkrétně školským zákonem 561/2004 Sb. a příslušnými vyhláškami. Logoped musí být absolventem magisterského vysokoškolského studia v pedagogické oblasti se zaměřením na speciální pedagogiku, jež musí být ukončeno státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie (Michalík a kol., 2011). Dále ve školském sektoru působí logopedický asistent, který je absolventem vysokoškolského bakalářského studia speciální pedagogiky. Pracuje pod dohledem speciálního pedagoga. Fukanová (2007) dále zmiňuje působení speciálního pedagoga, jedná se o učitele se zaměřením na poruchy řeči a učení se závěrečnou zkouškou z logopedie a logopedického preventistu, jakožto středoškolsky vzdělaného pedagoga s kurzem logopedické prevence (nejčastěji učitelé mateřských škol) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

V oblasti školských zařízení je logopedická péče poskytována v základních a speciálních logopedických školách, kde je propojena školní výuka s logopedickou péčí. Ve třídách je snížený počet žáků (7-14) a provádí se individuální logopedická péče. V péči těchto zařízení jsou děti se závažnými poruchami řečové komunikace po dobu jednoho školního roku a poté nastupují do kmenových škol v okolí bydliště. V rámci předškolního vzdělávání existují specializované třídy pro děti s NKS zaměřené na individuální, ale i skupinovou logopedickou činnost prováděnou ve třídách se sníženým počtem žáků. Zde služby poskytuje docházející klinický logoped či logoped ze SPC. Také školy pro sluchově postižené a školní zařízení pro děti s více vadami disponují logopedem v pozici terapeuta. Pedagogicko-psychologické poradny se specializují především na diagnostiku a terapii specifických poruch učení, i přesto však mohou využít možnosti zřízení logopedického ambulantního pracoviště se spoluprací se SPC. V PPP působí speciální pedagog – logoped, logopedický asistent a logopedický preventista (Neubauer, 2018). Dalším školským poradenským zařízením je speciálně-pedagogické centrum, jež *„poskytuje poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením,* ***vadami řeči,*** *souběžným postižením více vadami nebo autismem“* (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb

ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů). Mezi hlavní úkoly a cíle SPC v logopedické oblasti patří kupříkladu provedení komplexní speciálně-pedagogické logopedické a psychologické diagnostiky, poskytování logopedické intervence, stanovení reedukačních postupů, optimální stimulace rozvoje dětské řeči, předcházení vzniku poruch a vad v řečovém vývoji, zajištění speciálních vzdělávacích potřeb a další (Klenková, 2006).

3.3 Resort ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV)

Logopedická péče v této oblasti, tedy v zařízeních sociální péče či v zařízeních pro stárnoucí osoby, je koncipována spíše pro děti a mládež s tělesným a mentálním postižením. V těchto zařízeních se nachází logopedická pracoviště pro klienty s poruchami v řečové komunikaci, jež zabezpečují kvalitní diagnostickou a terapeutickou činnost. Tento systém služeb se týká i církevních zařízení – Diakonie ČCE, Česká katolická církev. V současné době se v rámci občanských sdružení silně rozvíjí síť středisek rané péče. V těchto zařízeních je poskytována poradenská činnost pro handicapované děti nejranějšího věku a pro jejich rodiny.

Proti tomu logopedická péče pro dospělé a stárnoucí osoby je u nás stále více podceňována a nelze ji považovat za dostatečně rozvinutou. Terapeutická činnost je poskytována oborníky z oblasti zdravotnictví či speciálními pedagogy s logopedickou kvalifikací. Dále je využívána možnost docházky klinického logopeda do zařízení, terapeutická sezení a instrukce personálu (Neubauer, 2018).

4 Metody logopedické intervence

Jak již bylo upřesněno v předchozí kapitole, logopedická péče je poskytována logopedy různého postavení v různých sektorech. Nutné je nastínit a specifikovat aktivitu, jež odborník ve své praxi vykonává. V průběhu let se jednalo o komplikovanou situaci správného vymezení termínu týkajícího se specifické činnosti logopeda. Dnes je tato aktivita charakterizována jako logopedická intervence. Pojem „intervence" je chápán v nejširším možném slova smyslu, jejím cílem je podchytit celý komplex různorodých činností logopeda (Lechta, 2011). Konkrétněji lze termín vnímat jako zasahování do něčeho, zakročení, vměšování, zákrok do nějakého jevu či v něčí prospěch (Dvořák, 2001).

Logopedická intervence začíná již při vstupu klienta do ambulance. Dle Lechty (2011, s. 18) jde o specifickou aktivitu logopeda, *„s cílem:*

1. *identifikovat NKS;*
2. *eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS; anebo*
3. *předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).“*

Proces logopedické intervence je multifokálně podmíněný a uskutečňuje se v zájmu dosažení svých základních cílů na třech úrovních:

- logopedická diagnostika;
- logopedická terapie;
- logopedická prevence.

V praxi je stále obtížné definovat jednotlivé metody, jelikož doposud nebyly jasně a komplexně charakterizovány. Jestliže je logopedie vnímána jako interdisciplinární věda, při logopedické intervenci je nutné aplikovat poznatky z hraničních vědních disciplín – medicíny, lingvistiky, pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie a dalších (Lechta, 2011).

4.1 Logopedická diagnostika

Hlavním cílem logopedické diagnostiky je stanovení diagnózy. I přestože oba pojmy byly původně využívány pouze v oboru medicíny, dnes jsou součástí i oboru logopedie. Obecně diagnostika znamená hloubkové či rozšiřující poznání. V medicínském pojetí je diagnostika vnímána jako nauka o rozpoznávání chorob, současně i jako soubor aktivit, se záměrem odhalení choroby. Oproti lékařství se ve speciální pedagogice a psychologii diagnostika netýká pouze patologie, ale zaměřuje se i na funkci neporušených částí, které lze později využít při následné terapii (Klenková, 2006). Termín diagnóza vychází

z řeckého slova *gnósis* = poznávání, jde tedy o rozpoznávání nemocí a jejich následků a rozlišování vrozených a získaných poruch (Edelsberger a kol., 1978).

Dalším cílem logopedické diagnostiky je co nejpřesněji určit, zdali jde o narušenou komunikační schopnost nebo o fyziologický jev, pro následný výběr a aplikaci vhodných intervenčních metod. Logopedická diagnostika má zjistit druh poruchy NKS, příčinu vzniku, průběh postižení, stupeň závažnosti, zvláštnosti, omezení a následky NKS. Na základě získaných dat se stanoví diagnóza a logopedická prognóza. Následně se vypracuje plán logopedické intervence (Klenková, 2011). Docent Neubauer (2018) hovoří o klinické logopedické diagnostice, jež má za cíl zachytit celkový stav a přítomnost poruchy komunikace. Jako základní cíle vnímá zjištění přítomnosti poruchy řečové komunikace, její závažnosti a tíže, provedení diferenciální diagnostiky poruch řečové komunikace a následné zpracování návrhu logopedické intervence.

V diagnostickém procesu existují **tři úrovně** logopedické diagnostiky narušené komunikační schopnosti, mezi něž Lechta (2003) řadí:

1. Orientační vyšetření – provádí se v rámci screeningu a depistáže a odpovídá na otázku: „Má vyšetřovaná osoba NKS, nebo ji nemá?“;
2. Základní vyšetření – zjištění a určení konkrétního typu NKS, stanovení diagnostické hypotézy a odpověď na otázku: „O jaký druh NKS jde?“;
3. Speciální vyšetření – provedení nejpřesnější identifikace zjištěné NKS, za užití nejspecifičtějších diagnostických postupů, odpovídá na otázku: „Jaký je typ, forma a stupeň NKS, jaké jsou zvláštnosti a následky?“.

Model konkrétního logopedického vyšetření doporučuje Kejklíčková (2011) provést v následujícím pořadí: navázání kontaktu, sestavení rodinné a osobní anamnézy, nynější obtíže, dosavadní léčba (medikace), vyšetření sluchu, vyšetření gnostických (poznávacích) funkcí včetně porozumění řeči, vyšetření artikulační obratnosti, vyšetření hrubé, jemné motoriky a oromotoriky, vyšetření laterality, prozkoumání sociálního prostředí, podle potřeby provést další speciální vyšetření (grafomotorika, postřeh atd.).

Při logopedické diagnostice se také užívá celá škála diagnostických **metod a technik**: metoda pozorování (hodnotící listy, archy a stupnice), explorační metoda (dotazníky, anamnestický či řízený rozhovor), diagnostické zkoušky (vyšetření výslovnosti, vyšetření zvuku řeči, písemné zkoušení), testové metody (Token test, test laterality, testové baterie v afaziologii), kazuistické metody (analýza lékařských výsledků a jiných vyšetření), rozbor výsledků činnosti (výsledky výchovně-vzdělávacího procesu), přístrojové a mechanické metody (Přinosilová, 1997).

Principy a zásady logopedické diagnostiky narušené komunikační schopnosti jsou nedílnou součástí celého procesu působení. Mezi zásady a principy se řadí princip vícedimenzionální analýzy, neboli zásada skutečné komplexnosti vyšetření, zásada co nejobjektivnějšího posouzení NKS, respektování celé osobnosti vyšetřované osoby. Mimořádně důležité je hledání možné příčiny vzniku NKS, pakliže k odhalení příčiny nedojde, klesají šance na korekci NKS. Princip časově ekonomické diagnostiky se týká určení přesné diagnózy za co nejkratší čas, rovněž se podílí na úspěšnosti korekce vady. Zásada průběžnosti značí prolínání procesu diagnostiky a terapie z důvodu nemožného stanovení přesné diagnózy. Zásada respektování týmového přístupu je nedílnou součástí celého procesu. Při určování konečné diagnózy dochází ke spolupráci velkého počtu odborníků (logoped, neurolog, foniatr, psycholog, otolaryngolog, fonetik, psychiatr, speciální pedagog atd.), díky čemuž může být diagnóza mnohem přesnější (Lechta, 2003).

4.2 Logopedická terapie

Obecný termín terapie opět vychází z řeckého slova, *therapeia,* které znamená ošetřování, léčení. Původně se jednalo pouze o lékařskou činnost zaměřenou na zdolání příčiny nemoci či potlačení příznaků nemoci. Dnes je pojem terapie zařazován do nejrůznějších oborů (Edelsberger a kol., 1978).

Lechta (2011) i Klenková (2006) charakterizují logopedickou terapii jako specifickou aktivitu, jež je realizována specifickými metodami v konkrétní situaci záměrného učení. Jde o řízené učení prováděné v organizovaném prostředí logopedického zařízení pod záměrným řízením logopeda. Případně jej může realizovat sama osoba s NKS podle zadaných pokynů logopeda. Při tomto působení dochází k osvojování specifických vědomostí, znalostí, osobnostních vlastností, návyků a chování především v oblasti komunikace (Lechta, 1990).

V nejširším slova smyslu je hlavním cílem logopedické terapie eliminace, zmírnění nebo alespoň překonání narušené komunikační schopnosti. Přesněji existuje snaha zcela odstranit NKS a s tím spojené komunikační bariéry. V nejtěžších případech však, navzdory značnému úsilí, mnohdy nelze tohoto cíle dosáhnout. Hlavním úspěchem je pak schopnost prolomit a přemoci komunikační bariéry i s přetrvávající NKS. Primárně se tedy logopedická terapie nezaměřuje na jazyk a řeč, nýbrž na komunikační schopnosti jedince v nejširším pojetí a jejich možné zkvalitnění.

Metody užívané při logopedické terapii se dělí na:

- stimulující (nerozvinuté a opožděné řečové funkce);
- korigující (narušené řečové funkce);
- reedukující (ztracené nebo zdánlivě ztracené a dezintegrované řečové funkce).

V logopedii se také aplikují metody z jiných oblastí. Příkladem jsou metody a postupy ze všeobecné pedagogiky (metoda cvičení, metoda příkladu – řečový a hlasový vzor) a ze speciální pedagogiky (reedukace, kompenzace, rehabilitace). Jakožto předpřípravu terapie lze u dětí využít metodu hravým způsobem – „theraplay". Připravuje děti na terapeutické podmínky, pokud z jakéhokoliv důvodu (věk, charakterové vlastnosti, porucha pozornosti, zvýšená hyperaktivita) nejsou schopné a ochotné aktivně spolupracovat na terapii. (Lechta, 2011).

Od metod je nutné odlišit **metodiky a techniky**. Zatímco metoda je vnímána jako cesta k dosažení stanoveného cíle (např. globální metoda čtení), metodika představuje určitý cílevědomý systém postupných kroků, jak dosáhnout cíle, případně jak se k němu přiblížit (např. metodika psaní, metodika myofunkční terapie) (Michalík a kol., 2011). Technika potom značí specifický pracovní postup, činnost, kvazi „dopravní prostředek", díky němuž se lze dostat k cíli (Hart, Hartlová, 2000).

Při logopedické terapii se aplikují konkrétní **principy a pravidla** vedoucí k úspěšnosti využívaných metod. Je tedy nutné respektovat tzv. všeobecné principy řízeného učení. Mezi ně patří: princip motivace (např. při dlouhodobé terapii), princip zpětné informace (signalizace správnosti či nesprávnosti výkonu jedince), princip opakování (např. při fixaci) a princip transferu (aplikace získaných dovedností). Využívají se i jiné principy vycházející z tradičních pedagogických principů – názornost, aktivita, uvědomělost, vytrvalost, individuální přístup atd.; ze speciálně-pedagogických principů – komplexnost, socializace, resocializace atd.; a dominují specificky logopedické principy – minimální akce, relaxace, týmový přístup, symetričnost terapeutického vztahu, multisenzoriální nebo monosenzoriální přístup, krátkodobé, ale časté a pravidelné opakování atd. Princip překonávání komunikačních bariér však zůstává na prvním místě a je zapotřebí jej chápat z hlediska pohledu na člověka jako na biopsychosociální jednotku s narušenou komunikační schopností (Lechta, 2011).

V klinicko-logopedické oblasti logopedie se podle Borbonuse a Maihacka (2000) využívají **čtyři formy terapie:**

- individuální – délka sezení je 30, 45 nebo 60 minut;
- skupinová – počet pacientů je 3 až 6;
- intenzivní – opakování prováděno několikrát denně;
- intervalová – s odstupem několika týdnů či měsíců se realizuje intenzivní terapie.

Každá terapie může mít různá zaměření, v závislosti na konkrétním případu či na orientaci logopeda. **Kauzální terapie** se věnuje příčinám NKS a jejím cílem je jejich odstranění. Problém nastává ve chvíli, kdy nelze odhalit skutečnou příčinu NKS (např. některé případy koktavosti), případně pokud se jedná o symptomatické poruchy řeči (např. příčinou NKS je vrozené mentální postižení), kde je prvotní příčina známá, ale nelze ji odstranit. **Symptomatická terapie** je zaměřena na redukci projevů NKS a formování komunikačních schopností jedince s cílem dosáhnutí normy (příp. přiblížení k normě). Uplatňuje se právě v případech neidentifikované etiologie NKS. V každém případě je nutné dodržovat holistické, celostní zaměření terapie (Lechta, 2011).

4.3 Logopedická prevence

Na pojem prevence lze nahlížet z mnoha úhlů, jelikož vykazuje různorodé významové rozpětí v závislosti na profesi, zaměření a pojetí mnoha autorů. Nejčastěji je užíváno pojmů primární, sekundární a terciální prevence. Pro oblast klinické logopedie lze považovat za vhodné hledisko medicínské (Neubauer, 2018). Jak se uvádí v Defektologickém slovníku (Edelsberger a kol., 1978), cílem prevence je zajistit stálou fyzickou, psychickou a společenskou pohodu, udržovat optimální zdravotní stav a psychomotorickou výkonnost, upevnit pracovní a výchovně-vzdělávací pochody tak, aby jedinec byl ve svém životě spokojený a úspěšný. Prevence hraje význam ve všech oblastech lidské činnosti, pohlíží na člověka jako na biopsychosociální jednotku. V oblasti lékařství je prevence jakousi snahou zabránit vzniku zdravotních poruch pomocí včasného odhalení a odstranění příčiny způsobující poruchu. K tomuto zajištění slouží speciální opatření, jako je například depistáž, očkování a další.

Pod pojmem primární prevence se rozumí předcházení ohrožujícím situacím (Hartl a Hartlová, 2000), sekundární prevence je zaměřena na ohrožené rizikové jednotlivce a skupiny s cílem zabránit dalšímu rozvoji již vzniklé nemoci, terciální prevence se pak snaží zmírnit již vzniklé následky proběhlé nemoci (Neubauer, 2018).

Proti Michalíkovi (2011) a Klenkové (2006), kteří prevenci již dále nerozdělují, Lechta (2011) i Neubauer (2018) uvádějí další dvě podskupiny, konkrétně primární prevenci člení na nespecifickou a specifickou prevenci. **Nespecifická primární prevence** podporuje vhodné formy chování a v oblasti logopedie vytváří dobré předpoklady pro rozvoj řeči dítěte. **Specifická primární prevence** je zaměřená na konkrétní rizikové jevy, především na odchylky vývoje artikulačních schopností a specifických poruch učení u dětí v předškolním období. **Sekundární prevence** se zaměřuje na odhalení přítomné poruchy v řečové komunikaci či na efektivní rozvoj terapeutického programu. V tomto případě je hlavním cílem návštěva specializovaného vyšetření (psychologické, foniatrické, neurologické, psychiatrické) u osob s podezřením na neodhalenou příčinu deficitu, a to na základě doporučení klinického logopeda (Neubauer, 2018). **Terciální prevence** je zacílená na jedince, u nichž se NKS již projevila. Snahou je zabránit dalšímu negativnímu vývoji a předejít obtížím v socializaci (Klenková, 2006).

Dnes se stále více, oproti tradičním metodám a technikám objasňování (přednášky, konference, články, letáky, publikace, mediální přednos), k prevenci využívají počítačové programy, videoprogramy a informace z internetu (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

5 Logopedické pomůcky pro rozvoj komunikace

Při diagnostice a následné terapii narušené komunikační schopnosti se v logopedické praxi využívá celá soustava pomůcek a terapeutických materiálů, bez kterých se komplexní logopedická péče neobejde. Při aplikaci vhodně zvolených pomůcek dochází ke zvýšení úspěšnosti logopedické intervence, avšak je důležité při samotném výběru dbát na jednotlivé aspekty. Logoped volí pomůcky na základě druhu a rozsahu narušené komunikační schopnosti, respektuje věk klienta, jeho pohlaví, vzdělání, zaměstnání a zájmy, popřípadě další přidružené poruchy. Při volbě by měla být dále zohledněna stávající úroveň komunikačních schopností klienta a dostupnost pomůcek (včetně finanční dostupnosti) pro logopeda, klienta či rodiče dítěte (Michalík a kol., 2011).

Konkrétní odborná definice specifikována na logopedickou pomůcku nebyla nalezena. Dvořák (2001) v Logopedickém slovníku nezmiňuje pojem pomůcka ani přístroj, ani jejich případné dělení či konkrétní druhy. V Defektologickém slovníku (Edelsberger a kol., 1978) jsou pouze zmíněny konkrétní druhy pomůcek, které definuje jako pomůcky technické na školách pro mládež s chybami sluchu, **pomůcky artikulační**, pomůcky ortopedické, pomůcky kompenzační, pomůcky k vyšetření sluchu a pomůcky učební na ŠMVZP. Pomůcky zaměřené na logopedii jsou pouze artikulační, z latinského slova *articulus* = článek. Charakterizovány jsou jako pomůcky vhodné pro výuku správné výslovnosti, patří mezi ně materiál obrazový a hračky k motivaci žáka, soubor vhodných slov a výrazů, speciální zvukové hračky, zrcadlo artikulační (pražské, ivančické, kremnické, bratislavské, liberecké), špachtle – lopatky (dřevěné, kovové, kostěné), sondy (kroužková, klínová, příčná, podpěrná), sonda logopedická, dezinfekční nádoba, artikulační obrazy (postavení mluvidel), indikátor (Janotův a Tomáškův), magnetofon, oscilograf, audiometr, optifon, sluchadla mechanická a elektroakustická.

Oproti jiným autorům se Lechta (1990) zaměřuje na využití pomůcek a přístrojů v logopedické praxi s ohledem na jejich převažující funkci. Na základě tohoto hlediska hovoří o pomůckách ve spojitosti s pojmy kompenzace, motivace a urychlení. Pokud při práci není klient natolik schopný, aby mohlo dojít k odstranění vady běžným způsobem, využívají se pomůcky a přístroje zaměřené na **kompenzaci** (např. logopedické sondy). **Motivace** hraje významnou roli především při práci s dětmi v předškolním a školním věku, kdy je potřeba dítě zaujmout atraktivní pomůckou či přístrojem. Některé z pomůcek mají schopnost zvýšit efektivitu logopedické diagnostiky a terapie, proto je jejich funkcí **urychlení.**

5.1 Typy logopedických pomůcek, přístrojů a jejich dělení

Dělení logopedických pomůcek je velmi různorodé a široké. Někteří autoři se shodují na jednotném dělení, jiní si vytvářejí vlastní na základě různých hledisek. Přehledně a systematicky klasifikoval logopedické pomůcky Sovák (1984) ve své publikaci *Logopedie předškolního věku,* a to na pomůcky stimulační, motivační, didaktické, derivační, podpůrné, názorné a registrační. Sovákovo třídění pomůcek využívá i Lechta (1990), který jej doplňuje o pomůcky víceúčelové a diagnostické. Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) dále přispívá přístrojovými pomůckami v oblasti logopedické diagnostiky a terapie. Na druhou stranu Vyštejn (1991) vytváří své vlastní dělení na dvě obecné skupiny – mechanické pomůcky a didaktický materiál. Neubauer (2018) v klinické logopedii pracuje pouze s pomůckami motivačními, stimulačními, terapeutickými a dále s diagnostickými a terapeutickými pomůckami, které popisuje konkrétněji a podrobněji. Z jiného úhlu na problematiku pohlíží Kejklíčková (2016), která nehovoří o obecném dělení pomůcek, nýbrž jen o orálně motorických hračkách a pomůckách zaměřených na rozvoj dětských mluvidel od kojeneckého věku po celé rané dětství.

Stimulační pomůcky mají za cíl podnítit klienta s NKS k imitaci, k napodobení zvuků, pomoc při rozvoji respirace, fonace, rezonance, artikulace. Jedná se o hudební nástroje, Orffovy nástroje, pomůcky pro stimulaci foukání – bublifuky, píšťalky, dále zvukové hračky a pomůcky, loutky a maňášky (Michalík a kol., 2011). Zvukové hračky podněcují u dítěte reakce na slyšené zvuky, slouží tedy především k orientačnímu vyšetření sluchu (Sovák, 1984). Neubauer (2018) se zmiňuje o užívání stimulačních pomůcek v klinické logopedii, v současnosti jde často o využívání specializovaných ICT programů pro počítače, tablety a iPody. Jejich úkolem je rozsáhlá stimulace specifických funkcí – fonologického rozlišování, paměti a pozornosti.

Motivační pomůcky jsou využívány především při práci s dětmi předškolního a školního věku. Slouží k lepší spolupráci logopeda a klienta, podporují vzájemnou komunikaci a odreagovávají od různých stavů. Sovák (1984) zde řadí pouze loutková a maňásková divadélka. Michalík (2011) sem zařazuje společenské hry, stavebnice, dětský telefon a konkrétní předměty, které klienta zaujmou a motivují ke komunikaci. Důležité je zachovat vyvážené užití motivačních pomůcek vzhledem k následující terapeutické činnosti. *„Motivační pomůcka nesmí nahrazovat skutečnou terapii a tvořit náhradní program terapeutického sezení“ (*Neubauer, 2018, s. 84).

Didaktické pomůcky slouží k rozvoji poznání v jazykové výchově, pomáhají při pojmenovávání činností, vlastností a vztahů. Jedná se o soubory slov, vět, básniček, písniček, hádanek, říkanek, rozpočitadel, fotografií, symbolů (piktogramy), logopedické kostky a pexesa, obrazový materiál se slovními či větnými popisky (Michalík a kol., 2011). Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) spojuje do jedné skupiny motivační a didaktické pomůcky. U motivačních pociťuje výraznou absenci pomůcek a materiálů využitelných pro práci s adolescenty a dospělými klienty – obrazový materiál, logopedické texty. Při tvorbě těchto pomůcek je důraz kladen na estetičnost, všestrannost, udržitelnost, bezpečnost a životnost. Logopedická říkanka musí být pro dítě přitažlivá, artikulačně nenáročná a nesmí být pouze souborem účelných slov, obsahujících procvičovanou hlásku. Také nesmí vytvářet jazykolamy. Příklad materiálu, který splňuje tyto podmínky, je například publikace Františka Kábeleho *Brousek pro tvůj jazýček, Obrázková škola řeči.* Cvičná slova jsou také jedním z didaktických materiálů, které slouží k vyvozování a nácviku konkrétní hlásky. Při výběru slov je nutné zohlednit věk klienta a oblast jeho zájmů. U předškolních dětí se nejčastěji slovo spojuje s obrázkem či hračkou, příkladem je publikace *Logopedie; listy pro nácvik výslovnosti* (Štěpán, 2014) a *Logopedie; texty, hry a úkoly pro nácvik výslovnosti* (Strejčková, 2009). V některých případech, zejména u dospělých osob, je možnost užívat „bezesmyslová“ neboli umělá slova (Vyštejn, 1991).

Derivační pomůcky mají za cíl odvracet pozornost od vlastního (chybného) řečového projevu. Aplikují se především u jedince s koktavostí, v tomto případě se využívá tzv. bílý šum, jenž je puštěn do sluchátek, či metronom. Jedinec se poté soustředí na zvuky z okolí (ze sluchátek) a nevnímá svou vlastní mluvu.

Podpůrné pomůcky jsou významné pro podporu nácviku orální řeči – nácvik artikulace, korigování koktavosti. Řadí se sem dřevěné špátle sloužící ke korekci čelistního úhlu, k polohování jazyka a stimulaci orofaciální oblasti, umělohmotné geometrické tvary pro zlepšení orální stereognozie, motoriky jazyka a zlepšení citlivosti ústní dutiny a logopedické sondy využívané při vyvozování hlásek (Michalík a kol., 2011). Dále do této kategorie spadají pomůcky na bázi tzv. umělého echa, Lee-efektu, a speciální ortodontické pomůcky, jež podporují bilabiální okluzi. Rozlišují se tvarované obturátory pro palatolaliky a přechodné protézy používané při logopedické intervenci u dětí s dyslálií v období výměny dentice (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Vyštejn (1991) podpůrné pomůcky zařazuje do kategorie **mechanických pomůcek**. Při odstraňování patlavosti doporučuje použití drátěných sond k lepšímu

polohování jazyka, k vytvoření optimálního čelistního úhlu špátle dřevěné a za nejčastěji užívanou pomůcku vnímá kroužkovou sondu, kterou si zhotovuje sám logopedický pracovník pomocí ušních drátků z ORL oddělení zdravotnického zařízení. Nepostradatelnou pomůckou je logopedické zrcadlo, v němž má dítě možnost sledovat artikulační mimiku, a to svou i logopeda. Při nácviku správné výslovnosti je tato pomůcka jednou z nejdůležitějších. Při kolektivním nácviku je nutné zohlednit velikost zrcadla a počet dětí. Oproti tomu Sovák (1984) zrcadlo řadí mezi pomůcky názorné.

Další mechanickou pomůckou je magnetofon, sloužící k průběžným záznamům výslovnosti dítěte. Na základě nahrávky má dítě možnost srovnat vlastí výslovnost se správnou výslovností a později zaznamenat své pokroky. Doporučována je metoda nácviku tzv. „všechno třikrát“, kdy první nahrávka je výslovnost dítěte, poté správná výslovnost logopeda (při domácí péči rodiče) a poté opět opakování dítěte. Dítě má možnost bezprostředního srovnání. Magnetofon také slouží k nácviku výslovnosti hlásky R substituční metodou, a to opakováním hlásky D, případně TD, přičemž po zrychlení nahrávky se v reprodukci ozve prodloužené RRR nebo TRR. Fonendoskop je další mechanickou pomůckou a slouží k zintenzivnění sluchového vjemu při snížené nosní rezonanci. Jedná se o 30 až 35 centimetrů dlouhou gumovou hadičku o průměru 0,7 cm, s barevně odlišnými olivkami na koncích. K orientačnímu vyšetření sluchu se užívá ladička, přičemž k ohlušení ucha, jež není vyšetřováno, slouží ohlušovač. Hluk je veden přímo do zvukovodu, což zabraňuje příjmu jiného zvuku.

Pro kontrolu výslovnosti se mohou také užívat světelné indikátory (Sovák, 1984 – viz názorné pomůcky) signalizující správnou výslovnost. Dále R-indikátory (nácvik hlásky R), S-indikátory (nácvik sykavek) a vibrátory, sloužící k vibrační masáži (terapie koktavosti), ke zlepšení motoriky jazyka a k usnadnění artikulace hlásky R (víceúčelový vibrátor, rotavibrátor – pomocí špátle dojde k rozkmitání hrotu jazyka) (Vyštejn, 1991).

Lechta (2002) zmiňuje obdobné mechanické pomůcky, přičemž klade velký důraz na úlohu logopeda. U některých dětí (snížený intelekt, motorická neobratnost, problematika ve fonematické diferenciaci) je práce s mechanickými pomůckami nezbytná, i přesto je však nutné zohlednit, že právě tyto děti nejspíše prošly celou řadou nepříjemných lékařských vyšetření a při pohledu na takovouto pomůcku mají zvýšenou nechuť a odpor k požadované práci. Nutností ze strany logopeda je dítě dostatečně motivovat a pomoci mu s překonáním psychické překážky, například výměnou stěrky za lžičkou, kterou si dítě přinese z domova.

Názorné pomůcky znázorňují artikulační pohyby a patří mezi ně artikulační (logopedické) zrcadlo a různé indikátory, především optické ukazatele, významné pro neslyšící osoby (Sovák, 1984). Indikátory se dělí na indikátory melodie, tónové výšky, intonace, intenzity, N-indikátory (korekce nazalizace), F-indikátory (nácvik tónové výšky hlasu) a již zmiňované S-indikátory (Lechta, 1990). Bzučák je také názornou pomůckou, která pomáhá klientovi v rozlišování krátkých a dlouhých tónů, rozlišení délky samohlásek ve slovech a rozvíjí rytmické schopnosti. Pomocí bzučáku lze vyjádřit rytmus slabičné struktury i psaného a čteného slova. Bzučák je vhodný uplatňovat u klientů, u nichž se vyskytují obtíže v rozeznávání slov, například „vila – víla“, „práh – prach“, „dal – dál“ (Michalík a kol., 2011).

Registrační pomůcky zaznamenávají pokroky logopedické péče u dětí s NKS. Sledují začáteční stav vady, průběh terapie a výsledek (Sovák, 1984). Prostřednictvím digitální videokamery existuje možnost pořídit audiovizuální záznam mluvní produkce. K následné analýze se využívá počítačový software. Na některých pracovištích je umožněno pracovat s propustnými zrcadly, což eliminuje zkreslení řečového projevu dítěte během logopedické intervence (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Víceúčelové pomůcky vymezuje Lechta (1990) jako pomůcky a přístroje sdružující více funkcí. Mezi ně řadí Logopedické instrumentarium, jež obsahuje okolo 50 hudebních jednoduchých melodických i nemelodických nástrojů užívaných jako základní prostředek v muzikoterapii (Dvořák, 2001) a Language Master, přístroj původně užívaný při terapii afázie. Jedná se o náročný (finančně a hardwarově) software s komplexnějším a variabilnějším využitím.

Diagnostické pomůcky zahrnují všechny pomůcky a přístroje užívané v rámci logopedické diagnostiky při hodnocení komunikační schopnosti jako celku. Patří sem testové materiály, metody, soubory a následující texty: Zkouška laterality podle Matějíčka a Žlaba, Žlabova zkouška jazykového citu, Zkouška čtení podle Matějíčka, Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí, Test 3F – dysartrický profil, Token test – test afázie, Alex test – diagnostika alexie, VAFO test – vyšetření fatických funkcí a další (Michalík a kol., 2011 a http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=odbornici--materialy-diagnostika-terapie).

Neubauer (2018) do skupiny diagnostických pomůcek řadí i možnost využití počítačových programů, pomůcky pro záznam a reprodukci zvuku, již zmiňovaný magnetofon a diktafon, užití zvukových karet počítače s příslušenstvím (mikrofon, sluchátka, reproduktory) a videozáznamy podporující obrazový a zvukový záznam.

Dále uvádí skupinu specifických **terapeutických pomůcek**, kam zařazuje: speciální počítačové programy, špátle, sondy a další mechanické pomůcky pro stabilizaci polohy mluvidel a rotavibrátor. Tyto pomůcky lze využívat jednorázově (dřevěné špátle) či opakovaně (kovové sondy) za použití dezinfekce. Jako klíčové terapeutické pomůcky vnímá soubory slovníků a obrázkových materiálů odstupňovaných dle náročnosti a možnosti užití. Jelikož rytmizace je nedílnou součástí stimulace řečových motorických modalit, využívá se při terapii metronom, bzučák, hudební nástroje a pomůcky pro rytmizované čtení. Relaxační pomůcky také spadají pod terapeutické pomůcky a jsou vhodné pro navození svalové a psychické „pohody" (relaxace). Nejčastěji jsou využívány magnetofonové či digitalizované nahrávky a relaxátory.

Další skupinou jsou **přístrojové pomůcky**, kam se řadí aplikace specifických přístrojů a počítačové techniky v oblasti logopedické diagnostiky a terapie, kdy se při logopedické diagnostice používají různé zobrazovací (např. CT, PET, SPECT) a přístrojové metody (EMA, EPG). Příkladem přístrojových metod je artikulografie, jejíž pomocí je možné hodnotit artikulační pohyby. Soustřeďuje se na řečovou motorickou kontrolu, modelaci hlasového ústrojí, syntézu a analýzu řeči a experimentální fonetiku. Konkrétně jde o elektromagnetickou artikulografii (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Elektropalatografie je instrumentální technika využívaná při výzkumu artikulace fungující na principu míry kontaktu mezi jazykem a paterní klenbou při produkci hlásek. Během řečové produkce je průběžně monitorován výdechový proud procházející elektrodami zabudovanými v umělém patře, jež má mluvčí v ústech. Výsledkem jsou série schémat zvané „palatogramy" (Ashby, Maidment, 2015). Jako speciální přístroje uvádí Lechta (2002) Visible Speech a již zmiňovaný Language Master.

5.1.1 Orálně motorické hračky a pomůcky

Jelikož u dítěte dochází k vývoji řeči od kojeneckého věku po celé rané dětství (viz kapitola 1.3 - Vývoj dětské řeči), je nutné se zaměřit na správný rozvoj orální motoriky, tedy motoriky mluvidel, která se podílí na následném rozvoji mluvy. Aby dítě bylo schopno správné řečové produkce, doporučuje se stimulace vývoje řeči pomocí vhodných pomůcek a hraček.

Kejklíčková (2016) vytvořila souhrnnou tabulku s cílenými aktivitami pro dítě a rozvoj jeho mluvidel. Na základě vývoje orální motoriky a následného zdokonalování si stanovila orálně motorické cíle a k nim přiřadila příslušné pomůcky dle věku dítěte.

Prvním takovým orálně motorickým cílem je **sání,** kdy pomůckou či hračkou je v závislosti na věku: láhev, prso, dudlík, prst, měkká žínka, chrastítka – kojenec; brčka (džusy v krabičkách, sportovní láhve) – batole; legrační brčka (s postavičkami, zakroucená), dlouhá brčka, tyčinky na míchání kávy, lízátka (obyčejná, barvící, rozpouštěcí), nanuky, jogurt – předškolní věk; sportovní láhve, brčka (dlouhá, spojovací, legrační), různé bonbony a lžičky – školní věk.

Jako další cíl vnímá **foukání**: kojenec – píšťalka; batole – ubrousky, harmonika, plochá flétna, pístová píšťalka, bubliny, papírové listy; předškolní věk – konfety, vatové tamponky, pompony, letadlová píšťalka, svíčky (s dortem), bublifuky, foukačky, foukací fixy, papírové listy; školní věk – píšťalka (ve tvaru láhve, s vláčkem), žvýkačkové bubliny, bonbony, bubliny ve vodě, barva foukaná brčkem a foukací fixy.

Mezi třetí orálně motorický cíl patří **kousání a žvýkání**: kojenec – prst dospělého, hvězdicová kousadla, žínka, zdrsněná chrastítka; batole – netoxické plastové trubičky, zubní kartáček, rozinky, sušenky, cereální kroužky; předškolní věk – gumové sladkosti, žvýkačky, tyčinky; školní věk – maso, žvýkačky, bonbony (tvrdé, želé, malé, velké), mrkvové tyčky, pečivo či zákusky.

Následujícím cílem je **lízání**: batole – lízátka, zmrzlina; předškolní věk – marmeláda na pečivu, ústní lopatky, známky a razítka (na olizování); školní věk – papírové známky, nanuky a lízací razítka.

Posledním orálně motorickým cílem je **senzorický podnět v obličeji či v ústech**: kojenec – pleťová voda, prsty, přikrývka, masáž na obličeji; batole – vibrační hračky, strukturované hračky, chrastítka, kartáček, hrníček, klobouky; předškolní věk – vibrace, jelení lůj, kostka ledu, žvýkačka, kyselé sladkosti, elektrický zubní kartáček, citron; školní věk – sladkosti sladké i kyselé, jelení lůj, elektrický zubní kartáček, klobouky a minerální voda s bublinkami.

Z následujícího výčtu si lze povšimnout, že pro období předškolní věku je nabídka pomůcek a hraček nejrozsáhlejší. Celkově je variabilita pomůcek široká a pestrá, snaží se dítě zaujmout, motivovat a zapojit do hry. V globálu se nejedná o nijak zvlášť specifické a náročné pomůcky, nýbrž o pomůcky a hračky z každodenního života, s nimiž si dítě vyhraje samo bez pomoci.

Dle Vitáskové (2005) tvoří samostatnou skupinu pomůcky pro specifické logopedické terapeutické přístupy a techniky. Pomůcky pro orální myofunkční terapii slouží k objektivnímu posouzení síly bilabiálního závěru a pro jeho následné posílení – myometr, gumové kroužky, pomůcky k hodnocení orální stereognozie, UV

světlo, fluorescentní pasta a motivační pomůcky (obrázky, nálepky, magnety). Dále lze do této kategorie zařadit pomůcky pro orofaciální stimulaci – štětce, špátle, ledové kuličky a masážní pomůcky. K pomůckám pro myofunkční terapii patří také Trainer, tzv. myofunkční aparát sloužící při narušeném vývoji čelistí a tváře. Na trhu existují různé druhy, dělené dle fáze léčby.

Pro procvičování orofaciálního svalstva slouží i pomůcka PAKI 43, která odstraní orální dysfunkci, nerovnováhu orofaciálního svalstva a poslouží jako diagnosticko-terapeutická strategie u všech věkových kategorií. Ora-Light lžičky a uzpůsobené hrnky (Supergrip, Dysphagia Cup, Kapi-cup) pomáhají jedincům s deficity v oblasti orální motoriky, jež se projevují poruchami v oblasti řeči a polykání (http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani).

5.1.2 Počítačové programy

V současnosti je stále větším trenden využívání nejrůznějších počítačových programů a speciálních softwarů. Neubauer (2018) rozděluje specializované počítačové programy na dvě skupiny – programy pro stimulaci motorických modalit řeči, kam zařazuje SpeechViewer, SonaViewer, Povídání s Všeználkem a programy pro stimulaci a obnovení jazykových schopností a artikulační hybnosti, kterými jsou MENTIO a FONO. Každý tento program je založen na zrakové a sluchové zpětné vazbě a možnosti vyhodnocení a srovnání získaných výsledků.

Výhodou užívání počítačových programů a softwarů je jejich atraktivita, snadné ovládání, flexibilita, individualizace, konkrétně možnost nastavení programu dle potřeb, schopností, dovedností a věku jednotlivých klientů, možnost vedení databáze s osobními údaji, se záznamy z logopedické intervence a pokroky, vizualizace úkolů, okamžitá zpětná vazba, motivace k plnění dalších úkolů ve formě odměny a možnost samostatné činnosti bez přítomnosti logopeda, případně u dětí s dohledem rodičů. Programy jsou různorodé, zaměřené na konkrétní problematické oblasti (čtení, psaní, výslovnost, fonematický sluch atd.) a uzpůsobené pro práci s klienty i s jiným zdravotním postižením (logopedické programy pro tzv. jedince se symptomatickými poruchami řeči) (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Výčet výše uvedených programů rozšiřují autoři Michalík (2011) a Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) o PILP 100 (dnes PILP 200), Brepta, Altík, Méďa 99, Méďa čte, Méďa počítá, Globální slabikář, DysEdice, Dyscom, Sona speech,

Písmohrátky, Gramatik 12, Počítání s Albertem, Rychlé čtení či Rytmická reprodukce. Jelikož nabídka počítačových programů je dnes již velmi obsáhlá, nelze vytvořit kompletní seznam všech na trhu dostupných programů. Pro účely této práce postačí uvést a popsat programy následující.

MENTIO je výukový software pro děti i dospělé. Jedná se o soubor programů, jež jsou určeny pro rozvoj řeči, komunikace a dalších dovedností. Každý titul je zaměřen na jinou oblast procvičování: tvoření hlasu, výslovnost, slovní zásoba, čtení, psaní, počítání, gramatika, paměť, sluchová diferenciace, zrakové vnímání, logické myšlení, porozumění textu, časoprostorové vztahy a samostatnost. Programy mohou využívat terapeuti, školy, ale i samotní jedinci (https://www.mentio.cz/).

FONO je soubor programů určený pro děti a dospělé s poruchami komunikačních schopností užívaný v logopedických ambulancích, ve školách a specializovaných pedagogických zařízeních. Dostupné jsou tři série (Fono1, Fono2, Fono3), které obsahují různé množství okruhů a forem (nácvik, cvičení, testování). Fono1 se skládá ze čtyř okruhů: zvuky běžného života, slovní zásoba, fonematický sluch a rozcvička; Fono2 je rozšiřujícím program s větším obsahem obrázků, zvuků a videí; Fono3 tvoří online programy složené z 5 okruhů (čtení, psaní, řeč, myšlení a paměť) (http://www.fono.sk/).

PILP 200 (Počítačové Individuální Logopedické Pracoviště) je program, který najde uplatnění v klinické i pedagogické logopedické praxi, je založen na schopnosti graficky znázornit křivku řeči z reálného záznamu na principech zpětné řečové vazby při zobrazení parametrů řeči. Využívá se při vyhodnocení léčby hlasu, u dysartrie, k nácviku správné artikulace, plynulosti řeči a fonace, k reedukaci sluchu, k rehabilitaci po KI a k řešení jiných řečových problémů. Dále nabízí možnost archivace křivek a vytvoření databáze klientů (http://www.audionika.cz/pilp/stranka/o-programu).

Speech Viewer je logopedický program zaměřený na podporu rozvoje řeči. Ovládá se pomocí hlasu a je založen na sluchové a zrakové zpětné vazbě. Jednotlivá cvičení se týkají schopnosti práce s dechem, změny intenzity a výšky hlasu, artikulace, výslovnosti, celkové řečové funkce a dalších. Více informací je dostupných na stránkách výrobce: https://www.ibm.com/cz-cs/?ar=1.

Sona-Speech II. je logopedický software vhodný pro logopedické pracovníky v klinické praxi. Slouží především jako terapeutický prostředek pro nácvik a nápravu řečových poruch. Sona-Speech II. zobrazuje akustické parametry z lidské řeči v reálném čase. K dispozici je devět samostatných programových modulů. Základními vlastnostmi jsou možnosti zpětné akustické vazby, grafické zobrazení, výpočet parametrů analýzy

hlasu, trénink hlásek a sykavek, jednoduché ovládání, hlasové hry pro motivaci dítěte a numerické shrnutí (http://www.klinickalogopedie.cz/res/file/pomucky/sona-speech-cs-2010.pdf).

Výukové programy **Petit** se skládají z několika dalších výukově-vzdělávacích programů. Programy, jež jsou doporučovány konkrétně pro logopedickou intervenci, jsou:

- **Brepta** – výukový a diagnostický program nejen pro logopedy, zaměřený na sluchovou percepci, rozvoj fonematického sluchu a rozvoj řečových a komunikačních dovedností. Určen je pro děti předškolního věku, avšak lze jej využít i u dospělých;
- **Méďa a obrázky** – zajišťuje rozvoj smyslového a rozumového vnímání, paměti a postřehu;
- **Globální slabikář** – multimediální program zaměřený na podporu globálního čtení, využívá tematické obrázky a pracovní listy.

Dalšími Petit programy využitelnými při logopedické intervenci jsou: **Méďa – barvy a tvary** – smyslová a rozumová výchova; **Méďa čte** – analýza a syntéza při čtení a psaní, globální čtení; **Méďa počítá** – základní matematické představy; **Altíkovy úkoly** – sestavování vět; **Psaní** – analýza a syntéza při čtení a psaní (http://www.petit-os.cz/index.php).

Dyscom 11.1 je výukový program nejen pro děti se specifickými poruchami učení, nýbrž i pro jedince s problémy v oblasti čtení, psaní a uplatňování gramatických pravidel. Program nabízí 4 základní oblasti podpory: orientace, čtení, zrakové vnímání plus zábavné procvičování a uplatňování mluvnických pravidel. Jedná se o dlouhodobou či krátkodobou specifickou výukovou podporu (http://www.x-soft.cz/dyscom/). Obdobným programem je **DysEdice**. Ten se věnuje reedukaci specifických poruch učení. Informace o programu od původního autora softwaru, firmy GeMis, momentálně bohužel nejsou na webových stránkách k dohledání.

Jelikož je tato práce zaměřena na období předškolního věku dítěte, je vhodné doplnit výukový počítačový program **Chytré dítě**, skládající se z několika edic. Programy jsou určeny pro práci s předškolními a školními dětmi, dále jak pro logopedy, psychology, pedagogy, tak i pro rodiče. Edice vhodné pro logopedickou intervenci u dětí předškolního věku jsou: **Pro nejmenší** – vede děti k poznání, že PC slouží i pro učení a vzdělávání, rozvoj řečových schopností, slovní zásoby, zrakové a sluchové paměti, rytmizace, postřehu a psychických schopností; **Naslouchej a hrej si** – zlepšování sluchového vnímání, rozvoj sluchové a mechanické paměti, fonematického sluchu,

rytmizace a řečových funkcí; **Hry** – rozvoj myšlení, paměti, sluchové a zrakové paměti, motoriky, zrakové analýzy a syntézy a řeči, vhodné pro děti s opožděným vývojem řeči, vývojovou dysfázií a s SPU; **IQ Hry** – podpora rozvoje paměti, logického myšlení, postřehu, koncentrace, rychlosti myšlení a správného rozhodování; **Čítanka** – slovní zásoba, zraková a sluchová paměť, vyjadřovací schopnosti; **Než začne matematika** – matematické představy, logické myšlení a uvažování (http://www.chytredite.cz/).

5.1.3 Pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci

Nezbytné je uvést nabídku **pomůcek pro alternativní a augmentativní komunikaci**, v tomto případě se jedná o pomůcky a přístroje netechnického i technického typu. Slouží osobám, u kterých je komunikace orálními prostředky prakticky nemožná či sociálně nedostačující. Široké spektrum nabízených pomůcek a přístrojů musí splňovat podmínku přizpůsobení se individuálním potřebám dané osoby (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Mezi takovéto pomůcky a přístroje se řadí například velkoplošné klávesnice, dotykové obrazovky, alternativní myši, spínače pro ovládání počítače, pomůcky s hlasovým výstupem a speciální výukové programy, přímo připravené pro účely alternativní a augmentativní komunikace (Michalík a kol., 2011).

Nabídka počítačových programů, softwarů a speciálních výukových programů pro augmentativní a alternativní komunikaci je velmi široká, což dokládá výčet programů uvedených Sdružením pro alternativní a augmentativní komunikaci. Pro tuto práci však postačí uvést jen některé zástupce. **Program Symwriter** je jednoduchý textový editor, ve kterém se při psaní textu automaticky objevují symboly. Slouží tak k vytváření jednoduchých materiálů pro osoby s problémem porozumění řečového a psaného projevu. **Boardmaker** patří mezi nejrozšířenější a nejpoužívanější počítačové programy v oblasti alternativní komunikace ve světe. Slouží ke zhotovování a tisku komunikačních tabulek pro jedince s nemožností dorozumívání pomocí mluvené řeči. Počítačový program **Look to Learn** obsahuje 40 aktivit založených na technologii očních pohybů. Tyto aktivity slouží k zábavnému zdokonalování techniky ovládání počítače pouze očima. Zařízení, která umožňují ovládání počítače očima, jsou My Tobii či i4Control, je však nutné je k používání zmiňovaného programu připojit k počítači. Pomocí softwaru **Grid 3** dokáže jedinec komunikovat, ovládat svůj počítač a domácnost. Grid 3 převádí texty a symboly do řeči a pomocí hlasového výstupu může jedinec komunikovat s okolím. Dalším programem je **Dwell Clicker**, jenž umožňuje užít myš či jiné zařízení bez kliknutí

tlačítka. **Moje první myš** je program určený dětem pro nácvik používání myši při práci, program **Psaní** lze využít k procvičování analýzy a syntézy při čtení a psaní, program **Včelka** slouží jako osobní trenér při čtení, jelikož sám pozná, s čím má čtenář problémy. Na trhu je také širokospektrá nabídka již zmiňovaných výukových programů **Petit** (např. Altíkův slovník, Když chybí slova, Globální slabikář, Psaní, Méďa 99), zaměřených na různé oblasti vývoje jedince, nejčastěji pro děti předškolního a školního věku (https://www.saak-os.cz/stranka-pocitacove-programy-prodej-5).

V současnosti slouží alternativní a augmentativní pomůcky a přístroje především k možnosti aktivní komunikace. Neubauer (2018) je přehledně člení na:

- obrazový materiál (piktogramy), malování znaků (symboly Bliss) či manuální zobrazování znaků (Makaton, Znak do řeči);
- psaní na počítači se zpomaleným kurzorem klávesnice a další možné úpravy;
- přístroje užívající minimálního pohybu konkrétní části těla ke spuštění nahraných slovních a větných komunikačních vzorů;
- přístroje na principu počítačových programů s hlasovým výstupem.

5.2 Význam užití pomůcek

K zajištění kvalitní komplexní logopedické péče je důležitým úkolem logopeda aktivní využívání vhodných logopedických a přístrojových pomůcek a terapeutických materiálů. I přesto je však kladen důraz na vyváženost vztahu aktivní činnosti terapeuta a využití technických pomůcek. Terapie je založena na interakci logopeda a jedince s poruchou řečové komunikace, nelze ji nahradit působením jakékoliv jiné pomůcky (Neubauer, 2018).

Sovák (1984) vnímá pomůcky jako vhodný doplněk výchovné činnosti, přesto však vyzdvihuje a zdůrazňuje hlavní úlohu pedagogického vedení a osobní kvality logopedické pracovnice nad všechny technické vymoženosti. Současně i Lechta (1990) připomíná, že využívání nejrůznějších druhů pomůcek a přístrojů v logopedické intervenci je zapotřebí chápat realisticky, poněvadž jako prioritní by měl být vnímán především lidský faktor (přímé a osobní působení logopeda).

Jelikož rozvoj techniky a technologií ovlivnil odvětví všech propedeutických a příbuzných disciplín, zasáhl samozřejmě i všechny oblasti logopedické intervence, tedy diagnostiku, terapii i prevenci. Užívání pomůcek a přístrojů je ovlivněno několika faktory: **věkové rozpětí** osob s NKS je velmi široké, je tedy potřeba zohlednit tento fakt a zvolit vhodnou pomůcku pro danou věkovou kategorii, popřípadě i pohlaví. U osob

s **přidruženým postižením** existuje vyšší potřeba podpory za přispění pomůcek a přístrojové techniky a zároveň je nutná i větší přizpůsobivost pomůcky. Jedná se například o senzorické vady (sluchové či zrakové postižení), poruchy hybnosti (DMO), fatické poruchy a symptomatické poruchy řeči. **Dosavadní zkušenosti** s užíváním pomůcky mohou být pozitivní či negativní (např. strach z rotavibrátoru, špátle), od čehož se odvíjí následná efektivita použití dané pomůcky. Je potřeba zohlednit i určité specifické dovednosti jedince (např. schopnost manipulace s pomůckou a její ovládání). Posledním faktorem je **faktor ekonomický**, jenž má vliv na dostupnost pomůcky, jak ze strany logopeda, tak osoby s NKS či rodiče dítěte s NKS. Z důvodu vysoké pořizovací ceny některých počítačových programů a přístrojů je dostupnost mnohdy omezená, výhodou však bývá spolupráce zařízení s dodavatelskými firmami (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Uvedení do empiricky orientované části bakalářské práce

Druhou částí bakalářské práce je praktická část, která tematicky navazuje a doplňuje část teoretickou, zaměřenou na problematiku využití pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku.

6.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnotit, s jakými pomůckami pro eliminaci komunikačních obtíží dítěte se nejčastěji rodiče předškolních dětí s vývojovými poruchami řečové komunikace setkávají v kontextu pravidelných návštěv na pracovišti klinické logopedie a při domácí logopedické terapii.

V návaznosti na hlavní cíl práce jsou vytyčeny následující **dílčí cíle:**

DC1: Zjistit zkušenosti rodičů předškolních dětí s narušenou komunikační schopností s využíváním logopedických pomůcek při odstraňování komunikačních obtíží jejich dítěte (analyzovat informovanost, pravidelnost...).

DC2: Sledovat spokojenost rodičů předškolních dětí s logopedickou intervencí prováděnou v klinické logopedii v návaznosti na využití logopedických pomůcek.

DC3: Reflektovat názory klinických logopedů vzhledem k využívání logopedických pomůcek při logopedické intervenci u dětí s vývojovými řečovými poruchami předškolního věku.

6.2 Metodologie praktické části bakalářské práce

K získávání potřebných dat pro předloženou bakalářskou práci byl realizován kvantitativně-kvalitativní typ výzkumu. Z metodologického hlediska byl pro účely této bakalářské práce použit dotazník, jenž obsahuje 20 položek. Dále byl pak realizován rozhovor s klinickými logopedy, obsahující 10 předem připravených otázek.

6.2.1 Dotazník

Jedná se o soubor předem připravených otázek, jež jsou konkrétně formulovány, logicky seřazeny a určeny pro dotazované osoby (respondenty) k písemnému vyplnění (Chráska, 2016). Cílem je tedy získávání písemných odpovědí na základě kladení otázek bez osobního setkání výzkumníka s dotazovaným (Gavora, 2010). Švec (2009) vnímá dotazník jako průzkumný, vývojový a diagnostický nástroj určený k hromadnému a poměrně rychlému získávání informací o znalostech, zkušenostech a názorech dotazovaných osob k aktuální či potencionální skutečnosti v podobě písemného dotazování se. Dotazníková metoda patří mezi jednu z nejfrekventovanějších metod využívaných v pedagogickém výzkumu k získávání údajů.

Každý kvalitní dotazník by měl splňovat určité požadavky kladené na dobré měření. Patří mezi ně validita, reliabilita a praktičnost. Validitou se rozumí platnost neboli ověřování skutečností výzkumného šetření. Reliabilita dotazníku je schopnost přesného a jasného zachycení zkoumaných jevů. Praktičnost lze vnímat z několika pohledů. Požadovanými vlastnostmi praktického dotazníku jsou jednoduchost, hospodárnost, úspornost, malá časová náročnost, snadná proveditelnost, nízké požadavky na kvalifikaci dotazované osoby, citlivost a objektivita.

Dotazník může být respondentům předán třemi možnými způsoby. Může být rozeslán poštou, předán osobně či prostřednictvím jiné osoby (Chráska, 2016). Dnes existuje i možnost využití metody „sdílení“ pomocí sociálních sítí či elektronického přenosu (e-mail). Nejspolehlivější metodou je však stále osobní předávání dotazníků, jelikož návrat probíhá bezprostředně po jejich vyplnění. Jestliže jsou dotazníky rozesílány poštou (případně e-mailem), jejich návratnost bývá o poznání nižší, zvláště u dotazníků anonymních. Názory na průměrnou procentuální návratnost se liší, ve většině případů se uvádí rozmezí od 30 % do 60 %. Pakliže je aplikována tato metoda, je nutné zdvojnásobit počet rozesílaných dotazníků ve srovnání s požadovaným rozsahem výběru. Druhou stinnou stránku rozesílání dotazníků je skutečnost, že vzorek respondentů, kteří dotazníky vyplnili a odeslali, nemusí býti reprezentativní. Na základě prováděných výzkumů je patrné, že navrácení dotazníků není jen věcí náhody, nýbrž vlivem několika dalších faktorů – roli hraje stupeň vzdělání respondenta, míra zodpovědnosti jednotlivce či kladný postoj k dotazované problematice. Při dotazníkovém šetření je dále vhodné zajistit respondentům anonymitu, aby měli záruku, že získané skutečnosti nebudou zneužity proti nim (Chráska, 2016).

Dotazník by měl mít promyšlenou strukturu, složenou zpravidla ze tří částí. První část, neboli vstupní část, je složena z hlavičky, tzn. z adresy instituce či jména autora dotazníků. Následně jsou zde vysvětleny cíle dotazníku, objasnění dané problematiky a zdůraznění významu respondentových odpovědí, se záměrem motivovat respondenta k důkladnému vyplňování dotazníků. Ve vstupní části také bývá návod, jak správně dotazník vyplňovat. Mohou zde být i ilustrativní příklady. Ve druhé části dotazníku jsou již vlastní otázky autora. Jejich řazení může a nemusí být logické a chronologické. Často se na první místa řadí otázky zajímavější a lehčí, avšak není to pravidlem (Gavora, 2010). Na konci dotazníku nejčastěji bývá výzva k překontrolování všech položek a případná možnost přiložení svých vlastních podnětů a návrhů. V úplném závěru se zpravidla nachází poděkování respondentovi za spolupráci a obětovaný čas (Švec, 2009).

Dotazník může obsahovat různé typy otázek. Základní dělení je dle stupně otevřenosti otázek. Otázky mohou být uzavřené, polouzavřené a otevřené. V uzavřené otázce je úkolem respondenta vyznačit vhodnou odpověď z nabízených možností. Hlavní výhodou těchto položek je jejich lehké a rychlé zpracování a větší zájem o vyplňování ze strany respondenta. Pokud je otázka položena tak, že možné odpovědi jsou ano/ne, jde o položky dichotomické. Otevřené otázky jsou charakteristické svou velkou volností v odpovědi. V tomto případě není respondentovi poskytnuta nabídka možných odpovědí. Výhodou tohoto typu otázky je možnost individuálního projevu respondenta bez jakéhokoliv omezení. Složitostí pro respondenta však bývá správné zformulování odpovědi a její srozumitelné zapsání, z toho důvodu jsou otevřené otázky mezi respondenty méně oblíbené. Nevýhodu také bývá složité vyhodnocování a následná kategorizace všech získaných odpovědí (Gavora, 2010). Otevřené položky je vhodné užívat v předvýzkumu, kde se následně nejčastější odpovědi zaznamenají a využijí jako nabídka pro položky uzavřeného typu (Chráska, 2016). Polouzavřené otázky nabízí konkrétní možnosti odpovědí a současně poskytují prostor pro objasnění odpovědi v podobě otevřené otázky. Gavora (2016) dále doplňuje otázky škálované, jež nejsou pro tuto práci klíčové.

Dotazník distribuovaný pro účely této bakalářské práce obsahoval 20 položek, z toho bylo 11 otázek uzavřených, 8 polouzavřených a 1 otázka otevřená. Následné vyhodnocení odpovědí z dotazníkového šetření bylo provedeno pomocí grafických schémat s komentáři a následně shrnuto a vyjádřeno procentuálně.

6.2.2 Rozhovor

Jedná se o metodu shromažďování dat o pedagogické realitě, která probíhá na základě bezprostřední verbální komunikace výzkumného pracovníka s respondentem. Pojem rozhovor je vnímám jako český pojem s širším významovým obsahem než interview, avšak většina autorů pracuje převážně s pojmem interview, který považuje za výstižnější a přesnější. Jedná se o anglický výraz složený ze dvou částí, kde inter znamená „mezi" a view znamená „názor" či „pohled". Z názvu vyplývá, že jde o interpersonální kontakt. Cílem interview je zachytit fakta, a hlouběji tak proniknout do motivů a postojů respondenta (Chráska, 2016). Jelikož jde o explorativní metodu, je interview dobrým nástrojem pro zmapování problematiky, se kterou se výzkumník doposud nesetkal anebo není zpracována v literatuře (Gavora, 2010).

Interview lze dělit na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. Charakteristickým znakem strukturovaného interview jsou předem připravené otázky. Výzkumný pracovník v průběhu rozhovoru nepřidává své vlastní komentáře, pouze čte konkrétní otázky v daném pořadí a následně zaznamenává odpovědi respondenta. Tento typ interview se přibližuje k dotazníkovému šetření s rozdílem v zaznamenání údajů, které provádí přímo tazatel při osobním kontaktu (Chráska, 2016). Nestrukturované interview připomíná spontánní přirozenou komunikaci mezi lidmi, při které má respondent úplnou volnost odpovědí a tazatel formuluje otázky až v průběhu interview. I přestože otázky nejsou předem jasně dané, musejí se tematicky a obsahově týkat sledované problematiky. Polostrukturované interview je jakýmsi kompromisem mezi výše uvedenými typy. V tomto případě je pevně stanoveno pouze několik základních tematických otázek, přičemž další vznikají v jeho průběhu (Gavora, 2010).

Chráska (2016) dále rozlišuje podle počtu zúčastněných osob individuální a skupinové interview. Skupinové interview je vhodné užívat například při pokládání otázek choulostivějšího charakteru, které mohou jednotlivci při individuálním rozhovoru připadat až moc osobní. Doporučovaným počtem pro realizaci skupinového rozhovoru je šest až deset osob.

Vhodné prostředí pro realizaci rozhovoru by mělo býti klidné, tiché, nejlépe známé a příjemné dotazovanému. Prostory pro uskutečňování by měly být v zásadě kulturní (kabinet, ordinace, klub, prázdná třída). Úspěšnost rozhovoru dále závisí na navázání příjemného vztahu (přátelský, uvolněný) mezi respondentem a výzkumníkem, ten se označuje termínem raport.

Interview patří mezi jednu z náročnějších výzkumných metod z důvodu časové náročnosti, a to jak z hlediska realizace, tak v ohledu na závěrečné vyhodnocování dat. Provést rozhovor s šedesáti lidmi trvá jednoznačně déle než rozdat stejnému počtu lidí dotazník. I přestože zpracování a vyhodnocení získaných dat je složitější, výhodou interview stále zůstává možnost získání široké škály různorodých odpovědí a tím i cílené prohloubení zkoumané problematiky (Gavora, 2010).

Pro účely této bakalářské práce byl použit strukturovaný typ rozhovoru, který obsahoval 10 předem připravených otázek. Následně byly odpovědi prezentovány a podrobeny analýze.

6.3 Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno ve městě Písku, ležícím v Jihočeském kraji v okrese Písek, na pracovištích, jež poskytly možnost jeho provedení. V první řadě byly rozdány dotazníky do třech mateřských škol, poté do dvou klinických logopedických ambulancích zřízených při nemocnici a do soukromé klinické logopedické ambulance.

První zařízení – 13. mateřská škola

Jednou ze školek, se kterou jsem měla možnost spolupracovat, byla 13. mateřská škola v Písku. Mateřská škola byla zřízena městem Písek v roce 1977 jako společné zařízení jeslí a mateřské školy. Jeselská oddělení byla v roce 1992 umístěna do náhradních prostor. Uvolněné prostory byly nejprve poskytnuty Rodinné škole a MŠ Sluníčko. Nyní jsou obě budovy využívány pro děti předškolního věku. Od roku 1993 fungovala mateřská jako pětitřídní předškolní zařízení pro děti ve věku od 3 do 7 let. V lednu 2010, vzhledem k velkému zájmu, byla otevřena šestá třída. Dětem je poskytována celodenní péče, vhodné podmínky pro vytvoření prvotních návyků sociálního chování a podnětné prostředí pro získávání základních vědomostí a dovedností jako první stupeň školské soustavy.

Od ledna roku 2003 je mateřská škola na základě rozhodnutí Rady města Písek součástí Právního subjektu Základní školy Jana Husa a Mateřské školy Písek, Husovo nám. 725, Písek.

Od roku 2013 byla navýšena kapacita mateřské školy na 151 dětí. Ve školce funguje systém rozdělení dětí do tříd 5 – 6letých (předškoláci) a 3 – 5letých. Tento systém má zde dlouholetou tradici a v praxi se vždy osvědčil. Umožňuje náročnější program pro

předškoláky (5 – 6let) a zároveň postupné zapojování nových tříletých dětí mezi již ostřílené předškoláky, kteří rádi pomohou.

Funguje zde i **speciální logopedická třída**, která je v souladu se ŠZ 561/2004 Sb., ve znění zákona 82/2015 Sb., §16, odst. 9, Vyhl. č. 27/2016, o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Děti jsou přijímány na základě žádosti rodičů a doporučení školského poradenského zařízení. Školka je určena pro děti z Písku a okolí, předškolního věku.

Ve třídě působí dvě paní učitelky: speciální pedagog se zaměřením na obor logopedie a surdopedie, a asistentka pedagoga. Dvakrát týdně dochází do MŠ externí speciální pedagog-logoped, který se podílí na individuální reedukační péči a jedenkrát měsíčně klinický logoped, jenž poskytuje odborné konzultace a zařizuje sjednocení postupu péče.

Třída úzce spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem v Týně nad Vltavou. Ve třídě je snížený počet žáků na 14 dětí z důvodu realizace individuálního přístupu k dětem a uplatňování speciálně pedagogických postupů. Speciálně pedagogická péče probíhá každodenně. Individuální logopedická péče je zařazována v průběhu ranních her a během dopolední činnosti. Skupinové preventivní činnosti jsou do programu zařazovány v průběhu celého dne. Jsou zaměřeny na rozvoj dýchacích a artikulačních dovedností, sluchového a zrakového vnímání, paměti, slovní zásoby a komunikačních dovedností. Průběh speciálně pedagogické práce je zaznamenáván do pracovního sešitu, rozvoj dovedností dítěte v individuální záznamech. Pro každé dítě je zpracován vzdělávací plán, který je konzultován s SPC a rodiči.

Výběr vybavení a pomůcek třídy zohledňuje speciální potřeby dětí, zaměřuje se na maximální podporu rozvoje dovedností a snaží se o minimalizaci dopadu postižení. Pomůcky jsou děleny dle cvičení zaměřených na:

- mluvidla a rozvoj řeči – rotavibrátor, logopedické zrcadlo, obrázky a pracovní listy;
- motoriku a obratnost – rehabilitační míče, rotoped, chůdy;
- soustředění a pozornost – skládanky, doplňovačky, pracovní listy, labyrinty;
- sluchového a zrakového vnímání – PC programy, logopedické programy, rytmické nástroje, sluchové hry, společenské deskové hry (https://www.13mspisek.cz/o-nas/).

Dotazníky týkající se využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku byly svěřeny do mateřské školy paní ředitelce, která je následně předala do tříd, do nichž

docházejí děti předškolního věku s poruchami řečové komunikace. Poté byly vyzváni učitelé k iniciativnímu předání dotazníků všem rodičům dětí s komunikačními obtížemi.

Druhé zařízení – 5. mateřská škola

Druhou školkou byla 5. Mateřská škola v Písku, jež byla zřízena v roce 1948 z bývalého Satlerova domu. Jelikož vyvstala potřeba provést několik rozsáhlých rekonstrukcí, v roce 1983 došlo k přerušení provozu. Původní budova byla zmodernizována a doplněna přístavbou další budovy v zahradě školy. K opětnému otevření došlo v roce 1987. Areál školky je tvořen ze dvou společně propojených budov a vnitřního bloku se zahradou. Zahrada je s nerovným terénem, vybavená pískovišti, houpačkami, skluzavkami, zahradním domečkem, šplhadly, velkou tabulí, prolézačkami a různými doplňky. V zimních měsících je příležitost na menším svahu (nerovném terénu) bobovat a v letních měsících je možnost využít nafukovací bazénky k osvěžení.

V této mateřské škole jsou čtyři třídy s celodenním provozem, kde jsou děti od tří let rozdělené do tříd podle věku. Pracuje se zde podle Rámcového výchovného programu pro předškolní vzdělávání. Veškeré činnosti v mateřské škole vycházejí z přirozené dětské zvídavosti a jsou prováděny formou her a různých činností – volné hry, vyprávění příběhů a pohádek, kreslení, malování, modelování, zpívání, hry na dětské hudební nástroje a cvičení. Pravidelně jsou pořádány exkurze, výlety, ozdravné pobyty a návštěvy divadel. Předškolní děti mají možnost navštěvovat kurzy anglického jazyka (zpoplatněné), nebo kroužek „Rytmické krůčky“, který je nejprve zaměřen na hudebně pohybové činnosti a poté pro starší děti navazuje hra na zobcovou flétnu. Dále předškoláci docházejí do plaveckého kurzu, kde absolvují 10 lekcí plavání a pravidelně se zapojují do výtvarných soutěží.

Na škole působí logopedické asistentky, které celoročně pracují s dětmi s vadnou výslovností. Celý kolektiv mateřské školy se snaží vytvářet takové prostředí, kde se děti budou cítit bezpečně a spokojeně a kam se budou rády vracet (https://www.zstylova.cz/5-materska-skola/).

Průběh předávání dotazníků do zařízení proběhl stejným způsobem, jako v předchozí mateřské škole.

Třetí zařízení – 9. mateřská škola

Mateřská škola byla otevřena v lednu roku 1975, původně jako spojené zařízení mateřské školy a jeslí. Od roku 2003 je jedním z odloučených pracovišť právního subjektu Základní školy Josefa Kajetána Tyla.

V prvním a druhém poschodí jsou čtyři třídy se sociálním zařízením a šatny, tři místnosti sloužící jako ředitelna, kancelář a sborovna. V každém podlaží je mezi třídami malá kuchyňka k vydávání jídla. Kapacita mateřské školy je 100 dětí. Děti jsou rozděleny do tříd podle věku, jednotlivé třídy se jmenují podle zvířecích mláďat – Slůňata, Koťata, Štěňata a Medvíďata. Třídu Slůňata navštěvují dětí od 2 do 4 let, do Koťat spadají děti od 3 do 4 let, do třídy Štěňata docházejí děti ve věku 4 a 5,5 let a poslední třídou, kde jsou umístěny nejstarší děti, jsou Medvíďata, kam patří děti od 5 do 7 let věku. V každé třídě je 25 dětí.

Součástí areálu je velká prostorná zahrada, která je členěna na dvě části. V uzavřené části jsou dvě pískoviště, hřiště s betonovým povrchem, zahradní domky, houpadla, průlezky, kolotoč a sprchy pro letní osvěžení. Přední část je také využívána pro pobyt dětí venku, jsou zde také dvě pískoviště, multifunkční věž, dvojhrazdí a šplhací síť.

V roce 2010 byla MŠ zařazena do rozvojového programu „Na podporu škol“, který realizuje inkluzivní vzdělávání a vzdělávání dětí a žáků se sociokulturním znevýhodněním (https://www.9mspisek.cz/o-nas/)

Čtvrté zařízení – Nemocnice Písek a.s.

Jedná se o akciovou společnost, která poskytuje ambulantní i lůžkové diagnostické a léčebně preventivní služby v souladu se stanovenými předpisy a smlouvami s pojišťovnami. Nemocnice disponuje kapacitou 423 lůžek, z toho je 41 lůžek následné péče a 20 sociálních lůžek. Péče pacientů je poskytována na 18cti primariátech. Jde o iktové, mamografické a intermediálně perinatologické centrum.

Ročně je zde hospitalizováno přibližně 16 500 pacientů, provedeno 10 tisíc operačních zákroků a téměř 200 tisíc ambulantních vyšetření. Nemocnice má 832 zaměstnanců a je tedy jedním z největších zaměstnavatelů v regionu.

Ošetření probíhá v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a je zajišťováno kvalifikovanými specialisty. Nemocnice Písek, a. s. je mimo jiné i držitelem personálního certifikátu ČLK – Nemocnice 21. století, certifikátu finanční stability Czech stability award (https://www.nemopisek.cz/index.php/o-nas).

Součástí nemocničního areálu je i oddělení klinické logopedie, kde působí tři kliničtí logopedi - Mgr. Tomáš Kubík, Ph.D., Mgr. Jarmila Hrabáková a Mgr. Kateřina Hájková. Logopedická intervence je poskytována dětem i dospělým, jak hospitalizovaným, tak ambulantně léčeným pacientům, kteří přicházejí z jiných zdravotnických zařízení. V rámci klinické logopedie je realizována diagnostika a reedukace u následujících typů diagnóz.

Dětská populace

- Opožděný vývoj řeči a získaná orgánová nemluvnost
- Poruchy vývoje výslovnosti – dyslalie
- Poruchy jazykového vývoje – vývojová dysfázie
- Narušení fluence (plynulosti) řeči – koktavost, breptavost
- Neuromotorické poruchy řeči + poruchy polykání – vývojová dysartrie a dysfagie (dětská mozková obrna, různé vývojové syndromy)
- Vývojové poruchy učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie
- Symptomatické poruchy řeči – odchylný vývoj řeči při mentální retardaci, poruchy sociální komunikace – autismus a poruchy autistického spektra
- Poruchy při anomáliích orofaciálního systému – palatolálie u rozštěpových vad
- Rehabilitace komunikačních schopností u dětí s vadami a poruchami sluchu

Dospělá populace

- Diagnostika a terapie pacientů po cévních mozkových příhodách, mozkových traumatech, u pacientů s nádorovým onemocněním mozku a neurodegenerativními onemocněními – Parkinsonova choroba, Alzheimerova demence, amyotrofická laterální skleróza, muskulární dystrofie apod.
- Neurogenní poruchy řečových a jazykových funkcí – dysartrie, afázie, řečová apraxie
- Neurogenní poruchy polykání – dysfagie
- Neurogenní poruchy hlasu – dysfonie
- Neurogenní poruchy gnostických a praktických funkcí – vizuální a sluchová agnozie
- Neurogenní poruchy kognitivních funkcí – poruchy paměti, pozornosti
- Péče o pacienty s orgánovou poruchou polykání a poruchou hlasu po operacích nádorových onemocnění v oblasti hlavy, krku, hltanu a hrtanu

Dále je zde poskytována nadstandartní péče zaměřená na speciálně pedagogickou diagnostiku a terapii u dětí předškolního věku. Tento stimulační program je dobrovolný, doporučen je pro děti s odloženou školní docházkou či pro začínající školáky, u nichž se objevují obtíže v oblasti čtení a psaní. Je složen z 15 lekcí zaměřených na nácvik nových pohybových stereotypů, rozvoj komunikačních dovedností, rozvoj dílčích funkcí v oblasti zrakové, sluchové, prostorové orientace, intermodality (tj. schopnost přepínat mezi různými způsoby smyslového vnímání), seriality (řazení činností za sebou) a na grafomotorické dovednosti.

Druhý kurz se týká rozvoje předškolních schopností a dovedností dle D.B Elkonina, který probíhá ve 33 lekcích a je určen pro všechny děti v předškolním věku před vstupem do ZŠ jako stimulační program, pro děti s odkladem školní docházky, pro děti s těžkostmi ve vývoji řeči, pro děti, jejichž rodiče jsou dyslektici, pro děti s vývojovými poruchami, pro děti z cizojazyčného prostředí (posílení jazykového citu v jazyce, ve kterém bude dítě vzděláváno), pro školní děti, které jsou ve čtení slabé v prvních letech školní docházky.

Poslední nadstandartní službou je program s názvem „Neuro-vývojová stimulace“. Ten je založen na přirozeném potlačení a vymizení souvisejících potíží, které způsobují aktivní přetrvávající primární reflexy. Základem jsou jednoduché cviky napodobující pohyb vyvolaný primárními reflexy, cviky na zlepšení rovnováhy a na senzorickou integraci. Cviky pomáhají posilovat nervová spojení mezi mozkem a tělem, posilují vývoj rovnováhy, hrubou a jemnou motoriku, koordinace pohybu, zraku, sluchu, řeči, schopnosti učení a komunikace (https://www.nemopisek.cz/index.php/oddeleni/ostatni/824-klinicka-logopedie).

Dotazníky byly rozdány dvou klinickým logopedům, kteří převážně pracují s dětmi předškolního věku. Ti následně dotazníky předávali rodičům při jejich návštěvě. Poté byli tito kliničtí logopedi osloveni ke spolupráci při realizaci rozhovoru mezi klinickým logopedem a výzkumníkem. Na základě domluvy byl rozhovor uskutečněn v prostorách ordinace.

Páté zařízení – Soukromá klinická logopedická ambulance - Mgr. Marta Malčíková

Posledním místem výzkumného šetření byla soukromá klinická logopedická ambulance paní magistry Malčíkové. Zde byly rozdány dotazníky a uskutečněn požadovaný rozhovor s klinickým logopedem.

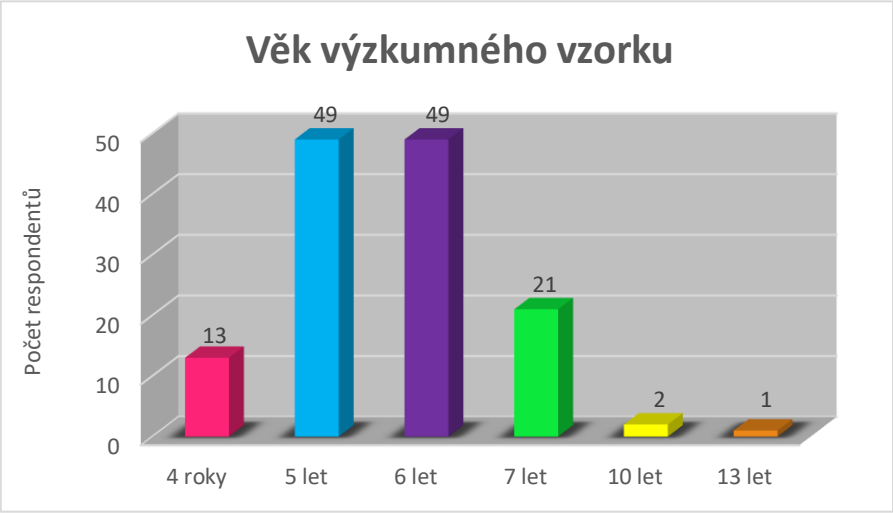
Ordinace se nachází poblíž areálu Základní školy Jana Husa, Husovo nám. 725, Písek. Zde působí klinická logopedka Mgr. Marta Malčíková již od roku 2002. Magistra

Malčíková se zaměřuje především na dětskou klinickou logopedii a spolupracuje s mateřskými školami v okolí Písku.

Ordinace je situovaná v areálu budov Základní školy J. Husa poblíž centra města. Pracoviště se nachází u hlavní silnice, poblíž autobusové zastávky. V prostorách ambulance jsou tři místnosti a sociální zařízení. Čekárna pro rodiče je uzpůsobená potřebám dětí, jsou zde dětské hračky (stavebnice, kostky, pohádky, leporela, autíčka a další), na stěnách visí obrázky a mapa světa. Vybavení ordinace je útulné a připravené pro logopedickou intervenci. Jsou zde k dispozici dětské hry, které mohou využít i sourozenci přítomní na terapii, stoleček na kreslení, velké zrcadlo.

6.4 Specifikace zkoumaného vzorku

Výzkumné šetření bylo prováděno ve výše zmiňovaných zařízeních. Dotazník byl prostřednictvím pedagogů mateřské školy či logopeda předán rodičům, kteří pravidelně docházejí na terapii se svým dítětem v předškolním věku s komunikačními obtížemi v řečovém projevu.



Graf č. 1: Věk výzkumného vzorku

Výzkumným vzorkem pro dotazníkové šetření bylo 132 rodičů dětí ve věku nejčastěji pěti a šesti let. Z důvodu orientace této bakalářské práce bylo nutné tři dotazníky vyřadit, jelikož věk sledovaných dětí (deset let a třináct let) neodpovídal požadovaným kritériím.

Dále byly provedeny tři rozhovory s klinickými logopedy. Prvním osloveným byla paní **magistra Hrabáková**, která v oblasti logopedie působí již několik let. Nyní pracuje v ambulanci klinické logopedie v Nemocnici Písek, a. s. a specializuje se především na děti předškolního věku. V náplni její práce je i logopedická intervence

u dospělých, těm se však věnuje zřídka, jelikož v nemocnici působí tři logopedi, kteří mají klienty rozděleny dle oblasti svého zájmu. Dále byla spolupráce navázána s **magistrou Hájkovou**, která je též součástí ambulance klinické logopedie při Nemocnici Písek, a. s. Její klientelu tvoří ambulantní klienti i pacienti na lůžkovém oddělení, a to v dětském i dospělém věku. Magistra Hájková je momentálně druhým rokem v předatestační přípravě. Po splnění požadavků plánuje splnění atestačních zkoušek. Poté chce opět působit při písecké nemocnici.

Třetím dotazovaným byla paní **magistra Malčíková**, která jako jediná pracuje v soukromém resortu, kde se specializuje především na dětskou klientelu. Magistra Malčíková dříve učila na 1. stupni základní školy poblíž města Písku a později se rozhodla pro další studium na vysoké škole v oboru logopedie. Následně pracovala v nemocnici jako klinický logoped se zaměřením na dospělé jedince. V roce 2001 se rozhodla odejít do soukromého sektoru, kde pracuje dodnes. Dále spolupracuje též s mateřskými školami v okolí Písku, kde provádí jednou týdně logopedickou intervenci. Jednou měsíčně dochází do logopedické třídy při 13. mateřské škole v Písku.

6.5 Specifikace časového průběhu realizace výzkumného šetření

Výzkum byl realizován v období od června roku 2018 do února roku 2019. Rozhovor a dotazníkové šetření probíhalo v následujících fázích.

06/2018 – 08/2018	Příprava a realizace dotazníků
08/2018	Pilotáž dotazníku (provedena u pěti osob), příprava rozhovoru
09/2018	Výběr vhodných kandidátů
09/2018 – 11/2018	Rozdání dotazníků do vybraných zařízeních
10/2018 – 11/2018	Realizace rozhovoru s klinickými logopedy
11/2018 – 12/2018	Sběr dotazníků
01/2019 – 02/2019	Analýza a vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

Tab. č. 2: Průběh výzkumného šetření

7 Prezentace získaných dat z výzkumného šetření

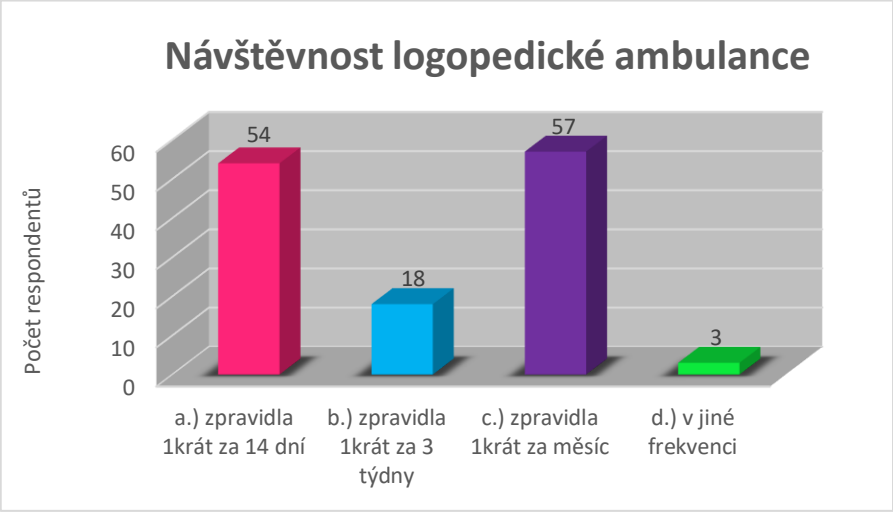
V následující kapitole budou prezentovány data získaná výzkumným šetřením a pro lepší přehlednost následně graficky znázorněna pomocí grafů.

7.1 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

V rámci výzkumného dotazníkového šetření bylo rozdáno 170 anonymních dotazníků. Celkově bylo nashromážděno 135 dotazníků. Návratnost tedy činila 79,41 %. K ověření věkové skupiny sledovaných dětí byla do dotazníku přidána položka dotazující se na věk dítěte docházejícího ke klinickému logopedovi. Na základě vyhodnocení této položky bylo potřeba tři dotazníky vyřadit. V práci se tedy pracuje s údaji ze 132 vyplněných dotazníků.

Jak často chodíte se svým dítětem k logopedovi?

První otázka byla polouzavřená. Pomocí ní byla sledována pravidelnost návštěv logopedické ambulance v souvislosti s logopedickou terapií jejich dítěte. Dotazovaní měli čtyři možné odpovědi, přičemž při volbě odpovědi D, měli možnost konkrétně upřesnit frekvenci jejich návštěvnosti.



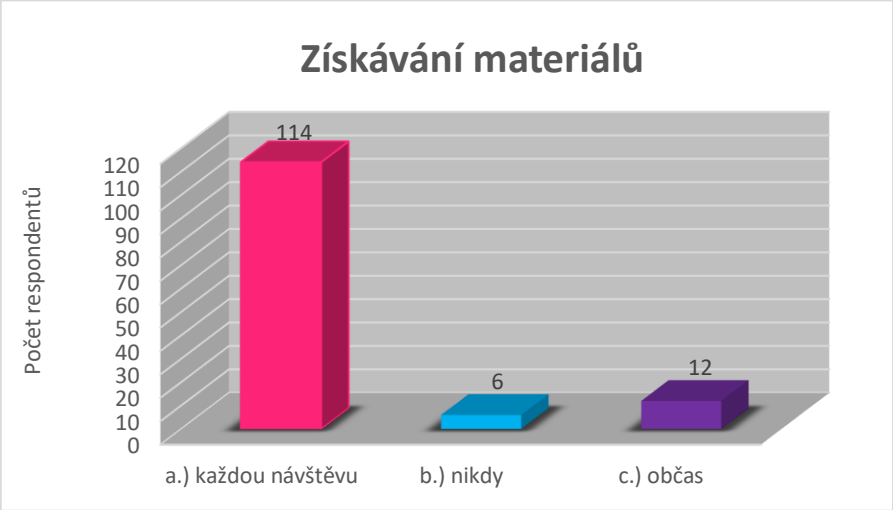
Graf č. 2: Návštěvnost logopedické ambulance

Z grafu č. 2 je patrné, že mezi nejčastější odpovědi patřila možnost c.) návštěvnost logopedické ambulance zpravidla 1krát za měsíc, kterou zvolilo 57 respondentů a odpověď a.) zpravidla 1krát za 14 dní s hodnotou 54 respondentů. Méně častou odpovědí (18 respondentů) byla návštěvnost logopeda zpravidla 1krát za 3 týdny. Pouze

tři respondenti docházejí do logopedické ambulance v jiné frekvenci, a to dva respondenti uvedli *1krát za týden* a jeden *1krát za 2měsíce*.

Jak často dostáváte od klinického logopeda materiály k domácímu procvičování? (např. i formou výpůjčky)

Druhá otázka byla uzavřená a zjišťovala, kolik rodičů pravidelně dostává od klinického logopeda materiály k domácímu procvičování, tedy jakési domácí úkoly k vypracování a zároveň k procvičování.

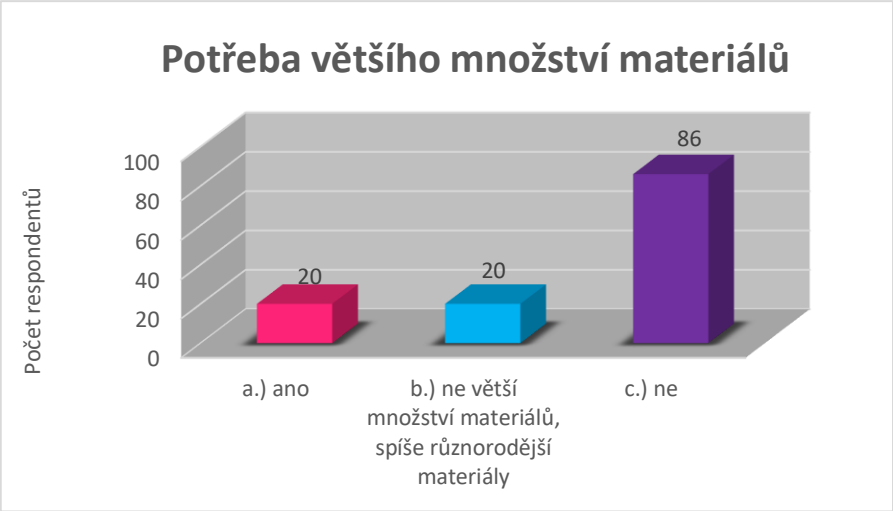


Graf č. 3: Získávání materiálů

Z grafu č. 3 je zjevné, že rodiče dostávají od klinického logopeda materiály k domácímu procvičování pravidelně. Ve většině případech, což ukazuje hodnota 114 respondentů, dostávají rodiče materiály při každé návštěvě logopedické ambulance. 12 respondentů dostává materiály nepravidelně a 6 respondentů doposud nikdy nedostalo logopedické materiály k domácímu procvičování.

Pokud Vám logoped předává materiály pro domácí práci, uvítali byste větší množství těchto materiálů?

Třetí položka nabízela tři možnosti uzavřených odpovědí. V návaznosti na předchozí otázku, jestliže rodiče odpověděli za b.) nikdy, měli možnost následující 4 otázky přeskočit. Na základě toho není výzkumné šetření prováděno ze všech 132 respondentů v dalších čtyřech otázkách, ale dojde k vyhodnocení pouze 126 dotazníků, jelikož 6 respondentů nikdy materiály nedostaly. V této otázce byl sledován subjektivní postoj rodičů ohledně množství a různorodosti získávaných materiálů.

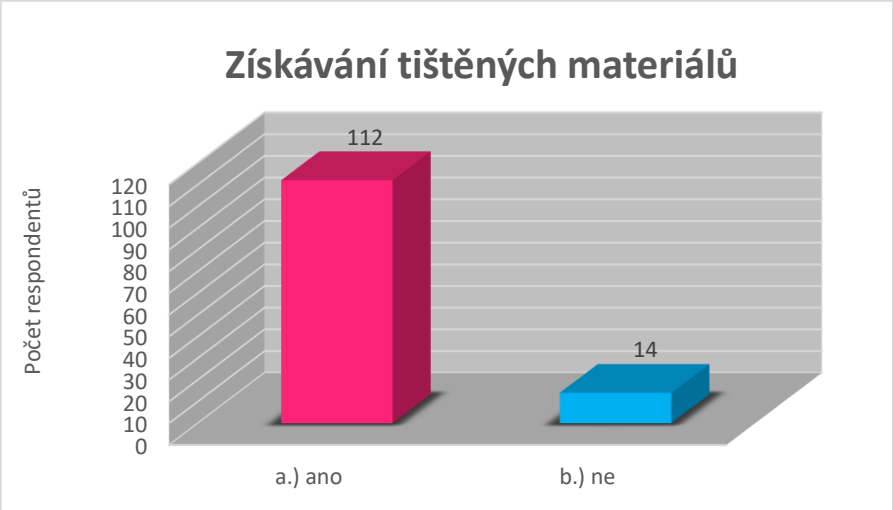


Graf č. 4: Potřeba většího množství materiálů

Z vyhodnocení grafu č. 4 vyplývá, že 86 respondentů nepotřebuje více materiálů a považuje ho za dostačující. 20 respondentů by uvítalo více materiálů a stejné množství respondentů by mělo zájem o různorodější materiály.

Dostáváte tištěné materiály?

Čtvrtá otázka byla tvořena dvěma uzavřenými odpovědi, buď anebo. U jedinců, kteří dostávají materiály při logopedické intervenci bylo zjišťováno, zdali se jedná i o získávání materiálů tištěných, jelikož se předpokládá, že tištěné materiály jsou jako pomůcky zařazovány do logopedické intervence nejčastěji.

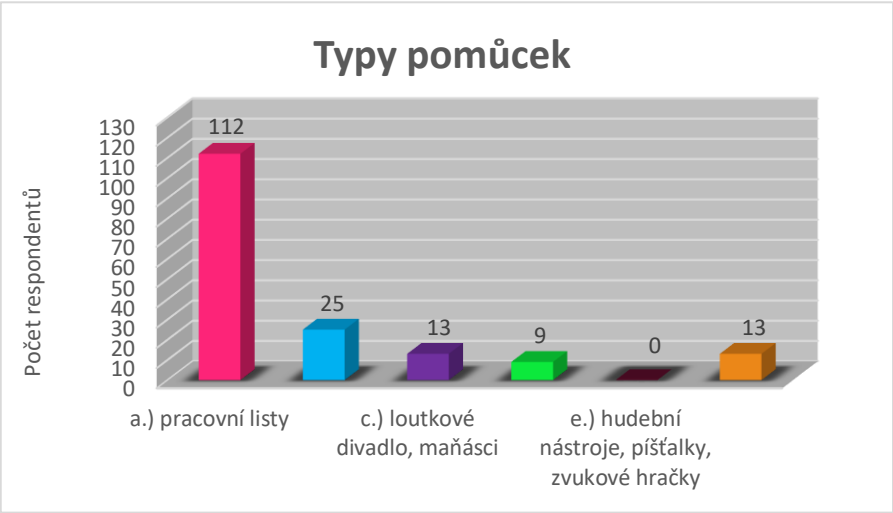


Graf č. 5: Získávání tištěných materiálů

Jak vyplývá z grafu č. 5, výzkumným šetřením se prokázalo, že většina, tedy 112 respondentů získává materiály tištěné. Pouze 14 rodičů tištěné materiály od klinických logopedů nedostává.

Jaké typy pomůcek dostáváte k domácímu procvičování? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

Vzhledem k otázce druhé a čtvrté bylo nutné dále specifikovat jaké konkrétní pomůcky kliničtí logopedi rodičům předávají pro jejich domácí terapii. Jednalo se o polouzavřenou otázku se šesti možnými odpovědi, kdy rodiče byli vyzváni k možnému zaškrtnutí více odpovědí. Z jednou z nabízených odpovědí byla možnost uvést jinou, v nabídce neuvedenou pomůcku.

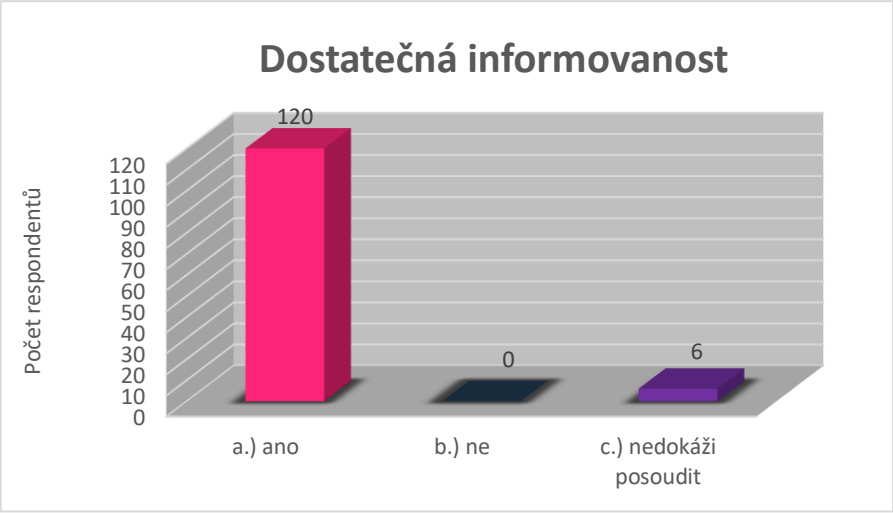


Graf č. 6: Typy pomůcek

Z grafu č. 6 je evidentní, že nejčastěji zvolenou odpovědí je za a.) pracovní listy, kterou zaškrtlo 112 respondentů. Méně častými odpovědi bylo za b.) knížky, jenž vybralo 25 respondentů, za c.) loutkové divadlo, maňásci s 13 respondenty a 9 respondentů dostává společenské hry. Žádný rodič nedostává od logopeda hudební nástroje, píšťalky či zvukové hračky. Odpověď f.) jiné označilo 13 respondentů. Zde rodiče uváděli odpovědi: *říkanky (2x), hmatové skládačky (2x), písmenka, obecné tipy, kostky, velké množství internetových zdrojů, básničky, puzzle, magnetická písmenka, navlékací korálky, brčko.*

Jste dostatečně informování o používání dané pomůcky?

V rámci výzkumného šetření byla dále zjišťována míra informovanost rodičů o používání konkrétních pomůcek, s kterými rodiče pracují při domácím procvičování. Zjištěné výsledky byly následující:

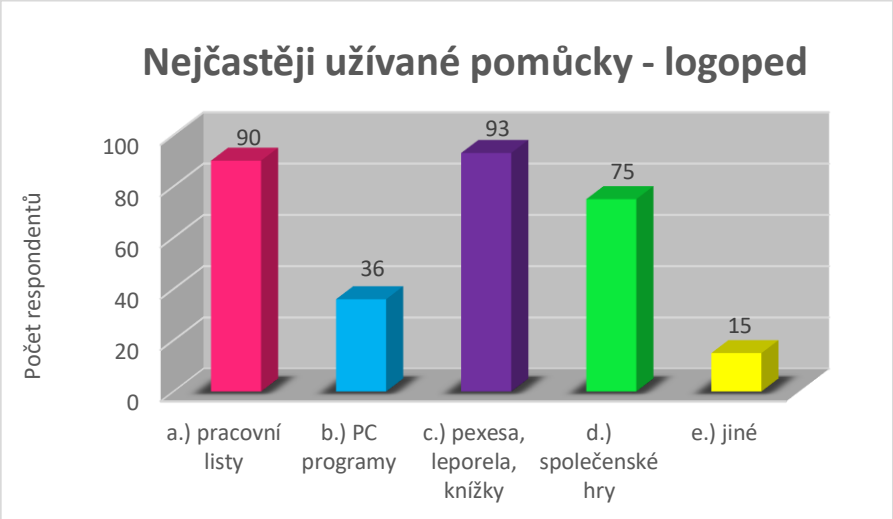


Graf č. 7: Dostatečná informovanost

Graf č. 7 znázorňuje počet rodičů v souvislosti s dostatečnou informovaností o používání získané pomůcky od klinického logopeda, kdy se 120 rodičů domnívá, že pomůcky využívají správně a jejich informovanost je dostatečná. Nikdo z rodičů nepociťuje nedostatečnou informovanost. Pouze 6 rodičů nedokáže posoudit, zdali je informovanost dostačující.

Jaké pomůcky nejčastěji používá klinický logoped při vaší návštěvě? (možnost více odpovědí)

Otázka sedm sledovala nejčastěji využívané pomůcky při logopedické intervenci ze strany klinického logopeda. Jednalo se o třetí polouzavřenou otázku se čtyřmi uzavřenými odpověďmi a jednou odpovědí otevřenou. I u této položky rodiče zaškrtávaly více vhodných odpovědí.

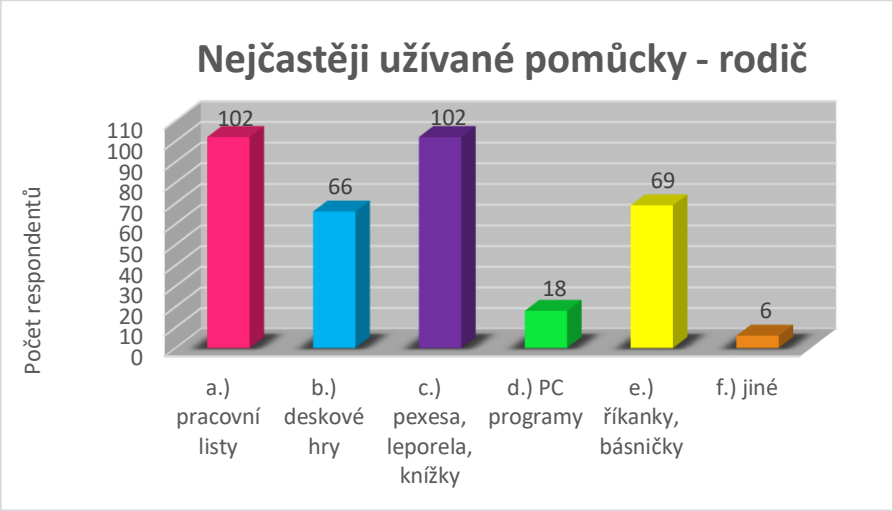


Graf č. 8: Nejčastěji užívané pomůcky ze strany logopeda

Graf č. 8 zobrazuje, že dle 93 rodičů nejčastěji logoped využívá při jejich návštěvě pexesa, leporela a knížky. Dále 90 rodičů vnímá jako nejčastěji používané pomůcky pracovní listy. Dalšími častějšími pomůckami jsou společenské hry, jenž zaškrtlo 75 rodičů. 36 rodičů zvolilo, že nejvíce logoped pracuje s PC programy a 15 rodičů uvádí práci logopeda s jinými pomůckami, z toho 10 rodičů uvedlo jaké: *zrcadlo (4krát), hračky dle potřeby dítěte (2krát), kreslení, omalovánky, vybarvování, zvukové hračky – zvonečky a klíče, bubínek.*

Jaké pomůcky nejčastěji preferujete vy při práci s dítětem? (možnost více odpovědí)

Součástí výzkumu bylo dále zjistit nejvíce oblíbené a využívané pomůcky rodičů na základě zkušeností z domácí logopedické péče u jejich dítěte. Otázka byla polouzavřená a rodiče měli možnost zvolit více variant – tedy označit všechny pomůcky, jenž považují za nejvhodnější.

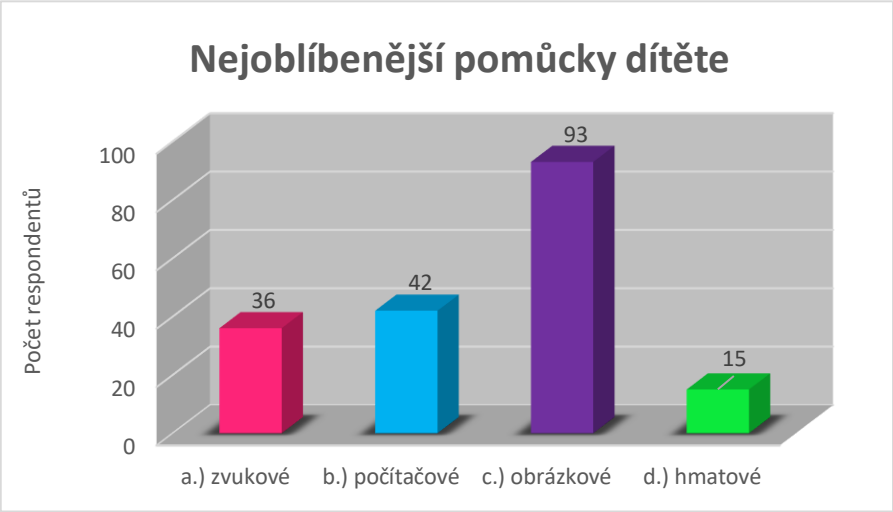


Graf č. 9: Nejčastěji užívané pomůcky ze strany rodičů

Z grafu č. 9 vyplývá, že odpovědi a.) pracovní listy a c.) pexesa, leporela, knížky zvolili rodiče nejčastěji, jelikož obě možnosti mají totožné hodnoty. Zaškrtlo je 102 respondentů. Třetí nejčastěji rodiči užívané pomůcky jsou říkanky a básničky, tuto odpověď označilo 69 respondentů. Dále 66 rodičů zvolilo, že nejčastěji užívá deskové hry a pouze 18 rodičů preferuje při práci s dítětem využívání PC programů. 6 rodičů při logopedické péči preferují jiné pomůcky než nabízené, těmi jsou: *hračky – mašinka a autíčka, kostky, magnetická písmenka, pohybové hry – trénujeme koordinace, zrcadlo, dle situace.*

S jakými pomůckami pracuje dítě nejraději? (možnost více odpovědí)

Další otázka byla uzavřená se čtyřmi možnými variantami. Zaměřovala se na nejvíce oblíbené pomůcky dítěte při logopedické intervenci. Rodiče měli zvolit typ pomůcek, u kterých pozorují, že s nimi dítě pracuje nejraději. Nejednalo se o konkrétní typy pomůcek, jako v předchozích otázkách, nýbrž o pomůcky zaměřeny dle oblastí vnímání.

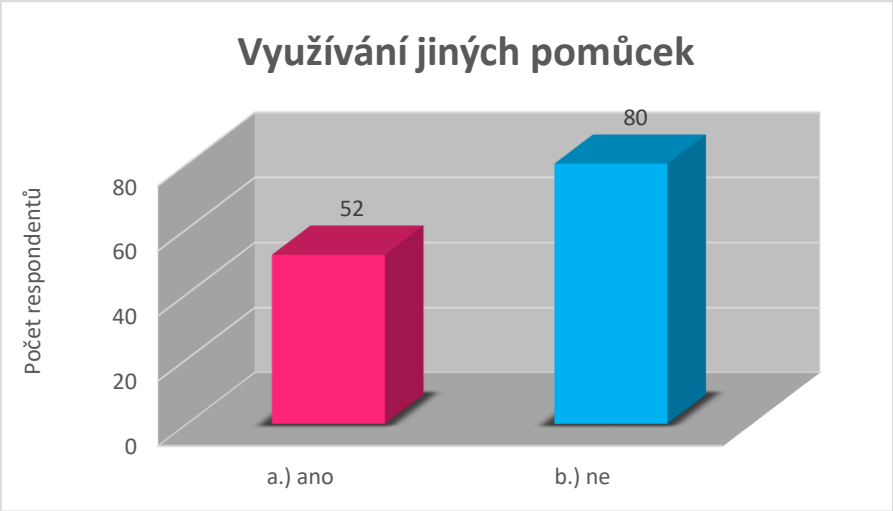


Graf č. 10: Nejoblíbenější pomůcky dítěte

Z grafu č. 10 je očividné, že nejvíce oblíbené pomůcky dětí jsou pomůcky obrázkového typu, ty zvolilo 93 rodičů jako nejoblíbenější. Ostatní typy pomůcek jsou u dětí oblíbené o něco méně, avšak podobně jako počítačové pomůcky s hodnotou 42 jsou oblíbené zvukové hračky, které zaškrtlo 36 rodičů. Z hodnot vyplývá, že nejméně oblíbené pomůcky jsou hmatové. Tuto odpověď označilo 15 rodičů.

Využíváte i jiné typy pomůcek? Případně jaké? (pro rozvoj jemné motoriky, hrubé motoriky, sluchová cvičení, dechová cvičení…)

Následující otázka sledovala, zdali mají respondenti zkušenosti s využíváním i jiných pomůcek při logopedické péči. Jelikož otázka byla polouzavřeného typu, měli respondenti možnost uvést konkrétní typy pomůcek, jenž používají při své logopedické péči, a tak doplnit a rozšířit otázky předchozí.



Graf č. 11: Využívání jiných pomůcek

V grafu č. 11 je zaznamenáno, že 80 respondentů nevyužívá jiné pomůcky při logopedické péči, oproti tomu, 52 respondentů odpovědělo, že mají zkušenosti s využíváním i jiných pomůcek. Při volbě odpovědi a.) měli respondenti dále uvést o jaké konkrétní pomůcky se jedná: *Logico piccolo, navlékání korálků, hra na piano, sluchové pexeso, čtení slov, puzzle, opakování básniček a říkanek, kreslení a psaní, logopedické pexeso, balónky, dřevěné skládačky, dechové pomůcky – brčko a píšťalka, logické hry, různé skládačky, PC programy, sluchové a hmatové pomůcky, modelína, Albi tužka, vystřihování, hláskování slov, stavebnice, cviky na oromotoriku, rozvoj jemné motoriky, logopedické hry – rozvoj přemýšlení, deskové hry, rozvoj hrubé motoriky – jízda na kole a na bruslích, karate.*

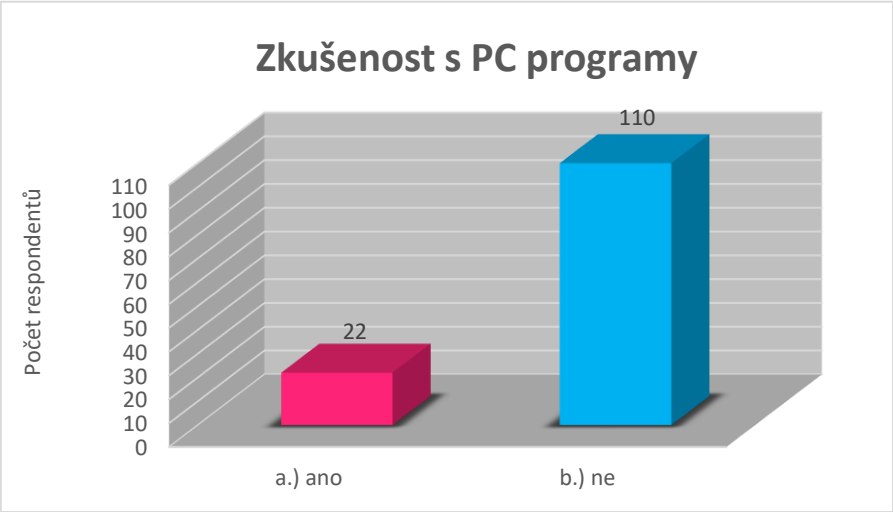
Jakou pomůcku využíváte k zaujetí dítěte před začátkem domácího procvičování?

Položka jedenáct byla otevřeného typu. Zde měli respondenti možnost uvést konkrétní typy pomůcek, jenž používají k zaujetí a motivaci dítěte před začátkem logopedického procvičování. Pokud však rodiče žádné pomůcky před začátkem domácího procvičování nevyužívají, zdrželi se odpovědi.

Nejčastější pomůckou je *kniha (15krát), všechno možné formou hry (15krát), pexeso (13krát), sladkosti (12krát), odměna hračka (8krát), pohádka (7krát), není nic potřeba a slovní domluva (6krát), pastelky a obrázky (6krát), vybarvování a omalovánky (5krát), doplňování pracovního sešitu, oblíbené úkoly (4krát), rozhýbej svůj jazýček (2krát), procvičování grafomotoriky (2krát), trénink úst a jazyka (2krát), slovní fotbal.*

Máte zkušenosti s počítačovými programy?

Otázka sledovala, zdali mají dotazovaní zkušenosti s využíváním počítačových programů v souvislosti s logopedickou péčí u jejich dítěte. Otázka byla uzavřeného charakteru s možností jednoznačné odpovědi ANO nebo NE.

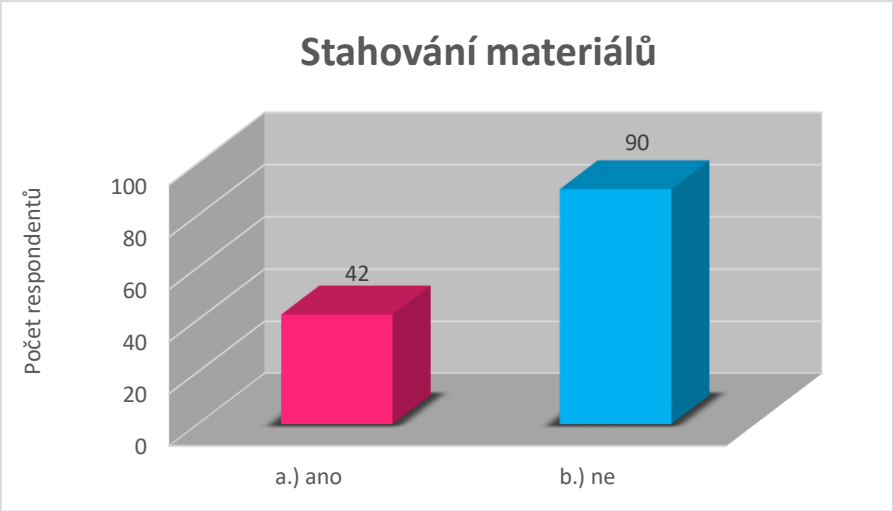


Graf č. 12: Zkušenost s PC programy

Z grafu č. 12 jednoznačně vyplývá, že většina rodičů počítačové programy pro logopedii nevyužívá a nemá s nimi sebemenší zkušenosti. Respondenti, jenž odpovídali na otázku za b.) ne je 110. Pouze 22 dotazovaných odpovědělo, že s počítačovými programy v rámci logopedie mají zkušenosti.

Stahujete materiály z internetových zdrojů?

Následující otázka se týkala získávání materiálů, potřebných k logopedické péči, pomocí stahování z internetových zdrojů. Otázka byla uzavřená, opět se dvěma možnostmi odpovědí. Záměrem bylo zjistit, zdali rodiče obecně k přípravě a tréninku logopedie využívají nynější dostupné možnosti, tedy zdali čerpají z internetových zdrojů.

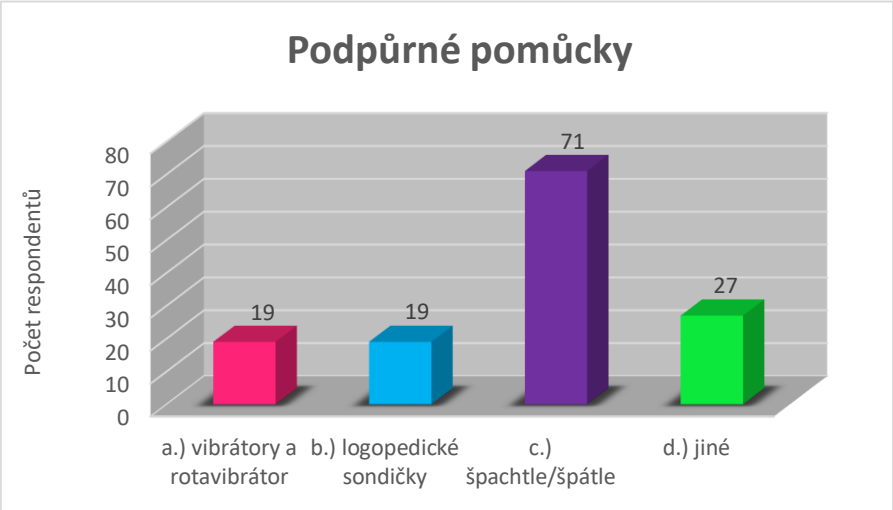


Graf č. 13: Stahování materiálů

Graf č. 13 zobrazuje, že 90 dotazovaných logopedické materiály nestahuje z internetových zdrojů a pouze 42 dotazovaných využívá k získávání materiálů internet, kde si sám dostupné materiály stahuje.

Jaký druh podpůrných pomůcek využívá logoped? (můžete označit více odpovědí)

Součástí výzkumu bylo zjistit, jaký druh podpůrných pomůcek při logopedické intervenci klinický logoped užívá, a které pomůcky jsou používané v rámci logopedické intervence nejčastěji. Otázka byla záměrně polouzavřená, aby respondenti měli případně možnost zmínit jiné využívané podpůrné pomůcky.



Graf č. 14: Podpůrné pomůcky

V grafu č. 14 je jednoznačně nejčastější odpovědí za c.) špachtle/špátle s hodnotou 71. Dále pak 27 respondentů zaškrtlo odpověď za d.) jiné. Odpověď a.) vibrátory

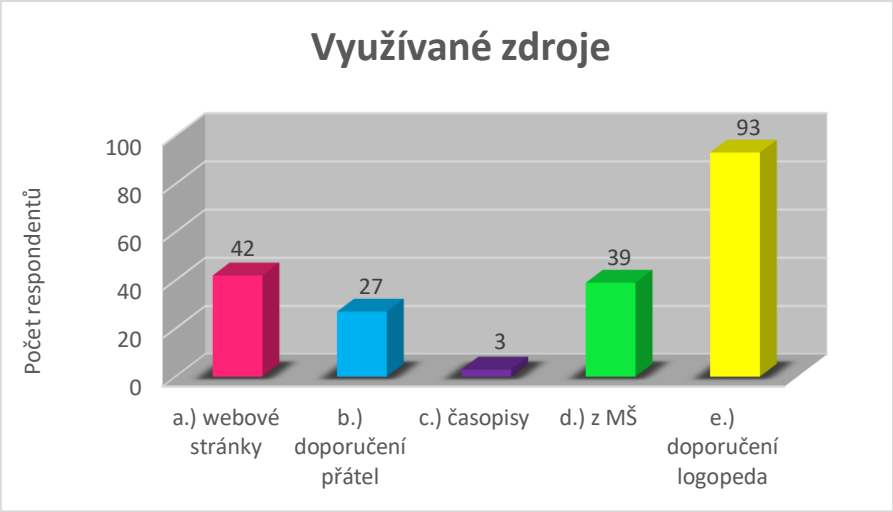
a rotavibrátory a b.) logopedické sondičky zvolilo identické množství respondentů, které u každého tvořilo 19 hlasů.

Při volbě za d.) měli respondenti uvést jiné podpůrné pomůcky, s kterými se při logopedické intervenci setkávají: *obrázkové kartičky (6krát), přírodní materiál (5krát), hry (4krát), bonbóny (3krát), brčka (2krát), Dentalux (1krát).* 4 respondenti uvedli, že klinický logoped při jejich terapii nepoužívá *žádné podpůrné pomůcky.*

Některé odpovědi musely býti vyřazeny, jelikož nesplňovaly podmínky podpůrných pomůcek.

Ze kterých zdrojů získáváte informace o nových logopedických pomůckách? (možnost více odpovědí)

Dalším bodem výzkumného šetření bylo zjistit, z jakých zdrojů získávají rodiče informace o nových logopedických pomůckách. Na výběr bylo z pěti různých odpovědí s možností zvolit více variant. Otázka byla uzavřeného typu.

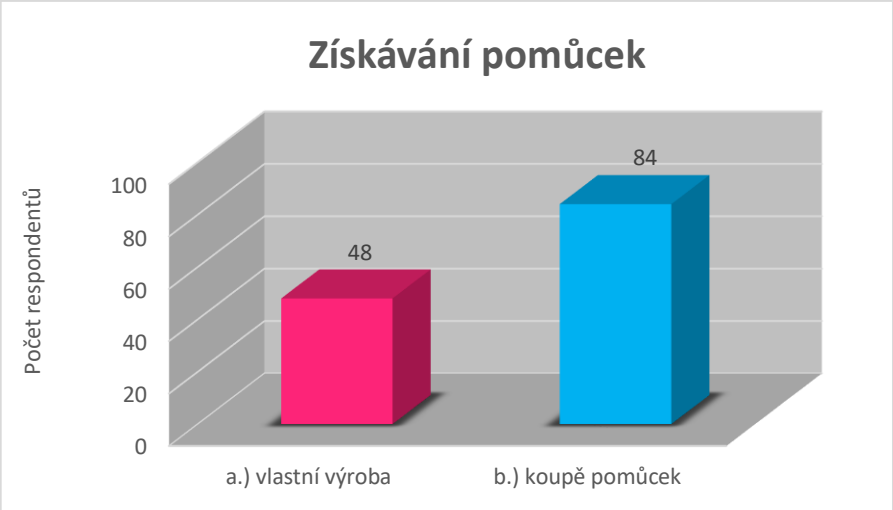


Graf č. 15: Využívané zdroje

Graf č. 15 zobrazuje, že nejvíce informací o nových pomůckách rodiče získávají na základě doporučení logopeda. Tuto odpověď zvolilo 93 respondentů. Druhým nejčastějším využívaným zdrojem jsou webové stránky, které zaškrtlo 42 respondentů. 39 respondentů získávání informace z mateřské školy a 27 respondentům doporučují nové logopedické pomůcky přátelé. Pouze 3 dotazovaní čerpají informace z časopisů.

Preferujete vlastní výrobu pomůcek nebo koupi pomůcek?

Šestnáctá otázka byla uzavřená. Respondenti měli možnost dvou možných odpovědí. Cílem bylo zjistit, zdali respondenti upřednostňují koupi pomůcek nebo vlastní výrobu.

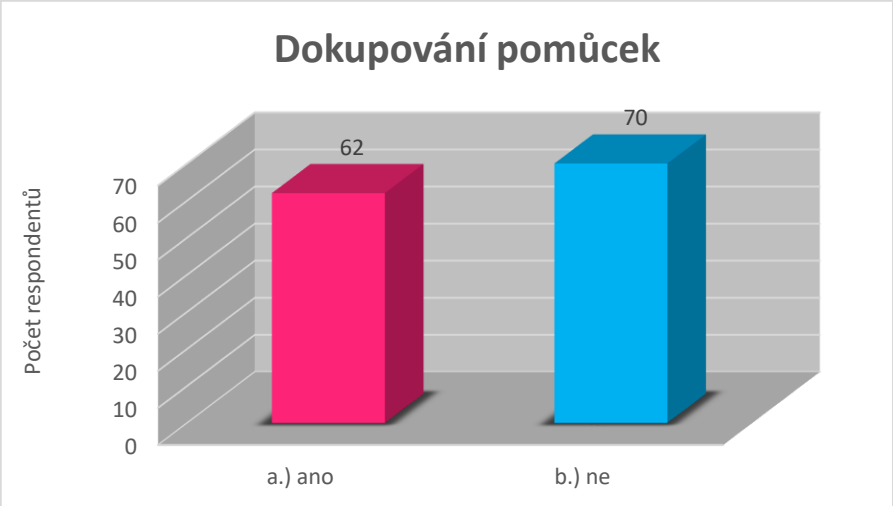


Graf č. 16: Získávání pomůcek

Graf č. 16 obsahuje hodnotu 84 respondentů u odpovědi za b.) koupě pomůcek a hodnotu 48 respondentů u odpovědi za a.) vlastní výroba.

Dokoupili jste si sami nějaké další pomůcky? Případně jaké?

Vzhledem k tomu, že téměř většina rodičů dostává pomůcky a materiály od klinického logopeda, cílem bylo zjistit, kolik respondentů si ještě dokupuje další pomůcky týkající se logopedie. Při volbě odpovědi za a.) ano byly dále respondenti vyzváni k zapsání odpovědi, jaké určité pomůcky dokupují.

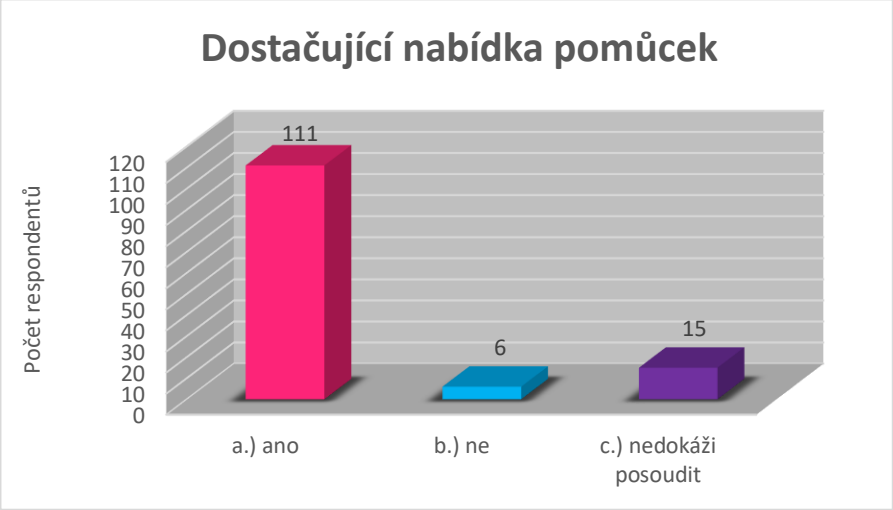


Graf č. 17: Dokupování pomůcek

V grafu č. 17 jsou zobrazeny hodnoty s podobným výsledkem. Více respondentů (70) zvolilo odpověď b.) ne, že v rámci logopedie si pomůcky nedokupují. Přibližně tentýž počet (62) respondentů se shodl na odpovědi a.) ano. Dokupované pomůcky: *pracovní sešit (18krát), společenské hry – Rozhýbej svůj jazýček (12krát), Logico piccolo (9krát), Albi tužka (6krát), knihy (9krát), logopedické pexeso (4krát), hlavolamy (2krát), vibrátor (2krát), brčka (1krát), Dentalux (1krát).*

Myslíte si, že je současná nabídka logopedických pomůcek na trhu dostačující?

Následná uzavřená otázka zjišťovala, kolik respondentů se domnívá, že nynější nabídka logopedických pomůcek je dostačující či naopak by bylo potřeba ji doplnit a rozšířit. Jestliže respondenti měli pocit, že nabídku logopedických pomůcek nedokáží objektivně posoudit, mohli označit třetí možnou odpověď.

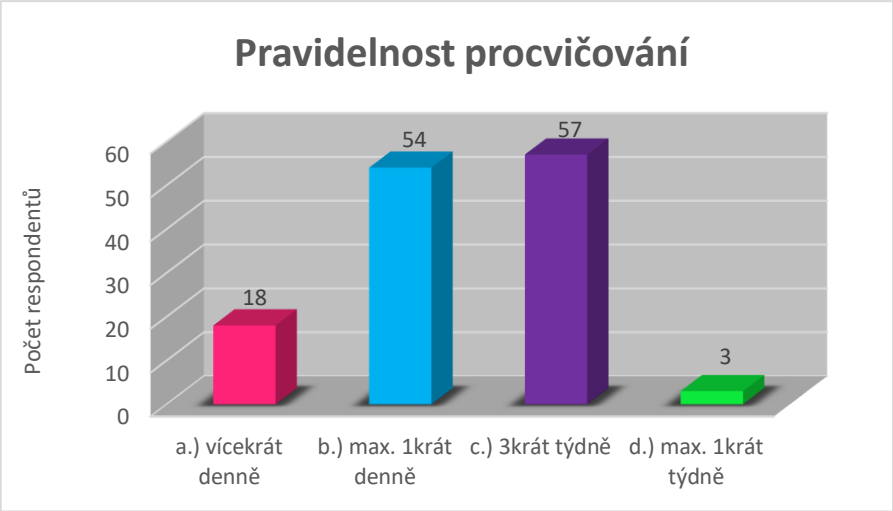


Graf č. 18: Dostačující nabídka pomůcek

Z grafu č. 18 je zjevné, že 111 rodičů vnímá současnou nabídku pomůcek na trhu jako dostačující. 15 rodičů nedokáže současný stav posoudit a pouhých 6 rodičů se domnívá, že nabídka logopedických pomůcek není dostačující

Jak často se doma věnujete (orientačně) logopedickým cvičením?

Součástí výzkumného šetření bylo také zjistit, jak často rodiče s dětmi doma provádějí logopedické cviky a úkoly. Cílem bylo zaznamenat, jaká je pravidelnost domácí logopedické péče.

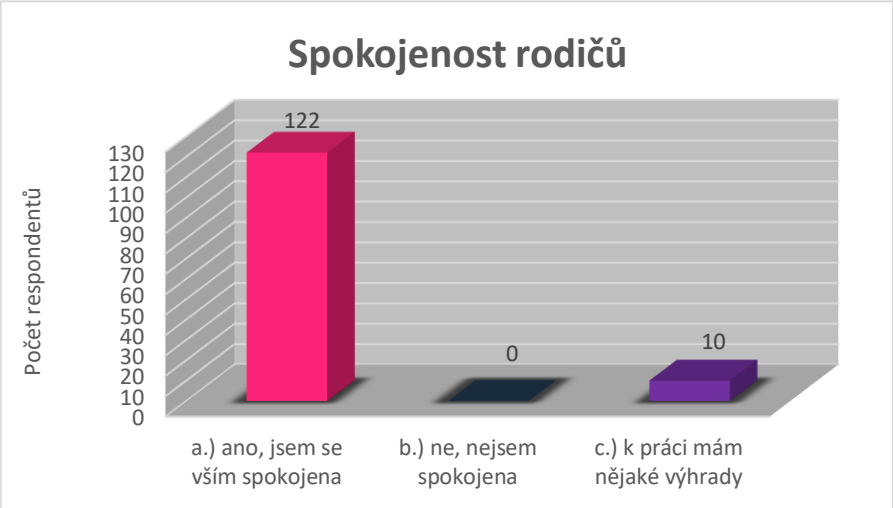


Graf č. 19: Pravidelnost procvičování

V grafu č. 19 jsou vyobrazeny hodnoty týkající se pravidelnosti domácího logopedického procvičování, kdy 57 dotazovaných uskutečňuje domácí logopedické procvičování 3krát týdně. Zcela nepatrně nižší počet respondentů (54) realizuje domácí logopedickou péči maximálně 1krát denně. Oproti tomu pouze 18 respondentů procvičuje vícekrát denně. Nejméně respondentů (3) procvičuje max. 1krát týdně.

Jak jste spokojeni se spoluprací logopeda?

Poslední otázka obsahovala dvě polouzavřené odpovědi a jednu odpověď uzavřenou. Cílem bylo prozkoumat, zdali jsou rodiče spokojeni se spoluprací logopeda, případně konkrétněji uvést, jestlipak shledávají nějaké nedostatky při prováděné logopedické intervence.



Graf č. 20: Spokojenost rodičů

Graf č. 20 znázorňuje míru spokojenosti rodičů s klinickým logopedem a prováděním logopedické intervence u jejich dítěte. Respondenti nejčastěji volili, že jsou

se vším spokojeni a nemají k práci žádné výhrady. Odpovědi a.) zvolilo 122 respondentů. Žádný z rodičů není s prováděním logopedické intervence a přístupu klinického logopeda nespokojen. Zbývajících 10 respondentů se přiklonilo k odpovědi c.) k práci máme nějaké výhrady, které blíže specifikovali: *málo času s dítětem; přístup je takový studený, syn se hodně dlouho bál chodit na logopedii, vyhovovala by mu větší pestrost a hravost, většinou vše musím doma přizpůsobit sama, aby ho to bavilo; klidnější přístup; zohledňovat více individuální potřeby dítěte; stále opakujeme to samé, syn by potřeboval změnu – větší různorodost; málo „logopedických návštěv"; nepravidelnost logopedické terapie; příjemnější přístup; studené jednání a málo dětský přístup; více času na terapii.*

7.2 Interpretace zkušeností klinických logopedů

S ohledem na doplnění dat získaných dotazníkovým šetřením byly v druhé části výzkumného šetření realizovány rozhovory s vybranými klinickými logopedy. Jelikož měl rozhovor strukturovaný charakter, obsahoval 10 předem připravených otázek, na které každý z logopedů individuálně odpověděl. Níže jsou citovány jednotlivé odpovědi všech třech klinických logopedů, jenž jsou pro lepší přehlednost a komparaci seřazeny vždy pod jednu otázku společně. Analýza získaných dat z rozhovorů bude navazovat na tuto kapitolu.

Jak často používáte pomůcky při své diagnostice a terapii?

Mgr. Hrabáková: *Při každé návštěvě.*

Mgr. Hájková: *Permanentně.*

Mgr. Malčíková: *Vždy.*

S jakými typy pomůcek pracujete nejčastěji?

Mgr. Hrabáková: *Hry Granna, Logico Primo + Piccolo.*

Mgr. Hájková: *Zrcadlo, špátle, přírodní materiály, potraviny, fixy + pastelky, hry – různé druhy dle diagnózy a potřeby při vyšetření.*

Mgr. Malčíková: *Obrázky, leporela, knížky, skládanky, puzzle, plast. zvířátka, motorické labyrinty, papírová divadla, pastelky, hračky.*

Z jakých zdrojů se dozvídáte o nových pomůckách?

Mgr. Hrabáková: *Internet, rodiče, webové stránky Asociace klinických logopedů.*

Mgr. Hájková: *Internet, semináře, doporučení kolegů, ze zdrojů Asociace klinických logopedů.*

Mgr. Malčíková: I*nternet*, š*kolení, papírnictví, hračkárny*.

Jak získáváte nové logopedické pomůcky?

Mgr. Hrabáková: *Objednávám si je.*

Mgr. Hájková: *Koupě a vlastní výroba.*

Mgr. Malčíková: *Koupí a vlastní výrobou.*

Máte pocit, že škála nabízených pomůcek je dostačující? Případně máte typy na nové?

Mgr. Hrabáková: *Je dostačující.*

Mgr. Hájková: *Vnímám jako dostačující.*

Mgr. Malčíková: *Ano, avšak pouze pro jedince se středně těžkým postižením se shání těžce.*

Na co se zaměřujete při výběru nových pomůcek?

Mgr. Hrabáková: *Kvalita a smysluplnost*

Mgr. Hájková: *Na kvalitu a účelnost.*

Mgr. Malčíková: *Kvalita, smysluplnost.*

Používáte některé vlastní pomůcky?

Mgr. Hrabáková: *Ano, používám je dle potřeby.*

Mgr. Hájková: *Ano, využívám.*

Mgr. Malčíková: *Ano, velmi často.*

Jaké preferujete pomůcky k zaujetí dítěte při logopedické terapii?

Mgr. Hrabáková: *Jednoduché a barevné.*

Mgr. Hájková: *Dle individuálních zájmů dítěte.*

Mgr. Malčíková: *Dítěti se musí líbit (barevnost, provedení...) a umožňovat činnosti „hraní“.*

Používáte počítačové programy zaměřené na logopedie? Uveďte jaké.

Mgr. Hrabáková: *Ano, například Mentio.*

Mgr. Hájková: *Ano – Mentio.*

Mgr. Malčíková: *Ne.*

Se kterými pomůckami pracují děti nejraději?

Mgr. Hrabáková: *Hry Granna, počítačové programy – Mentio, CD naslouchej a hraj si.*

Mgr. Hájková: *Logico Piccolo, pexesa, hry celkově.*

Mgr. Malčíková: *Puzzle, skládanky, zvuková leporela, divadélka, motanice.*

8 Analýza výsledků výzkumného šetření

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření byla shledána určitá fakta, která jsou klíčová pro naplnění cílů této bakalářské práce. Pro lepší orientaci a přehlednost byly výsledky dále zpracovány procentuálně a porovnány mezi sebou.

Ze 132 respondentů dochází ke klinickému logopedovi zpravidla 1krát za měsíc 57 respondentů (43,2 %) se svým dítětem, což je obdobně stejné množství, jako 54 respondentů, jenž navštěvují klinického logopeda zpravidla 1krát za 14 dní, což z celkového počtu činí 40,9 %. Pouze 13,6 %, tedy 18 respondentů navštěvují klinickou ambulanci zpravidla 1krát za 3 týdny. 2,2 % (tj. 3 resp.) respondentů navštěvuje logopedickou ambulanci v jiné frekvenci, a to: 1krát za týden navštěvují logopeda dva respondenti a 1krát za 2 měsíce jeden respondent. Obecně lze tedy říci, že **97,7 % rodičů navštěvuje** ambulanci klinické logopedie **minimálně jednou v měsíci.**

Téměř každý rodič (tj. 86,3 %) při své návštěvě klinického logopeda **získá materiály** k domácímu procvičování. Oproti tomu **4,5 % (tj. 6) respondentů nikdy nedostávají materiály** od klinického logopeda a jen při některých návštěvách 9 % rodičů dostane materiály na procvičování.

Z rodičů, kteří materiály od klinického logopeda dostávají, někteří (tj. 20 resp.) pociťují, že nabídka poskytovaných materiálů není dostatečně různorodá. Tuto skupinu tvoří 15,8 % respondentů. Totožné procento (tj. 20 resp.) tvoří skupina rodičů, jenž by uvítali větší množství poskytovaných materiálů. Z toho vyplývá, že **31,6 % rodičů není spokojeno s poskytováním materiálů.** Avšak 86 respondentů, což je **více jak polovina rodičů (tj. 68,4 %) vnímá množství** materiálů získaných od klinického logopeda **za dostačující.**

Obecně lze říci, že **nadměrná většina rodičů (tj. 88 %)** při logopedické intervenci **dostává** od klinického logopeda **materiály tištěné.** Rodičů, kteří tištěné materiály nezískávají je 12 % (tj. 14 resp.). Tomu odpovídá následující položka, která potvrzuje, že **112 respondentů (88 %) získává pracovní listy,** tedy materiály tištěné. Méně častou (tj. 19,8 %), avšak druhou nejčastější pomůckou, kterou rodiče obdrží, jsou knížky (tj. 12 resp.). Poté 10,3 % (tj. 13) respondentů dostává loutkové divadlo či maňásky. Nejméně rodiče od klinického logopeda dostávají společenské hry (tj. 7,1 %). Zvláštností je, že **žádný z rodičů (tj. 0 %) nedostává** k domácí logopedické péči **hudební nástroje, píšťalky nebo zvukové hračky**. 13 (tj. 10,3 %) dotazovaných uvedlo, že získávají i jiné pomůcky: *říkanky (2x), hmatové skládačky (2x), písmenka, obecné tipy,*

kostky, velké množství internetových zdrojů, básničky, puzzle, magnetická písmenka, navlékací korálky, brčko.

Respondenti, jenž odpověděli, že dostávají materiály od klinických logopedů, se ve **většině případech (tj. 95,2 %) domnívají, že jsou dostatečně informováni** o používání získané pomůcky od klinického logopeda a využívají jí správně (tj. 120 resp.). Malá část rodičů (tj. 4,7 %) nedokáže posoudit, zdali jsou dostatečně informováni (tj. 6 resp.). Nikdo z respondentů nemá pocit, že by jej klinický logoped nedostatečně informoval.

Z celkového součtu respondentů (tj. 132) za **nejčastější pomůcky**, které používá logoped při logopedické intervenci, rodiče považují: **70,5 %** (tj. 93 resp.) **pexesa, leporela a knížky, 68,1 %** (tj. 90 resp.) **pracovní listy,** 56,8 % (tj. 75 resp.) společenské hry a 27,2 % (tj. 36 resp.) PC programy. V dotazníku zmiňovalo 11,3 % (tj. 15 resp.) respondentů i další pomůcky jako je *zrcadlo (4krát), hračky dle potřeby dítěte (2krát), kreslení, omalovánky, vybarvování, zvukové hračky – zvonečky a klíče, bubínek.*

V další otázce byla sledována opět oblíbenost a nejčastější použití pomůcek, ale tentokráte z pohledu rodičů. Tedy jaké pomůcky rodiče preferují při práci s jejich dítětem. **Na prvním místě rodiče opět zvolili pexesa, leporela a knížky a pracovní listy.** Každé varianta odpovědi **získala 77,2 %** (tj. 102 resp.). Na dalším místě se umístily říkanky a básničky s 52,2 % (tj. 69 resp.) a poté deskové hry s 50 % (tj. 66 resp.). Nejméně užívanými pomůckami z nabízených jsou PC programy, ty zvolilo pouze 13,6 % (tj. 18) respondentů. Z celkového počtu respondentů, **4,5 % (tj. 6 resp.) preferují jiné pomůcky** než zmiňované: *hračky – mašinka a autíčka, kostky, magnetická písmenka, pohybové hry – trénink koordinace, zrcadlo, vždy dle situace.*

Co se týče **dětí, ty nejraději pracují s materiály a pomůckami obrázkového typu,** tuto možnost vybralo **70,4 %** (tj. 93) **respondentů.** Vyrovnaně oblíbené jsou počítačové a zvukové pomůcky, pro které hlasovalo 31,8 % (tj. 42 resp.) a 27,7 % (tj. 36) respondentů. Za nejméně oblíbené a využívané lze považovat hmatové pomůcky, které vybralo pouze 15 respondentů, tedy z celkového počtu jen 11,3 %.

Na otázku, zdali využívají i jiné typy pomůcek **více jak polovina (tj. 80) respondentů (tj. 60,6 %) odpověděla, že jiné pomůcky pro domácí logopedickou péči nevyužívají** (např. pro rozvoj jemné motoriky, hrubé motoriky, sluchová percepce, dechová cvičení…). Z dotázaných respondentů **39,4 %** (tj. 52 resp.) **uvedlo i další využívané pomůcky,** nimiž doplňují domácí logopedickou péči: *hra Logico piccolo, navlékání korálků, hra na piano, sluchové pexeso, čtení slov, puzzle, opakování básniček*

a říkanek, kreslení a psaní, logopedické pexeso, balónky, dřevěné skládačky, dechové pomůcky – brčko a píšťalka, logické hry, různé skládačky, PC programy, sluchové a hmatové pomůcky, modelína, Albi tužka, vystřihování, hláskování slov, stavebnice, cviky na oromotoriku, rozvoj jemné motoriky, logopedické hry – rozvoj přemýšlení, deskové hry, rozvoj hrubé motoriky – jízda na kole a na bruslích, karate.

Pro zaujetí dítěte před začátkem domácího logopedického procvičování **15 rodičů používá knížku**, **15 rodičů zvolí cokoliv co se týká her a něčeho nového,** 13 rodičů si zahraje před zahájením s dítětem pexeso, 12 rodičů jej motivuje sladkostmi, 8 rodičů slíbí jako odměnu hračku, 7 rodičů sáhne po nějaké oblíbené pohádce, **6 rodičům stačí slovní domluva**, 6 rodičů začne nejprve pracovat s obrázky, 5 rodičů umožní dítěti vybarvovat získané materiály nebo mu dají omalovánky, 4 rodiče začínají oblíbenou činností – doplňování pracovního sešitu, 2 rodiče používají před začátkem hru „Rozhýbej svůj jazýček“, 2 rodiče procvičují grafomotoriku, 2 rodiče trénují pohyby úst a jazyka a 1 rodič volí hru „slovní fotbal“ . Na tuto otázku z celkového počtu respondentů **odpovědělo pouze 74,2 % dotazovaných**. Avšak z výsledků je patrné, že **55,1 % rodičů využívá k zaujetí dítěte cokoliv, co je spojeného s hraním.** Překvapivě 6 % rodičů nepotřebuje k zaujetí a motivaci žádnou pomůcku.

Převážná část (tj. 110) respondentů **(tj. 83,3 %) nemá sebemenší zkušenosti s počítačovými programy** týkající se logopedie. Pouhých 16,7 % (tj. 22) respondentů s počítačovými programy již dříve pracovalo.

Ze 132 oslovených respondentů, 68,2 % (tj. 90) respondentů nestahuje materiály z internetových zdrojů. Oproti tomu **42 respondentů (31,8 %) materiály získává pomocí stahování z internetových stránek.**

Dle dotazovaných rodičů, **nejčastěji (tj. 53,8 %) klinický logoped pracuje s podpůrnou pomůckou špachtle/špátle** (71 resp.), poté s vibrátory a rotavibrátory (tj. 14,4 %) a logopedickými sondičkami (14,4 %). Jiné podpůrné pomůcky, které při logopedické intervenci kliničtí logopedi užívají jsou: 6 respondentů zmiňuje obrázkové kartičky, 5 respondentů uvádí přírodní materiály, 4 respondenti zapsali hry, 3 respondenti bonbóny, 2 respondenti brčka a 1 uvádí Dentalux. **3 % respondentů uvedlo, že klinický logoped** při jejich terapii **nevyužívá žádné podpůrné pomůcky.**

Rodiče získávají informace o nových logopedických **nejčastěji (tj. 70,5 %) od klinického logopeda** při jejich návštěvě (tj. 93 resp.). Dále pak 31,8 % (tj. 42) respondentů čerpá z webových stránek. Z mateřských škol získává informace 29,5 %

(tj. 39) respondentů. 20,5 % (tj. 27) dostane doporučení od přátel a jen malá část (2,3 %) se informuje o dostupnosti nových logopedických pomůcek na trhu z časopisů (tj. 3 resp.).

Z celkového počtu všech dotazovaných (132) rodičů si **63,6 %** (tj. 74) **respondentů nové pomůcky převážně kupuje.** Vlastní výrobu pomůcek preferuje 36,4 % (tj. 48) respondentů.

Lze říci, že srovnatelné množství respondentů (tj. 62) si některé pomůcky zaměřené na logopedii dokoupilo (47 %) a podobné množství (tj. 70 resp.) si **žádnou pomůcku nikdy nekoupilo (53 %)**. Z 62 respondentů, jenž si pomůcku koupilo uvádělo: 18 respondentů *pracovní sešit,* 12 respondentů *společenské hry (např. „Rozhýbej svůj jazýček"),* 9 respondentů *knížky,* 9 respondentů *Logico piccolo*, 6 respondentů *Albi tužku*, 4 *respondenti logopedické pexeso*, 2 respondenti *hlavolam*, 2 respondenti *vibrátor*, 1 *brčka*, 1 *Dentalux.*

Z celkového počtu **vnímá 84 %** (tj. 111) **respondentů aktuální nabídku pomůcek** jako **dostačující**. Zbylý počet (tj. 21) respondentů (16 %), nedokáže stav současné nabídky pomůcek posoudit (11,4 %) nebo jej **4,6 %** (tj. 6) **respondentů považují za nedostačující**.

Nejvíce rodičů (43,2 %) pravidelně **realizuje domácí logopedickou péči 3krát týdně** (tj. 57 resp.). Větší píli má o něco méně rodičů (40,9 %), kteří procvičují logopedii maximálně 1krát denně (tj. 54 resp.). 13,6 % (tj. 18) rodičů provádí domácí logopedickou péči vícekrát za den. Nejméně respondentů (tj. 2,3 %) procvičuje pouze jednou do týdne (tj. 3 resp.). Z toho vyplývá, že **minimálně jednou denně se dostane k logopedii 54,5 % (tj. 72) rodičů s dětmi**.

Spokojenost rodičů **s logopedickou intervencí** prováděnou klinickým logopedem **je u 92,4 %** (tj. 122) **respondentů stoprocentní.** Nepatrná část, 7,6 % (tj. 10) respondentů, má k práci nějaké výhrady: *změnit přístup logopeda (klidnější, příjemnější, individuální), zvýšit pravidelnost návštěv, zvolit různorodější aktivity (větší pestrost, hravost), prodloužit terapeutické sezení.*

Na základě získaných dat z provedených rozhovorů vyplývají určitá fakta, jenž poskytují pohled z opačné strany, tedy z pohledu klinických logopedů, na využití pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku.

Všichni dotazovaní kliničtí logopedi **používají logopedické pomůcky** při diagnostice a terapie ***permanentně.***

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že **typy pomůcek** využívaných klinickými logopedy ***jsou různorodé, v závislosti na individuálních potřebách dítěte*** a současně i na ***oblíbenosti*** pomůcky u konkrétního dítěte. Dle všech logopedů jsou **nejčastěji využívané:** Obrázky, fixy, pastelky, leporela, knížky, skládanky, puzzle, plast. zvířátka, motorické labyrinty, papírová divadla, pastelky, hračky, zrcadlo, špátle, přírodní materiály, potraviny, hry Granna, Logico Primo, Logico Piccolo.

Nejčastěji kliničtí logopedi **čerpají informace o nových logopedických pomůckách *z internetu, z webových stránek Asociace klinických logopedů, ze seminářů a školení.*** Méně častěji od kolegů a rodičů.

Z rozhovorů vyplývá, že **nejvíce** kliničtí logopedi **získávají nové logopedické pomůcky *koupí či vlastní výrobou*.**

Obecně se kliničtí logopedi shodují, že **škála nabízených pomůcek *je dostačující*** a nevnímají, že by bylo potřeba nabídku jakkoliv rozšiřovat.

Při otázce týkající se výběru a tvorby nových logopedických pomůcek, **všichni** logopedi uvádějí, že **důraz kladou** především **na *kvalitu* pomůcky**. Dále je pro ně důležitá smysluplnost a účelnost.

Každý z logopedů při logopedické intervenci **používá své *vlastní pomůcky***.

Při logopedické terapii kliničtí logopedi **k motivaci dítěte využívají takové pomůcky**, jenž dokáží dítě zaujmout svou ***barevností, jednoduchostí a mohou si s nimi hrát.*** Samozřejmě výběr vhodných pomůcek se odvíjí od individuálních zájmů dítěte.

Z dotazovaných, při logopedické terapii **používají logopedické počítačové programy *pouze dva*** logopedi.

Z pohledu klinických logopedů **děti nejraději pracují *s počítačovými programy*** (např. Mentio) **a *se stolními hrami*** (např. Granna). Dále pak mají oblíbené: pexeso, puzzle, zvuková leporela, Logico Piccolo, CD naslouchej a hraj si, divadélka, skládanky a motanice.

9 Zhodnocení naplněných cílů praktické části bakalářské práce a diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, s jakými pomůckami pro eliminaci komunikačních obtíží dítěte se nejčastěji rodiče předškolních dětí s vývojovými poruchami řečové komunikace setkávají v situaci pravidelných návštěv na pracovišti klinické logopedie a při domácí logopedické terapii.

V návaznosti na hlavní cíl práce byly stanoveny tři dílčí cíle, jež danou problematiku sledují podrobněji.

DC1: Zjistit zkušenosti rodičů předškolních dětí s narušenou komunikační schopností s využíváním logopedických pomůcek při odstraňování komunikačních obtíží jejich dítěte (analyzovat informovanost, pravidelnost...).

K uskutečnění tohoto cíle slouží pět položek z dotazníkového šetření, jimiž sledují problematiku informovanosti rodičů o používání konkrétní pomůcky získané od klinického logopeda, informovanosti o možnostech získávání nových logopedických pomůcek, pravidelnosti návštěv klinického logopeda za účelem logopedické intervence, pravidelnosti zisku (např. i formou výpůjčky) logopedických pomůcek od klinického logopeda k realizaci domácí logopedické péče a pravidelnosti provádění domácího logopedického procvičování.

Na základě získaných odpovědí z dotazníkového šetření byla v kapitole 7 vytvořena grafická schémata doplněná o komentáře. Poté byla provedena podrobná analýza dat v kapitole 8. **Díky takto popsané metodice a na základě získaných údajů lze první dílčí cíl považovat za splněný.**

DC2: Sledovat spokojenost rodičů předškolních dětí s logopedickou intervencí prováděnou v klinické logopedii v návaznosti na využití logopedických pomůcek.

Spokojenost rodičů s realizací logopedické intervence byla sledována poslední položkou dotazníkového šetření. Z výsledků výzkumného šetření vyplynula skutečnost, že rodiče jsou ve většině případů s prováděnou logopedickou intervencí spokojeni. Pravdou je, že nepatrná skupina respondentů měla k práci klinického logopeda výhrady, avšak zmiňované připomínky nejsou vnímány jako zásadní nedostatky nebo tak, aby ohrožovaly samotný průběh logopedické intervence, nýbrž jako navrhované možnosti ke zlepšení prováděné logopedické péče v klinické logopedii. **Druhý dílčí cíl lze pokládat za splněný.**

DC3: Reflektovat názory klinických logopedů vzhledem k využívání logopedických pomůcek při logopedické intervenci u dětí předškolního věku s vývojovými řečovými poruchami.

Posledním dílčím cílem výzkumného šetření bylo, na základě provedených rozhovorů, reflektovat názory klinických logopedů, týkající se sledované problematiky, konkrétně využívání logopedických pomůcek při eliminaci komunikačních obtíží předškolního dítěte. Obecně lze shrnout, že vyjma nepatrných odchylek se kliničtí logopedi v názorech shodují, doplňují však své individuální přístupy a poznatky. Rozhovory jsou podrobněji rozepsány v kapitole 7 a vyhodnoceny v kapitole 8. **Třetí dílčí cíl lze tímto považovat za splněný.**

Diskuzní část předložené práce si klade za cíl porovnat výsledky autorky výzkumného šetření s poznatky ostatních autorů a ptát se na možné důvody jejich shod nebo rozdílů.

K otázce nejpoužívanějších druhů pomůcek při logopedické intervenci lze z poznatků získaných praktickou částí obecně říci, že rodiče mají možnost nejčastěji pracovat s materiály tištěnými. Z jejich pohledu jsou nejvíce využívána pexesa, leporela a knížky. *Uvedené výsledky jsou v souladu se statistikami zmiňovanými v odborné literatuře (Kutálková, 2009).* S pracovními listy se setkávají ve většině případů, ať už v ambulanci klinického logopeda, či při domácí logopedické péči. Jelikož děti nejraději pracují s materiály a pomůckami obrázkového typu, jsou pro ně zmiňovaná pexesa, leporela a knížky nejvhodnějšími pomůckami. *Shodně toto uvádějí například i autoři Klenková, Kutálková, Kejklíčková nebo Šulová.* Poměrně malá část rodičů využívá při domácí logopedické péči i jiné typy pomůcek, nicméně se jedná o pomůcky velmi různorodé.

Jak je známo, děti v předškolním věku si nejraději hrají, proto rodiče nejčastěji využívají jakékoliv hry a hračky k jejich zaujetí a motivaci. *Stejně tak je zmíněno v teoretické části v kapitolách 5.1.1 a 1.2. Oproti literatuře, která uvádí, že oblíbenost knížek u dětí klesá (Kutálková, 2009),* z výsledků šetření vyplynulo, že u dětí záliba v knížkách stále přetrvává. *Pro autorku BP je dále překvapivým poznatkem skutečnost, že v dnešní době většina rodičů nemá zkušenosti s počítačovými programy, i přesto, že je na trhu dostupné nemalé množství aplikací a programů zaměřených na logopedickou terapii.* V tomto případě nelze usuzovat, že je na vině neinformovanost rodičů, poněvadž ta je, ať už po stránce získávání nových informací, nebo po stránce správného užívání

pomůcky, nejčastěji poskytována ze strany klinického logopeda, kterou rodiče vnímají jako dostačující, stejně tak jako vnímají dostatečnou nabídku pomůcek. *S tímto může autorka jedině souhlasit, jelikož nabídka poskytovaných pomůcek pro děti předškolního věku je dle Kejklíčkové (2016) velmi rozsáhlá, což autorka zmiňuje i v kapitole 5.1.1.* Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že více rodičů logopedické pomůcky dokupuje, než vlastnoručně vyrábí, avšak nejedná se o nijak závratný nepoměr. *Pozitivně zároveň autorka vnímá spokojenost rodičů s prováděnou logopedickou intervencí a pravidelnost realizace domácí logopedické péče, poněvadž krátkodobá pravidelnost opakování je jednou ze zásad kvalitní logopedické péče.*

V rámci realizace rozhovorů bych ze strany klinických logopedů očekávala větší aktivitu, otevřenost a zapojení se do rozhovoru. Odpovědi logopedů, s nimiž jsem šetření prováděla, byly poměrně strohé a úsečné. S ohledem na velkou časovou vytíženost klinických logopedů a dosti limitovanému času k uskutečnění rozhovoru je nicméně takový přístup pochopitelný a poskytnuté informace považuji za velmi cenné a přínosné.

Všechna získaná data byla v praktické části bakalářské práce prezentována, pro lepší přehlednost graficky znázorněna a okomentována, poté podrobena analýze, vyjádřena v procentech a obecně shrnuta. **Komplexně lze považovat hlavní cíl bakalářské práce za splněný.**

Závěr

Děti jsou velmi rozdílné, avšak jednu vlastnost mají všechny společnou – zálibu v hraní. Činnost, která má v životě dítěte významnou roli, nejvíce doprovází právě předškolní období dítěte, a právě proto by měla být základem kvalitní a funkční logopedické intervence. S tím souvisí především různorodost a atraktivnost logopedických pomůcek, které v dítěti vzbuzují dostatečný zájem. V současnosti je nabídka logopedických pomůcek na trhu velmi široká a existuje celá řada výrobců a dodavatelů. Díky tomu mají kliničtí logopedi možnost uplatňovat všechny své konkrétní požadavky na danou pomůcku a zároveň tak zohlednit individualitu dítěte.

Bakalářská práce poskytuje získané informace z výzkumného šetření, týkající se využívání logopedických pomůcek v logopedické intervenci u dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností. Bakalářská práce je členěna na teoretickou část s pěti hlavními kapitolami a část praktickou. První kapitoly teoretické části se zaměřovaly na definici předškolního období, vývoj dítěte a vývoj řeči, dále pak na pojem narušená komunikační schopnost, s tím spjaté nejčastěji se vyskytující vady řeči u dětí předškolního věku, jež byly jednotlivě charakterizovány. Další kapitola nastínila pracovní kompetence logopedických pracovníků, potřebné vzdělání k výkonu práce a možnosti logopedické péče v České republice. V návaznosti na předcházející kapitolu byl dále objasněn význam pojmů užívaných v logopedické intervenci – logopedická diagnostika, terapie a prevence. Závěrečná kapitola teoretické části byla zaměřena na logopedické pomůcky sloužící k rozvoji komunikace, největší pozornost byla věnována kategorizaci logopedických pomůcek. Tento přehled byl obohacen o názory několika autorů napříč obdobími. Součástí jsou i zmínky o nabídce počítačových programů zaměřených na rozvoj řečových dovedností. Nezbytné bylo rovněž nastínění typologie pomůcek využívaných pro alternativní a augmentativní komunikaci.

V empiricky orientované části bakalářské práce jsou graficky znázorněny výsledky výzkumného šetření a detailně popsána získaná data. Následně jsou citovány názory klinických logopedů na využití logopedických pomůcek v klinické praxi a celkově shrnuty získané poznatky.

V rámci hlavního cíle se podařilo zjistit, jaké jsou nejčastěji využívané logopedické pomůcky v logopedické intervenci, ať už ze strany rodičů, či ze strany klinických logopedů, a jaké pomůcky patří mezi nejvíce oblíbené, jak u rodičů, klinických logopedů, tak u dětí s vývojovými poruchami řečové komunikace.

S ohledem na výsledky získané bakalářskou prací bych ráda poukázala na fakt, že většina rodičů doposud neprojevuje zájem o využívání počítačových logopedických programů sloužících k realizaci logopedické intervence u jejich dítěte. Na základě těchto poznatků, které jsou alespoň pro mne překvapivé, jsem se rozhodla práci obohatit o stručný informační leták týkající se nabídky některých logopedických programů dostupných na trhu. Cílem bylo vytvořený materiál nabídnout klinickým logopedům jako informační přehled aktuálně dostupných logopedických programů pro rodiče s dětmi s narušenou komunikační schopností.

Tuto bakalářskou práci považuji za přínosnou a aktuální z hlediska probíhající inkluze a s tím spojenou mezioborovost, která vyžaduje informované a kompetentní pracovníky k realizaci logopedické intervence napříč vědními obory. Vzhledem k této situaci může bakalářská práce sloužit jako nástin aktuální nabídky logopedických pomůcek a dále pak jako souhrn možností vedoucích ke zlepšení prováděné logopedické intervence u dětí předškolního věku při eliminaci vývojových řečových poruch. Zároveň může pomoci klinickým logopedům k navázání kvalitnějšího kontaktu s rodiči dětí s narušenou komunikační schopností, jelikož jsou zde zastoupeny právě názory a poznatky rodičů na prováděnou logopedickou intervenci ve vazbě na logopedické pomůcky.

Seznam užitých zkratek v textu

BERA	Brainstem Evoked Responses Audiometry, objektivní vyšetření sluchu pomocí evokovaných potenciálů
CNS	centrální nervová soustava
CT	Computer tomography, počítačová tomografie, rentgenové vyšetření různých oblastí těla
ČCE	českobratrské církve evangelické
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EEG	Elektroencefalografie, diagnostická metoda zaznamenávající elektrické aktivity mozku
EMA	Elektromagnetická artikulografie
EPG	Elektropalatografie
ICT	informační a komunikační technologie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NKS	narušená komunikační schopnost
OAE	Otoakustické emise, objektivní vyšetření sluchu
PET	Positron Emission Tomography, pozitronová emisní tomografie, diagnostická zobrazovací metoda
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
SPC	speciálně pedagogické centrum
SPECT	Single-Photon Emission Computed Tomography, Jednofotonová emisní výpočetní tomografie, diagnostická zobrazovací metoda
SPU	specifické poruchy učení
ŠMVZP	školy pro mládež vyžadující zvláštní péči

Seznam grafických schémat

Tabulka č. 1: Vývoj artikulace hlásek (s. 28)

Tabulka č. 2: Průběh výzkumného šetření (s. 71)

Graf č. 1: Věk výzkumného vzorku (s. 70)

Graf č. 2: Návštěvnost logopedické ambulance (s. 73)

Graf č. 3: Získávání materiálů (s. 73)

Graf č. 4: Potřeba většího množství materiálů (s. 74)

Graf č. 5: Získávání tištěných materiálů (s. 74)

Graf č. 6: Typy pomůcek (s. 75)

Graf č. 7: Dostatečná informovanost (s. 76)

Graf č. 8: Nejčastěji užívané pomůcky ze strany logopedů (s. 76)

Graf č. 9: Nejčastěji užívané pomůcky ze strany rodičů (s. 77)

Graf č. 10: Nejoblíbenější pomůcky dítěte (s. 78)

Graf č. 11: Využívání jiných pomůcek (s. 79)

Graf č. 12: Zkušenosti s PC programy (s. 80)

Graf č. 13: Stahování materiálů (s. 81)

Graf č. 14: Podpůrné pomůcky (s. 81)

Graf č. 15: Využívané zdroje (s. 82)

Graf č. 16: Získávání pomůcek (s. 83)

Graf č. 17: Dokupování pomůcek (s. 83)

Graf č. 18: Dostačující nabídka pomůcek (s. 84)

Graf č. 19: Pravidelnost procvičování (s. 85)

Graf č. 20: Spokojenost rodičů (s. 85)

Seznam literatury a dalších pramenů

1. ASHBY, Michael a MAIDMENT, John A. *Úvod do obecné fonetiky*. Přeložil Tomáš DUBĚDA. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. 192 s. ISBN 978-80-246-2322-1.

2. EDELSBERGER, Ludvík a SOVÁK, Miloš, a kol. *Defektologický slovník.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978. 480 s. Knižnice speciální pedagogiky.

3. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.

4. BORBONUS, Theo; MAIHACK, Volker. *Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen.* In GRONFELDT, M. a kol. *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie.* Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer, 2000. 236–250 s. ISBN 3-17-016049.

5. BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 200 s. ISBN 978-80-210-4454-8.

6. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový.* 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.

7. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315.

8. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

9. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

10. KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetřovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

11. KEJKLÍČKOVÁ, I. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.

12. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

13. KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči.* 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 213 s. ISBN 80-7178-361-7.

14. KUTÁLKOVÁ, D. *Vývoj dětské řeči krok za krokem.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1026-9.

15. KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence.* 5. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 228 s. ISBN 978-80-7262-598-7.

16. LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie.* 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-x.

17. LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou.* 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9

18. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5.

19. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

20. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

21. LECHTA, Viktor a KRÁLIKOVÁ, Barbara. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7367-849-4.

22. LISÁ, Lidka a KŇOURKOVÁ, Marie. *Vývoj dítěte a jeho úskalí.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 274 s. Život a zdraví.

23. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

24. NEUBAUER, K. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace.* 1. vyd. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

25. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické poradenství: příklady a analýzy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978-80-247-2666-3

26. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

27. PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a využití v praxi.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, 1997. 89 s. ISBN 80-210-1595-0.

28. SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 224 s. Knižnice sociální pedagogiky.

29. ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie.* 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

30. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě v předškolním období.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 76 s. Žijeme s dětmi. ISBN 80-204-1187-9.

31. ŠVEC, Š. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. České rozš. vyd. Brno: Paido, 2009. 302 s. ISBN 978-80-7315-192-8.

32. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.

33. ŠULOVÁ, Lenka a ZAOUCHE-GAUDRON, Chantal. *Předškolní dítě a jeho svět: L'enfant d'âge préscolaire et son monde.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 471 s. ISBN 80-246-0752-2.

34. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

35. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

36. VITÁSKOVÁ, Kateřina a PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

37. VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti.* 1. vy. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. 174 s. ISBN 80-04-24504-8.

Seznam internetových zdrojů

1. PETRŽÍLKA, Jan a PETRŽÍLKOVÁ, Marta. *Mentio* [online]. c2019 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.mentio.cz/

2. Fono by EMIT plus. *O Fone* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.fono.sk/

3. Soukromá klinika LOGO s.r.o. *Pomůcky pro poruchy polykání* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.moje-http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani).klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani

4. Petit o.s. *Programy Petit* [online]. c2009 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.petit-os.cz/index.php

5. Multimedia ART. *Chytré dítě: Učíme děti přemýšlet. Efektivní metodika výuky* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.chytredite.cz/

6. X-Soft. *DysCom 11.1* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.x-soft.cz/dyscom/

7. IBM. *Speech Viewer* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.ibm.com/cz-cs/?ar=1

8. Asociace klinických logopedů České Republiky. *Program pro logopedickou praxi* [online] [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz/res/file/pomucky/sona-speech-cs-2010.pdf

9. Asociace klinických logopedů České Republiky. *Materiály pro diagnostiku a terapii* [online]. c2019 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=odbornici--materialy-diagnostika-terapie

10. Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci s.r.o. *Počítačové programy – prodej* [online]. c2009, poslední revize 20011 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.saak-os.cz/stranka-pocitacove-programy-prodej-5

11. AudioNIKA s.r.o. *PILP 200* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: http://www.audionika.cz/pilp/stranka/o-programu

12. 13. mateřská škola, Písek. *O nás* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: https://www.13mspisek.cz/o-nas/

13. ZŠ J.K. Tyla a MŠ, Tylova 2391, Písek. *5. Mateřská škola – Fűgnerovo nám. 47* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: https://www.zstylova.cz/5-materska-skola/

14. 9. Mateřská škola Písek. *O nás* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: https://www.9mspisek.cz/o-nas/

15. Nemocnice Písek, a.s. *O nemocnici* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: https://www.nemopisek.cz/index.php/o-nas

16. Nemocnice Písek, a.s. *Klinická logopedie* [online]. c2009 [cit. 2019-02-30]. Dostupné z: https://www.nemopisek.cz/index.php/oddeleni/ostatni/824-klinicka-logopedie

Pozn.: Obrazový materiál [online]. c2009-2019 [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: https://www.bety.cz/deti-a-rodina/clanky/4139/Pocitacove-hry-a-vase-deti-Budte-v-obraze

Seznam legislativních pramenů

1. MŠMT (2009). *Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství* [online] [cit. dne 2019-01-18]. Dostupné z: http://www.spcjicin.cz/files/MT_Metodicke_doporuceni_logopedie.pdf

2. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základní, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) ve znění pozdějších předpisů [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561

3. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro rodiče dětí, docházejících ke klinickému logopedovi

Příloha B: Seznam otázek pro rozhovor

Příloha C: Informační leták pro rodiče

Přílohy

Příloha A: Dotazník pro rodiče dětí, docházejících ke klinickému logopedovi

Dotazník pro rodiče dětí docházejících ke klinickému logopedovi

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Maturová, jsem studentkou vysoké školy oboru Speciální pedagogika – logopedie a ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění mého ***anonymního*** *dotazníku. Skládá se z 20 stručných otázek, které Vám nezaberou více jak deset minut času. Dotazník slouží pouze jako statistický vzorek k mé bakalářské práci týkající se využití logopedických pomůcek u dětí předškolního věku. Mnohokrát děkuji za vyplnění.*

Věk dítěte: …….

1. **Jak často chodíte se svým dítětem k logopedovi?**
   a.) zpravidla 1krát za 14 dní
   b.) zpravidla 1krát za 3 týdny
   c.) zpravidla 1krát za měsíc
   d.) v jiné frekvenci – prosím, uveďte jak často:
2. **Jak často dostáváte od klinického logopeda materiály k domácímu procvičování? (např. i formou výpůjčky)**
   a.) každou návštěvu
   b.) nikdy
   c.) občas

   Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a „nikdy", prosím, věnujte pozornost až otázce ***č. 7.***

3. **Pokud Vám logoped předává materiály pro domácí práci, uvítali byste větší množství těchto materiálů?**
   a.) ano
   b.) ne větší množství materiálů, spíše různorodější materiály
   c.) ne

4. **Dostáváte tištěné materiály?**
   a.) ano
   b.) ne

5. **Jaké typy pomůcek dostáváte k domácímu procvičování? (můžete označit více odpovědí)**
   a.) pracovní listy
   b.) knížky
   c.) loutkové divadlo, maňásky
   d.) společenské hry
   e.) hudební nástroje, píšťalky, zvukové hračky
   f.) jiné – uveďte, prosím, jaké:

6. **Jste dostatečně informováni o používání dané pomůcky?**
   a.) ano
   b.) ne
   c.) nedokáži posoudit

7. **Jaké pomůcky nejčastěji používá klinický logoped při vaší návštěvě? (možnost více odpovědí)**
   a.) pracovní listy
   b.) PC programy
   c.) pexesa, leporela, knížky
   d.) společenské hry
   e.) jiné – uveďte, prosím, jaké:

8. Jaké pomůcky nejčastěji preferujete vy při práci s dítětem? (možnost více odpovědí)

a.) pracovní listy
b.) deskové hry
c.) pexesa, leporela, knížky
d.) PC programy
e.) říkanky, básničky
f.) jiné – uveďte, prosím, jaké:

9. S jakými pomůckami pracuje dítě nejraději?

a.) zvukovými
b.) počítačovými
c.) obrázkovými
d.) hmatovými

10. Využíváte i jiné typy pomůcek? Případně jaké? (pro rozvoj jemné motoriky, sluchová cvičení, hrubá motorika, dechová cvičení, ...)

a.) ano – prosím, uveďte jaké:
b.) ne

11. Jakou pomůcku využíváte k zaujetí dítěte před začátkem domácího procvičování?

Např.: …….

12. Máte zkušenosti s počítačovými logopedickými programy?

a.) ano
b.) ne

13. Stahujete si materiály z internetových zdrojů?

a.) ano
b.) ne

14. Jaký druh podpůrných pomůcek využívá logoped? (můžete označit více odpovědí)

a.) vibrátory a rotavibrátor
b.) logopedické sondičky
c.) špachtle/špátle
d.) jiné – uveďte, prosím, jaké:

15. Ze kterých zdrojů získáváte informace o nových logopedických pomůckách? (možnost více odpovědí)

a.) webové stránky
b.) doporučení přátel
c.) časopisy
d.) z MŠ
e.) doporučení logopeda

16. Preferujete vlastní výrobu pomůcek nebo koupi pomůcek?

a.) vlastní výroba
b.) koupě pomůcek

Dokoupili jste si sami nějaké další pomůcky? Případně jaké?

a.) ano – prosím, uveďte jaké:
b.) ne

17. Myslíte si, že je současná nabídka logopedických pomůcek na trhu dostačující?

a.) ano
b.) ne
c.) nedokáži posoudit

18. Myslíte si, že je současná nabídka logopedických pomůcek na trhu dostačující?

b.) ano
c.) ne
d.) nedokáži posoudit

19. Jak často se doma věnujete (orientačně) logopedickým cvičením?

a.) vícekrát denně
b.) max. 1krát denně
c.) 3krát týdně
d.) max. 1krát týdně

20. Jak jste spokojeni se spoluprací logopeda?

a.) ano, jsem se vším spokojena
b.) ne, nejsem spokojena, můžete blíže specifikovat, co je příčinou Vaši nespokojenosti:
c.) k práci mám nějaké výhrady, můžete blíže specifikovat:

Příloha B: Seznam otázek pro rozhovor

Rozhovor s klinickým logopedem

Jak často používáte pomůcky při své diagnostice a terapii?

S jakými typy pomůcek pracujete nejčastěji?

Z jakých zdrojů se dozvídáte o nových pomůckách?

Jak získáváte nové logopedické pomůcky?

Máte pocit, že škála nabízených pomůcek je dostačující? Případně máte typy na nové?

Na co se zaměřujete při výběru nových pomůcek?

Používáte některé vlastní pomůcky?

Jaké preferujete pomůcky k zaujetí dítěte při logopedické terapii?

Používáte počítačové programy zaměřené na logopedii? Uveďte jaké.

Se kterými pomůckami pracují děti nejraději?

Příloha C: Informační leták pro rodiče

Logopedické počítačové programy

Nejen pro děti předškolního věku

Využijte technologie, které nám dnešní doba nabízí. Neváhejte si se svými dětmi vyzkoušet některý ze široké nabídky logopedických PC programů.

V předškolním věku lze výukové programy využít nejen k odstraňování vadné výslovnosti, nýbrž i k celkovému rozvoji řeči a jazyka, rozvoji rozumových dovedností, smyslového vnímání, psychických funkcí atd.

Mentio

- rozvoj řeči a komunikace

Petit

- rozvoj smyslového vnímání, paměti, postřehu

Fono3

- rozvoj komunikačních dovedností

Chytré dítě

- efektivní metodika výuky