

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Odchylky řečové komunikace u dětí v předškolním věku
v období zápisu do 1. třídy a během prvního roku školní docházky**

Bakalářská práce

Autor: Veronika Řezníčková
Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Veronika Řezníčková

Studium: P131034

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace

Název bakalářské práce: **Odchytky řečové komunikace u dětí v předškolním věku v období zápisu do 1. třídy a během prvního roku školní docházky**

Název bakalářské práce Aj: The deviations of the speech communication occurred among children at preschoolers age in the period of registration in the first grade and during the first year of school attendance

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje vývoji řečových schopností u dětí v předškolním a školním věku v době zápisu do 1. třídy a během prvního roku školní docházky. Zaměřuje se na vývoj odchylek artikulace a opožděný vývoj řeči u intaktní populace. Skládá se z teoretické a praktické části. Teoretická část práce podává základní charakteristiku předškolního a školního věku, věnuje se problematice vývoje řeči dítěte. Dále definuje jednotlivé druhy poruch řečové komunikace, které jsou typické pro předškolní a mladší školní věk, a popisuje možnosti logopedické péče v tomto období. Základem praktické části je kvantitativní šetření, kterým jsou zjišťovány řečové schopnosti dětí v době zápisu ve vybraných základních školách. Šetření probíhá ve dvou etapách. První etapa se věnuje dětem v období zápisu do 1. třídy a druhá fáze šetření proběhne s analogickou skupinou dětí ve druhé polovině školního roku v základní třídě. Cílem bakalářské práce je analýza šetření zaměřeného na přítomnost rozvrstvení řečových poruch u dětí během období od zápisu do 1. třídy základní školy do druhé poloviny prvního roku školní docházky.

BEZDĚKOVÁ, Jana. Učíme naše dítě mluvit. 2. vyd. Praha: Arista Books, 2014. ISBN 978-80-878-6710-5. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 200 s. ISBN 978-80-210-4454-8. KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. Praha: Grada Publishing, 2006. 224 stran. ISBN: 80-247-1110-9. KUTÁLKOVÁ, Dana. Průvodce vývojem dětské řeči. 5. vydání. Praha: Galén, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7262-598-7. LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-717-8572-9. NEUBAUER, Karel. Logopedie. 2. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2007. 108 s. ISBN 978-80-7041-093-6. ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan. a kol. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612 stran. ISBN 80-7178-546-6. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 468 s. ISBN 80-246-0956-8

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 22. 3. 2016

.....

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum: 22. 3. 2016

Podpis studenta:

.....

Poděkování

Děkuji především doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a odborné konzultace. Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu vybraných základních škol, které mi umožnily uskutečnit výzkumné šetření ve svých prostorách.

Anotace

ŘEZNÍČKOVÁ, Veronika. *Odchylky řečové komunikace u dětí v předškolním věku v období zápisu do 1. třídy a během prvního roku školní docházky*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 88 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá odchylkami řečové komunikace u dětí předškolního věku. Je zacílena zejména na skupinu předškolních dětí. Z hlediska struktury je práce členěna do dvou částí. Teoretická část se zabývá charakteristikou předškolního a školního věku dítěte, věnuje se problematice vývoje řeči dítěte. Dále definuje jednotlivé druhy poruch řečové komunikace, které jsou typické pro předškolní a mladší školní věk, popisuje možnosti logopedické péče v tomto období.

Praktická část na základě výzkumného šetření zjišťuje řečové schopnosti dětí v době zápisu ve vybraných základních školách. Šetření probíhá ve třech etapách. První etapa se věnuje dětem v období zápisu do 1. třídy, druhá fáze šetření proběhne s analogickou skupinou dětí na začátku zahájení školní docházky, ve třetí etapě proběhne výzkumné šetření v polovině školního roku v základní třídě. Cílem bakalářské práce je poté analýza šetření zaměřeného na přítomnost rozvrstvení řečových poruch u dětí během období od zápisu do 1. třídy základní školy do druhé poloviny prvního roku školní docházky.

Klíčová slova: vývoj řeči, předškolní věk, školní věk, poruchy komunikace.

Annotation

ŘEZNÍČKOVÁ, Veronika. *The deviations of the speech communication occurred among children at preschoolers age in the period of registration in the first grade and during the first year of school attendance*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2016. 88 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with variations in speech communication in preschool children. It focuses on a group of preschool children. In terms of the structure of the paper is divided into two parts. The theoretical part deals with the characteristics of preschool and school age children, pursues the development of the child's speech. . It also defines the individual species speech faults in communication which are typical for preschool and school age and describes possibilities of speech therapy in this period.

The practical part based on the survey finds verbal skills of children during enrollment in the selected primary schools. The investigation is carried out in three stages. The first stage is devoted to children in the registration period in the first grade, the second phase of investigation will be proceeded with the analogical group of children in the second half of the school year, in the third phase will involve research was conducted in the middle of the school year in the elementary classroom. The aim of the bachelor thesis is to analyze survey focused on the presence of stratification speech disorders of children from the period of enrollment in the first grade of primary school to the second half of the first year of schooling.

Keywords: speech development, preschool age, school age, communication disorders.

Obsah

Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Vývoj řečové komunikace	11
1.1. Fylogenetický vývoj řeči	11
1.2. Ontogenetický vývoj řeči.....	12
2. Dítě v období předškolního a školního věku	19
2.1. Předškolní věk.....	19
2.2. Vývoj řeči v předškolním věku.....	21
2.3. Školní zralost	23
2.4. Školní připravenost	25
3. Poruchy řečové komunikace u dětí předškolního věku	27
3.1. Frekventované syndromy.....	27
3.1.1. Opožděný vývoj řeči	28
3.1.2. Vývojová dysfázie.....	31
3.1.3. Dyslalie	34
3.1.4. Kóktavost (Balbuties)	40
3.1.5. Mutismus.....	42
4. Logopedická intervence.....	45
4.1. Vymezení tématu logopedické intervence	45
4.2. Logopedická diagnostika	45
4.3. Logopedická terapie.....	47
4.4. Logopedická prevence	48
4.5. Možnosti poskytování logopedické péče.....	48
II. PRAKTICKÁ ČÁST	54
5. Cíl práce, metody a použité techniky výzkumu.....	54
5.2. Metodologie	54

5.3. Charakteristika míst výzkumného šetření.....	55
5.3.1. Základní škola, Náchodská 18, Trutnov 3	56
5.3.2. Základní škola, V Domcích 488, Trutnov.....	57
5.3.3. Základní škola Pilníkov	58
5.3.4. Základní škola a Mateřská škola Lánov	58
5.4. Charakteristika průběhu výzkumného šetření.....	59
5.5. Interpretace výsledků zkoumaného šetření.....	60
5.5. Shrnutí výsledků – diskuze k výzkumnému šetření.....	70
Závěr.....	76
Seznam literatury.....	77
Seznam tabulek.....	81
Seznam grafů.....	82
Seznam příloh.....	83

Úvod

Řeč je považována za nejdokonalejší schopnost člověka a je ze všech živočišných druhů dána pouze jemu. Společnost je založena převážně na komunikaci. Právě díky schopnosti komunikovat se dorozumíváme, budujeme a udržujeme mezilidské vztahy, vzděláváme se. Naše jazykové schopnosti patří k základní výbavě každého člověka, avšak pro některé jedince může být řeč obtížná a omezovat jej na účasti společenského života. Počet osob s poruchami řečových schopností stoupá a to především u dětské populace, kdy se řeč v jejich věku stále vyvíjí. Je důležité podporovat rozvoj dětské řeči již v útlém věku a zamezit uchýlení se k nesprávnému vzoru řeči. Hlavním cílem bakalářské práce je vypracovat podrobný popis poruch řečové komunikace a podat ucelený přehled o výskytu poruch řečové komunikace u dětí předškolního věku ve městech Trutnov, Pilníkov a Lánov. Výsledky mého šetření se mohou stát předmětem pro kvalitnější práci s dětmi předškolního věku nejen pro samotné učitele, ale i pro rodiče.

Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První kapitola stručně popisuje vývoj řečové komunikace, který lze hodnotit podle jednotlivých stádií vývoje nebo podle jazykových rovin. Druhá kapitola se zaměřuje především na předškolní a školní věk dítěte, který je stěžejní pro tuto práci. Dále je zde charakterizován vývoj řeči v tomto období. Třetí kapitola vystihuje nejčastější poruchy řečové komunikace u dětí předškolního věku, které jsou popsány a srovnávány v různých publikacích. V této kapitole je u každé poruchy charakterizována etiologie, symptomatologie, diagnostika i terapie. Poslední kapitola je zacílena na logopedickou intervenci, kde jsou uvedeny možnosti logopedické péče.

Obsahem empirické části je kvantitativní výzkumné šetření. V této části tvoří základ samotné práce stanovený cíl a hypotézy, ze kterých se v závěru vychází. Je zde popsána charakteristika vybrané skupiny dětí, charakteristika míst šetření a vybrané metody, které byly zvolené pro uskutečnění šetření, dále průběh vlastního výzkumného šetření. Závěrem empirické části jsou výsledky získané v průběhu výzkumného šetření. Celá práce je obohacena o názorné tabulky a grafy shrnující získané výsledky.

Cílem bakalářské práce je analýza šetření zaměřeného na přítomnost rozvrstvení řečových poruch u dětí během období od zápisu do 1. třídy základní školy do druhé poloviny prvního roku školní docházky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vývoj řečové komunikace

Vývojové stadium člověka je mimo jiné určováno schopností dorozumět se neboli komunikovat. Vyštejn (1995, s. 16) doplňuje: „*Vývoj dětské řeči je jakousi obdobou historického vývoje řeči, podobně jako nitroděložní vývoj lidského jedince je považován za zkrácené opakování vývoje, který prodělaly živé bytosti na naší planetě od těch nejjednodušších forem k těm nejsložitějším – k člověku.*“

1.1. Fylogenetický vývoj řeči

Řeč by se u lidského jedince nevyvíjela bez dlouhodobého vývoje lidského druhu. Z fylogenetického hlediska existuje v historii několik zásadních zlomů, které byly určující pro další společenské proměny a způsobily tlak na vyvolání potřeby komunikace a tím i vývoje řeči.

Jedlička (2003) popisuje fylogenetický vývoj řeči, který je datován od doby třetihor, téměř 18 milionů let zpátky do minulosti, kdy předek člověka opustil koruny stromů a začal se pohybovat a hledat potravu na zemi. Pohyb po zemi znamenal postupné napřimování, zmenšování obličejové části lebky a zdokonalování motoriky předních končetin. Nutnost komunikace byla zaznamenána v období, kdy se člověk sdružoval do tlup a nežil již samostatně. Tato socializace spadá do období asi před 800 tisíci lety.

Dlouhá, Černý (2012, s. 11) charakterizují vývoj komunikace takto: „*Lidská řeč a jazyk jsou prostředkem komunikace, prostředkem jedním z nejdokonalejších. U člověka v sobě spojuje všechny možnosti a rozšířila komunikaci i na schopnost grafickou a schopnost čtení. Slouží daleko vyššímu účelu, než je zachování rodu nebo vyhledání potravy. Pouze ve zvukové podobě slouží k předávání zkušeností a historie vývoje lidského druhu.*“

Fylogenezi řeči již desetiletí zkoumají vědci. Existuje mnoho teorií, ale o všem se může pouze diskutovat a domnívat se, co je či není pravdivé. Zajímavá je myšlenka, že za původem řeči stojí lidská práce, která sdružovala lidi. Jiný pohled se přiklání k tvrzení, že se lidé sdružovali, aby byli schopni mezi sebou komunikovat. Mnoho teorií je také založeno na archeologických nálezích, které zkoumají lebku a postavení kostí v obličejí člověka. Fylogenezí rozumíme původ a vývoj lidské řeči. Popisuje, že

všechny výklady o vývoji řeči se shodují na tom, že začátky komunikace u lidského druhu jsou projevy afektivní, napodobovací nebo také obojí. Významné prvky jako zvuková signalizace hlasem, mimika, gestikulace, pohyby plnily funkci ve spojení s předměty, činnostmi a prací. Potřeba komunikovat a sdělovat informace měla za následek v evoluci vytvoření orgánů hlasivek a mluvidel ve spojení s mozkovou činností (Krahulcová 2013).

Řeč je tím, co činí člověka člověkem. Jazyky, které nás vtahují do kulturní kontinuity, spojují naši minulost a zároveň umožňují poznat naše hodnoty budoucím generacím. Lidské myšlení je bez funkce jazyka nemožné. Opravdový jazyk se vždy vyskytuje v nějaké místní variantě. Každý z nich spojuje jeho uživatele s tradicí, která trvá tisíce let. Jakmile si společnost osvojí jazyk, získá díky němu přístup k široké škále vědomostí. Díky tomu jsme schopni myslet, naslouchat, mluvit, číst a psát, apod. Ovlivňování jazyků mezi sebou, je jedním z aspektů historie. Jazyková historie světa vypovídá o podstatě národa. Jazyky rozdělily lidstvo do významných skupin a nyní umožňují pokračování dějin a zároveň dávají historii sdělovat (Dlouhá, Černý 2012).

1.2. Ontogenetický vývoj řeči

„Jedna z výlučně lidských schopností je schopnost řeči, která není vrozena, ale člověk se ji musí učit“ (Vyštejn 1991, s. 12).

Řeč je schopnost, která byla dána pouze lidem a je těsně spjata s rozvojem myšlení. Vývoj řeči lze charakterizovat jako přirozený proces osvojování si porozumění, vyjadřování a používání komunikačních schopností jako komplexního systému znaků a symbolů ve všech jeho formách v rámci ontogeneze člověka (Kapálková 2009).

Vývoj řeči u každého dítěte neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivňován vývojem senzorického vnímání, motoriky, myšlení, ale také jeho socializací. Dělíme jej na dvě stadia, **přípravná stadia**, neboli předřečové období a stadia **vlastního vývoje řeči**. U hodnocení vývoje musíme u každého dítěte postupovat vždy individuálně. Dle Lechty (1985) může docházet v určitém období dítěte k akceleraci nebo retardaci ve vývoji, to však neznamená, že by některá stadia byla vynechána.

Jedlička (2003) uvádí nezbytné podmínky, které jsou důležité pro správný vývoj řeči:

- nepoškozená centrální nervová soustava;
- normální intelekt;
- normální sluch;
- vrozená míra nadání pro jazyk;
- adekvátní sociální prostředí.

Přípravná stadia vývoje řeči

Vývoj vnímání vzniká již před narozením, kdy se dítě naladí na melodii mateřského hlasu. Vznik sluchového vnímání je důležitý pro rozvoj rozumění řeči. Významné období je v prvním trimestru (od čtvrtého týdne), kde probíhá konečná diferenciacie smyslových buněk, tato fáze trvá do 17. týdne. Ve 20. týdnu se utvářejí nervová propojení. Od té doby se již jedná o rudimentární funkční slyšení. Finální vývoj funkční struktury sluchového orgánu je ukončen až ve 34. týdnu intrauterinního vývoje plodu (Dlouhá, Černý 2012).

V období přibližně okolo prvního roku života, si dítě osvojuje návyky, na jejichž základě vzniká později skutečná řeč. Lechta (2011) tyto činnosti charakterizuje jako předverbální a neverbální aktivity. Předverbální projevy, např. křik nebo broukání, mají těsnější vazbu na budoucí zvukovou, slovní nebo mluvenou řeč dítěte. Oproti tomu neverbální projevy obsahující nezvukové a zvukové prvky, nejsou vždy vázány na budoucí mluvenou řeč dítěte. V průběhu vývoje předverbální projevy postupně zanikají, ale neverbální komunikace přetrvává v různých formách po celý život.

Prvním hlasovým projevem u novorozence je **křik**, reflex vyvolaný podrážděním dýchacího centra. Jedná se o reflex, kterým novorozenec reaguje na změnu okolního prostředí, teploty a krevního oběhu. V novorozeneckém období můžeme pozorovat náznaky první neverbální komunikace. Od druhého do třetího týdne je možné u dítěte zaznamenat vrozený výrazový pohyb neboli **úsměv**, což je vrozená mimická výrazová šablona, která je později vystřídána úsměvem na podnět. Klenková (2006) dodává, okolo šestého týdne se začíná křik měnit, dostává citové zabarvení. Zpočátku křikem dává najevo výraz nelibosti nebo odporu. Křik má ze začátku tvrdý hlasový začátek, kterým vyjadřuje nespokojenost. V pozdějším období, mezi druhým až třetím měsícem, začíná mít již měkký hlasový začátek, který naopak vyjadřuje libé pocity (Bytešníková 2012).

Od čtvrtého měsíce dítě produkuje zvuky podobné fonémům. Tato činnost je nazývána **broukání** a objevuje se i u dětí vrozeně neslyšících, která u nich později vyhasíná z důvodu absence zpětné vazby. Naopak slyšící děti s vlastním hlasem experimentují, poslouchají se a opakují stále dokola vše, co je zaujalo. Mezi šestým až osmým měsícem navazuje na předchozí stadium, stadium **pudového žvatlání** (Vágnerová 2000). Žvatlání je považováno za „hru s mluvidly“, kdy dítě napodobuje pohyby mluvidly jako při příjmu potravy, které navíc doprovází hlasem. Ve čtvrtém až šestém měsíci dítě reaguje na známé hlasy, především na hlas matky. Vlivem rozvíjejícího se smyslového vnímání nastupuje období **napodobujícího žvatlání**. Dítě začíná napodobovat zvuky, hlásky mateřského jazyka, melodii a rytmus. K napodobení hlásek je třeba mnoho pokusů, které je nazýváno termínem *fyziologická echolálie*. Motivace k rozvoji řeči je dána potřebou sociální interakce, snaží se stále více komunikovat se svým okolím (Bytešnicková 2012).

Postupně si všímá pohybů mluvidel nejbližších osob, především matky a začíná napodobovat hlásky svého mateřského jazyka. Poslední fází, která nastupuje okolo desátého měsíce, se nazývá stadium **rozumění**. V tomto období dítě nechápe a nerozumí obsahu slov, ale slyšená slova spojuje s vjemem či představou konkrétní situace. Rozumění slov se projevuje motorickou reakcí, např. na výzvu „udělej paci, paci“ nebo „jak jsi velký?“. V tomto období se zároveň vytvářejí citové vazby na určité věci či oblíbené hračky, je důležité poskytovat dítěti mnoho kontaktů s okolím (Klenková 2006).

Vlastní vývoj řeči

Okolo prvního roku přijde vytoužené **první slovo**. Zpočátku ani tyto zvuky nemusejí připomínat slova, jak je znají dospělí. První „slova“ se nápadně podobají zvukům, které dítě slyší kolem sebe. Všechna mají jedno společné, a to, že dítě jimi označuje konkrétní předmět nebo konkrétní činnost. Na rozdíl od předchozích zvuků, které dítě produkovalo náhodně (pudově), už mají tyto zvuky nějaký význam. Svým obsahem a funkcí jsou tedy pokládány za první slova. Zhruba ve stejné době se rozvíjí soubor neverbálních gest. Symbolická gesta zastupují určitá přání, události, činnosti apod. Dítě může v této době užívat nejprve gesta a vzápětí na to začne používat i slova (Hornáková, Kapalková, Mikulajová 2005).

Vlastní vývoj řeči se rozděluje do následujících čtyř vývojových období, která jsou součástí Sovákovy periodizace vývojových období řeči: emocionálně-volní stadium, asociačně-reprodukční stadium, stadium logických pojmů a stadium intelektualizace řeči.

Období, kdy dítě vyjadřuje své pocity, přání, emoce a prosby se nazývá **stadium emocionálně-volní**. Přibližně v jednom roce života začíná postupně užívat tzv. jednoslovné věty. Jedná se o první slova, která nahrazují funkci celých vět. Vágnerová (2012) označuje jednoslovná vyjádření jako tzv. holofráze. Například slovo “ham“ tak znamená “Já mám hlad.“ Lechta (1990) zdůrazňuje, že první slova neznamenaají automaticky zánik žvatlání, naopak žvatlání ještě dlouho přetrvává a to konkrétně při usínání (Bytešníková 2012).

Lechta uvádí dále k Sovákovým stádiím vývoje řeči egocentrické stadium vývoje řeči. Kondáš, kterého uvádí Lechta vysvětluje, že dítě v období okolo jednoho a půl až druhého roku napodobuje dospělé a samo si opakuje slova, jakoby si s nimi hrálo. O tomto období se tedy často mluví jako o **egocentrickém stadiu řeči**. Z logopedického aspektu bychom mohli říct, že dítě objevuje řeč jako činnost (Lechta 1990).

Od druhého roku života začíná dítě pojmenovávat konkrétní osoby a jevy ve svém okolí. Období je nazýváno jako **stadium asociačně-reprodukční**. V tomto období dítě začíná postupně užívat první jednoslabičná i víceslabičná slova, která nahrazují obsah celé věty. Těmito slovy dítě vyjadřuje své pocity, přání a emoce (Klenková 2006). Lechta (1990) uvádí autory Wendlera a Seidnera, kteří píší, že v tomto období zhruba okolo dvou a půl let můžeme u dítěte pozorovat frustraci v případě neúspěšného pokusu o komunikaci. Toto zjištění je významné jak z hlediska logopedické prevence, tak z hlediska logopedické diagnostiky.

Na přelomu druhého a třetího roku dochází postupně k rozvoji komunikační řeči. Na toto navazuje jedno z velmi důležitých stadií, **stadium logických pojmů**, které nastupuje kolem třetího roku života dítěte. V tomto stadiu pro dítě označení např. *pes*, které patřilo známému psovi doma, dostává obecné označení a dítě tímto slovem začne označovat jakéhokoliv psa. Ve stadiu, především z důvodu náročných myšlenkových operací, dochází k vývojovým potížím, např. opakování hlásek, slabik, slov apod.

Aktivní slovník tříletého dítěte dle Vyštejna se odhaduje asi na 800 slov (Bytešnicková 2012).

Poslední fází je **stadium intelektuace** řeči, které se objevuje okolo čtvrtého roku dítěte a přetrvává dále do dospělosti. V tomto stadiu dochází k vývoji řeči po stránce logické. Zde hovoříme o tom, že slova se intelektualizují. U dítěte se rozvíjí schopnost chápání obsahu, rozlišování pojmů, zpřesňování gramatických forem, zkvalitňování celkového řečového projevu a v neposlední řadě k rozšiřování slovní zásoby (Bytešnicková 2012).

K ontogenezi řeči se pojí také vývoj z hlediska **jazykových rovin**. V řeči Lechta (1990) rozlišuje čtyři jazykové roviny:

Morfologicko-syntaktická rovina

Rovina verbálních projevů často reflektuje celkovou úroveň duševního vývoje dítěte. Klenková píše, že tuto rovinu lze sledovat až od prvního roku dítěte, kdy začíná vlastní vývoj řeči. První slova plní funkci vět, zde nastupuje období jednoslovných vět. První slova jsou neohebná, neskloňují se ani nečasují, podstatná jména jsou v prvním pádě, slovesa v infinitivu, případně ve třetí osobě. Projevy pomocí izolovaných slov trvají zhruba od prvního roku a půl až do dvou let. Poté již vznikají dvouslovné věty (Klenková 2006).

V období mezi druhým a třetím rokem začíná dítě užívat stále více přídavná jména a později také osobní zájmena. Lechta uvádí Pačesovou, která píše, že dítě jako první ustaluje rod, poté číslovky a nakonec pád, dále dodává, že dítě po třetím roce rozlišuje jednotné a množné číslo. Mezi třetím a čtvrtým rokem se objevuje tvoření souvětí. Po čtvrtém roce užívá obvykle všechny slovní druhy. Klenková (2006) uvádí, že do tohoto roku by neměla gramatická stránka projevu dítěte v běžných komunikačních situacích vykazovat nápadné odchylky řeči. Pokud nadále bude přetrvávat dysgramatismus, může se jednat o narušený vývoj řeči (Lechta 1990).

Lexikálně-sémantická rovina

„Základní jednotkou lexikálního systému je slovo (lexém). Tímto termínem se rozumí souhrn všech tvarů jednoho slova. Souhrn všech slov daného jazyka potom tvoří jeho slovní zásobu“ (Bytešnicková 2012, s. 75).

Jak píše Klenková (2006), rovina se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem a to jak pasivním, tak aktivním slovníkem. Přibližně okolo prvního měsíce života dítěte lze pozorovat počátky pasivní slovní zásoby. Ve 12. měsících začíná postupně používat svoje první slova, rozvíjí se aktivní slovní zásoba. Lechta (1990) doplňuje tvrzení, i v tomto období, je stále dorozumívání dítěte na úrovni pohledů, gest, mimiky, pohybů i pláče. Výzkumy, které se zabývaly šetřením slovní zásoby, se v mnoha výsledcích rozcházejí. Někteří zkoumali pouze aktivní slovní zásobu, jiní uvádějí zásobu aktivní i pasivní zásobu. Ze všech výzkumů se dozvídáme, že v období okolo prvního roku je slovní zásoba dítěte pět až sedm slov, u dvouletého dítěte okolo 200 slov a nejvyšší nárůst slovní zásoby je od třetího roku života dítěte, kdy se počet odhaduje na 1000 slov. Ve věku čtyř let je slovní zásoba asi 1500 slov a před nástupem do školy v šesti letech je to okolo 2500 – 3000 slov (Klenková 2006).

Foneticko-fonologická rovina

Ve srovnání s jednotlivými jazykovými rovinami, lze tuto rovinu sledovat nejdříve. Již po sedmém týdnu života dítěte se do dětského křiku včleňují hláskové zvuky. Podle Lechty (1990) je zde klíčovým momentem období, kdy dítě přechází z pudového žvatlání na žvatlání napodobující. Až od této chvíle je možné hovořit o vývoji výslovnosti v pravém smyslu slova. Mnohá výzkumná šetření se zabývala otázkou, které hlásky se tvoří nejdříve. Profesor Schulz, kterého uvádí Lechta, popisuje tzv. pravidlo nejmenší námahy, podle něhož vytváří dítě hlásky, které vyžadují nejmenší námahu a až později hlásky artikulačně složitější. S tímto tvrzením mnozí autoři nesouhlasili a dokazovali, že mnohé děti dokáží vyslovovat artikulačně obtížnější hlásky a hlásky jednodušší vyslovit nedokáží (Klenková 2006).

Rozdílné názory autorů vyplývají z toho, že někteří sledují vývoj z hlediska pudového žvatlání, jiní autoři se zaměřují na období až napodobujícího žvatlání. Vývoj této roviny závisí na více faktorech: obratnost řečových orgánů, schopnost fonematické diferenciacce, komunikační záměr, úroveň intelektu, napodobovací schopnost, kvalita řečové a psychické stimulace (Lechta 1990).

Pragmatická rovina

„Pragmatika jazyka popisuje, jak se jazyk bude přizpůsobovat specifickým sociálním situacím, emocionálnímu sdělování, zdůraznění významu apod.“ (Dvořák 2003, s. 67).

Již dvou až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat v ní podle konkrétní situace. Lechta (1990) popisuje pragmatickou rovinu, která představuje rovinu sociálního uplatnění komunikační schopnosti. Do popředí zde vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace. Po třetím roce je u dítěte patrná snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými. Ve čtyřech letech stále častěji dokáže přiměřeně reagovat v dané komunikační situaci. V tomto období intelektualizace řeči dochází k regulační funkci řeči, chování dítěte je možné usměrňovat řečí a dítě používá řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková 2006).

2. Dítě v období předškolního a školního věku

Každé vývojové období má svá specifika. Bakalářská práce se zaměřuje zejména na vývoj dítěte v předškolním a školním věku. V rámci vývoje řeči nelze opomenout oblasti vývoje jako je fyzická a psychická stránka dítěte, myšlení, socializace, aj. V názvu kapitoly jsou zdůrazněny dvě důležitá období v životě dítěte.

2.1. Předškolní věk

Předškolní období trvá přibližně od tří do šesti let. Toto období není zakončené věkovou hranicí, je zakončené především sociálně, tedy školní zralostí a možností nastoupit do školy (Vágnerová 2000).

Klenková (2006) označuje předškolní období jako věk iniciativy, kdy hlavní potřebou dítěte je aktivita, která by měla být účelná. V období dochází k mnoha změnám, dítě se rozvíjí po všech stránkách, jako je tělesný vývoj, motorika, vývoj poznávacích procesů, rozvoj myšlení, vnímání času, rozvoj fantazie apod.

Skorunková (2013) definuje změny u předškolního dítěte takto: rozvíjí se **hrubá a jemná motorika**, kdy se dítě pohybuje podobným způsobem jako dospělý. Dokáže chodit i běhat po nerovném povrchu, padá jen velmi zřídka. U dětí se tedy rozvíjí **pohybová obratnost a koordinace**. Dokáže lézt po úzké látce, seskočit z ní, lézt po žebříku a různých prolézačkách na dětském hřišti. Tyto schopnosti jsou pro něj důležité, jelikož ovlivňují jeho postavení ve společnosti vrstevníků. Děti se vzájemně mezi sebou poměřují, například kdo je rychlejší a zvládne lépe těžší pohybové výkony. Přesnější koordinace se projeví v plné schopnosti sebeobsluhy. Dítě se samo obléká a svléká, uklidí si věci, zaváže tkaničku u boty, samostatně pečuje o hygienu (Vágnerová 2000).

S rozvojem motoriky souvisí **rozvoj kresby**. Kresba u dítěte v předškolním období prochází prudkým vývojem. V kresbě zobrazuje realitu tak, jak jí samo chápe. Dítě nakreslí vše, co zaujme jeho pozornost, ale obecně zobrazuje velmi často lidi, které kreslí z počátku formou tzv. hlavonožců, později přikresluje oděvy a nápadnosti a ke konci je schopné vytvořit obrázek, který se stále více podobá skutečnosti (Vágnerová 2012). Špaňhelová (2008) dodává, právě díky kresbě může rodič u dětí, které jsou málomluvné zjistit nějaký problém nebo něco, co dítě trápí nebo čeho se bojí. Většinou to dokáží vyjádřit právě pomocí kresby, než o daném tématu mluvit.

V tomto věku je hra pro dítě jednou z nejdůležitějších činností, proto je někdy předškolní období nazýváno **obdobím hry**.

„Volná hra je taková činnost, kdy si dítě samo volí námět, záměr a chce spontánně cosi prozkoumávat, zkoušet, ověřovat a vytvářet. Dítě se přirozeně ve své volné hře učí a bude-li se potřebovat učit v předškolním věku jiným způsobem, dá nám to vědět a my se podle toho můžeme zařídit“ (Kořátková 2005, s. 16).

Pestrost, spontánnost a zapojení dítěte do hry závisí na mnoha činitelích předchozího i aktuálního vývoje. Dítě si již osvojuje role a schopnosti spolupracovat s jinými dětmi. Hra nemá již povahu jen experimentální, ale je rozvinutější, má předem stanovený cíl či úmysl. Děti velmi často vytvářejí hry zaměřené na zkoušení sociálních rolí tzv. hry „jako“, kdy napodobuje chování a činnosti rodinného příslušníka nebo známé osoby (hra na maminku, na prodavače, na učitelku). Předškolák využívá při hře svoji fantazii, která mu dovoluje chovat se podle svých přání a představ. Přizpůsobuje tak realitu svým potřebám. Dítěti po většinu času stačí uspokojit potřebu formou imaginárního společníka, kterého si vymyslí, se kterým si dokáže hrát a povídat (Skorunková 2013).

Vývoj **myšlení** se dostává na vyšší úroveň názorného a intuitivního myšlení. Takové myšlení je stále nepřesné a nerespektuje zákony logiky. Typickým znakem je **egocentrismus**, kde dítě neumí brát v úvahu jiné než pouze vlastní hledisko a právě proto nechápe možnost posuzovat situace z mnoha úhlů. Dále **magičnost** myšlení zapojuje do úsudku vlastní fantazii, která se projevuje **animismem**, kdy neživým věcem přisuzuje zvířecí vlastnosti nebo **antropomorfismem**, kde neživé věci polidšťuje (Vágnerová 2000).

Následně se rozvíjí chápání **prostorových vztahů**. Předškolní dítě rozumí pojům nahoře, dole, blízko, daleko a učí se rozlišovat vpravo či vlevo. Také začíná pomalu chápat **matematické vztahy** (Říčan 2004). Rozvíjí se **zraková** a **sluchová diference**, která je nepostradatelná pro pozdější proces analýzy a syntézy při čtení a psaní. **Paměť** je převážně bezděčná a mechanická. Záměrná paměť se začíná vyvíjet až kolem pátého roku. Mechanická paměť spolu se zvědavostí dítěte je dobrým základem pro snadné přijímání informací. Dítě si například s obrázkem na stránce vybaví rozsáhlé texty (Šulová 2004).

Velmi důležitou oblastí, která se rozvíjí, je **socializace**. Socializace je ovlivněna mnoha faktory. Primární vliv na socializaci má rodina. Rodiče předávají svým potomkům zkušenosti a na základě toho od nich přebírá určité modely chování ve společnosti. Meadová, kterou uvádí Šulová (2004), byla jednou z průkopnic myšlenky, že nikoliv dědičnost, ale právě kultura a výchova hrají významnou roli v procesu socializace.

V předškolním období se dítě připravuje na život ve společnosti. Aby se dobře zapojilo, musí přijmout řád a pravidla společnosti, která mu budou dána. Musí se naučit prosadit a spolupracovat s ostatními, což je pro něj důležité především mezi vrstevníky. Pro každé dítě je přínosné být v jakémkoliv kolektivu, aby si zvykalo na odlišné povahy, chování, přístup k určitým věcem. Aby se naučilo komunikovat s druhými dětmi a mluvit s nimi o pocitech, co se mu líbí či nelíbí, z čeho má radost nebo strach (Špaňhelová 2008).

Ke konci předškolního věku získává dítě schopnost pociťovat vinu za nežádoucí chování. Tyto pocity jsou významným mezníkem. *„Pocity viny znamenají, že dítě začíná akceptovat určitá omezení jako bezvýhradně platná a samo pociťuje jejich porušení jako nepříjemné“* (Vágnerová 2000, s. 121).

Říčan (2004, s. 143) doplňuje tvrzením: *„Jde o to, aby pokud možno každý vnitřní konflikt mezi iniciativou a vinou končil upevněním, povzbuzením iniciativy. A aby to byla iniciativa vždycky o něco zkušenější a moudřejší, lépe ovládající svou potenciální destruktivnost.“* Tímto způsobem se začíná rozvíjet dětské svědomí.

2.2. Vývoj řeči v předškolním věku

„Období mezi třetím až šestým rokem je obdobím zkvalitňování řečových dovedností. Je dobou rozšiřování slovní kapacity s velkými individuálními rozdíly“ (Šulová 2004, s. 70).

Předškolní věk je poměrně rozsáhlou etapou života dítěte. Lze se, z hlediska vývoje řeči, v tomto období zaměřit detailněji na dítě ve třech, čtyřech, pěti až šesti letech. V předškolním období převládá komunikativní složka řeči, kdy řeč je především dorozumivacím prostředkem a hraje zde významnou roli v procesu sociální integrace jedince do skupiny vrstevníků. Dále se rozvíjí kognitivní složka řeči, neboť s rozvojem řeči souvisí růst poznatků a zkušeností, které jsou vázány na čtený text, na popis

obrázků a rozvoj představivosti. Díky tomu si dítě dokáže představit slona, kterého nikdy reálně nevidělo, ale o němž má základní znalosti (Šulová 2004).

Učí se mluvit **nápodobou verbálního projevu** dospělých osob či starších dětí. Nenapodobují všechno, co slyší, ale zapamatují si část sdělení, kterou opakují hned poté, co ji slyšely. Často jsou to věty, které obsahují nové slovo nebo známá slova v nové podobě. Nápodobou se také učí **gramatická pravidla**. Od čtyř let mluví děti v delších a souvislejších větách, přesto stále dělají chyby. V dětském sdělení se tak objevují **nepřesnosti** a **agramatismy**. Z hlediska rozvoje poznávacích procesů je důležitou složkou řečového vývoje tzv. **egocentrická řeč**, která není určena pro jinou osobu a je spojena s myšlením. Egocentrická řeč, je řečí pro sebe, nehledá posluchače. Dítě si povídá samo pro sebe, nepotřebuje komunikačního partnera. Tato forma řeči má různé varianty:

1. Expresivní – dítě vyjadřuje slovně své pocity.
2. Regulační – řídí pokyny svého vlastního jednání. Připomíná si určité normy chování a dává si pokyny, co má dělat.
3. Egocentrická řeč funguje jako prostředek myšlení.

Díky egocentrické řeči se nemusí přizpůsobovat vnějšímu světu v takové míře, jako když mluví s někým jiným. Pokud si povídá pro sebe, nemusí se přizpůsobovat ničemu. Postupem času se mění a stává se vnitřní řečí (Vágnerová 2000).

Bezděková (2008) doplňuje: dítě je zvědavé a často se ptá na otázky typu „Co je to?“ a „Proč?“. Tento typ otázek se u některých dětí objevuje již dříve, u jiných později. Postupem času o sobě přestává mluvit ve třetí osobě a používá zájmena „já“, „ty“ a „mně“. Gramatika se v průběhu zpřesňuje a ubývá chyb. Používá jednoduché předložky, množné číslo a dokáže rozeznat základní protiklady. Zvládne zarecitovat jednodušší básničku nebo říkanku a zpívá si melodické jednoduché písničky s rytmicí. Při artikulaci a fonemickém rozlišování hlásek, může mít problémy zvláště u hlásek sluchově nebo artikulačně podobných. Kromě sykavek (C, S, Z, Č, Š, Ž), vibrant (R a Ř) a hlásky L, by čtyřleté dítě mělo zvládnout výslovnost všech ostatních hlásek. V tomto věku je psychika vystavena zátěži, proto je období z hlediska řeči označováno jako kritické. Dítě zná velké množství slov, ale nedokáže je vždy správně použít. Myšlenky předbíhají řeč a začne se zadržávat. Tento jev je zcela fyziologický s dozráváním řečových funkcí a vhodnou stimulací, se zhruba do půl roku řeč dostane do

normy. Mezi třetím a čtvrtým rokem začne dítě docházet mezi své vrstevníky do mateřské školy. Začlenění se do kolektivu má velký význam pro rozvoj osobnosti a to souvisí s rozvíjením dorozumívacích schopností. Kolem pátého roku si osvojuje nová slova, jejich obsah se prohlubuje a zpřesňuje. Aktivně používá okolo 800 – 1500 slov. Dokáže volně převyprávět příběh pohádky, přednášet říkanky, zpívat písničky s pomocí jednoduchého hudebního doprovodu. Před nástupem do školy používá okolo 3000 slov. Převypráví nám krátký příběh, popíše děj na obrázku, vyjadřuje se souvisle, samostatně a srozumitelně. Zpravidla zvládá artikulaci většiny hlásek, přesto u některých dětí přetrvává chybná artikulace sykavek či vibrant.

2.3. Školní zralost

Den, kdy jde dítě poprvé do školy a stane se z něj školák je pro něj jednou z nejdůležitějších životních událostí. Zanechá to v něm hluboké vzpomínky a právě tato zkušenost by pro něj měla být příjemná. K tomu, aby úspěšně začalo školní docházku, by mělo mít řádné kompetence.

Vágnerová (2000, s. 136) píše: *„Role školáka není výběrová, dítě ji v určitém věku získává automaticky. Je limitována jen dosažením věku a odpovídající vývojové úrovně. Proto je obecně chápána také jako potvrzení normality dítěte.“*

Hartl, Hartlová (2000, s. 708) definují školní zralost: *„Způsobnost dítěte absolvovat školní vyučování. Předpokládá určitou úroveň rozvoje jazyka a myšlenkových operací, schopnost aktivní pozornosti, soustředění i určitou úroveň sociálních dovedností.“*

Otázkou školní zralosti se zabývalo již mnoho autorů, jako byl např. J. A. Komenský, Matějček, Jirásek, Langmeier a Langmeierová a další. Dosažením určité úrovně zralosti je jeden z předpokladů, že dítě zvládne roli školáka bez větších problémů. Dostatečná zralost je podmínkou efektivnějšího učení a tím i zlepšení celkového výkonu.

Bednářová, Šmardová (2015) tvrzení doplňují: zralé dítě s dobrým vedením a podporou v rodině nároky školy zvládne zcela bez problémů, nicméně u nezralých dětí se mohou během školního roku objevit příznaky maladaptace. Dítě může mít potíže v přizpůsobení se autoritě, nevydrží se soustředit, klidně sedět, nemluvit a ztrácí duševní rovnováhu. Začne být úzkostné, neklidné, ztrácí motivaci chodit do školy a v horších

případech se mohou projevit psychosomatické příznaky jako tiky, bolesti hlavy, břicha, špatně usíná nebo odmítá jídlo.

V období nástupu do školy dochází k tzv. první proměně **tělesné vazby**. Postava se celkově protahuje, prodlužují se končetiny, zmenšuje se velikost hlavy a začíná se zřetelně odlišovat hrudník od břicha. Tělesná zralost umožňuje dítěti fyzicky zvládnout nároky školy. Samo o sobě však fyzická schopnost pro úspěšné zvládnutí školní docházky nestačí. Bednářová, Šmardová (2015) upozorňují, že je důležité zvýšit pozornost při posuzování důsledků smyslových a tělesných vad, chronických onemocnění na psychický vývoj dítěte. Častá nemocnost je další komplikací, na kterou je třeba zvýšit pozornost. Pokud nastává již v počátku školního roku, dochází k pomalejší a méně plynulé adaptaci na nové prostředí (Skorunková 2013).

Postupné zrání centrálního nervového systému (dále jen CNS) ovlivňuje **lateralizaci** ruky a rozvíjí senzomotorickou koordinaci. Také duševní vyspělost je podmíněna zralostí CNS. Projevuje se v kvalitnější **koncentraci pozornosti** a rozvíjí se **analyticko-syntetické** činnosti. Díky této skutečnosti, je dítě schopno vnímat celek jako soubor detailů, uvědomuje si, z jakých částí se skládá celek a dokáže z těchto částí samo složit komplex. Zrání CNS je též předpokladem k rozvoji **zrakového** a **sluchové vnímání**. Zlepšuje se schopnost vidění na blízko a vizuální diference, kdy dokáže rozlišovat podobné obrázky či písmena, rozlišuje různé detaily, jako je například tvar nebo počet. Sluchové vnímání se rozvíjí rychleji než zraková percepce. Většina dětí je v období šesti let schopna rozlišovat fonémy. Některé děti z důvodu nezralosti nedokáží rozlišovat podobně znějící hlásky, především v kontextu určitého slova, které poté nedovedou ani správně vyslovit, protože jim chybí zpětná vazba. Schopnost sluchové analýzy a syntézy se ve větší míře rozvíjí až ve škole. Velmi důležitou složkou pro nástup do základní školy je **sociální zralost**. V tomto věku by mělo být dítě schopné trávit delší čas mimo rodinu a zároveň být schopné trávit čas mimo rodinné prostředí. Mělo by také zvládat řízenou soustředěnou činnost, kdy je schopné pracovat samostatně nebo spolupracovat s učitelem či vrstevníky. Další činnosti, které by mělo zvládnout, jsou: dokázat podřídit se autoritě, spolupracovat v týmu, adekvátně řešit konflikty a osvojit si základy společenského chování (pozdravit, poděkovat, poprosit). Se sociální zralostí souvisí také oblast základní sebeobsluhy a dodržování hygieny (Jucovičová, Žáčková 2014).

2.4. Školní připravenost

V odborné literatuře bývá pojem školní zralost a školní připravenost často zaměňován nebo používán souběžně. „*Školní připravenost je chápána jako určitá úroveň vědomostí, dovedností a návyků, které by mělo dítě ovládat před vstupem do školy. Školní připravenost je pak uváděna jako předpoklad školní zralosti, jedná se o připravenost ke školní práci*“ (Kropáčková 2008, in Jucovičová, Žáčková 2014, s. 24).

Zejména pedagogická veřejnost začala používat termín školní připravenost. Ta zahrnuje kompetence v oblasti kognitivní, emocionálně-sociální, pracovní, somatické, které dítě získává a rozvíjí učením. Pro posílení školní připravenosti je vhodné, aby dítě navštěvovalo mateřskou školu (Bednářová, Šmardová 2015).

Andersonová a kol. (1993) uvádí příklad, kdy dítě by mělo být vedeno k osvojování základních společenských návyků, které jsou pro život důležité a vytvářejí příležitosti pro učení a rozvoj sebeovládání a dovednosti sebeobsluhy, která vede k samostatnosti v oblékání, jídle a hygieně. Další společenské návyky, které jsou nutné při zahájení školní docházky: schopnost dělit se, mít úctu k majetku ve škole i doma, schopnost učit se čekat, než na ně přijde řada, učit se půjčovat věci a mít organizační schopnosti.

Goleman (1997) ve své knize Emoční inteligence informuje o připravenosti dítěte na školní docházku, která závisí nejvíce na schopnosti učit se a s tím uvádí sedm nejdůležitějších aspektů této schopnosti:

1. Sebevědomí. Dítě by mělo mít pocit, že plně kontroluje a dokáže zvládnout svoje pohyby, chování i okolní svět. Mělo by být přesvědčeno, že když něco začne, setká se jeho snaha s úspěchem a dospělí mu, pokud to bude nutné, pomohou.

2. Zvědavost. Mělo by mít pocit, že je správné a zajímavé dovídat se nové věci a že učení může být i příjemné.

3. Schopnost jednat s určitým cílem. Přání a schopnost ovlivňovat dění a jednat vytrvale, souvisí s uvědomováním si vlastních schopností.

4. Sebeovládání, kterým se bude přizpůsobovat a ovládat vlastní chování přiměřené věku, bude mít smysl pro vnitřní sebekontrolu.

5. Schopnost pracovat s ostatními je postavena na tom, jak dítě dokáže být chápáno druhými a zároveň druhým rozumět.

6. Schopnost komunikovat pomáhá prostřednictvím slov vyměňovat myšlenky, pocity a představy. Tato vlastnost úzce souvisí s důvěrou dítěte v lidi, které má kolem sebe a s příjemnými pocity plynoucími z činností sdílených s ostatními dětmi nebo s dospělými.

7. Schopnost spolupracovat a sledat při společné činnosti rovnováhu mezi vlastními potřebami a potřebami druhých (Bednářová, Šmardová 2015).

3. Poruchy řečové komunikace u dětí předškolního věku

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru“ (Lechta 2003, s. 17).

Příčiny vzniku poruch řečové komunikace (dále jen PŘK) jsou různé. Při dělení se využívá časové nebo lokalizační hledisko. Z časového hlediska můžeme lokalizovat příčiny vzniku do prenatálního období (před narozením), perinatálního (v průběhu porodu) nebo postnatálního (po narození). Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, odchylky chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, poškození centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného nestimulujícího prostředí či narušení sociální interakce. PŘK může být hlavním dominantním projevem, nebo může být symptomem jiného dominantního postižení. Poté hovoříme o *symptomatických poruchách řeči* (Klenková 2006).

Deficity ve vývoji řeči bývají často spojeny s procesem vyžívání CNS a s rozvojem percepčních, jazykových, kognitivních a motorických funkcí. Na rozdíl od poruch získaných, které postihují již vyvinutou řeč, se jedná o postižení řeči nevyvinuté. Je důležité se vývojovým poruchám věnovat a dát jim náležitou pozornost, jelikož PŘK u dětí mohou mít negativní dopad na další vývoj jedince, který se může týkat školní úspěšnosti, pracovního zařazení, sociálních vztahů apod. (Bytešníková 2012).

Podle Lejsky (2003) rodiče nejčastěji vyhledají pomoc, když jejich dítě nemluví, mluví velmi špatně nebo pokud se v řeči zadržává. U dospělého člověka vyhledávají pomoc příbuzní, pokud si všimnout náhlých změn v řeči jedince, ať už se jedná o náhlou nemluvnost či o špatnou komunikaci s okolím.

3.1. Frekventované syndromy

Bakalářská práce se věnuje výskytu PŘK u dětí v předškolním a školním věku. U dětí tohoto věku jsou charakteristické určité typy poruch řeči. Z toho důvodu jsou níže popsány pouze některé nejčastěji vyskytující se poruchy, které jsou pozorovány u většiny dětí. Mezi PŘK bez pochyb lze řadit opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázii, dyslalii, mutismus a balbuties. Největší důraz je v této práci připisován právě dyslalii, jelikož se jedná o jednu z nejčastěji se vyskytujících poruch řeči. Přesto je důležité zmínit se o vybraných poruchách alespoň okrajově.

3.1.1. Opožděný vývoj řeči

Pipeková (2006, s. 109) uvádí: „*Nemluví-li dítě ve třech letech nebo mluví-li méně než ostatní děti v tomto věku, jedná se zřejmě o opožděný vývoj řeči.*“

Lejska (2003) popisuje opožděný vývoj řeči takto: Za opožděný vývoj řeči je považována absence jedné, více nebo všech složek v oblasti vývoje řeči vzhledem k chronologickému věku dítěte.

Škodová (2003, s. 92) za opožděný vývoj řeči považuje situaci: „*Dítě kolem třetího roku věku má malou slovní zásobu a těžkou patlavost i přesto, že podrobné vyšetření neprokázalo žádný patologický nález ani neurologický nález ve smyslu DMO, nemá poruchu jemné motoriky ani motoriky jazyka, má normální sluch a nemá snížený intelekt.*“

U dítěte dochází k tomu, že začíná užívat pojmenování i situační stereotypy výrazně později, než je běžné u ostatních dětí. Pokud se jedná o prosté opoždění ve vývoji řeči, v průběhu vývoje se řeč zpravidla upraví a vyrovná se k obvyklému průměru. Opožděný vývoj řeči může negativně ovlivňovat rozvoj psychických a rozumových schopností dítěte, dále může mít dopad na formování osobnosti jedince, zejména v sociální oblasti (Bytešníková 2012).

Etiologie

Opožděný vývoj řeči může být dominujícím příznakem klinického obrazu nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch. Mívá různé příčiny, proto je odlišná i terapie. Vývoj řeči je opožděn, pokud dítě ve třech letech nemluví nebo mluví méně než jeho vrstevníci. Etiologie vzniku nemusí být vždy přesná z důvodu velkého množství příčin (Škodová 2003).

Mezi nejčastější příčiny opožděného vývoje řeči patří nepodnětné prostředí, ve kterém dítě žije, citová deprivace ze strany rodičů, genetické vlivy, nedonošenost či předčasný porod, nevyzrálá nervová soustava nebo také lehká mozková dysfunkce (Klenková 2006).

Symptomatologie

Opožděný vývoj řeči lze podle symptomů charakterizovat z řady hledisek. Podle projevů lze řadit z různých hledisek, které popsal Sovák (1978) v publikaci klinické logopedie.

Symptomy z hlediska průběhu vývoje řeči se dělí:

Opožděný vývoj prostý, kde hlavním příznakem je opoždění v oblasti řečového projevu. Příčinou je zde dědičnost, pozdní vyžívání CNS, lehká nedoslýchavost, špatné výchovné vlivy apod. Opoždění se může projevit ve všech jazykových rovinách nebo jen v některé z nich. **Omezený vývoj řeči**, kde porucha je nejvíce nápadná v obsahové stránce řeči. Projevuje se při mentálním postižení, při těžší poruše sluchu, patologickém sociálním prostředí apod. U nejtěžších forem mentální retardace se řeč rozvíjí jen částečně (užívání jednotlivých slov, slovních spojení nebo nejjednodušších vět), nebo vůbec. **Přerušovaný vývoj řeči** může nastat po úrazech, nádorech mozku, při duševních onemocněních, po těžkém psychickém traumatu apod. Podmínkou pokračování ve vývoji řeči je příznivý stav po vyléčení, odstranění příčiny. **Odchylný (scestný) vývoj řeči** se projevuje odchýlením od normy jen v některé rovině vývoje řeči. Příčinou jsou například rozštěpy patra.

Symptomy z hlediska věku jedince:

- *Fyziologická nemluvnost*, období trvá asi do konce prvního roku života dítěte. Od prvního roku začíná vlastní vývoj řeči.
- *Prodloužená fyziologická nemluvnost*, pokud dítě ve třech letech nemluví nebo mluví velmi málo.
- *Vývojová nemluvnost*, kterou označujeme již jako vývojovou poruchu. Nejedná se o úplnou němotu, je třeba ji odlišit od získané nemluvnosti.

Symptomy z hlediska stupně poruchy:

Opožděný vývoj řeči se vyznačuje celou řadou škál od úplné nemluvnosti po lehké odchylky od normy. Nikdy se nejedná o úplnou němotu, ale „bezřečnost“, kdy jedinec vydává zvuky s určitým významem, ale přesto nejde o produkci řeči.

Diagnostika

Cílem diagnostiky je co nejpřesnější vystižení aktuálního stavu řeči. Důležité je určit správný výběr a realizaci stimulačních metod, navrhování strategií a určení prognózy (Klenková 2006).

Diagnostika a diferenciální diagnostika opožděného vývoje řeči je zaměřena na vyšetření stavu **intelektu**, které provádí dětský klinický psycholog pomocí standardizovaných postupů a testů. Nevýhodou testů je styl vyhodnocování, kdy se

sčítají výsledky ze všech subtestů (verbálních i neverbálních) do jednoho výsledku. V důsledku toho bývají děti s opožděným vývojem řeči, ale s dobrým neverbálním intelektem podhodnoceny. Úroveň dětského intelektu je možné částečně poznat z kresby, která je nejpřirozenějším neverbálním projevem.

Vyšetření **jemné i hrubé motoriky** většinou provádí klinický logoped, popřípadě foniatr. Bednářová, Šmardová (2015) píší, sluch je jedním z nejdůležitějších prostředků komunikace, ovlivňuje úroveň řečové komunikace a rozvoj myšlení. Je důležité u dítěte při potížích v komunikaci vyloučit případnou poruchu sluchu pomocí speciálních vyšetření. Při podezření na sluchovou vadu by mělo dítě absolvovat audiologické vyšetření. Zjištění **poruch sluchu** provádí foniatr, audiolog případně otolaryngolog. Při vstupním vyšetření je nutné, aby klinický logoped provedl orientační zkoušku sluchu a stanovil úroveň fonematického sluchu pomocí jednoduchého obrázkového testu. Základní vyšetření **zraku** provádí pediatr, ovšem orientační vyšetření zraku může provést i klinický logoped. Zjišťování úrovně zrakové percepce se provádí pomocí mnoha testových metod, zejména se využívá kresba. Lateralita se v určitém období ustaluje. Určení **laterality** je jednou ze základních metod logopedické diagnostiky. V neposlední řadě je nutné samotné vyšetření **řeči**. Rozumění řeči zjišťujeme u malých dětí pomocí konkrétních denních situací, předmětů nebo obrázků. Ke zjištění úrovně vlastní řeči v klinické praxi používáme nejčastěji popis obrázků, rozhovor, reprodukci vyprávění a v poslední době i speciální počítačové programy. Vliv **prostředí**, je součástí procesu při správném vývoji řeči. U dítěte, které již od narození nemá potřebnou citovou stimulaci, se nevytvářejí podmínky pro citové vztahy a tím ani potřeba komunikovat řečí. Úroveň sociálních vztahů v rodině a blízkém okolí určuje klinický psycholog (Škodová 2003).

Terapie

V případě, že bude dítěti v předškolním věku poskytována odpovídající terapeutická péče, může být porucha překonána a dítě bude schopno zahájit povinnou školní docházku. U dětí s opožděným vývojem řeči se může objevit dyslalie nebo odborná vyšetření stanoví vývojovou dysfázii (Klenková 2006).

Hlavní roli pro správný vývoj řeči hrají vnitřní a vnější faktory. Je důležité, aby volba terapeutického postupu korespondovala s touto zásadou. Důležité pro dítě je především mít **podnětné prostředí a stimulaci k řečovému projevu** ze strany rodiny a

jeho okolí. U dítěte s nedostatkem stimulujících podnětů dochází ke zpomalení vývoje řeči a může se navodit až negativistické chování. Je vhodné poskytovat **správný mluvní vzor**, podněcovat **chut'** dítěte komunikovat, rozvíjet **sluchovou** a **zrakovou percepci**, rozvíjet **rozumění řeči** a rozvíjet **spontánní řeč** (Klenková 2006).

Klíčový význam pro správný rozvoj řeči má **opakování** nejprve zvuků, později slabik, slov, vět a složitějších větných výrazů. V rámci terapie opožděného vývoje řeči se u dítěte rozvíjí **slovní zásoba**, kde se rozvíjí především obsahová stránka řeči a poté až druhotně formální stránka řeči (Škodová 2003).

3.1.2. Vývojová dysfázie

„Vývojová dysfázie je definována jako specificky narušený vývoj řeči, který se projevuje sníženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“ (Dvořák, in Bendová 2011, s. 39)

Dlouhá, Černý (2012, s. 38) charakterizují vývojovou dysfázii takto: *„Vývojová dysfázie je porucha řečového vývoje způsobená poruchou percepce řeči různého stupně, která se dále prezentuje různými formami postižení jazykových struktur a dělí se podle symptomů na převážně receptivní, expresivní či smíšenou formu.“*

Klenková (2006) uvádí autorky Mikulajovou a Rafajdusovou, které popisují vývojovou dysfázii, neboli specificky narušený vývoj řeči. Dysfázie je narušená komunikační schopnost, ke které dochází poškozením CNS při raném vývoji dítěte. Projevuje se neschopností nebo sníženou schopností komunikovat i přes to, že podmínky pro vývoj této schopnosti jsou dobré (inteligence je přiměřená, nevyskytují se závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, nevyskytuje se porucha sluchu, sociální prostředí je podnětné).

Etiologie

Určení etiologie vývojové dysfázie nebývá lehké. Rodiče dětí si nedostatečně uvědomují okolnosti raného vývoje dítěte, mají malé množství informací o genetických spojitostech poruchy, vztah mezi osvojováním jazyka, mozkovými mechanismy a vlivem sociálního prostředí je složitý a zprostředkovaný apod.

Vývojová dysfázie je řazena mezi vývojové řečové poruchy, na základě obtíží v oblasti poruch percepce řeči. V současnosti se uvažuje, že se jedná o následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Etiologie vzniku poruchy není zcela jasná.

Jedná se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození mozku (Škodová, Jedlička 2003).

Typickou příčinou vývojové dysfázie je poškození **difúzním**, nikoliv ložiskovým postižením CNS. To znamená, že postižení zasahuje celou centrální korovou oblast. Závažnost můžeme posuzovat podle závažnosti příznaků. Jedná se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem vrozeného nebo raně postnatálního poškození mozku. Vývojová porucha řeči zasahuje dětskou populaci přibližně kolem tří procent. Objevuje se spíše u chlapců v poměru 4 : 1 (Neubauer 2014).

Symptomatologie

U vývojové dysfázie je typickým znakem nerovnoměrné rozložení rozumových schopností, kde je výrazný nepoměr mezi verbální a nonverbální složkou řeči. Porucha ovlivňuje negativním způsobem intelektový vývoj dítěte, který ovlivňuje vývoj vnitřní řeči (Bytešníková 2012).

„Rozsah vnějších příznaků se může jevit jako výraznější projevy odchylek ve vývoji orální řeči, přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti. Poruchy vývoje komunikačních schopností zasahují oblast sémantickou, syntaktickou a gramatickou“ (Neubauer 2014, s. 75). Při řečovém projevu je možné si všimnout přehazování slovosledu, chybné užívání slovních druhů, nesprávné užívání koncovek při ohýbání slov, vynechávání některých slov či omezenou slovní zásobu.

Lejska (2003) uvádí další oblasti, ve kterých se symptomy projevují, což je například porucha krátkodobé paměti, dyslexie, dyspraxie, výrazné rozdíly verbálních i neverbálních schopností, porucha ve vývoji zrakové a sluchové percepce a porucha jemné motoriky a lateralizace.

Na základě symptomů je možné rozlišovat **dysfázii motorickou**, zde se jedná především o poruchu schopnosti mluvit, kdy je řeč plně zachována, převažují obtíže v logomotorické oblasti, jedinec mluvené řeči rozumí. Pro tento typ dysfázie je charakteristický chudší aktivní slovník, dítě se více spoléhá na neverbální způsob komunikace, opakuje určitá slova (perseverace) a v řeči se velmi často dopouští většího množství chyb (agramatismus). Dalším typem je **dysfázie senzorická**, je nápadná tím, že dítě nerozumí mluvené řeči přesto, že má neporušený sluch. Obtíže se vyskytují v chápání a rozumění řeči. Oproti dysfázii motorické dítě mluví mnoho a zkomoleně (parafaticky), často je smysl jeho sdělení těžko postřehnutelný (žargon dysfázie).

Dalšími typy jsou pak **dysfázie kondukční**, která vzniká spojením poškození v oblasti Brocovy i Wernickeovy arey pro oblast řeči. Posléze **dysfázie mnestická**, kdy je v pořádku percepce i exprese, avšak dítě má potíže s vybavením správných slov a slova široce opisuje. Poslední typ je **dysfázie totální**, dítě ztrácí zcela kontakt s okolím, protože je hluboce narušena exprese i percepce řeči (Šlapal 2008).

Diagnostika

Diagnostika je víceborová záležitost, nachází se na poli působnosti v oblasti lékařské, psychologické a speciálně-pedagogické. Týmová spolupráce všech odborníků má za úkol zajistit stanovení diagnózy, na jejímž podkladě bude zpracován individuální terapeutický plán pro každé dítě. Díky spolupráci je zajišťována diferenciální diagnostika, která odliší vývojovou dysfázii od jiných poruch komunikační schopnosti jako je například dyslalie, opožděný vývoj řeči, mutismus, vývojová dysartrie apod. (Klenková 2006).

Foniatrické vyšetření, je základním vyšetřením, kde se foniatr zabývá všemi složkami řeči a zároveň posuzuje stav sluchu dítěte. **Neurologické vyšetření** poté zhodnotí na základě výsledků EEG celkový stav dítěte. Výsledky výpočetní tomografie (CT) bývají většinou negativní. **Psychologické vyšetření** zjišťuje úroveň intelektových schopností dítěte. Škodová, Jedlička (2003) zdůrazňují, že úroveň intelektu není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie, pokud je přítomna, jedná se o další přidruženou poruchu. Intelekt může být naopak výrazně nadprůměrný i u těžkých forem vývojové dysfázie. Difúzní postižení se projevuje specifickým rozptylem výkonů v jednotlivých intelektových složkách (paměť, koncentrace pozornosti, využívání energie apod.), dále se vyšetření věnuje kresbě a obkreslování. **Logopedická a speciálně-pedagogická diagnostika** dotváří výsledný obraz schopností dítěte a zjišťuje míru celkové opoždění vývoje. Logoped a speciální pedagog se zaměřují na deficity, které jsou výčtem symptomů vývojové dysfázie – vyšetření motoriky, laterality, orientace v čase a v prostoru, zrakové a sluchové percepce, řečové produkce, grafomotoriky a paměti (Škodová, Jedlička 2003).

Terapie

Terapie vývojové dysfázie je náročný proces. Závažnost této poruchy vždy závisí na rozsahu poškození mozkových funkcí (Bytešníková 2012). Úspěšnost je vždy podmíněna týmovou prací všech odborníků, mezi které se řadí klinický logoped, foniatr,

neurolog, pediatr, pedagog a klinický psycholog. Nejdůležitější složkou zůstává rodina dítěte a spolupráce rodiny s výše uvedenými odborníky. Podstatou je rozvoj nejen komunikačních schopností, ale celé osobnosti dítěte. Celková terapie by tedy měla zahrnovat rozvíjení **zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměť a pozornost, motoriky, grafomotoriky a řeči**. Vývoj schopností dítěte s dysfázií je nerovnoměrný, proto rozvoj všech oblastí nelze cvičit izolovaně. Je důležité všechny rehabilitační, edukační a reedukační postupy kombinovat tak, aby dítě využilo co nejvíce toho, co již umí (Škodová, Jedlička 2003).

3.1.3. Dyslalie

Dle Neubauera (2014, s. 110) je dyslalie „*Nejrozšířenější odchylkou ve vývoji řečových schopností, vznikající nejčastěji v průběhu předškolního věku. Zahrnuje artikulaci jedné či více hlásek způsobem, motoricky a především zvukově nápadným a odchýlným od kodifikované a uznávané formy výslovnosti.*“

Zároveň Salomonová (2003, s. 328) popisuje dyslalii: „*Dyslalie (patlavost) je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem.*“

Etiologie

Příčiny dyslalie Krauhulcová (2003) rozděluje na exogenní a endogenní. Jsou to především tyto:

- **dědičnost**, kam se řadí zejména nespecifická dědičnost jako je dyspraxie, dysgnozie nebo motorická retardace;
- **vlivy prostředí**, například nesprávný mluvní vzor v rodině, nedostatek citových projevů, výchovné chyby, bilingvální prostředí aj.;
- **patologie mluvních orgánů**, zde je důležité zvýšit pozornost na pohyblivost dolní čelisti, tvar a pohyblivost jazyka, patrohltanový uzávěr, rezonanci dutin, artikulační mimiku a na souhru v celkové technice mluvy;
- **jiné postižení senzorické, mentální** nebo **jiné** související s vývojem výslovnosti a dyslalie.

Dyslalie se řadí mezi nejčastěji se vyskytující poruchu řeči, její výskyt v populaci není konstantní z hlediska věku. Nejvyšší výskyt dyslalie je v předškolním věku, kdy je součástí celkového vývoje schopnosti dětí. Poté ve školním období výskyt dyslalie klesá a postupně se stává neměnná, až později ve vyšším věku a zejména u

seniorů mírně výskyt stoupá. Z hlediska pohlaví převažuje výskyt dyslalie u chlapců, udává se poměr 6 : 4. O dyslalii se velmi často mluví ve spojení s dalšími poruchami řeči. Jsou to poruchy vývoje řeči a jazyka, poruchy tempa a plynulosti řeči (balbuties, breptavost), poruchy rezonance řeči (huhňavost a palatolalie), hlasové poruchy, symptomatické poruchy (Krauhlová 2003).

Symptomatologie

Důležitými pojmy v oblasti dyslalie jsou **mogilalie** a **paralalie**. Pojem mogilalie vyjadřuje vynechávání hlásek (např. tráva – táva). Pojem paralalie je chápáno zaměňování hlásky za jinou (např. tráva – tláva). Tyto pojmy není vhodné řadit k patologickým, jelikož jsou součástí vývoje řečových schopností u všech dětí (Neubauer 2014). Klenková (2006) doplňuje, chybně tvořená hláska se vyznačuje řeckým písmenem s příponou – izmus. Nesprávné označení hlásky K – kappacizmus, L – lambdacizmus, sykavek obou řad – sigmatizmus, R – rotacizmus, Ř – rotacizmus bohemicus. Následuje označování podle místa odchylného tvoření, sigmatizmus interdentální, rotacizmus bilabiální apod.

Nejvýstižnější klasifikaci dyslalií uvádí Lechta (1990), a to z hlediska vývojového, etiologického, z hlediska místa poškození, rozsahu a kontextu.

Klasifikace z vývojového hlediska

Během ontogeneze vývoje dětské řeči se výslovnost postupně zdokonaluje současně s dozráváním struktur CNS. Rozlišujeme dyslalii:

- **fyzilogickou** neboli vývojovou, která je do sedmi let věku dítěte považována za přirozený mluvní projev;
- **patologickou**, kde dítě není schopno z mnoha příčin.

Dle Salomonové (2003) je klasifikace obou typů důležitá pro vedení a způsob logopedické terapie.

Klasifikace podle etiologie

Z hlediska etiologie se rozlišuje dyslalie funkční a organická. **Funkční dyslalie** vzniká u dětí s nedostatečnou senzorigickou či motorickou schopností. Při diagnostice lze najít genetické dispozice nebo nesprávný mluvní vzor. **Organická dyslalie** vzniká v důsledku narušení dostředivých a odstředivých nervových drah, při narušení centra řeči a při anatomických a intervenčních odchylkách mluvních orgánů.

Klenková (2006) dodává, že často jsou zjištěny minimální organické odchylky. Za skutečně funkční dyslalii se považuje dyslalie z napodobení nesprávného mluvního vzoru nebo zanedbávání ze strany rodinného prostředí. V některých případech se též používá termín **psychogenní dyslalie**, pokud je dyslalie symptomem regresivní formy chování.

Klasifikace podle místa poškození

Podle lokalizace konkrétní příčiny dělí Klenková (2006) a Lechta (1990) dyslalii:

- akustickou – při poruchách sluchu;
- labiální – při poruše rtů;
- dentální – při anomáliích zubů;
- palatální – při anomáliích patra;
- linguální – při anomáliích jazyka;
- centrální – při poruchách CNS.

Klasifikace podle rozsahu

Krahulcová (2003) rozděluje dyslalii na tři typy. **Dyslalie simplex** je porucha jedné nebo několika hlásek. Řeč zůstává srozumitelná. Pokud se jedná o poruchu hlásek artikulačně podobných, tvořených na jednom artikulačním místě označuje se tato forma dyslalie jako monomorfní typ. **Dyslalie multiplex** zahrnuje poruchu většího počtu hlásek. Srozumitelnost řeči je velmi narušena. V případě, že je porucha výslovnosti hlásek na více artikulačních místech je označována jako dyslalie polymorfní. **Dyslalie univerzalis** zahrnuje chybnou výslovnost téměř všech hlásek. Řeč je u jedince prakticky nesrozumitelná.

Klasifikace podle kontextu

Podle kontextu lze dyslalii dělit na **hláskovou**, která se týká jednotlivých hlásek nebo na **dyslalii slabikovou a slovní**, při níž jsou izolované hlásky tvořeny správně, ale ve slabikách nebo slovech jsou tvořeny chybně (Salomonová 2003). Lechta (1990) uvádí při dělení kontextové dyslalie nejruznější symptomy jako je elize (vynechávání hlásek), metateze (přesmykování hlásek), kontaminace (směšování hlásek), anaptixe (vkládání hlásek) nebo asimilace (přizpůsobování hlásek).

Diagnostika

Diagnostika by měla být zahájena **řízeným rozhovorem**, při kterém terapeut získá představu o současném stavu řeči vyšetřovaného. **Spontánní projev** se u dětí obvykle rozvíjí při popisu obrázků. Účelem je zjistit výslovnost všech hlásek a fonologické příznaky ve slabikách, slovech a větách, v případě, kdy je hláska ovlivňována susedstvím okolních hlásek. Dále je vždy nutné provést vyšetření **sluchu**. K vyšetření se využívá soubor kontrastních slov s vysokou a naopak nízkou polohou tónu (Salomonová 2003).

Dále Salomonová doplňuje, je důležité zaměřit se na vyšetření schopnosti sluchové percepce. Pokud dítě není schopné správně rozlišovat znění hlásek, především obě řady sykavek, jedná se o **senzorickou formu dyslalie**, která vyžaduje speciální postupy a cvičení. Naproti tomu pokud je dítě schopné rozlišit jednotlivé hlásky u sebe i jiných osob, jedná se zpravidla o neobratnost mluvidel nebo o vytvoření vývojově nesprávných mluvních stereotypů. V tomto případě mluvíme o **motorické formě dyslalie**. Nejvíce se však u dětí vyskytuje kombinace obou forem, **senzoricko-motorická forma dyslalie**, která vyžaduje stanovení kombinovaných speciálních postupů a cvičení.

Vyšetření jednotlivých hlásek je jednou z nejdůležitějších činností diagnostiky, aby terapeut mohl zhodnotit závažnost poruchy artikulace. Samohlásky se v plynulé řeči vyšetřují zároveň se souhláskami. Chybná výslovnost samohlásek není tak častá, většina problémů v rámci nesprávné artikulace se týká souhlásek. Pokud se vyskytne chybná výslovnost samohlásek, týká se většinou samohlásky E, která bývá zaměňována za samohlásku A. Nejčastější poruchy ve výslovnosti se týkají tedy souhlásek a to konkrétně hlásky R (rotacismus) a hlásek C, S, Z, Č, Š, Ž (sigmatismus). Tyto poruchy jsou velmi časté nejen u dětí, ale i u dospělých. Podle toho, na kterém místě je chybná výslovnost sykavek, se rozlišuje několik sigmatismů, kterou jsou uvedeny výše.

V rámci dalšího vyšetření nelze opomenout vyšetření **artikulačních orgánů**, především se zaměřením na chrup, způsob dýchání, mimiku, pohyb rtů a jazyka. Na konec se provádí vyšetření **jemné a hrubé motoriky**. U jemné motoriky se terapeut zaměřuje na především na pohyby jazyka, rtů a tváře. V rámci hrubé motoriky se vyšetřuje koordinace pohybu končetin i celého těla (Nádvořníková 2003).

V závěru diagnostického procesu je stanovena diagnóza, jejímž výsledkem je některý z výše uvedených typů dyslalií. Rodičům dítěte by poté měl být sdělen individuální terapeutický plán logopedické péče a postup při úpravě nesprávné výslovnosti tak, aby byli schopni s dítětem cvičit také v domácím prostředí (Salomonová 2003).

Terapie

Péče o jedince s dyslalií by měla probíhat již v předškolním věku, aby dítě, které nastoupí do školy, umělo artikulovat všechny hlásky správně. Při zahájení terapie by měl logoped navázat kontakt s dítětem, získat si jeho důvěru, vytvořit mu pocit pohody a bezpečí a navodit mu chuť spolupracovat. Vše by mělo probíhat formou hry. Potřebná mechanická cvičení je vhodné co nejvíce spojovat s řečí, která se odehrává v reálných životních situacích. Během terapie obsahová stránka slova a jeho význam stojí na prvním místě před jeho výrazovou a akustickou stránkou (Klenková 2006).

Celý proces odstraňování dyslalie by měl být systematický. Samotnou terapii dyslalie lze rozdělit do čtyř etap: přípravná cvičení, vyvozování hlásky, fixace hlásky, automatizace hlásky.

1. Přípravná cvičení

Přípravná cvičení jsou zaměřena především na rozvoj motoriky mluvních orgánů (tzv. oromotorika) a rozvoj fonematické diferenciaci. Jsou to cvičení dechová, fonační, artikulační a cvičení na rozvoj fonematického sluchu. Oromotorikou se procvičuje pohyblivost rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra apod. Při rozvoji fonematické diferenciaci je hlavním úkolem, aby dítě bylo schopno rozlišit nesprávný zvuk od správně vyvozeného zvuku (Lechta 2005).

2. Vyvozování hlásky

Při vyvozování hlásek lze využít tzv. metody nepřímé a metody přímé. **Nepřímé metody** jsou zaměřeny na napodobování zvuků (např. zvuky zvířat, dopravních prostředků apod.). U dětí jsou lehce využitelné formou her, které se díky tomu realizují bez napětí. Lechta (2005) uvádí příklad, kdy dítěti ukážeme vláček a napodobíme jeho zvuk ššš. Ve vagonech vláčku cestují zvířata. V prvním vagonu cestují kuřata (píp – píp), ve druhém koza (mé – mé), ve třetím ovečka (bé – bé) apod. Tímto způsobem lze provádět cvičení, u kterého si dítě neuvědomuje, čeho chce terapeut dosáhnout. **Přímá**

metoda již navozuje konkrétní hlásku ať s mechanickou pomocí nebo bez pomoci. Užívá se při práci se staršími dětmi či u dospělých (Klenková 2006).

3. Fixace výslovnosti hlásky

Po vyvození správné výslovnosti hlásky, následuje upevnění artikulačních stereotypů dané hlásky. Fixace hlásky probíhá prostřednictvím nácviku spojení dané hlásky s ostatními hláskami v různých pozicích a spojeních ve slovech a větách (Bytešníková 2012). Klenková (2006) doplňuje, cvičení je třeba provádět zajímavě, u dětí nejlépe formou her. Mechanické opakování slabik a slov může být pro dítě nudné a nezajímavé a dítě může postupem času odradit.

4. Automatizace výslovnosti hlásky

Zvládnutí správné výslovnosti daných hlásek nemusí znamenat jejich spontánní a automatické používání v běžné komunikaci. Začíná se od jednoduchého opakování slov, následuje pojmenovávání obrázků, předmětů, předřikávání básniček, u školáků se využívá čtení. Cvičení je ukončeno až při zvládnutí správné výslovnosti v monologu a dialogu. Nacvičovaná hláska se musí automaticky vybavovat ve spontánní řeči (Lechta 2005).

Neubauer (2014) popisuje etapy procesu úpravy artikulace následovně. Na začátku je důležité vytvořit **intaktní vzor artikulace** na základě sluchových, zrakových i hmatových podnětů. Dále podpořit **sluchové vnímání rozdílů** mezi správným a odchýlným způsobem artikulace a v rámci toho rozpoznat rozdíl ve vlastním mluvním projevu. Dále pak nového zapojení artikulačního vzoru do **odstupňovaně obtížných cvičení**, která spočívají od opakování jednotlivé artikulace, přes úroveň jednotlivých slabik, slov a dále celé věty. Následně by měla být zapojena cvičení zaměřená na soustředění se na **motoriku mluvidel** a **sluchovou percepci**. Při navození **stabilního výkonu** je možné rozdělit pozornost do dvou úrovní a to na obsah mluveného sdělení a na kontrolu vlastní artikulace. Předposledním krokem v rámci úpravy artikulace, je **následné opravování se** v mluvním projevu. Na konci procesu dochází postupně k navozování **spontánního užívání** nového vzoru artikulované hlásky ve všech úrovních mluvního projevu.

Terapie musí být volena pro každé dítě individuálně a měla by respektovat vývojová specifika. Pro terapii dyslalie byly vytvořeny zásady, které mají velký význam v praxi. Patří sem **zásada krátkodobého cvičení**, je důležitá především u malých dětí,

kteře nejsou schopny po dlouhou dobu udržet svou pozornost na jednu činnost. Vhodné je tedy cvičit po dobu 3 – 4 minut s využitím dostupných pomůcek. **Zásada užívání pomocných hlásek**, můžeme říct užití substituční metody, je nejčastěji podceňovaná zásada a je nahrazována nápodobou. K metodě nápodobou je možné se uchýlit v nezbytných případech, kdy nelze postupovat jinak. Užitím substituční metody dítěti usnadňujeme tvoření správného artikulačního postavení s přesným zněním hlásky. Dále pak **zásada užívání sluchové kontroly**, která se stává v současné době jako velkým problémem, jelikož jsou děti již od útlého věku přehlčovány různými zvukovými podněty z televizí, počítačů, rádií a her. Je zde na místě zařadit tzv. sluchovou výchovu, která by měla vést ke zlepšení vnímání obecných zvuků, jako jsou šumy deště, zpěv ptáků či tikání hodin. **Zásada vývojovosti** je jednou z nejdůležitějších zásad, jejíž dodržování vede terapeuta k respektování přirozeného vývoje dítěte. Včasná úprava artikulace hlásek zmenšuje riziko vytváření chybných artikulačních stereotypů. Nelze vynechat ani **zásadu názornosti**, která při terapii zohledňuje multisenzoriální přístup, tedy zapojení sluchu, zraku, hmatu a pohybu v průběhu osvojování a fixování nových percepčně-motorických vzorů (Salomonová 2003).

3.1.4. Koktavost (Balbuties)

„Nejcharakterističtějším příznakem koktavosti je nedobrovolné a nekontrolovatelné narušení fluence řečového projevu, které je většinou doprovázeno nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí, související s realizací komunikačního záměru“ (Lechta 2005, s. 239). Koktavost je považována za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů, které se podílejí na komunikaci. Nejnápadněji se projevuje charakteristickými nedobrovolnými pauzami při procesu mluvení, které narušují plynulost mluvního projevu a působí rušivě s ohledem na komunikační záměr (Lechta 2005).

Etiologie

Etiologie koktavosti byla dlouhou dobu otázkou sporů, ani v současné době dosud není zcela prokázána. Dříve byla koktavost považována za funkční poruchu, na základě pozorovaných změn motorických reflexních reakcí. V současné době se názory přiklání, že nejčastější lokalizace je v extrapyramidové oblasti. V této oblasti mozku je založena funkční dispozice, která se projevuje za určitých okolností, především při stresové zátěži organismu (Neubauer 2014).

Bytešníková (2012) uvádí možné faktory pro vznik koktavosti jako je dědičnost, orgánové odchylky, vlivy sociálního prostředí, psychické procesy, jiné druhy poruch komunikace a další příčiny (poruchy metabolismu apod.).

Škodová, Jedlička (2003) uvádějí hned několik teorií:

- **Psychologická teorie** považuje koktavost za reakci na určitou situaci, která může být nepříjemná. Teorie neodmítá ani vrozené predispozice uplatňující se na klinických projevech koktavosti.
- **Dynamická teorie** vysvětluje koktavost jako stav koordinačního rozladění, které se projeví křečí hlasivek a ataxií mluvidel. Příčinou je postižení CNS a vrozené dispozice.
- **Somatická teorie** předpokládá, že koktavost je symptomem jiných somatických onemocnění.
- **Seemanova teorie** charakterizuje koktavost jako dynamické porušení řízených zpětnovazebních motorických mechanismů při realizaci řeči.

Symptomatologie

„Vnější příznaky mají buď tonickou se zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasivkové štěrbině a tzv. prefonačním spasmem. Nebo mají charakter klonických (škubavých) opakováním částí slov, nejčastější formou jsou kombinované tono-klonické příznaky“ (Neubauer 2014, s. 73).

Komplexní klinický obraz syndromu koktavosti charakterizují tři skupiny symptomů, které se u balbutiků projevují individuálně, v různé míře i časové návaznosti. Jedná se o dysfluence (repetice, prolongace), nadměrnou námahu při projevu a psychickou tenzi, která je patrná během řečové komunikace a postupně i před zahájením samotné řeči. U každého jedince je důležité sledovat, která skupina symptomů se u něj vyskytuje a převládá. Dle typu koktavosti se volí vhodný terapeutický přístup (Lechta 2004).

Diagnostika

V případě této poruchy má velký význam komplexní diagnostika. Ta vychází z týmového přístupu různých odborníků, jako je pediatr, foniatr, psycholog, neurolog a logoped. Důležitou role zde hrají rodiče a učitelé, kteří s dítětem pracují. Na začátku je vždy nutné zjistit, o jaký typ a stupeň koktavosti se jedná (Bytešníková 2012).

Dle Lechty (2003) je hlavním cílem zjistit příčinu koktavosti a to především z **anamnestických údajů** a jejich srovnáním s výsledky lékařských a psychologických vyšetření. Dále se provádí **sledování okolností**, které souvisejí se vznikem a průběhem koktavosti, **analýza symptomů v řeči** a zjišťování projevů narušeného **koverbálního chování**. Důležité je zohlednit **věk** vyšetřované osoby. Hlavní je se zaměřit na spontánní řečový projev, který se analyzuje nejčastěji pomocí **řízeného rozhovoru**, kde je vhodné využít audio nebo videonahrávku. U předškolních dětí se využívá **popis situačních obrázků**, u školních dětí a dospělých se předkládá ke čtení **upravený text**.

Terapie

Při terapii koktavosti se využívají různé metody a pomůcky. Škodová, Jedlička (2003) rozdělují terapie na **psychoterapii**, zaměřující se na vnitřní příznaky a pomoc pacientovi překonat pocity spojené s koktavostí. Dále **medikamentózní terapii**, která je pouze pomocnou metodou. Využívá pouze léky určené ke zmírnění úzkosti nebo léky snižující napětí. Léky se předepisují individuálně a jen v případech pokud jiné způsoby léčby nezabírají. **Řečovým tréninkem** se u pacienta navozuje pomocí cvičení plynulost řeči a napomáhá správnému dechovému stereotypu při mluvení. Nejčastěji užívanou metodou je **kombinace** všech uvedených přístupů, postupuje se formou komplexní péče a týmové spolupráce více odborníků.

Úspěšnost terapie balbuties se většinou odvíjí od mnoha faktorů, mezi něž patří empatický přístup terapeuta, samotná osobnost balbutika a v neposlední řadě postoj rodiny, školy, blízkých osob ale i vrstevníků dítěte (Lechta 2004).

3.1.5. Mutismus

„Mutismus je ztráta schopnosti verbálně komunikovat. Představuje hraniční problematiku mezi různými vědními obory – psychiatrií, psychologií, foniatrií a logopedií“ (Klenková 2006, s. 91).

Škodová (2003) označuje mutismus jako získanou, psychogenní nemluvnost. Porucha bývá řazena mezi neurozy řeči.

Etiologie

Obvykle je mutismus neurotickou reakcí na nepřiměřený, mimořádný zážitek. Porucha vzniká náhle po těžkém psychotraumatu nebo může být reakcí na přetěžování,

či nesprávný styl výchovy. Mutismus se nejčastěji vyskytuje u dětí v předškolním věku. V dospělosti již mluvíme o psychotickém mutismu, který se vyskytuje v rámci psychického onemocnění nebo v rámci jiných poruch (Neubauer 2014).

Škodová (2003) uvádí faktory vzniku mutismu:

- bezprostředně vyvolávající faktory, kde se jedná o psychotraumatizaci, jako je stěhování, smrt blízké osoby, nevhodný trest apod.;
- predispoziční faktory, kam jsou řazeny rodinné faktory, osobnostní rysy či chronické působení stresových faktorů;
- a dále udržovací faktory, které způsobují přetrvávání vlivů výše uvedených nebo nevhodnou reakci na mutismus.

Symptomatologie

V psychiatrické terminologii mutismem bývají případy, kde hlavním symptomem je náhlá ztráta schopnosti mluvit. Zahrnuje především funkční ztrátu řeči, odmítání řečové komunikace, útlum řeči ze strachu nebo mlčení z důvodu studu. Jedinec mluvit chce, ale nemůže v žádné situaci, která nastane. Při větší snaze o užití řeči se potíže nadále zvětšují (Neubauer 2014).

Bytešníková (2012) rozděluje mutismus na dva základní typy. **Totální mutismus** je celková psychická zábrana řeči při zachovaných sluchových a řečových schopnostech. Jedná se o úplnou neschopnost mluvit, jedinec nemluví v rodině ani v žádném jiném prostředí. U předškolních dětí se častěji setkáváme s **elektivním mutismem**. Znakem elektivního mutismu je, že dítě komunikuje pouze někdy. V některých situacích nemluví vůbec, ale v jiných prokazuje své verbální kompetence zcela dostatečně. Nejčastěji nemluví ve školce, ve škole nebo v neznámém prostředí. Neubauer (2014) doplňuje o **surdmutismus**, který se vyznačuje ztrátou schopnosti komunikovat mluvenou řečí a je rozšířen i na útlum slyšení mluvené řeči.

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy elektivního mutismu je třeba využít diferenciální diagnostiku, která vyloučí jiné poruchy či postižení. Při vyšetření je hodnocen charakter navázání kontaktu, oční kontakt, zvědavost dítěte, změny projevu v nonverbální komunikaci a celkový projev verbální a neverbální komunikace. V rámci zjištění anamnestických údajů je důležité zaměřit se na **rodinnou anamnézu** (poruchy řeči v rodině, povahové zvláštnosti rodičů), **osobní anamnézu** (průběh těhotenství, rizikové

faktory, prodělaná onemocnění), **sociální anamnézu** (rodinná atmosféra, výchovné přístupy v rodině) a v neposlední řadě na **aktuální stav** dítěte (Bytešníková 2012).

Klenková (2006) uvádí základní kritéria pro stanovení elektivního mutismu: normální nebo téměř normální chápání jazyka, kompetence v mluvním vyjadřování, disponování důkazem, že jedinec v určitých situacích normálně nebo téměř normálně hovoří, projevy mutismu musí trvat minimálně čtyři týdny.

Terapie

Terapeutický přístup je zdlouhavý a náročný na trpělivost. Na terapii se podílí celý tým odborníků. Primární je vždy **lékařské** ošetření, dále by zde měl působit **foniatr**, který vyloučí organický podklad a vybaví hlas, **klinický psycholog** v rámci psychoterapie odstraní příčinu a nakonec **klinický logoped** naváže na foniatrické metody a vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek. Při elektivním mutismu je důležité upravit rodinné prostředí a pomoci dítěti ke zlepšení adaptačních problémů. Samotné dítě nikdy k řeči nenutíme, v počátcích terapie je vhodné dávat dítěti činnosti, při kterých nemusí mluvit. Různé zkušenosti potvrzují, že pomocí **skupinové terapie** je možné dosáhnout lepších a rychlejších výsledků v terapii (Škodová 2003).

4. Logopedická intervence

V České republice je organizace poskytování logopedických služeb v kompetenci tří rezortů. Intervencí se zabývají logopedická pracoviště rezortu ministerstva zdravotnictví, rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí, která jsou popsány níže.

4.1. Vymezení tématu logopedické intervence

Termín logopedická intervence se definuje v co nejširším smyslu, aby byla zachycená rozsáhlá práce logopeda. V Logopedickém slovníku podle Dvořáka (1998) pojem intervence znamená zasahovat do něčeho, vměšování, zákrok v něčí prospěch, zasáhnout do nějakého jevu nebo procesu s cílem ovlivnit jej.

Lechta (2002, in Klenková 2006, s. 13) uvádí logopedickou intervenci následovně: „*Aktivita, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech, je možné označit termínem logopedická intervence. Termín intervence zde chápeme v tom nejširším možném smyslu tohoto slova tak, abychom jím podchytili celý komplex různorodých činností logopeda.*“ Autor chápe činnost logopeda jako specifickou aktivitu, kterou uskutečňuje s určitým cílem. Vytyčil tři základní cíle:

1. **identifikovat;**
2. **eliminovat, zmírnit či překonat poruchu řečové schopnosti;**
3. **předejít této poruše.**

Logopedickou intervenci Klenková (2006) popisuje jako multifaktoriální podmíněný proces, který se realizuje v zájmu dosažení těchto cílů na třech úrovních: logopedická diagnostika, logopedická terapie, logopedická prevence.

4.2. Logopedická diagnostika

Cílem logopedické diagnostiky je stanovení diagnózy. Tyto pojmy byly dříve využívány pouze v medicíně. Hlavním cílem logopedické diagnostiky, je co nejpřesněji postihnout narušenou řečovou schopnost, jako východisko pro správný výběr a aplikaci vhodných metod. Na jejím základě je vypracován plán logopedické intervence, podle kterého se postupuje při ovlivňování vývoje a terapii řeči u dětí s poruchou řečového vývoje (Klenková 2006).

Neubauer (2010) zmiňuje, že jedním z nejdůležitějších úkolů logopedické diagnostiky je, nikoliv pouze jednorázové, správné zhodnocení příčiny opoždění rozvoje řečových schopností u dětí, neboť v opačném případě to může mít velmi závažné následky pro jejich život.

Lechta (2005) rozlišuje tři úrovně logopedické diagnostiky. **Orientační vyšetření**, které se provádí v rámci screeningu, depistáže. **Základní vyšetření** zjišťuje konkrétní druh narušené řečové schopnosti. **Speciální vyšetření**, které je zaměřené na co nejpřesnější identifikaci zjištěné narušené řečové schopnosti.

Úspěch logopedické diagnostiky je podmíněn komplexností vyšetření. Lechta (1990) publikoval model komplexního logopedického vyšetření, který splňuje všechny jeho požadavky. Doporučuje následující postupy:

- navázání kontaktu;
- anamnéza (osobní, rodinná);
- vyšetření sluchu (orientační vyšetření sluchu, vyšetření fonemické diference);
- vyšetření porozumění řeči (receptivní složky);
- vyšetření řečové produkce (expresivní složky);
- vyšetření motoriky (vyšetření celé motoriky, vyšetření jemné motoriky; motoriky mluvních orgánů);
- vyšetření laterality;
- prozkoumání sociálního prostředí.

Při diagnostickém procesu PŘK se využívají všeobecné zásady diagnostiky, tj. zásada objektivnosti, komplexnosti a týmového přístupu, kvantifikace a dlouhodobého pozorování.

Metody a techniky, které se při logopedické diagnostice používají, uvádí Lechta (1995): **metody pozorování** (pozorovací listy, hodnotící stupnice), **explorační metody** (dotazníky, řízený rozhovor), **diagnostické zkoušky** (vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči), **testové metody** (Token test, test laterality), **kasuistické metody** (analýza případů), **rozběr výsledků činnosti** (školních výsledků) a **přístrojové metody** (artikulografie).

Logopedická diagnostika vyžaduje týmový přístup odborníků (foniatr, neurolog, psycholog, a další dle individuální potřeby). Jen tak zjistíme zásadu komplexního

posouzení jedince i jeho komunikační schopnosti. Závěry diagnostiky slouží k výběru vhodných postupů, metod, forem, prostředků logopedické terapie (Klenková 2006).

4.3. Logopedická terapie

Logopedickou terapii Lechta charakterizuje jako aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení. Jde v podstatě o řízené učení probíhající pod záměrným řízením, usměrňované a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, popřípadě i mimo ně. Může je realizovat i sama osoba s PŘK popřípadě s rodiči či příbuznými pod supervizí logopeda.

Lechta (2005, s. 11) ve své knize zmínil: *„Terapie poruch komunikace v současnosti vyžaduje multidisciplinární přístup a týmovou spolupráci. Podílejí se na ní lékařské i nelékařské obory. Každý ze zúčastněných terapeutů (lékař, klinický logoped, klinický psycholog, speciální pedagog, neurolog a další) by tedy měl mít kvalitní znalosti nejen ze svého oboru, ale i z oborů souvisejících.“*

V logopedické terapii je nutné odlišit metody od technik. Zatímco metoda označuje určitou cestu, která vede k cíli, tak technika představuje činnost, pracovní postup, pomocí kterého se k cíli lze dostat.

Podle Borbonuse a Maihacka, které uvádí Škodová, Jedlička (2003), existují v klinicko-terapeutické oblasti logopedie různé formy terapie, které mohou tvořit různé kombinace jednotlivých forem:

- individuální – jedná se o 30 až 60 minutová sezení;
- skupinová – týká se 3 – 6 pacientů;
- intenzivní – terapie probíhá několikrát denně;
- intervalová – trvá v odstupu několika týdnů či měsíců.

Neubauer (2010) charakterizuje individuální a skupinové terapie podrobněji.

Individuální terapie je základem většiny terapeutických programů pro osoby s poruchami řečové komunikace. Zahrnuje standartní a osvědčené přístupy logopedické péče. Intenzivní práce na úpravě řečových schopností či stimulace využití jazykového systému je procesem, který vyžaduje individuální přístup, kde se promítne aktivní zpětná vazba, poskytovaná terapeutem.

Skupinová terapie zahrnuje většinou působení malé skupiny 3 – 6 osob. Vzájemně na sebe působí projevy v navozené sociální situaci, které slouží k uplatnění a

upevnění získaných dovedností a komunikačních kompenzačních strategií. Tato charakteristika je modelem pro strukturu logopedické péče v rámci speciálního školství.

4.4. Logopedická prevence

Bytešníková (2006) uvádí, snahou současné logopedie je v maximální možné míře předcházet poruchám komunikačních schopností v celé populaci. Zde má velmi významnou a nezastupitelnou roli logopedická prevence. Podle Lechty (1990) můžeme logopedickou prevenci rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence dle Hartla a Hartlové (2000) znamená předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci. Může se jednat o primární prevenci **nеспецифickou**, která všeobecně podporuje žádoucí formy chování a **specifickou**, která je zaměřená proti konkrétnímu riziku, tedy ohrožení určité poruchy řečové komunikace.

Sekundární prevence se orientuje na rizikovou skupinu, ohroženou vznikem PŘK. Může zde jít například o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž existuje zvýšené riziko vzniku počínající koktavosti, o předcházení poruch hlasu u hlasových profesionálů, retardaci vývoje řeči u dětí v kojeneckých ústavech apod.

Terciální prevence se zaměřuje na osoby, u kterých se již PŘK projevila. Cílem terciální prevence je snaha předcházet dalšímu negativnímu vývoji poruch řeči a tedy předcházet dalším negativním následkům spojených s poruchou řečové komunikace. Snahou je především zabránit prohlubování a zhoršování poruch (Peutelschmiedová 2006).

Vedle tradičních metod a technik objasňování, které se při prevenci užívají, jako jsou například osvětové přednášky, články, instrukce, různé letáky, publikace, zprávy v médiích, se dnes stále více a častěji aplikují počítačové programy, videoprogramy, informace na internetu apod. V moderní logopedii se také stále více uplatňuje model symetrického poradenství: rodič, příbuzný, respektive osoba s poruchou řečové schopnosti jsou partnery logopeda se všemi právy, ale i povinnostmi spoluterapeuta (Lechta 2001).

4.5. Možnosti poskytování logopedické péče

Bytešníková (2006) rozděluje logopedickou intervenci do třech rezortů – rezort školství, rezort zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí. Může být poskytována v zařízeních státních (nemocnice, lázně, kliniky, polikliniky), nestátních (charity, církve) i

v zařízeních soukromých (privátní praxe klinických logopedů). Logopedi poskytují péči jedincům všech věkových skupin, to znamená od raného dětství až po stáří.

Logopedická pracoviště v rezortu Ministerstva zdravotnictví

Logopedická péče je zajišťována klinickými logopedy a je hrazena zdravotní pojišťovnou. Nejčastěji je uskutečňována v logopedických poradnách (ambulancích), případně soukromých klinikách. Zároveň provádějí i poradenskou činnost jak pro děti s poruchou řečové komunikace, tak pro dospělé a osoby ve stáří (Klenková 2006).

Logopedická ambulance je většinou nestátní pracoviště, které se nachází nejčastěji na půdě městských poliklinik se smluvním vztahem ke zdravotním pojišťovnám. Ambulantní zařízení se smluvním vztahem k zdravotním pojišťovnám mohou být i součástí některých zařízení zřizovaných městy, církevními organizacemi či občanskými sdruženími. V okresním městě je okolo jednoho až tří pracovišť, v krajských městech bývá zpravidla počet ambulancí vyšší.

Logopedická pracoviště lůžkových zařízení jsou součástí státních i nestátních nemocničních celků, specializovaných lůžkových zařízení nebo léčeben, rehabilitačních ústavů. Mnohdy zabezpečují propojení s ambulantními logopedickými službami pro daný region a realizují dlouhodobý terapeutický proces u osob, které přecházejí z péče lůžkového zařízení do déletrvajících následné ambulantní péče (Neubauer 2014).

Ve zdravotnickém rezortu mohou pracovat:

Logoped je absolvent studia logopedie nebo speciální pedagogiky zaměřeného na poruchy komunikace a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Po splnění základních podmínek je zařazen do specializační přípravy (resortního postgraduálního vzdělávání). Pracuje pod supervizí klinického logopeda, neboť nesplňuje podmínky pro udělení vlastní licence k provozování privátní praxe.

Klinický logoped je absolvent specializační přípravy, která je zakončena zkouškou. Pracuje samostatně. Po splnění dalších podmínek může získat licenci k provozování vlastní privátní praxe (Fukanová 2003).

Logopedická pracoviště v rezortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR

Logopedická intervence je zajišťována speciálně pedagogickými centry (dále jen SPC) pro žáky s poruchami řeči. Mezi hlavní pracovníky patří speciální pedagog –

logoped, psycholog a sociální pracovník. Pracovníci spolupracují v rámci logopedické intervence podle potřeby s dalšími pracovníky z rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR (foniatr, pediatr, neurolog, fyzioterapeut apod.). Podmínky, které určují zařazení dětí do logopedických mateřských škol nebo žáků do škol logopedického typu jsou vymezeny ve školském zákoně č. 561/2004 upraveného novelou zákona 82/2015, která vyšla v platnost 17. dubna 2015, účinnost vybraných ustanovení nastala k 1. květnu 2015. Ve školském zákoně jsou zásadní vyhlášky č. 72/2005 Sb., která byla novelizována vyhláškou MŠMT č. 116/2011 ze dne 15. dubna 2011, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a dále vyhláškou č. 73/2005 Sb., novelizovanou vyhláškou MŠMT č. 147/2011 ze dne 9. června 2011, která se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a studentů mimořádně nadaných (Bendová 2011, Směrnice MŠMT 2011, online).

Speciálně pedagogická centra jsou speciální školská zařízení, která zajišťují v rámci stanoveného regionu metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol a rodičům postižených dětí. SPC se snaží o realizaci procesu integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a pomoc jejich rodinám. Poradenskou činnost poskytují dětem ve věku od tří do osmnácti let, lépe řečeno, do ukončení vzdělávání. Hlavními úkoly SPC, které se zabývají komunikační řečových schopností dětí a žáků. Realizace komplexní speciálně pedagogické, logopedické a psychologické diagnostiky, stanovení konkrétních reedukačních logopedických postupů, zabezpečení komunikační kompetence dětí, poskytování logopedické intervence (Klenková 2006).

Bendová (2011) dále doplňuje, při procesu integrace dětí s PŘK napomáhá SPC pomocí: logopedické depistáže dětí s poruchou řečové komunikace, tvorby plánu péče o dítě s PŘK, dopomoci při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, aplikací logopedických stimulačních, edukačních, reedukačních a terapeutických postupů do edukačního procesu dětí, řešením výchovných problémů dětí s PŘK, vedením logopedických deníků, zapůjčování logopedických pomůcek a odborné literatury aj.

Neubauer (2014) uvádí výčet Speciálně pedagogických center logopedických – pro děti a žáky s poruchami řeči:

SPC při ZŠ logopedické, Praha 8;

SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na alternativní formy komunikace SAAK, Praha 2;

SPC při ZŠ logopedické, Sakařova, Týn nad Vltavou;

SPC logopedické, Měcholupy u Loun;

SPC při ZŠ logopedické, Choustníkovo Hradiště u Trutnova;

SPC při SMŠ logopedické, Plzeň;

SPC pro žáky s vadami řeči (při SMŠ a ZŠ logopedické), Brno;

SPC při ZŠ logopedické, Olomouc;

SPC při SMŠ logopedické, Opava;

SPC při SMŠ logopedické, Karviná – Hranice;

SPC pro děti a žáky s vadami řeči, Litoměřice;

SPC pro děti s vadami řeči, Liberec.

Mateřské školy jsou určeny dětem se závažným typem a stupněm postižení, které se vztahuje k postižení centrálních procesů řeči především v oblasti vnímání, zpracování a užívání řeči. U tohoto typu dětí je nutné zajistit maximálně intenzivní a soustavnou logopedickou péči, která bude stanovena na delší období. Pobyt dítěte v mateřské škole logopedické má pozitivní přínos pro následné zařazení do podmínek hlavního vzdělávacího proudu (Klenková 2006). Neubauer (2014) doplňuje, ve třídách je zajištěn snížený počet žáků (do 14 dětí), které mají zabezpečeno odborné vedení klinickým logopedem či logopedem SPC.

Základní školy logopedické jsou zřizovány pro denní docházku i pro internátní typ docházky. Do zařízení docházejí žáci z daného regionu s PŘK, která vyžaduje každodenní intenzivní logopedickou intervenci a není možné ji zajistit ambulantně v místě bydliště. Obsah výuky logopedických škol je totožný s obsahem výuky základní školy, navíc jsou zařazený hodiny individuální logopedická péče. Ve třídách, stejně jako v mateřské škole logopedické, je snížený počet žáků. Speciální pedagog – logoped se věnuje nejen terapii poruch komunikace, ale snaží se rozvíjet komplexně komunikační schopnosti žáka. Na práci učitelů poté navazují vychovatelé v odpolední činnosti v internátních zařízeních. Ti se zaměřují na procvičení učiva, spolupracují s učiteli a pracují s žáky podle daných instrukcí jejich třídních učitelů. Po ukončení terapie se žáci

vracejí do svých kmenových škol v místě bydliště. Školy tohoto typu jsou pro mnohé děti i rodiče obtížně dostupné, z toho důvodu dochází k častější snaze o integraci žáků s PŘK do hlavního vzdělávacího proudu běžných škol (Klenková 2006).

Speciální školy, základní praktické školy mají výuku předmětu „individuální logopedická péče“ nebo „komunikační schopnosti“. V rámci nejčastěji dvou hodin týdně výuku zabezpečují učitelé s logopedickým vzděláním různého stupně. V zařízení existují pracoviště logopedické péče, disponujícího logopedem v pozici terapeuta, který se věnuje celé práci s PŘK. Jedná se především o školy pro sluchově postižené a o školní zařízení pro děti s více vadami, která se snaží zabezpečit rozvoj komunikačních schopností svých žáků prostřednictvím zařazení logopeda do školního týmu (Neubauer 2014).

Pedagogicko-psychologické poradny představují ucelenou síť poradenských služeb určených dětem, mládeži a jejich rodičům, učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům. Cílem pedagogicko-psychologického poradenství je především zjištění příčin poruch učení, příčin poruch chování a dalších příčin problémů ve vývoji osobnosti. Dále poskytují podporu a odbornou pomoc při řešení osobních problémů žáků. V oblasti poradenské, terapeutické a psycho-korektivní mají za cíl rozvoj osobnosti, sebepoznání a rozvoj prosociálních forem chování žáků. Odborná pomoc probíhá formou diagnostiky, intervence, konzultace nebo podáváním informací. Přesto některé z poraden mohou využít možnosti zřídit logopedickou ambulanci (Pipeková 2006, Neubauer 2014).

V rezortu školství mohou pracovat:

Logopedický asistent je absolvent vysokoškolského bakalářského studia speciální pedagogiky se zaměřením na PŘK. Pracuje pod supervizí klinického logopeda nebo speciálního pedagoga. V resortu MPSV může pracovat i samostatně.

Speciální pedagog zaměřený na oblast logopedické prevence je učitel se zaměřením na poruchy řeči a učení, se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Uplatnění najde ve speciálních školách tohoto zaměření: speciální základní školy, specializované třídy při základních školách, SPC, pedagogicko-psychologické poradny, základní školy s integrovanými žáky. Dále může působit ve speciálních mateřských školách a SPC při internátních speciálních základních školách (Fukanová 2003).

V rámci edukačního procesu u dětí s PŘK je důležité respektovat alespoň některé z logopedických zásad, které zvyšují efektivitu logopedické intervence. Respektování zásad může vést ke zmírnění symptomů PŘK (Bendová 2014).

Vitásková, Peutelschmiedová (2005) rozdělují zásady:

- zásada komplexnosti;
- zásada individuálního přístupu;
- zásada včasného zákroku;
- zásada týmové péče;
- zásada preferování obsahové stránky řeči;
- zásada sociálního aspektu;
- zásada užívání mechanických pomůcek aj.

Kromě uvedených zásad je vhodné, aby pedagog v rámci logopedické intervence navázal kontakt s rodinou a měl informace o průběhu logopedické intervence, o specifických metodách a postupech, které jsou zařazeny v rámci edukačního procesu dítěte s PŘK. Kreativní pedagog často dokáže některé logopedické metody a postupy zahrnout do práce se třídou (Bendová 2011).

Logopedická pracoviště v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí

V rezortu práce a sociálních věcí je logopedická intervence zajištěna v ústavech sociální péče pro děti a mládež. Jsou zde umístěni osoby tělesně postižení, mentálně postižení a osoby s kombinovaným postižením. Logopedi se zde věnují komplexní rehabilitaci, provádí logopedickou diagnostiku a terapii, snaží se o rozvoj komunikační schopnosti těžce postižených dětí a mladistvých dle jejich možností a schopností (Klenková 2006).

V rámci občanských sdružení a zařízení Diakonie ČCE či České katolické charity se v posledních letech dynamicky rozvinula síť středisek pro ranou péči, kde soustava služeb a programů je určena ohroženým dětem, postiženým dětem i jejich rodinám. Cílem je předcházet postižení, odstranit nebo zmírnit jeho důsledky a poskytovat rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Disponují i potenciálem pro logopedické působení ve prospěch dětí s poruchami vývoje vitálních orofaciálních funkcí a řečové komunikace (Klenková 2006, Neubauer 2014).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Poslední kapitola bakalářské práce podkládá výše uvedené teoretické poznatky skutečnými zisky z výsledků výzkumného šetření na kvantitativní bázi.

5. Cíl práce, metody a použité techniky výzkumu

Cílem bakalářské práce je zjistit množství odchylek řečové komunikace u dětí v předškolním věku a během prvního roku školní docházky. Výzkumné šetření, které bylo použito má kvantitativní charakter.

Úkolem výzkumného šetření pak je především postihnout posun v oblasti vývoje artikulační schopnosti dětí předškolního věku. Časové období, které bylo pro výzkumné šetření stanoveno, je dvanáct měsíců.

Kvantitativní výzkum je označení pro přístup, jehož zdrojem má být pouze objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání edukační reality (Skutil, Křováčková 2007). Podle Maňáka, Švece (2004) se kvantitativní výzkum opírá o určitou vědeckou teorii, která je východiskem pro řešení výzkumného problému.

Dílčí cíle:

- Zaměřit se a zhodnotit úroveň řečové komunikace dítěte
- Analyzovat a zaznamenat výsledky z pozorování
- Zhodnotit výsledné cíle

5.2. Metodologie

Pro výzkumné cíle byly stanoveny hypotézy. „*Hypotézou se rozumí předpoklad, tvrzení, podmíněný výrok o vztazích mezi dvěma či více proměnnými.*“ (Skutil a kol. 2011, s. 60). Hypotéza se chápe jako odpověď na výzkumnou otázku. Musí být ověřitelná a měla by obsahovat vždy dvě varianty, platí – neplatí (Skutil 2007).

Hypotézy pro výzkumné účely byly stanoveny následovně:

H₁: U souboru předškolních dětí bude převažovat (< 50 %) počet dětí s řečovou poruchou nad dětmi s intaktním vývojem řeči.

H₂: Počet dětí s řečovou poruchou při zahájení školní docházky se sníží na polovinu (< 50 %), než který byl v době zápisu.

H₃: V průběhu časového úseku dvanácti měsíců dojde u souboru dětí s řečovou poruchou, zaznamenané v době zápisu, k výraznému snížení (< 70 %) výskytu poruch řečové komunikace, než tomu bylo v době zápisu.

H₄: U dětí s řečovou poruchou budou převažovat nejčastěji odchylky artikulačních schopností ostrých sykavek (C, S, Z) a vibrant (R a Ř).

Pro naplnění cíle bakalářské práce, tj. **analyzovat četnost výskytu odchylek řečové komunikace** u dětí předškolního věku ve městech Trutnov, Pilníkov a Lánov byla použita metoda pozorování, ke které byly sestaveny mé vlastní pozorovací archy pro zaznamenávání výsledků (viz Příloha A).

„Pozorování je založeno na sledování a následné analýze jevů, které lze vnímat smysly.“ (Skutil a kol. 2011, s. 103) Pozorování se stává výzkumnou metodou tehdy, je-li záměrné, plánovité, systematické a řízené. Výzkumník pracuje podle stanoveného projektu, který obsahuje cíl pozorování, předmět, časový harmonogram, použité prostředky shromažďování dat a jejich vyhodnocování. Pro pozorování je charakteristické, že výzkumný pracovník nezasahuje do objektivní reality (Skutil, Křováčková 2007).

5.3. Charakteristika míst výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo ve čtyřech základních školách ve městech Trutnov, Pilníkov a Horní Lánov, z nichž tři školy jsou běžného typu a jedna základní škola, konkrétně škola v Domcích, je s rozšířenou výukou jazyků a sportu, kde jsou zároveň přípravné a speciální třídy. Šetření proběhlo ve třech etapách během časového rozmezí 12 měsíců. V případě této práce tvořil výzkumný vzorek na začátku šetření **142 předškolních dětí** z výše uvedených základních škol. Předmětem zkoumání byl výskyt poruch řečové komunikace.

Výběr tohoto souboru dětí pro výzkumné účely mé práce byl svým charakterem záměrný. *„Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání “* (Gavora 2000, s. 64).

5.3.1. Základní škola, Náchodská 18, Trutnov 3

Základní údaje o škole

Název školy: Základní škola, Náchodská 18, Trutnov 3

Sídlo školy: Poříčí, Náchodská 18, Trutnov 3, 541 03

Telefon: 499841993

E-mail: svarc@zsnachtu.cz, rusova@zsnachtu.cz

Ředitel/ka: Mgr. Zdeněk Švarc

Zástupce ředitele/ky: RNDr. Eva Rusová

Charakteristika školy

Základní škola je složena ze dvou budov. Hlavní budova, kterou navštěvují žáci od čtvrtého ročníku, se nachází téměř v centru Poříčí. Nevýhodou je hlavní silnice z jižního směru. Vedlejší budova pro první až třetí třídu a školní družinu je posazena v klidném a ekologicky výhodném místě. Obě budovy školy jsou dobře prostorově řešeny. Škola disponuje osmi odbornými učebnami

V hlavní budově jsou třídy, odborné učebny, tělocvična a klubovna, která byla vytvořena z bývalého bufetu. Velkou výhodou školy je i sportovní zázemí například tělocvična a taneční sál. Zde proběhla od listopadu do března roku 2015 generální oprava. Dvě zahrady, které patří k hlavní a vedlejší budově, jsou přímo předurčené k vybudování venkovních sportovišť. To se na sklonku školního roku 2013 – 2014 podařilo v areálu hlavní budovy. Bylo zde vybudováno hřiště na plážový volejbal a fotbal. Součástí zahrady je i skleník, ve kterém proběhly úklidové a přípravné práce. V současné době je opět využíván především v rámci pracovních činností žáků. Celkem je na obou budovách 21 učeben, z toho sedm odborných, kde se vyučují např. informatika, chemie, fyzika, anglický jazyk, hudební výchova aj. Ve škole funguje pro deset tříd, sedm interaktivních tabulí, šest dataprojektorů a velká počítačová učebna. Pro žáky škola zpřístupnila kromě relaxačních koutků s křesly i hrací kout se stolním tenisem. Škola je zapojena do projektů Ovoce do škol a Školní mléko. Pedagogický sbor tvořilo 15 pedagogů, tři vychovatelky a dvě asistentky pedagoga.

5.3.2. Základní škola, V Domcích 488, Trutnov

Základní údaje o škole

Název školy: Základní škola, V Domcích 488, Trutnov

S třídami s rozšířenou výukou jazyků a sportu - golf, fotbal, speciální třídy, přípravná třída

Sídlo školy: V Domcích 488, Trutnov, 541 01

Telefon: 499 813 077

E-mail: skola@zsvdomcich.cz

Ředitel/ka: Ing. Zuzana Horáková Radová

Zástupce ředitele/ky: Mgr. Martin Slezák pro II. stupeň, Mgr. Eva Junová pro I. stupeň

Charakteristika školy

Areál školy je rozdělen na šest propojených pavilonů. Nedílnou součástí školy je sportovní areál se zatravněnou plochou, běžeckou dráhou, volejbalovým kurtem a atriem s bazénkem, místem pro volnočasové aktivity žáků. Výuka probíhá ve 20 kmenových učebnách a 16 odborných učebnách, kde mimo jiné bychom mohli nalézt učebnu logopedie nebo učebnu pro žáky s poruchami učení. Ve většině se nachází dataprojektor. Součástí školy jsou dvě zrekonstruované tělocvičny a multimediální aula pro 70 žáků. Počítači jsou vybaveny nově čtyři třídy prvního stupně. Všechny učebny jsou připojeny na internet. Na prvním stupni žáci mohou navštěvovat kroužky hudebně dramatický, vaření, pejskařský, pohybové hry, míčové hry, florbal, fotbal apod.

V době volna a přestávek žáci mohou využívat všech prostorů školy, odpočinkové koutky na chodbách, učebnu PC, atrium. Ve škole jsou žáci individuálně integrováni a nejméně jednou týdně s nimi pracují asistentky při reedukační péči. Žáci, kteří vyžadují etopedickou péči, docházejí do zařízení RIAPS. Pro budoucí prvňáčky všech základních škol, již osmým rokem škola v Domcích opět připravila přípravný kurz. S dětmi se na kurzu procvičují základní dovednosti a kognitivní schopnosti významné pro vstup do školy. Během kurzu se každý čtvrtek odpoledne scházejí ve škole a procvičují grafomotoriku, matematické představy, zrakové a sluchové vnímání a fonemické slyšení podle kurzu Elkonina.

5.3.3. Základní škola Pilníkov

Základní údaje o škole

Název školy: Základní a Mateřská škola Pilníkov

Sídlo školy: Ředitelství ZŠ a MŠ ZŠ - II. stupeň: Náměstí 35, Pilníkov, 542 42

ZŠ – I. stupeň: Trutnovská 50, Pilníkov, 542 42

Telefon: 734 575 492

E-mail: info@zspilnikov.cz

Ředitel/ka: Mgr. Ilona Skořepová

Zástupce ředitele/ky: Ing. Dagmar Hegrová

Charakteristika školy

Škola se nachází osm kilometrů od Trutnova v blízkosti hlavní silnice Trutnov - Jičín. Základní škola je školou úplnou. Ve správě má čtyři budovy – mateřskou školu, budovu pro první až čtvrtou třídu, budovu pro pátou až devátou třídu a školní družinu. Počet žáků se pohybuje okolo 160, je to spádová škola pro Chotěvice, Vlčice, Staré Buky.

Škola má devět kmenových učeben a vedlejší učebny jako je učebnu chemie a přírodopisu, multifunkční učebnu, učebnu informatiky, učebnu cvičné kuchyně. Žáci mohou navštěvovat zájmové kroužky například taneční, dramatický, keramika, angličtina a florbal. Během pěti let proběhly ve škole různé rekonstrukce jako například šatny pro žáky druhého stupně, knihovna pro žáky pro podporu čtenářské gramotnosti, učebna informatiky – obnova 13 počítačů pro žáky, zavedeny interaktivní tabule pro první stupeň. Dále proběhla celková rekonstrukce učebny chemie a přírodopisu - nábytek, lavice, nové počítače pro žáky, interaktivní tabule, mikroskop s kamerou. Projekty zrealizované v roce 2015 byly například „Enviromental Realiteach“ - volba povolání v oblasti přírodních vět, „Ve škole i po škole aneb smysluplně využíváme svůj čas“, "Ve třídě je dobře" - prevence rizikového chování pro všechny třídy.

5.3.4. Základní škola a Mateřská škola Lánov

Základní údaje o škole

Název školy: Základní škola a Mateřská škola, Lánov, okres Trutnov

Sídlo školy: Lánov 155, okres Trutnov, 543 41

Telefon: 499 432 212

E-mail: zslanov@iol.cz

Ředitel/ka: Mgr. Radmila Koniková

Zástupce ředitele/ky: Ing. Anna Křelinová

Charakteristika školy

Škola byla založena roku 1885. Aktuálně zde pracuje celkem 41 zaměstnanců a školu navštěvuje 217 žáků. Ve škole je dohromady deset učeben, kde čtvrtá třída je z důvodu velkého počtu dětí rozdělena na dvě poloviny. Všechny učebny jsou vybaveny dataprojektorem s plátnem, ve třech učebnách se nacházejí dvě interaktivní tabule. Děti mají k dispozici plně vybavenou tělocvičnu a hřiště s umělým povrchem. Škola disponuje velkou zahradou přilehlou přímo ke škole s pergolou, která se využívá jako letní učebna. Ve školním roce 2015 bylo přítomno 12 integrovaných žáků, z toho tři žáci s postižením a devět žáků se specifickými poruchami učení a chování.

Provoz celé budovy i s družinou je od 7:30 – 17:00. V průběhu výzkumného šetření probíhala přístavba nových učeben, knihovny, zázemí pro vedení školy (sborovna, ředitelna, kancelář) a rekonstrukce šaten. Škola spolupracuje s mnoha organizacemi, jako je například Rada školy, DAR – centrum pro pěstounské rodiny a KRNAP.

5.4. Charakteristika průběhu výzkumného šetření

K oslovení vedení všech základních škol došlo v listopadu 2014. Ředitelé společně s pedagogy projevíli zájem podílet se na výzkumném šetření a umožnili mi přítomnost v době zápisu a následně v průběhu školního roku. První etapa šetření proběhla v lednu 2015, kdy jsem byla přítomná u zápisů dětí do prvních tříd a analyzovala četnost výskytu poruch řečové komunikace. V případě základní školy v Domcích a základní školy Náchodská mi pomohly s analýzou paní učitelky, jelikož zápis probíhal ve více třídách najednou a nebylo možné setkat se se všemi dětmi osobně. Druhá etapa proběhla v září 2015, začátkem školního roku, kdy jsem měla možnost strávit v prvních třídách určitý čas, abych mohla analyzovat stejné děti a porovnat výsledky z první etapy. Závěrečné šetření proběhlo v lednu 2016, návštěvou stejných tříd a posledním porovnáním výsledků.

5.5. Interpretace výsledků výzkumného šetření

Pro snadnější orientaci jsou v tabulkách uvedeny základní údaje v době zápisu do prvních tříd ke každé vybrané základní škole, kde šetření proběhlo. Dále jsou v tabulkách uvedeny údaje, které byly zjištěny v průběhu prvního roku školní docházky.

Základní škola Trutnov, Náchodská	Počet
Děti v době zápisu	30
Dívky	14
Chlapci	16
Žádost o odklad	4
Děti, které nastoupily do 1. třídy	25
Odchylky v době zápisu	16
Odchylky řeči při nástupu do první třídy	11
Odchylky řeči v polovině školního roku	10

Tabulka 1: Základní údaje o místě šetření – Základní škola Náchodská, Trutnov

Základní škola v Domcích	Počet
Děti v době zápisu	70
Dívky	39
Chlapci	31
Žádost o odklad	18
Děti, které nastoupily do 1. třídy	49
Odchylky řeči v době zápisu	38
Odchylky řeči při nástupu do první třídy	16
Odchylky řeči v polovině školního roku	14

Tabulka 2: Základní údaje o místě šetření – Základní škola v Domcích

Základní škola Pilníkov	Počet
Děti v době zápisu	16
Dívky	10
Chlapci	6
Žádost o odklad	2
Děti, které nastoupily do 1. třídy	13
Odchylky řeči v době zápisu	10
Odchylky řeči při nástupu do první třídy	8
Odchylky řeči v polovině školního roku	8

Tabulka 3: *Základní údaje o místě šetření – Základní škola Pilníkov*

Základní škola Lánov	Počet
Děti v době zápisu	26
Dívky	13
Chlapci	13
Žádost o odklad	2
Děti, které nastoupily do 1. třídy	24
Odchylky řeči v době zápisu	10
Odchylky řeči při nástupu do první třídy	7
Odchylky řeči v polovině školního roku	7

Tabulka 4: *Základní údaje o místě šetření – Základní škola Lánov*

	Počet	%
Chlapci	66	47
Dívky	76	53
Celkem	142	100

Tabulka 5: *Dívky a chlapci předškolního věku*

Z celkového počtu 142 dětí předškolního věku (100 %), které přišly k zápisu do první třídy, převažuje počet dívek (76 dívek) nad počtem chlapců (66 chlapců). Procentuálně bylo dívek 53 % a chlapců 47 %.

PRVNÍ ETAPA ŠETŘENÍ

První etapa výzkumného šetření byla zaměřena na soubor předškolních dětí v době zápisu do jednotlivých škol, které jsem si vybrala převážně v místě mého bydliště. Prvotní kontakt s řediteli jednotlivých škol byl uskutečněn emailem nebo telefonicky. Ředitelé a pedagogové mi po jejich souhlasu umožnili realizovat mé výzkumné šetření a mohla jsem být přítomna ve všech třídách, kde zápisy probíhaly. Každý rodič, který přišel společně s dítětem, byl obeznámen důvodem mé přítomnosti a bylo mu vše vysvětleno. Dohoda s pedagogy byla taková, pokud by rodič nesouhlasil se zařazením svého dítěte do šetření, nemohla bych dané dítě zahrnout do výsledků. Žádný takový moment v průběhu nenastal. Pozorováním jsem hodnotila přítomnost komunikačních deficitů, přítomnost odchýlných artikulačních schopností jednotlivých hlásek a odchylky v řečové komunikaci. Především na základní škole v Domcích, kde byl nejvyšší počet dětí u zápisu, mi byly nápomocní sami pedagogové, které jsem předem seznámila se všemi cíli určenými k pozorování. Po jejich konzultaci s nimi jsem doplnila případné mezery, které nebylo možné zaznamenat v průběhu celého zápisu. Veškeré výsledky z pozorování jsou uvedeny a poznamenány v tabulkách i grafech níže.

	ZŠ Náchodská	ZŠ v Domcích	ZŠ Pilníkov	ZŠ Lánov
Negativní přístup ke komunikaci	1	4	0	1
Neschopnost formulovat sdělení	9	12	6	6
Obtíže ve výslovnosti	10	19	8	9
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	10	22	7	7
Obtíže v porozumění	7	11	4	5
Nedostatečná slovní zásoba	13	32	8	10

Tabulka 6: *Přítomné komunikační deficity*

Z následující tabulky vyplývají komunikační deficity, který byly pozorovány u všech dětí ze čtyř vybraných základních škol. Při zápisu do první třídy na základní škole Náchodská byla zaznamenána u 13 dětí nedostatečná slovní zásoba, u 10 dětí byly přítomny obtíže ve výslovnosti, u stejného počtu dětí (10) byl přítomný komunikační deficit v zapojení se do rozhovoru, 9 dětí nedokázalo formulovat svá sdělení, 7 dětí obtížně porozumělo zadání nebo pokynům učitelky a 1 dítě negativně přistupovalo k celé komunikaci s přítomnou paní učitelkou. Na druhé základní škole v Domcích výsledky znázorňují komunikační deficity, kde u 32 dětí byla přítomna nedostatečná slovní zásoba, dále 22 dětí s obtížemi zapojit se do rozhovoru, 19 dětí mělo problémy se správnou výslovností, 12 dětí nedokázalo správně formulovat sdělení, 11 dětí mělo obtíž s porozuměním pokynů od paní učitelky. 4 děti se nezapojily do rozhovoru téměř vůbec a ke komunikaci s paní učitelkou se stavěly negativně. Při tomto šetření mi byly velmi nápomocní všichni přítomní pedagogové. V Pilníkově byly nejčastější obtíže u předškolních dětí s nedostatečnou slovní zásobou u 8 dětí, stejný počet dětí (8) mělo problémy ve výslovnosti jednotlivých slov, u 7 dětí byly patrné obtíže v zapojení se do rozhovoru s paní učitelkou, u 6 dětí byly problémy ve formulování sdělení. U 4 dětí

trvala obtíž v porozumění zadání pro splnění úkolu. V poslední vybrané základní škole Lánov, byla zaznamenána u 10 dětí nedostatečná slovní zásoba, u 9 dětí přítomný problém s výslovností, 7 dětí se obtížně zapojovalo do rozhovoru, 6 dětí nedokázalo formulovat svá sdělení, 5 dětí mělo potíže s porozuměním a 1 dítě odmítalo zcela spolupracovat a k celé situaci při zápisu mělo negativní přístup.

	ZŠ Náchodská	ZŠ v Domcích	ZŠ Pilníkov	ZŠ Lánov
C, S, Z	5	9	5	5
Č, Š, Ž	2	3	2	1
R, Ř	8	15	5	4
D, T	2	6	0	1
K, G	2	2	0	0
M, N	0	0	0	0
L	0	3	0	0

Tabulka 7: *Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek v první etapě*

Z tabulky vyčteme výskyt nejčastěji odchylných artikulačních schopností jednotlivých hlásek u souboru předškolních dětí. Na základní škole Náchodská u 8 dětí byla zaznamenána špatná výslovnost hlásek R, Ř (dále jen vibrant), u 7 dětí odchylná artikulace hlásek C, S, Z, Č, Š, Ž (dále jen sykavek), kde převažovaly odchytky artikulačních schopností převážně u hlásek C, S, Z (dále jen ostrých sykavek), chybně tvořené hlásky D, T byly přítomné u 2 dětí a stejný počet dětí měl artikulační odchytky u hlásek K a G. V rámci tohoto šetření mi pedagogové dané školy poskytli orientační výsledky u některých dětí, které ještě před zápisem navštívily ordinaci klinického logopeda a měly tak již předem přehled, jak se bude jevit řeč u jednotlivých dětí. Z výsledků na základní škole v Domcích vyplývá, že 15 dětí má nejčastější potíže ve výslovnosti vibrant, 12 dětí má obtíže v artikulaci sykavek s převahou ostrých sykavek, u 6 dětí se vyskytla odchylná výslovnost hlásek D a T, u 2 dětí jsem zaznamenala odchylnou artikulační schopnost hlásek K a G a poslední 3 děti měly odchylnou artikulaci hlásky L. Na základní škole v Pilníkově je patrné, že počet dětí u zápisu nebyl vysoký. U dětí s řečovou poruchou (10) mají nejčastěji obtíže ve výslovnosti sykavek 7 dětí a vibrant 5 dětí. Poslední základní škola v Lánově, kde byla zaznamenána odchylná

artikulace sykavek u 6 dětí a vibrant u 4 dětí. 1 dítě mělo odchýlnou artikulaci hlásek D a T.

	ZŠ Náchodská	ZŠ v Domcích	ZŠ Pilníkov	ZŠ Lánov
Dyslálie	14	35	9	10
Rinolálie	0	0	0	0
Vývojová dysfázie	1	2	1	0
Balbuties	0	1	0	0
Mutismus	1	0	0	0
Opožděný vývoj řeči	0	0	0	0
Tumultus sermonis	0	0	0	0
Dysfonie	0	0	0	0

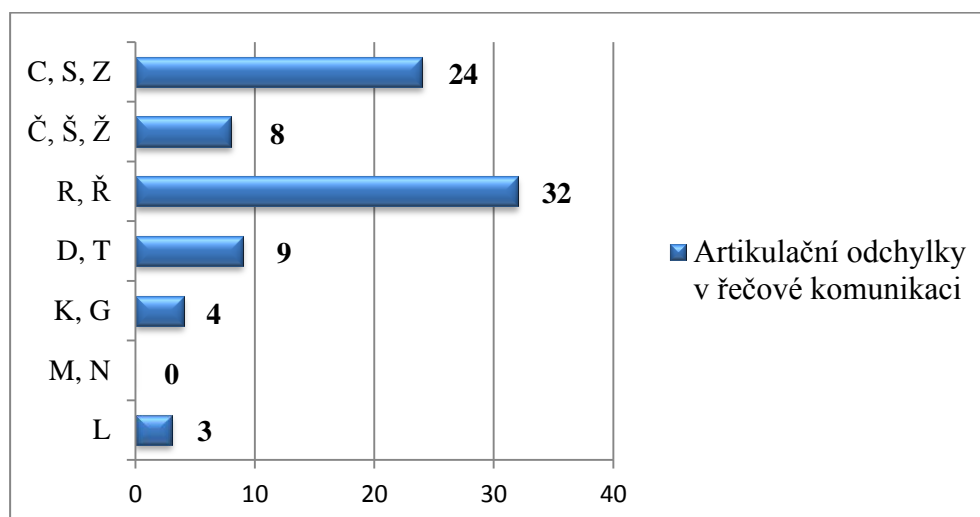
Tabulka 8: *Odchylky v řečové komunikaci*

Výše uvedená tabulka zaznamenává zastoupení odchylek v řečové komunikaci. Nejvyšší zastoupení na základní škole Náchodská mělo 14 dětí s dyslálií, dále pak 1 dítě s vývojovou dysfázií a 1 dítě s mutismem, které u zápisu nic neřeklo a i přes velkou snahu paní učitelky odmítalo spolupracovat. Již od začátku bylo dítě navrženo na rozhodnutí rodičů na odklad školní docházky. Na základní škole v Domcích, byl též zaznamenán nejvyšší počet dětí s dyslálií, která byla evidována u 35 dětí, u 2 dětí byla dále zaznamenána vývojová dysfázie, která se podložila vyšetřením od logopeda a pro tyto děti, byl navržen již při zápisu odklad školní docházky. U 1 dítěte logoped diagnostikoval balbuties. Též byla nejčastěji zaznamenána dyslálie na základní škole Pilníkov a to konkrétně u 9 dětí. Pouze jedno dítě mělo vývojovou dysfázií, také podloženou vyšetřením od logopeda. Dyslálie jako nejčastější odchylka v řeči, byla též na základní škole Lánov zaznamenána u všech 10 dětí, u kterých byly přítomny odchylky artikulačních schopností.

	Počet	%
Chlapci	36	49
Dívky	38	51
Celkem	74	100

Tabulka 9: *Dívky a chlapci předškolního věku s řečovou poruchou v době zápisu do prvních tříd*

Tabulka shrnuje celkový počet dětí s řečovou poruchou v době zápisu ve všech čtyřech vybraných základních školách. V době zápisu bylo přítomno 74 dětí (100 %) u kterých byla zaznamenána řečová porucha, to se týkalo 38 dívek (51 %) a 36 chlapců (49 %).



Graf 1: *Odchylky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí v první etapě*

Výše uvedený graf znázorňuje celkové shrnutí nejčastěji odchýlně tvořených hlásek u celého souboru předškolních dětí ze čtyř základních škol v první etapě výzkumného šetření. 32 dětí ze všech základních škol v době zápisu mělo odchýlně tvořené sykavky a to konkrétně ostré sykavky (24), u stejného počtu dětí (32) byla nesprávná artikulace vibrant, u 9 dětí byly přítomné odchýlné artikulační schopnosti hlásek D a T, 4 děti s nesprávnou výslovností hlásky K a G. Poslední 3 děti odchýlně artikulovaly hlásku L.

DRUHÁ ETAPA ŠETŘENÍ

Ve druhé etapě jsem znovu metodou pozorování analyzovala artikulační odchylky v řečové komunikaci u stejného souboru dětí, které byly přítomné v době zápisu a nastoupily v září do prvních tříd do všech čtyřech základních škol. Začátkem září 2015 jsem v prvních dvou týdnech navštívila zmíněné školy, kde jsem strávila určitý čas nejen s dětmi, ale poté s pedagogy na společné konzultaci. Zaměřila jsem se konkrétně na zlepšení či nikoliv jednotlivých hlásek. Děti s těžšími odchylkami řeči (viz Tabulka č. 8) byly v kompletním počtu navrženy na odklad školní docházky, a proto nejsou zařazeny ve druhé etapě šetření. Z toho důvodu jsem již nepoužila tabulku z první etapy pro znázornění odchylek v řečové komunikaci, jelikož pro pozorování zůstaly pouze děti s dyslalií. Není zde zaznamenána ani tabulka s přítomnými komunikačními deficity, která byla použita pouze při prvním kontaktu a seznámení s dětmi. Následující tabulky se orientují na odchylky artikulačních schopností jednotlivých hlásek v komunikaci.

	ZŠ Náchodská	ZŠ v Domcích	ZŠ Pilníkov	ZŠ Lánov
C, S, Z	4	5	4	3
Č, Š, Ž	0	1	1	1
R, Ř	6	9	3	3
D, T	1	1	0	1
K, G	0	1	0	0
M, N	0	0	0	0
L	0	1	0	0

Tabulka 10: *Odchylky percepčně-motorického vzoru hlásek ve druhé etapě*

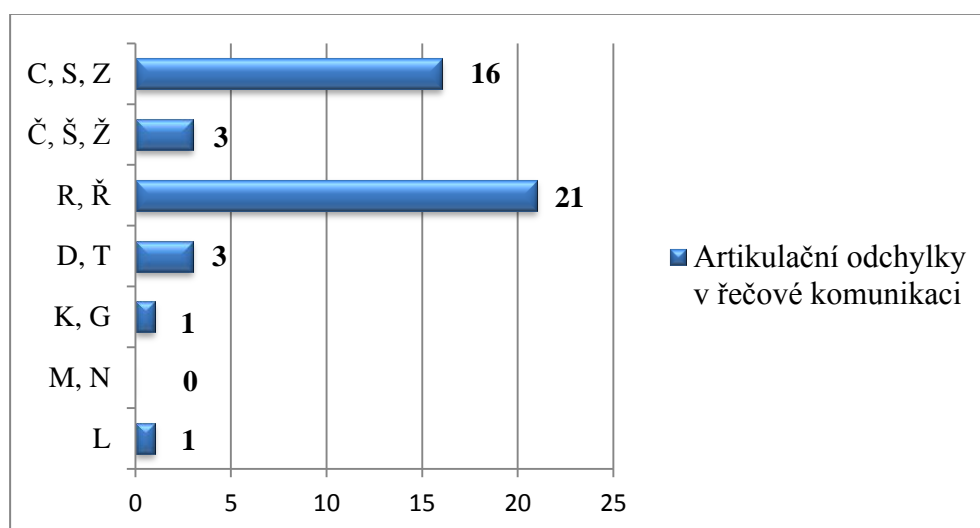
Z tabulky zjistíme nejčastější artikulační odchylky vibrant při artikulaci na základní škole Náchodská, které byly přítomné u 6 dětí, dále pak u 4 dětí odchýlná artikulace sykavek a u 1 dítěte přetrvala nesprávná artikulace hlásek D a T. Na základní škole v Domcích výsledky uvádí, nejčastěji přítomnou odchýlnou artikulaci vibrant u 9 dětí, 6 dětí chybně artikulovalo sykavky. U 1 dítěte zůstala narušená výslovnost hlásek D a T, K a G a též hláska L. Výsledky zaznamenány na základní škole v Pilníkově

uvádějí u 5 dětí chybnou artikulaci sykavek. Dále 3 děti, které měly problémy s artikulací vibrant. Na závěr tabulka znázorňuje nejčastěji odchýlnou artikulaci na základní škole v Lánově a to konkrétně sykavek (4) a vibrant (3), u 1 dítěte přetrvávala odchýlná artikulace hlásek D a T.

	Počet	%
Chlapci	24	57
Dívky	18	43
Celkem	42	100

Tabulka 11: *Dívky a chlapci předškolního věku s poruchou řečové komunikace při zahájení školního roku*

Tabulka shrnující počet dětí s PŘK při zahájení školního roku, uvádí, že do prvních tříd všech základních škol nastoupilo celkem 42 dětí (100 %), u kterých byla přítomna PŘK. Z toho byly častější odchylky artikulace u 24 chlapců (57 %) než u 18 dívek (43 %).



Graf 2: *Odchylky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí ve druhé etapě*

Graf znázorňuje celkový počet chybně tvořených jednotlivých hlásek u všech dětí, které nastoupily do prvních tříd. Z grafu je patrné přetrvávání odchýlně tvořených vibrant u 21 dětí, méně narušena byla artikulace sykavek u 19 dětí, kde nadále přetrvávala nesprávná artikulace ostrých sykavek a u 3 dětí zůstala chybná artikulace

hlásek D a T. Hlásky K a G nesprávně artikulovalo 1 dítě a též 1 dítě chybně artikulovalo hlásku L.

TŘETÍ ETAPA ŠETŘENÍ

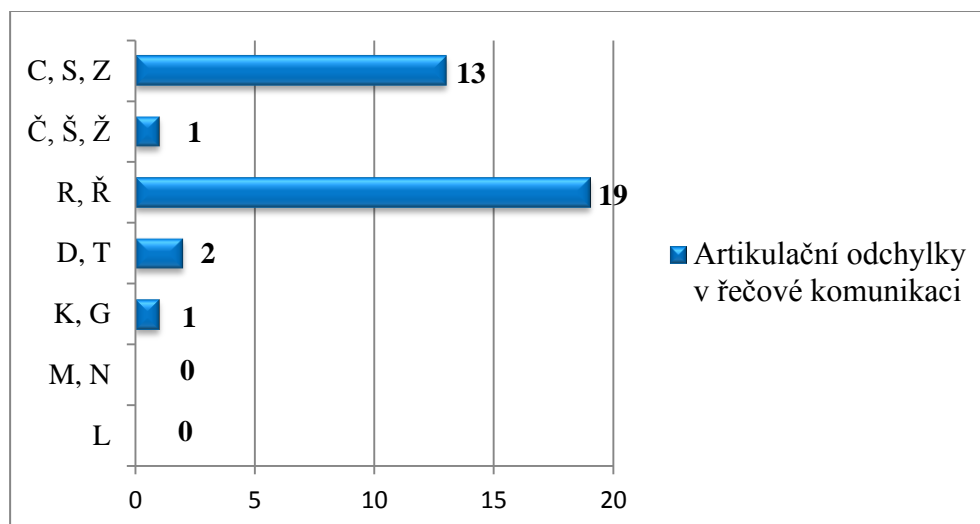
Poslední závěrečná etapa šetření proběhla v polovině školního roku, v lednu roku 2016, tedy po celých dvanácti měsících. Nejprve jsem znovu kontaktovala všechny pedagogy prvních tříd a s jejich souhlasem jsem si s nimi domluvila řádný termín, který mi umožnil být znovu přítomna po nějaký čas v prvních třídách, nejlépe na hodině českého jazyka, a mít tak možnost pozorovat a porovnávat opět stejný soubor dětí, zda proběhla zlepšení a úprava artikulačních schopností jednotlivých hlásek a tím i zlepšení řečové komunikace. Z důvodu nemoci některých dětí mi k analýze pomohli samotní pedagogové, kteří mi po konzultaci sdělili jejich postřehy v rámci poruch řeči. Nicméně po souhrnné konzultaci mi bylo sděleno, že oni sami nevidí téměř žádné výsledky.

	ZŠ Náchodská	ZŠ v Domcích	ZŠ Pilníkov	ZŠ Lánov
C, S, Z	3	4	3	3
Č, Š, Ž	0	0	1	0
R, Ř	5	8	3	3
D, T	0	1	0	1
K, G	0	1	0	0
M, N	0	0	0	0
L	0	0	0	0

Tabulka 12: *Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek ve třetí etapě*

Již z výše uvedené tabulky vyplývá, že v žádné z vybraných základních škol nedošlo k výraznému zlepšení artikulačních schopností u vybraných hlásek. Na základní škole Náchodská stále přetrvávaly u 8 dětí v polovině školního roku odchytky u sykavek i vibrant a ke zlepšení tedy nedošlo vůbec. Následující základní škola v Domcích, kde u 4 dětí byla pozorována odchýlná artikulace sykavek, u 8 dětí přetrvávaly obtíže ve výslovnosti vibrant. 1 z dětí mělo stále potíže ve výslovnosti hlásek D a T a poslední pozorované dítě odchýlně artikulovalo hlásky K a G. Ani na základní škole v Pilníkově nedošlo ke zlepšení. Z tabulky můžeme vyčíst, že

přetrvávaly odchylky sykavek i vibrant a to konkrétně u 4 dětí jsou odchýlně tvořené sykavky a u 3 dětí vibranty. Totéž platí u základní školy v Lánově, kde stále zůstávaly odchýlně tvořené sykavky u 3 dětí, u stejného počtu dětí (3) jsou chybně tvořená slova s vibranty a u 1 dítěte přetrvávala nesprávná artikulace hlásek D a T.



Graf 3: *Odchylky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí ve třetí etapě*

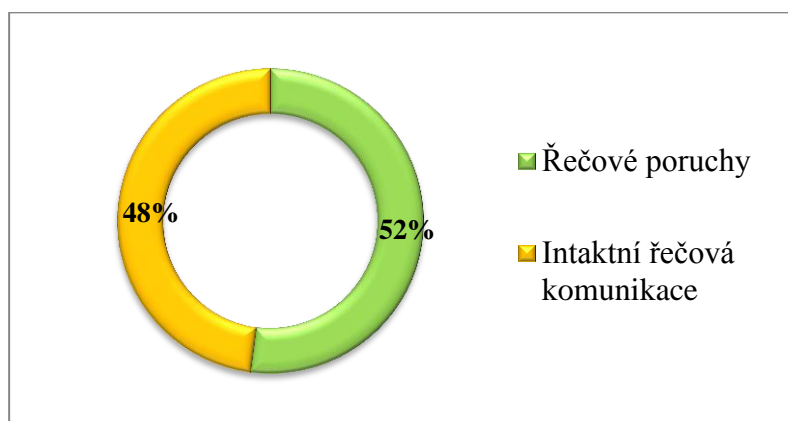
I zde ve třetí etapě byl použitý graf shrnující zastoupení všech chybně tvořených hlásek, které byly zaznamenány v průběhu třetího výzkumného šetření. Je patrné, že stále přetrvává vyšší zastoupení odchýlně tvořených vibrant (19), nadále byly nejčastější artikulační odchylky u ostrých sykavek (13), u 2 dětí stále přetrvávala nesprávná artikulace hlásek D a T. 1 dítě bylo zaznamenáno s odchýlnou artikulací hlásek K a G.

5.5. Shrnutí výsledků – diskuze k výzkumnému šetření

Cíle výzkumné části, tj. zjistit množství odchylek v řečové komunikaci u dětí v předškolním věku a během prvního roku školní docházky, **bylo dosaženo**. Následně **dílčí cíle, které byly stanoveny**, tj. zaměřit se a zhodnotit úroveň řečové komunikace dítěte, analyzovat a zaznamenat výsledky z pozorování a nakonec zhodnotit výsledné cíle u zkoumaného souboru dětí ve všech výše popsaných základních školách byly také **splněny, zaznamenány a výše popsány**. V závěru výzkumného šetření se vrátíme k hypotézám, které byly pro výzkumné účely stanoveny a budou podpořeny či nepodpořeny. Jedná se o hypotézy:

Hypotéza H₁: U souboru předškolních dětí bude převažovat (< 50 %) počet dětí s řečovou poruchou nad dětmi s intaktním vývojem řeči.

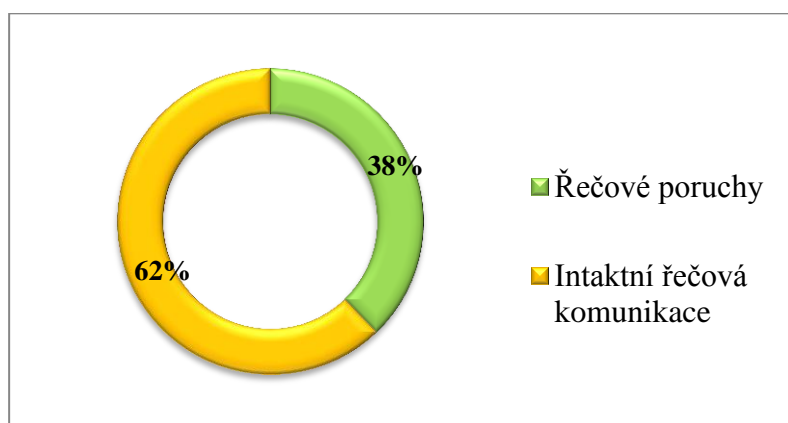
K hypotéze H₁ se vztahuje následující graf.



Graf 4: Řečové schopnosti při zápisu do prvních tříd

Z grafu je patrné, že z celkového počtu dětí (142), které přišly k zápisu do prvních tříd do výše uvedených základních škol, bylo zaznamenáno 52 % dětí s řečovou poruchou. Zbýlých 48 % dětí nemělo žádné výrazné odchylky artikulačních schopností a jejich řeč byla srozumitelná a intaktní. Poměr dětí byl téměř vyvážený, z dosažených výsledků a na základě stanoveného znění hypotézy můžeme říct, že vztah **hypotézy H₁**: „U souboru předškolních dětí bude převažovat (< 50 %) počet dětí s poruchami řečové komunikace nad dětmi s intaktním vývojem“ **byl podpořen**.

Hypotéza H₂: Počet dětí s řečovou poruchou při zahájení školní docházky se sníží na polovinu (< 50 %), nad dětmi s intaktní řečovou komunikací.



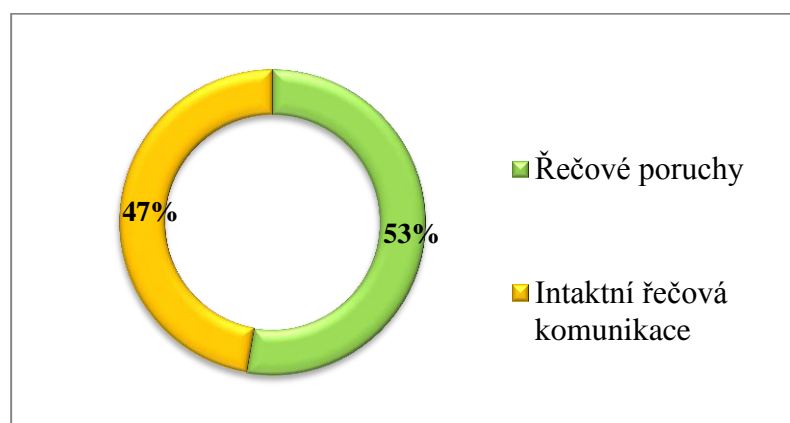
Graf 5: Řečové schopnosti při zahájení školní docházky

Z uvedených výsledků můžeme pozorovat u počátečního souboru dětí, které nastoupily do prvních tříd (111 dětí), bylo zaznamenáno při zahájení školní docházky 38 % dětí s řečovou poruchou. U větší části dětí 62 % byla již artikulace intaktní a nebyly zaznamenány žádné výrazné odchylky artikulačních schopností. Na základě

dosažených výsledků **hypotéza H₂ byla podpořena**, počet dětí s řečovou poruchou se snížil více než o polovinu (< 50 %) nad dětmi s intaktní komunikační schopností v době zahájení školní docházky.

Hypotéza H₃: V průběhu časového úseku dvanácti měsíců dojde u souboru dětí s řečovou poruchou, zaznamenané v době zápisu, k výraznému snížení (< 70 %) výskytu poruch řečové komunikace, než tomu bylo v době zápisu.

S hypotézou koresponduje následující graf.



Graf 6: Řečové schopnosti u dětí po 12 měsících

Ve skupině předškolních dětí, které byly přítomné v době zápisu, byl celkový počet 74 (100 %) dětí s řečovou poruchou. Po uplynutí dvanácti měsíců u stejného souboru dětí byly pozorovány řečové poruchy u 39 (53 %) dětí. Pouze u 35 (47 %) dětí došlo ke zlepšení artikulačních schopností a celková řečová komunikace se stala intaktní. Ve výsledcích této hypotézy je nezbytné zdůraznit, že u zápisu do prvních tříd byly přítomny děti, u kterých nakonec rodiče zažádali o odklad školní docházky. Přesto i tyto děti byly zahrnuty do výsledků výzkumného šetření a zaznamenávaly se odchylky artikulačních schopností. Můžeme tedy konstatovat, že pokud bychom vyloučily děti s dokladem školní docházky, výsledky pro tuto hypotézu by mohly být jiné. Můžeme shledat, že tvrzení **hypotézy H₃ nebylo podpořeno** dosaženými výsledky výzkumného šetření, neboť nedošlo k výraznému snížení (< 70 %) výskytu poruch řečové komunikace. Snížení se týkalo pouze u 47 % z celého souboru dětí.

Hypotéza H₄: U dětí s řečovou poruchou budou převažovat nejčastěji odchylky artikulačních schopností ostrých sykavek (C, S, Z) a hlásek R a Ř.

Hypotéza H₄ byla stanovena na základně předložených poznatků, které uvádí Neubauer (2011) ve své publikaci: „*Současné údaje uvádějí několik výzkumných šetření*

zaměřených na populaci především školních dětí v období počátku školní docházky. Jejich shrnutím lze dospět k jedinému opakovanému respektovanému údaji: v počátku školní docházky má okolo 40 % dětí odchylky artikulace, charakterizované jako *dyslalie*.“ Nejčastější odchylky artikulace jsou uváděny sykavky řady C, S, Z a hlásky R a Ř.

Pro potvrzení či vyloučení hypotézy byla sestavena tabulka hlásek ze všech tří etap šetření pro porovnání a zhodnocení výsledků.

	1. etapa	2. etapa	3. etapa
C, S, Z	24	16	13
Č, Š, Ž	8	3	1
R, Ř	32	21	19
D, T	9	3	2
K, G	4	1	1
M, N	0	0	0
L	3	1	0

Tabulka 13: *Odchylky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí*

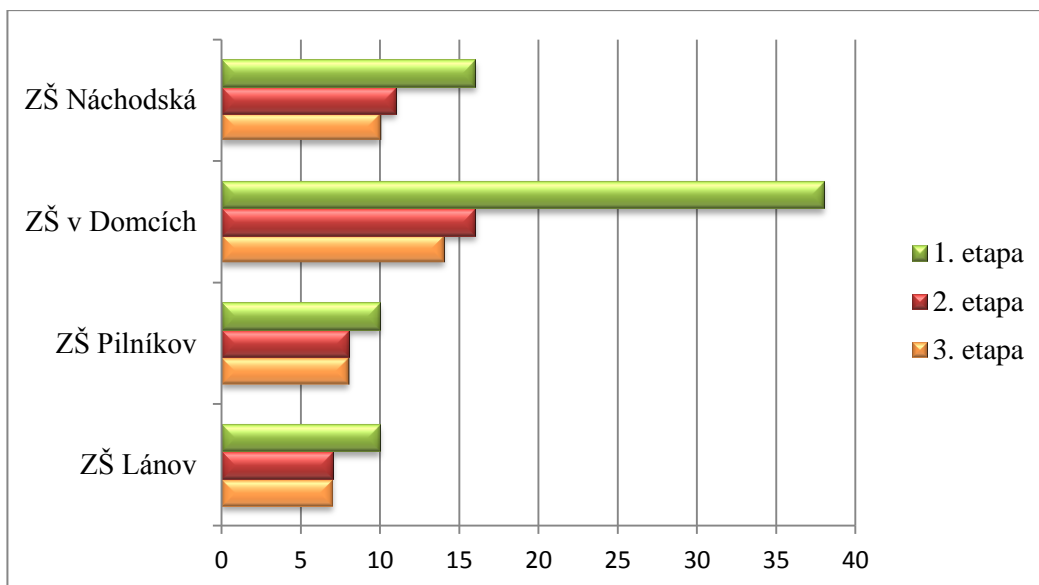
Z uvedených výsledků zaznamenaných v tabulce je patrné, že u všech dětí, které byly pozorovány v průběhu tří etap, byly sledovány nejčastější odchylky artikulačních schopností u vibrant a ostrých sykavek a to v každé etapě výzkumného šetření. V jednotlivých etapách počet odchylek artikulace vibrant i sykavek výrazně převyšoval nad počtem ostatních hlásek. Považuji za důležité upozornit, že v rámci výzkumného šetření se u určitého počtu dětí vyskytovala mnohočetná dyslalie, kdy dítě chybně artikulovalo dvě i více hlásek. Přesto se každá hláska zaznamenala a počítala zvlášť i přes to, že se jednalo o jedno a to samé dítě. Na základě výsledků týkajících se četnosti odchylek artikulačních schopností jednotlivých hlásek je zjevné, že v každé etapě předčila větší část dětí s odchylkami artikulace vibrant a ostrých sykavek. Závěrem lze říct, **hypotéza H₄ byla podpořena** na základě výzkumných výsledků.

Ze všech čtyř předložených hypotéz, pouze jedna hypotéza ze zaznamenaných výsledků **nebyla podpořena**. Zbylé tři hypotézy zůstaly **podpořeny**. Cílem výzkumného šetření bylo především zaměřením se na odchylky řečové komunikace u dětí

předškolního věku a zaznamenávání jejich pokroků během první poloviny školního roku v první třídě.

Pro konečné shrnutí výzkumného šetření byl sestaven graf, který přehledně graficky znázorňuje výskyt poruch řečové komunikace v průběhu dvanácti měsíců u všech pozorovaných dětí a zároveň znázorňuje, zda došlo k výraznému snížení řečových poruch či nikoliv v jednotlivých etapách. Z grafu je zřejmé, že nejvyšší počet dětí s řečovou poruchou byl na základní škole v Domcích, z důvodu velkého počtu dětí při zápisu do prvních tříd. Pouze zde při zápisu a poté při nástupu do první třídy je možné pozorovat velký rozdíl v počtu dětí s řečovou poruchou. Následující druhá a třetí etapa již nevykazuje velké rozdíly ba naopak, je očividné, že děti po dobu pěti měsíců (od září do ledna) neudělaly téměř žádné pokroky a jejich odchýlná artikulace jednotlivých hlásek zůstala stejná. Po závěrečné konzultaci se všemi pedagogy prvních tříd jsem zjistila, že téměř žádné z dětí nenavštěvuje klinického logopeda či nedochází do žádného zařízení, které by napomáhalo ke zlepšení výslovnosti a tím ke zlepšení komunikace.

Pouze na základní škole v Domcích je věnována logopedická péče dětem již od počátku zahájení školní docházky. Jsou zde dva pedagogové se specializací logopedie – surdopedie, které se podílejí na logopedické péči ve škole. Děti docházejí jednou týdně na individuální nebo skupinovou péči, kde formou artikulačních a dechových cvičení se učí správně vyvozovat hlásky před zrcadlem. Přesto, že se škola snaží zajistit logopedickou péči, výsledek je závislý na zodpovědném přístupu rodičů. Je především na nich, jak se k poruchám řeči u svého dítěte postaví, jelikož právě oni mají největší vliv na formování řeči v dětském věku a pravidelná cvičení, která by měli provádět společně s dítětem, podporují úpravu artikulace a zabraňují uchýlení k nesprávnému vzoru hlásek. Faktem zůstává, že s dětmi z ostatních základních škol s poruchami řeči nikdo intenzivně necvičí. V rámci osobních konzultací s pedagogy prvních tříd mi bylo sděleno, že velká část rodičů spoléhá právě na učitele, který podpoří řeč dítěte v průběhu vyučovacích hodin a tím tak dojde k vlastní úpravě artikulace. Na to však pedagogové nemají prostor ani potřebný čas.



Graf 8: Průběh poruch řečových schopností během dvanácti měsíců

Z grafu je více než zřejmé, že u dětí, které byly vybrány pro výzkumné šetření, se řečové schopnosti upravily alespoň částečně od první po druhou etapu. Od druhé a třetí etapy již nepozorujeme výraznější posun v artikulačních schopnostech. Pouze na základní škole v Domcích vykazují výsledky z první etapy velké pokroky, je to pouze z důvodu velkého počtu dětí u zápisu, které ve výsledku ani nezačaly školní docházku.

Závěr

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí. Její snahou bylo analyzovat množství odchylek u dětí předškolního věku a během prvního roku školní docházky. Rozvoj komunikace u dětí je aktuální téma, jelikož děti s poruchami řeči stále přibývá a jejich neúspěch v této oblasti pro ně může znamenat neúspěch při zahájení školní docházky či dokonce důvod k odkladu. Mnoho rodičů předpokládá, že s úpravou řeči pomohou právě pedagogové v základních školách a dítě po čase samo dospěje k intaktní řeči. To bohužel není na základních školách možné z hlediska prostoru ani času, které by každé dítě vyžadovalo.

Teoretická část byla členěna na čtyři kapitoly. První dvě kapitoly se věnovaly převážně vývoji řeči od narození dítěte a následně vývoj řeči dítěte v předškolním a školním věku. V této kapitole nebyl opomenut vývoj předškolního dítěte po psychické i fyzické stránce. Ve třetí kapitole byly vybrány a popsány nejčastěji vyskytující se poruchy řeči u dětí. Větší pozornost je zde věnovaná dyslalii, která je charakterizována jako nejčastější odchylka v dětském věku. Ve čtvrté kapitole nebyl vynechán popis logopedické péče, která může být poskytnuta nejen dítěti, ale i dospělému.

V empirické části práce byl popsán charakter míst, kde výzkumné šetření probíhalo, charakter skupiny a metody, které byly zvoleny. Větší podíl empirické části byl zde věnován vlastnímu výzkumnému šetření, kde byly shledány a zaznamenány výsledky do přehledných tabulek a grafů, které celou práci doplňují. Cíl bakalářské práce byl zjišťován pomocí stanovených čtyř hypotéz. Výzkumné šetření potvrdilo tři hypotézy, jedna zůstala nepodpořena.

Cílem práce bylo zaměřit se na odchylky v řečové komunikaci u předškolních dětí a zjistit, zda děti s řečovými poruchami po roce šetření udělají výrazné pokroky v komunikačních schopnostech. Logopedická péče je u každého jedince individuální, každému dítěti může vyhovovat jiný způsob a styl práce. Ale ať dítě navštěvuje klinického logopeda nebo s dítětem pracuje pedagog, nejdůležitější práce zde spadá na rodiče, kteří mají velký vliv na formování dětské řeči a tráví s dítětem po dobu předškolního věku nejvíce času. Můžeme alespoň doufat, že v budoucnu se vše obrátí k lepšímu a děti budou nastupovat do školy nejlépe bez poruch řeči nebo již s upravenou řečovou komunikací.

Seznam literatury

ANDERSON J., FISCHGRUND, S., LOBASCHER, M. 1993. *Dobrý start do školy: jak můžeme připravit vašemu dítěti dobrý vstup do školy*. 1. vydání. Praha: Portál. 116 s. ISBN 37-018-11.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, ŠMARDOVÁ, Vlasta. 2015. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. 2. vydání. Brno: Edika. 100 s. ISBN 978-80-266-0793-9.

BENDOVIÁ, Petra. 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 152. S. ISBN 978-80-247-3853-6

BEZDĚKOVÁ, Jana. 2008. *Učíme naše dítě mluvit*. 1. vydání. Velké Bílovice: TeMi CZ. s.r.o., 200 s. ISBN 978-80-87156-02-5.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 236 s. ISBN 978-80- 247-3008-0.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. 2006. *Systém poskytování logopedické intervence v ČR*, In PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

ČAČKA, Otto. 2013. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. Brno: Doplněk, 2000, ISBN 1081-171-2000 In SKORUNKOVÁ, Radka. *Základy vývojové psychologie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 158 s. ISBN 978-80- 7435-253-9.

DLOUHÁ, Olga, ČERNÝ, Libor. 2012. *Foniatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80- 246-2048-0.

DVOŘÁK, Josef. 1998. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 192 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

DVOŘÁK, Josef. 2003. *Vývojová fonologická porucha*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 146 s. ISBN 80-902536-4-4.

FUKANOVÁ, Věra. *Koncepce logopedické péče*. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

JEDLIČKA, Ivan. *Vývoj řeči*. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.

- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HORŇÁKOVÁ, Kateřina, KAPALCOVÁ, Světlana, MIKULAJOVÁ, Marína. 2009. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. 1. vydání. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-612-4.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. 2014. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 150 s. ISBN 978-80-247-4750-7
- KAPALCOVÁ, Světlana. *Vývin řeči*. In KEREKRETIOVÁ, Aurélie et al. 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2574-5
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KOŤÁTKOVÁ, Soňa. 2005. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi: význam hry, role pedagoga, cíl hry, soubor her*. 1. vydání. Praha 5: Grada Publishing, a.s. 184 s. ISBN 80-247-0852-3.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. 2003. *Dyslalie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 195 s. ISBN 80-7041-413-8.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. 2013. *Dyslalie – Patlavost. Vady a poruchy výslovnosti*. 2. rozš. a přeprac. vydání. Praha: BEAKRA. 295 s. ISBN 978-80-903863-1-0.
- KROPÁČKOVÁ. *Školní připravenost*. In JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, ŽÁČKOVÁ, Hana. 2014. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 150 s. ISBN 978-80-247-4750-7
- LECHTA, Viktor. 1990. *Logopedické repetitorium*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. 360 s. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, Viktor, 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. 1. vydání. Praha: Portál. 231 s. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, Viktor. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.

- LECHTA, Viktor. 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vydání. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-7367-977-4
- LECHTA, Viktor. *Metody logopedické intervence*. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- LEJSKA, Mojmír. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 1. vydání. Brno: Paido. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- NÁDVORNÍKOVÁ, *Diagnostika dyslalie*. In LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. 360 s. ISBN 80-7178-801-5
- NEUBAUER, Karel. 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gadeamus. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.
- NEUBAUER, Karel. 2011. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. 63 s. ISBN 978-80-7311-118-2
- NEUBAUER, Karel. 2014. *Logopedie a surdologopedie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4
- PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- SALOMONOVÁ, Anna. *Dyslalie*. IN ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6
- SKORUNKOVÁ, Radka. 2013. *Základy vývojové psychologie*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 158 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
- SOVÁK, Miloš, *Opožděný vývoj řeči*. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKODOVÁ, Eva. *Opožděný vývoj řeči*. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2003. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠLAPAL, Radomír. 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Brno: Paido. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. 2008. *Průvodce dětským světem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 192 s. ISBN 978-80-247-1907-8.

ŠULOVÁ, Lenka. 2004. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 247 s. ISBN 80-246-0877-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

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

VYŠTEJN, Jan. 1991. *Vady výslovnosti*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 174 s. ISBN 80-04-24504-8.

ŘÍČAN, Pavel. 2009. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-7367-124-2.

Elektronické zdroje

KONSOLIDOVANÝ TEXT ŠKOLSKÉHO ZÁKONA. 2015. Školský zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, školním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/konsolidovany-text-skolskeho-zakona>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. 2011. Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb?highlightWords=116%2F2011>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. 2011. Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb?highlightWords=147%2F2011>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní údaje o místě šetření – Základní škola Náchodská, Trutnov	60
Tabulka 2: Základní údaje o místě šetření – Základní škola v Domečích	60
Tabulka 3: Základní údaje o místě šetření – Základní škola Pilníkov.....	61
Tabulka 4: Základní údaje o místě šetření – Základní škola Lánov	61
Tabulka 5: Dívky a chlapci předškolního věku	62
Tabulka 6: Přítomné komunikační deficity	63
Tabulka 7: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek v první etapě	64
Tabulka 8: Odchytky v řečové komunikaci.....	65
Tabulka 9: Dívky a chlapci předškolního věku s řečovou poruchou v době zápisu do prvních tříd	66
Tabulka 10: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek ve druhé etapě.....	67
Tabulka 11: Dívky a chlapci předškolního věku s poruchou řečové komunikace při zahájení školního roku.....	68
Tabulka 12: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek ve třetí etapě	69
Tabulka 13: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí	73

Seznam grafů

Graf 1: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí v první etapě.....	66
Graf 2: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí ve druhé etapě ...	68
Graf 3: Odchytky percepčně-motorického vzoru hlásek u všech dětí ve třetí etapě	70
Graf 4: Řečové schopnosti při zápisu do prvních tříd	71
Graf 5: Řečové schopnosti při zahájení školní docházky.....	71
Graf 6: Řečové schopnosti u dětí po 12 měsících	72

Seznam příloh

Příloha A: Záznamový arch – zápis do 1. tříd

Příloha B: Vyplněný záznamový arch – Základní škola Náchodská, Trutnov

Příloha C: Vyplněný záznamový arch – Základní škola v Domcích, Trutnov

Příloha D: Vyplněný záznamový arch – Základní škola Pilníkov

Příloha E: Vyplněný záznamový arch – Základní škola a Mateřská škola Lánov

Příloha A

Počet dětí u zápisu	
Žádost o odklad	
Počet dětí, které nastoupily do 1. třídy	
Dívky	
Chlapci	
Počet dětí s poruchou řeči u zápisu	

Nedostatečnosti v komunikaci dětí

Nedostatečná slovní zásoba	
Obtíže v porozumění	
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	
Obtíže ve výslovnosti	
Neschopnost formulovat sdělení	
Negativní přístup ke komunikaci	

Hlásky

C, S, Z			
Č, Š, Ž			
R, Ř			
D, T			
K, G			
M, N			
L			

Odchytky v řečové komunikaci

Dyslálie (patlavost)			
Balbuties			
Tumultus sermonis			
Rinolálie			
Mutismus			
Dysfonie			
Vývojová dysfázie			
Opožděný vývoj řeči			

Příloha B

Základní škola Náchodská, Trutnov

Počet dětí u zápisu	30
Žádost o odklad	4
Počet dětí, které nastoupily do 1. třídy	25
Dívky	14
Chlapci	16
Počet dětí s poruchou řeči u zápisu	16

Nedostatečnosti v komunikaci dětí

Nedostatečná slovní zásoba	13
Obtíže v porozumění	7
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	10
Obtíže ve výslovnosti	10
Neschopnost formulovat sdělení	9
Negativní přístup ke komunikaci	1

Hlásky

C, S, Z	5	4	3
Č, Š, Ž	2	0	0
R, Ř	8	6	5
D, T	2	1	0
K, G	2	0	0
M, N	0	0	0
L	0	0	0

Odchytky v řečové komunikaci

Dyslálie (patlavost)	14		
Balbuties			
Tumultus sermonis			
Rinolálie			
Mutismus	1		
Dysfonie			
Vývojová dysfázie	1		
Opožděný vývoj řeči			

Příloha C

Základní škola v Domcích, Trutnov

Počet dětí u zápisu	70
Žádost o odklad	18
Počet dětí, které nastoupily do 1. třídy	49
Dívky	39
Chlapci	31
Počet dětí s poruchou řeči u zápisu	38

Nedostatečnosti v komunikaci dětí

Nedostatečná slovní zásoba	32
Obtíže v porozumění	11
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	22
Obtíže ve výslovnosti	19
Neschopnost formulovat sdělení	12
Negativní přístup ke komunikaci	4

Hlásky

C, S, Z	9	5	4
Č, Š, Ž	3	1	0
R, Ř	15	9	8
D, T	6	1	1
K, G	2	1	1
M, N	0	0	0
L	3	1	1

Odchytky v řečové komunikaci

Dyslálie (patlavost)	35		
Balbuties			
Tumultus sermonis			
Rinolálie			
Mutismus	1		
Dysfonie			
Vývojová dysfázie	2		
Opožděný vývoj řeči			

Příloha D

Základní škola Pilníkov

Počet dětí u zápisu	16
Žádost o odklad	2
Počet dětí, které nastoupily do 1. třídy	13
Dívky	10
Chlapci	6
Počet dětí s poruchou řeči u zápisu	10

Nedostatečnosti v komunikaci dětí

Nedostatečná slovní zásoba	8
Obtíže v porozumění	4
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	7
Obtíže ve výslovnosti	8
Neschopnost formulovat sdělení	6
Negativní přístup ke komunikaci	0

Hlásky

C, S, Z	5	4	3
Č, Š, Ž	2	1	1
R, Ř	5	6	0
D, T	0	0	0
K, G	0	0	0
M, N	0	0	0
L	0	0	0

Odchytky v řečové komunikaci

Dyslálie (patlavost)	9		
Balbuties			
Tumultus sermonis			
Rinolálie			
Mutismus			
Dysfonie			
Vývojová dysfázie	1		
Opožděný vývoj řeči			

Příloha E

Základní škola a Mateřská škola Lánov

Počet dětí u zápisu	26
Žádost o odklad	2
Počet dětí, které nastoupily do 1. třídy	24
Dívky	13
Chlapci	13
Počet dětí s poruchou řeči u zápisu	10

Nedostatečnosti v komunikaci dětí

Nedostatečná slovní zásoba	10
Obtíže v porozumění	5
Obtíže v zapojení se do rozhovoru	7
Obtíže ve výslovnosti	9
Neschopnost formulovat sdělení	6
Negativní přístup ke komunikaci	1

Hlásky

C, S, Z	5	3	3
Č, Š, Ž	1	1	0
R, Ř	4	3	3
D, T	1	1	1
K, G	0	0	0
M, N	0	0	0
L	0	0	0

Odchytky v řečové komunikaci

Dyslálie (patlavost)	10		
Balbuties			
Tumultus sermonis			
Rinolálie			
Mutismus			
Dysfonie			
Vývojová dysfázie			
Opožděný vývoj řeči			