Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Vývojové odchylky artikulace na pracovišti klinické logopedie – strategie spolupráce rodiny a terapeuta

Diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Půlpánová
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Hradec Králové 2018

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání diplomové práce

Autor: **Lucie Půlpánová**

Studium: P16P0186

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie

Název diplomové práce: **Vývojové odchylky artikulace na pracovišti klinické logopedie - strategie spolupráce rodiny a terapeuta**

Název diplomové práce AJ: Developmental abnormalities of articulation at clinical speech therapy workplaces - strategy of cooperation between a family and a therapist

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Teoretická část diplomové práce se zabývá vývojovými odchylkami artikulace v rámci pracovišť klinické logopedie. Obsahuje charakteristiku dyslalie, jako nejčastěji se vyskytující poruchy řečové komunikace v rámci odchylek artikulace. Zaměřuje se na logopedickou diagnostiku a terapii společně s podílem spolupráce rodičů na logopedické terapii. Praktická část diplomové práce využívá dotazníkového šetření v rámci pracovišť klinické logopedie. Cílem praktické části diplomové práce je zhodnotit, jaké nejčastější strategie spolupráce v rámci terapie zaujímají rodiče v situaci pravidelných návštěv dítěte s vývojovou odchylkou artikulace na pracovišti klinické logopedie.

DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]. 3., upr. a rozš. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7. KRAHULCOVÁ, Beáta. Dyslalie - patlavost. 1. vydání. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3. NEUBAUER, Karel. Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4. NEUBAUER, Karel. Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011. ISBN 978-80-7311-118-2. GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela. Terapie dyslalie. In LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5. SALOMONOVÁ, Anna. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6. VYŠTEJN, Jan. Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti. 1. vydání. Praha: SPN, 1991. Obory speciální pedagogiky. ISBN 80-04-24504-8. VYŠTEJN, Jan. Dítě a jeho řeč. 1. vydání. Praha: Baroko & Fox, 1995. ISBN 80-85642-25-5.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta

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

Oponent: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 22. 3. 2018

Poděkování

Mé poděkování patří doc. Karlu Neubauerovi za odborné vedení, trpělivost a ochotu, které mi v průběhu zpracovávání diplomové práce věnoval. Děkuji též rodičům dětí a odborným pracovníkům za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část mé diplomové práce.

Anotace

PŮLPÁNOVÁ, Lucie. *Vývojové odchylky artikulace na pracovišti klinické logopedie – strategie spolupráce rodiny a terapeuta*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 88 s. Diplomová práce.

Diplomová práce, jak již z názvu vyplývá, si dává za cíl poukázat na problematiku zapojení rodičů a jejich strategií (přístupů) ve spolupráci v rámci logopedické terapie dětí s vývojovými odchylkami artikulace na pracovišti klinické logopedie. Teoretická část se zaměřuje na artikulaci, její vývojové odchylky společně se zaměřením na oblast dyslalie, tedy nejčastěji se vyskytující odchylku artikulace ve vývoji artikulační schopnosti u dítěte. Zahrnuje diagnostiku a terapii daných odchylek. Neopomenutelnou částí je problematika podílu a spolupráce rodičů v rámci logopedické terapie a vhodných strategických přístupů rodiny k terapii, a to zejména v rámci domácího prostředí dítěte. Diplomová práce se ve své praktické části snaží získat data o problematice vzájemné spolupráce a strategiích rodičů v terapii na základě dotazníkového šetření v rámci ambulancí klinických logopedů, kam dochází rodiče s dětmi s diagnózou odchylné artikulace ve vývoji dítěte. Cílem praktické části diplomové práce je zhodnotit, jaké nejčastější strategie spolupráce v rámci terapie zaujímají rodiče v situaci pravidelných návštěv dítěte s vývojovou odchylkou artikulace na pracovišti klinické logopedie. Dalším případným výsledkem je odhalení možných problémů v terapeutické spolupráci, které ovlivňují strategie rodičů právě v logopedické terapii v domácím prostředí.

Klíčová slova: odchylná artikulace, logopedická terapie, spolupráce, strategie, rodina

Annotation

PŮLPÁNOVÁ, Lucie. Developmental abnormalities of articulation at clinical speech therapy workplaces – strategy of cooperation between a family and a therapist. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 88 pp. Master´s degree thesis.

The aim of the Master´s degree thesis is to deal with an issue of parents´ participation and their approaches to cooperation within the speech therapy in children with articulation disorders at a speech-language pathology workplace. The theoretical part is focused on articulation, its developmental disorders along with the field of dyslalia which is the most frequent articulation disorder in development of children´s articulation skills. Diagnostics and therapy of the given disorders are involved. The issue of parents´ participation and cooperation in the speech therapy and appropriate family strategic approaches to the therapy, particularly within the child´s home environment, cannot be omitted. In the practical part, the Master´s degree thesis tries to gain data on the issue of mutual cooperation and parents´ approaches in the therapy based on a questionnaire survey in speech therapists´ surgeries which parents and their children attend with the diagnosis of articulation disorders in the child´s development. The aim of the practical part is to assess what the most frequent parents´ approaches in the therapy during regular visits of the child with an articulation disorder at the speech-language pathology workplace are. Revealing possible problems in the therapy cooperation, which can affect parents´ approaches particularly in the speech therapy in home environment, is another possible outcome.

Key words: articulation disorders, speech therapy, cooperation, approach, family

Obsah

Úvod ... 9
1 Artikulace ... 11
1.1 Fyziologický vývoj řečových schopností a artikulace u dětí ... 11
1.2 Vývojové odchylky artikulace ... 14
1.2.1 Fonologické záměny ... 14
1.2.2 Konstantní odchylka artikulace ... 15
1.3 Shrnutí fonologická záměna a konstantní odchylka artikulace ... 16
2 Dyslalie – konstantní odchylka artikulace ... 17
2.1 Etiologie dyslalie ... 17
2.2 Symptomatologie a klasifikace dyslalie ... 19
2.3 Odchylná artikulace u vybraných hlásek ... 19
3 Diagnostika a terapie na pracovišti klinické logopedie ... 24
3.1 Diferenciální diagnostika ... 25
3.1.1 Diagnostika vývojových odchylek artikulace ... 25
3.2 Logopedická terapie u vývojových odchylek artikulace ... 26
3.2.1 Logopedická terapie u vybraných konstantních odchylek hlásek ... 28
3.2.2 Logopedická terapie fonologických záměn ... 31
3.3 Terapeutické pomůcky a materiály ... 32
4 Spolupráce rodičů a terapeuta v rámci logopedické terapie ... 34
4.1 Podíl rodičů na logopedické terapii ... 35
4.1.1 Ideální strategie spolupráce mezi rodinou a logopedem ... 36
4.2 Úskalí spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem ... 38
4.3 Shrnutí ... 40
5 Výzkumné šetření – strategie ve spolupráci rodiny a terapeuta ... 41
5.1 Charakteristika výzkumného šetření ... 41
5.2 Charakteristika výzkumného souboru ... 42
5.3 Cíle práce a hypotézy ... 43
5.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření ... 44
6 Diskuze k výzkumnému šetření ... 68
7 Závěr výzkumného šetření ... 73
8 Doporučení pro praxi ... 75

Závěr 77
Seznam použitých zdrojů 79
Seznam grafů 85
Seznam tabulek 87
Seznam příloh 88

Úvod

Tématem diplomové práce jsou vývojové odchylky artikulace na pracovišti klinické logopedie – strategie spolupráce rodiny a terapeuta. Samotný název diplomové práce v sobě nese nejen samotnou charakteristiku vývojových odchylek artikulace a dyslalie, ale právě téma velmi důležité v oblasti samotné terapie, a tím je podíl a strategie rodičů v rámci logopedické terapie. Za strategii považujeme pro účely diplomové práce plán, koncepci v přístupu rodiny ke spolupráci v rámci logopedické terapie. Pro oblast logopedické terapie u odchylek artikulace je spolupráce rodiny neopomenutelnou součástí, kterou je nutné brát jako jeden ze základních kamenů úspěšné terapie vůbec. O důležitosti této spolupráce se můžeme dočíst například v publikaci doc. Karla Neubauera, kde uvádí, že logopedická terapie zahrnuje postupy vedené plně kvalifikovaným logopedem a *„vždy zahrnuje instrukci pro každodenní procvičování postupů v rodině“* (Neubauer, 2011, s. 30).

V praxi se setkáváme s různými přístupy klinických logopedů k terapii a také různými přístupy rodiny k logopedické terapii v prostředí ambulance, ale hlavně v prostředí, které je dítěti přirozené, a tím je jeho domov. Především v prostředí domova by mělo docházet k pravidelnému dennímu působení rodiny na dítě v rámci logopedických postupů, které mají provádět na základě doporučení od klinického logopeda. Tento neopomenutelný fakt bych chtěla výběrem tématu diplomové práce vyzdvihnout. Tedy, že spolupráce mezi rodinou a terapeutem je v rámci terapie jednou z nepostradatelných částí, která následně významně dopomáhá k dosahování úspěchů a cílů v rámci terapie.

Teoretická část práce se zabývá artikulací, vývojovými odchylkami artikulace a obsahuje charakteristiku dyslalie, jako jednu z nejčastějších poruch řečové komunikace v oblasti artikulace. V teoretické části je zahrnuta diagnostika a terapie odchylek artikulace na pracovišti klinické logopedie. Současně je v kapitole vysvětleno, co si můžeme představit pod pojmem pracoviště klinické logopedie. Poslední kapitolou teoretické části diplomové práce je podíl spolupráce rodičů na logopedické terapii, tedy v čem spočívá spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem, jak by měla vypadat ideální strategie (přístup) rodiny ke spolupráci a co všechno by v ní mělo být zahrnuto.

V neposlední řadě se kapitola zmiňuje o možných úskalích a důsledcích právě nedokonalé strategie (přístupu) ke spolupráci mezi těmito dvěma stavebními kameny celé terapie, v rámci působení na vyvození intaktní artikulace u dítěte s odchylkou artikulace na pracovišti klinické logopedie.

Praktická část diplomové práce staví na dotazníkovém šetření v rámci pracovišť klinické logopedie. Dotazníkové šetření cílí na rodiče dětí s vývojovou odchylkou artikulace, kteří dochází právě na pracoviště klinické logopedie, kdy za pracoviště klinické logopedie je zvoleno pracoviště soukromých logopedických ambulancí. Cílem zjištění dotazníkového šetření jsou nejčastější strategie spolupráce, tedy přístupy k jednotlivým důležitým oblastem v rámci spolupráce na logopedické terapii u rodičů, kteří jsou pravidelně docházející na pracoviště klinické logopedie se svým dítětem s již zmiňovanou poruchou řečové komunikace.

Diplomová práce se nesnaží o nějaké celoplošné zhodnocení strategií rodičů, ale na základě vzorku respondentů se snaží zjistit, jaké jsou nejčastější strategie ve spolupráci u určitého anonymního vzorku rodičů v oblasti spolupráce rodiny s terapeutem, společně s následným zamyšlením se nad řešením případných problémů ve spolupráci, které vnikají a ovlivňují strategie v rámci spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem v praxi.

1 Artikulace

Artikulaci chápeme jako koordinovanou činnost orgánů, jež se účastní na realizaci mluvené řeči. Artikulace je řízena centrální nervovou soustavou. Mluvidla jsou ústrojím, v nichž vznikají zvuky lidské řeči. V širším pojetí se na vzniku mluvené řeči účastní mluvidla, do kterých řadíme ústrojí fonační, respirační a artikulační. Pokud se na problematiku mluvidel díváme z užšího pojetí, jedná se pouze o artikulační ústrojí. Za artikulační ústrojí v užším pojetí považujeme rty, jazyk, měkké patro, které ve spolupráci s pohyby dolní čelisti a mimickými svaly realizují artikulaci (Neubauer, 2014). Za respirační ústrojí, pomocí něhož dochází k nádechu a výdechu považujeme plíce, bránici, dolní a horní cesty dýchací. Nejdůležitější částí ústrojí fonačního je hrtan (larynx). V hrtanu jsou umístěny hlasivky, které se podílejí na tvorbě hlasu (Mlčáková, Vitásková, 2013). Činností hlasivek vzniká tzv. základní tón, který však sám o sobě nezní jako lidský hlas. Je to základní součást, která je teprve po průchodu rezonančními dutinami nad hrtanem (hrdelní dutinou, ústní dutinou a též dutinou nosní) upravena, kde hlas získává tzv. lidské zbarvení (Ohnesorg, 1985; Neubauer, 2014).

1.1 Fyziologický vývoj řečových schopností a artikulace u dětí

Vědních oborů, které zkoumají dětskou řeč, najdeme mnoho. Můžeme uvést psychologii, lingvistiku, psycholingvistiku, pedagogiku, neuropsychologii, kognitivní vědy, logopedii, sociologii a sociolingvistiku (Průcha, 2011). Teoretická východiska týkající se vývoje řeči u dětí jsou dodnes vysvětlována několika teoriemi a nemají jednotné vysvětlení a kategorizaci. Dodnes jsou mezi sebou v rozporu teoretická východiska Chomského syntaktické teorie se sémanticky orientovanými teoriemi (Neubauer, 2014). Chomského teorie vychází z tzv. nativismu (teorie vrozenosti). Noam Chomsky tvrdí, že u dětí existuje univerzální nespecifická gramatika (Vitásková, 2013). Tedy vrozený systém, který ovlivňuje vývoj řeči dítěte (Neubauer, 2014). Naopak sémanticky orientované teorie považují za zásadní v procesu vývoje řeči u dítěte učení, nikoliv přítomnost nějakých vrozených speciálních systémů (Neubauer, 2014).

Dalším důležitým poznatkem v oblasti teorie psychologických věd je spojitost řeči a myšlení. Faktem o spojitosti řeči a myšlení se zabývá například Vigotskij. Kdy právě Vygotskij (2017) konstatuje ve svém tvrzení, že *„k vývoji řeči a myšlení dochází neparalelně a nerovnoměrně“* (Vygotskij, 2017, s. 43).

Raný vývoj řečových schopností u dětí bezpochyby vychází z poznatků vývojové psychologie a dalších zásadních životních momentů, jimiž dítě a jeho vývoj řečových schopností prochází. První rok života dítěte charakterizujeme z hlediska vývoje řeči jako předřečové období. Během tohoto období se dítě učí reagovat na zvukové podněty, řeč a její obsah. Dítě okolo čtyř až pěti měsíců reaguje na zvuky a rozumí základním výzvám. K provádění pohybů na výzvy dítě ve vývoji dospívá v rozmezí sedmého až devátého měsíce života. První rok dítěte je velmi dynamickým, co se týče vývoje řečových schopností. Dítě přechází od prvotní vokalizace k tzv. broukání, kdy nejčastěji od šestého měsíce realizuje souhlásková opakovaná spojení, ta vznikají většinou už na základě opakování slyšených zvuků, jedná se tedy o tzv. žvatlání. V rozmezí osmého až dvanáctého měsíce už se u dětí objevují první slova. Slovní zásoba postupně vzrůstá na svém objemu. Kromě slovní zásoby začíná již po druhém roce života docházet k postupné gramatizaci větného projevu. V období předškolního věku dítěte dochází k dalšímu rozvoji řeči (Neubauer, 2014).

U dětí tříletých je normální, že ještě některé hlásky nahrazuje jinými či vyslovuje nepřesně. Od čtvrtého roku věku dítěte by se řeč měla postupně vyvinout do běžné normy (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě by mělo na konci předškolního období mluvit artikulačně správně, používat souvětí delšího charakteru bez závažnějších dysgramatismů. Vyprávění pohádek a zapamatování si říkadel by také už pro dítě na konci předškolního období neměl být problém (Neubauer, 2014). I přes výraznou logopedickou péči klinických logopedů a různých preventivních programů přichází stále více dětí do prvních tříd základní školy s odchylnou artikulací či kvůli neintaktní artikulaci dochází k odkladu školní docházky (Neubauer, Vondráčková, 2013).

Vývoj artikulačních schopností chápeme jako vývoj percepčně motorických vzorů hlásek. Dítě většinou postupuje ve svém vývoji artikulačních schopností (tedy osvojování si percepčně-motorických vzorů hlásek) právě od percepčně a motoricky snazších hlásek k obtížnějším. Vždy musíme k vývoji artikulace u dítěte přistupovat s vědomostí o nejednotnosti daného procesu a individualitě každého dítěte v rámci vývoje artikulačních schopností a případných obtíží v artikulaci. Jelikož dítě v osvojování postupuje taktikou nalézání a zpřesňování slyšených a viděných motorických vzorů, tak právě samohlásky a závěrové hlásky s výjimkou hlásek K a G, které děti často zaměňují za hlásky T a D, jsou realizovány časněji a často na dobré artikulační úrovni (Neubauer, 2014). Právě hlásky bilabiální (P, B, M) jsou většinou u dítěte ve vývoji artikulace osvojeny nejdříve. Stejně tak se poměrně brzy objevuje u dítěte hláska F, která je někdy realizována jako bilabiální (Ohnesrog, 1985).

Opačně je tomu v náročnosti osvojování hlásek úžinových a vibrant. Tyto hlásky jsou nejen komplikovanější, ale dost často jejich vývoj odvisí od správného rozvoje hlásek, kterými dítě může ještě nestabilizovanou hlásku nahrazovat. Nejčastější řady ve vývoji vnímáme takto: J – L – R nebo Š – Ž a z obou možností následné Ř (Neubauer, 2014). Sykavky jsou hlásky, které vyžadují od dítěte *„jemnou souhru mezi motorickou realizací úžiny hrotem jazyka a sluchovou percepcí vytvářeného zvuku“* (Neubauer, 2014, s. 98). U dětí dochází k pozvolnému vývoji tohoto procesu (Neubauer, 2014).

Nesmíme zapomínat na odlišnost procesu vývoje artikulačních schopností a metod korekce odchylek artikulace klinickým logopedem. Více o správnosti zahájení terapie bude zmíněno v následujících kapitolách. S velkým důrazem musíme přihlížet k faktu, že vývoj artikulačních schopností u dítěte neprobíhá podle jistých předloh. Příkladem takovéto předlohy jsou tabulky vývoje artikulace, v nichž je uveden věk dítěte, ve kterém by mělo běžné dítě mít intaktní artikulaci určité hlásky. Musíme však při posuzování vývoje artikulace znát i její vývojové vztahy mezi jednotlivými hláskami, viz výše (Neubauer, 2011).

Stagnace vývoje artikulace musí mít příčinu. Stejně tak odchylný vývoj musí zároveň vždy podléhat kvalitní diferenciální diagnostice, pomocí které dojde k adekvátnímu nastavení terapie kvalifikovaným klinickým logopedem (Neubauer, 2014).

1.2 Vývojové odchylky artikulace

Ve vývoji artikulace u dětí musíme odlišovat jevy, které ještě nejsou patologickou odchylkou, a jevy již odchylnými – patologickými. Právě rozlišení mezi těmito dvěma jevy je důležité pro kvalitní diagnostiku a následnou terapeutickou péči. Pod kategorii vývojová odchylka artikulace řadíme jednak jev, kdy dítě hlásku v artikulaci vynechává (mogilalie), či jev, kdy ji zaměňuje (paralalie). Do určitého věku tyto jevy chápeme jako fyziologické ve vývoji artikulace u dětí (Dvořák, 2003). Za další jev v oblasti vývojových odchylek artikulace považujeme imprecizní (nedbalou) výslovnost. Neubauer (2014) řadí tyto jevy mezi vývojové nekonstantní projevy fonologických záměn hlásek.

Všechny tyto jevy je potřeba odlišit od další formy vývojové odchylky artikulace, kterou nazýváme dyslalií, tedy již trvale zafixovaným odchylným percepčně motorickým vzorem hlásky, který se liší od české artikulační normy. Nesmíme zapomínat, že v koexistenci s vývojem artikulačních schopností dítěte probíhá také vývoj fonologické diferenciace hláskových zvuků, který hraje v diferenciaci odchylek artikulace a správných terapeutických postupů významnou roli. Tyto dva jevy postupují vždy společně, ale mohou mít různou dynamiku a vzájemně být diferentní (Neubauer, 2011).

1.2.1 Fonologické záměny

Pro vysvětlení termínu fonologická záměna je potřeba ujasnit východiska samotné fonologie. Fonologie je nauka o funkci zvukových projevů v jazyce (Balašová, 2003). Ve fonologii nás zajímají pouze takové zvukové jednotky, které jsou významotvorné. Tedy například samohlásky „e“ a „a“ se podílí na tvorbě významu ve slovech pes a pas (Hájková, 2006). Podle Dvořáka (2003) je fonologický vývoj postupný proces získávání řečových vzorů dospělých. *„Fonologie jazyka nám říká, jaké sestavy hlásek ve slovech jsou správné“* (Dvořák, 2003, s. 75).

Děti ve svém vývoji artikulace od počátku nezvládají artikulaci všech hlásek zcela správně, proto slova určitým způsobem zjednodušují. Tento jev do určitého věku chápeme jako fyziologický. Pokud však nedojde k eliminaci těchto jevů do určitého věku dítěte, považujeme již tento způsob vyjádření dítěte za poruchu fonologického procesu (Dvořák, 2003). Za specifické odchylky ve fonologickém procesu považujeme podle Dvořáka (2003) tzv. fonologické procesy (fonologické odchylky). Na tuto problematiku musí být, ale jako i na každou jinou nahlíženo individuálně, dle každého dítěte. Fonologické odchylky můžeme chápat jako neosvojení si pravidel, jak mají být spojené zvuky při vytváření slov. Většinou pokud se u dítěte fonologická porucha vyskytne, jedná se o funkční poruchu, jejíž příčina není známa (Gúthová, Šebianová, 2011).

Za nejčastější fonologické procesy považujeme například deleci (vynechávání konsonantů či oslabených slabik), souhláskovou redukci (některé souhlásky jsou vynechány, např. hlásky T ve slově tma), prevokalizaci (neznělá souhláska je vyslovována zněle) či frontalizaci. U frontalizace dochází k záměnám hlásek tvořených velárně za hlásky tvořené v přední části dutiny ústní na alveolách. Například K-T nebo G-D, Ť, Ď, Ň za T, D, N či záměny tupých a ostrých sykavek. Jako poslední zmíním asimilaci. U asimilace dochází k tzv. spodobě, a to buď progresivní (dochází ke spodobě hlásky následující, např.: sešit a dítě vyslovuje [sesit]). Druhou možností je spodoba regresivní, tedy dítě místo slova voda vyslovuje [doda] (Dvořák, 2003; Nádvorníková, 2003).

1.2.2 Konstantní odchylka artikulace

Konstantní odchylkou artikulace označujeme trvalé zafixování percepčně-motorického vzoru hlásky, odlišné od artikulační normy českého jazyka. Jde o vadnou výslovnost jedné nebo více hlásek. Je důležité odlišit ji od jiné varianty vývojových poruch artikulace – fonologických záměn hlásek, což je jev přechodný, vývojový (Neubauer, 2011).

Za konstantní odchylku artikulace považujeme odchylku artikulace pod pojmem dyslalie. Dyslalii neboli patlavost také klasifikujeme jako vývojovou poruchu, neboť vzniká během vývoje výslovnosti. Vývojová už není, pokud přetrvává do vyššího staršího školního věku, takovou artikulaci už považujeme za vadnou (Balašová, 2003). Názory jednotlivých autorů na problematiku dyslalie se liší a každý ji definuje trochu jinak. Více o konstantních odchylkách artikulace bude zmíněno v samostatné kapitole.

1.3 Shrnutí – fonologická záměna a konstantní odchylka artikulace

V praxi se může stát, že dítě s intaktním vývojem fonologické diferenciace bude mít zafixovanou odchylnou artikulaci hlásek na základě špatného mluvního vzoru či snížení motorické obratnosti například v oblasti jazyka. Stejně tak může nastat situace, ve které dítě hlásku z fonetického hlediska nepoužívá, ale z hlediska fonologické diferenciace už užívá (Neubauer, 2011). *„Hlásky jsou přítomné jako nezřetelný zvuk, často považovaný za eliminaci hlásky a nejčastěji jsou přítomny v používané náhradní hlásce“* (Neubauer, 2011, s. 49).

U hlásek, které jsou snadnější artikulačně, musíme respektovat rozdílnou náročnost artikulační a fonologickou. Toto pravidlo je určující hlavně ve vztahu hlásek K a G oproti hláskám T a D a v neposlední řadě u hlásek Ď, Ť, Ň a D, T, N. Co se týká fonologického rozlišování zvuků sykavek, se můžeme častěji setkat se situací, kdy dítě izolovaně zvuky zvládá intaktně napodobit, ale fonologická diferenciace vázne ve slovech a větách. U dětí dochází většinou k otupování diskriminace blízkých zvuků z důvodu přetěžování dítěte nediferencovanými zvukovými i zrakovými podněty od nejranějšího dětství (televize, hudba, mobilní telefony, tablety, hluk prostředí) (Neubauer, 2011).

2 Dyslalie – konstantní odchylka artikulace

Dvořák (2007) definuje dyslalii jako vadnou výslovnost hlásek. Neubauer (2014) definuje dyslalii jako nejrozšířenější odchylku ve vývoji řečových schopností, která se objevuje v průběhu předškolního věku. Dochází k artikulaci jedné či více hlásek motoricky a hlavně zvukově nápadně, a tudíž odchylně od kodifikované a uznávané normy výslovnosti. Lechta definuje dyslalii jako *"neschopnost používat jednotlivé hlásky anebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem"* (Lechta, 1990, s. 112). Odborná literatura označuje tyto odchylky řeckými písmeny s koncovkou a označením místa či způsobu odchylné artikulace. Mezi nejčastější odchylky artikulace řadíme sigmatismus, tedy odchylnou artikulaci sykavek tupých i ostrých. Další nejčastější odchylka artikulace je u hlásek R a Ř, tedy rotacismus či rotacismus bohemicus (Neubauer, 2014).

2.1 Etiologie dyslalie

Mezi nejčastější příčiny podle Salomonové (2003) patří pohlaví dítěte, dědičnost, poruchy sluchu a zraku, rizikové těhotenství, porod a vlivy prostředí. Co se týče pohlaví dítěte, je dyslalie častější u chlapců. Velkou roli ve výskytu dyslalie hraje také vliv prostředí. Na vývoj řeči a artikulačních schopností u dítěte může mít značný vliv mluvní vzor v nejbližší rodině, přehnané nároky na artikulační schopnosti dítěte a stejně tak využívání mazlivé řeči směrem k dítěti. Otázka dědičnost je v oblasti dyslalie, tedy konstantních odchylek artikulace velice sporná. Dědičnost nemůžeme rozhodně chápat v takovém smyslu, že pokud se objevuje například u otce velární rotacismus, že dítě nutně tuto odchylku artikulace bude mít také. Jedná se spíše o možné predispozice slabosti v řečových schopnostech u dítěte, která pak může způsobit odchylnou artikulaci, ale není to obecným pravidlem (Salomonová, 2003).

Poruchy v oblasti zrakového a sluchového vnímání jsou dalším zásadním činitelem přispívajícím ke vzniku dyslalie. K narušení artikulace dochází významně tehdy, pokud je u dítěte narušené sluchové vnímání. Z hlediska sluchový vad a poruch bychom neměli podceňovat převodní nedoslýchavost, která může být způsobena častými záněty

horních cest dýchacích či z důvodu adenoidní vegetace. V případě percepční nedoslýchavosti je pro dítě problematická diferenciace sykavek a dochází k narušení modulačních faktorů řeči (Salomonová, 2003). Zraková porucha způsobuje artikulační odchylky z důvodu nepřesného vnímání artikulačních pozic zejména v raném věku dítěte. Mezi další faktory řadíme anatomické odchylky mluvidel (Salomonová, 2003). Do organických nálezů na mluvidlech, které znemožňují správnou fonetickou realizaci, řadíme například otevřený skus, který způsobuje mezizubní sigmatismus. Pokud dojde k předkusu horní čelisti či klešťovitému skusu, dochází k artikulaci sykavek addentálně (Balašová, 2003; Krahulcová, 2007).

V případech poškození odstředivých a dostředivých drah máme dokázány souvislosti mezi motorickým vývojem a výslovností (Salomonová, 2003). Odchylky výslovnosti mohou být taktéž způsobeny poraněním jazyka či poruchou inervace svalstva. Pohyblivost jazyka současně s artikulací samozřejmě ovlivňuje i frenulum linguae breve, tedy zkrácená podjazyková uzdička (Balašová, 2003; Krahulcová, 2007). *„Normální uzdička je sliznicí pokrytý tenounký vazivový pruh ve střední rovině na dolní straně jazyka, které se zřetelně napíná při plazení jazyka špičkou mířící nahoru“* (Kejklíčková, 2016, s. 44). Je-li zkrácená, omezuje pohyb volné části jazyka, v těžších případech je z větší části přirostlá ke spodině dutiny ústní (Kejklíčková, 2016). Znamená to, že ze spodiny ústní přirůstá ke spodní ploše jazyka slizniční řasa (Balašová, 2003; Krahulcová, 2007). Tato situace ztěžuje fyziologický vývoj (dítě má problém s vypláznutím jazyka, olizováním rtů), ale také ovlivňuje tvorbu hlásek, u nichž je pohyblivost hrotu jazyka nezbytnou podmínkou. Jedná se o hlásky R, Ř a L. Abychom zamezili problémům s vyvozením hlásek, je problematika nejčastěji vyřešena drobným chirurgickým zákrokem (Dvořák, Pavlík, 2000; Kejklíčková, 2016).

2.2 Symptomatologie a klasifikace dyslalie

Pohledy na symptomatologii dyslalie se dle různých autorů liší. Mnoho autorů zahrnuje pod pojem dyslalie i tzv. mogilalii, tedy vynechávání hlásky v artikulaci dítěte nebo když dítě hlásku artikuluje neurčitým zvukem. Či tzv. paralalii, tedy pokud dítě nahrazuje hlásky hláskou, která je pro dítě méně artikulačně náročná (Klenková, 1998; Balašová, 2003). Podle Neubauera (2014) jsou tyto jevy přechodné, spadají do vývoje dítěte a nelze je považovat za rovné konstantní odchylce artikulace. Salomonová (2003) do klasifikace zahrnuje vývojové hledisko a dělí dyslalii na fyziologickou a patologickou, kdy si dítě není schopno z nějaké příčiny osvojit tvoření některých hlásek nebo skupin hlásek.

Další klasifikace dyslalie vychází z etiologického hlediska. Dělí se na funkční dyslalii a organickou dyslalii. Funkční dyslalie *„vzniká u dětí s nedostatečnou vjemovou (senzorickou) nebo motorickou schopností“* (Salomonová, 2003, s. 330). Organická dyslalie je zapříčiněna různými faktory v neurologických mechanismech řeči (Klenková, 1998). Lechta (1990) klasifikuje dyslalii z hlediska místa poškození na akustickou dyslalii při vadách sluchu. Při vadě v oblasti rtů dochází k labiální dyslalii. Pokud dochází k narušení nazality, jedná se o tzv. nazální dyslalii. K lingvální dyslalii dochází při anomáliích jazyka. Při anomáliích patra vzniká palatální dyslalie. Poslední dyslalií podle Lechty (1990) je dentální, ke které dochází při vadách v oblasti zubů (Lechta 1990; Klenková, 1998). Salomonová (2003) ještě k této klasifikaci přidává centrální dyslalii, jako odchylnou artikulaci při poruchách centrální nervové soustavy.

2.3 Odchylná artikulace u vybraných hlásek

V rámci odchylek artikulace může dojít k velkému počtu různých možností odchylné artikulace. Pro diplomovou práci je vybráno několik nejčastějších možností odchylné artikulace u dětí. Bytešníková (2007) došla k závěrům, že nejčastěji se vyskytuje nesprávná výslovnost hlavně u vibrant, tedy hlásek R a Ř. Jako další nejčastější odchylnou výslovnost uvádí u ostrých a tupých sykavek. Velké problémy u dětí jsou zaznamenány v diferenciaci jednotlivých sykavek mezi sebou, ale také hlavně v diferenciaci sykavek tupých a ostrých, tedy obou řad mezi sebou.

Hláska L byla jednou z dalších nejčastějších odchylně tvořených hlásek. Screening byl proveden mezi lety 2005–2006 a bylo do něj zařazeno skoro tři tisíce dětí z mateřských škol (Bytešníková, 2007). Přehledné rozdělení percepčně-motorických vzorů hlásek je uvedeno v příloze A.

Hláska L

Správné artikulační postavení u hlásky L je takové, že hrot jazyka je umístěn na alveolách za horními řezáky. Dochází k úniku výdechového proudu oboustranně a plocha jazyka následně padá na spodinu úst. Odchylný způsob artikulace se projevuje buď tak, že dítě vyslovuje hlásku interdentálně nebo ji nahrazuje jinou hláskou (Salomonová, 2003).

Pokud dítě hlásku tvoří interdentálně, zní hláska jako „D-T“. Dítě může taky zvedat hrot jazyka na horní ret. Pokud dítě hlásku nahrazuje jinou, jedná se většinou o hlásku „J“ (tedy tvorba hlásky kořene jazyka) nebo „V“ (kdy se jazyk vůbec aktivně neúčastní) (Neubauer, 2011).

Mezi další nejčastější odchylky patří tvoření hlásky na spodině úst. Takto hláska zní jako temné „U“ či „UV“. Dochází k tomu, když dítě pohyb jazyka naznačuje na spodině úst nebo jazyk vůbec nezvedá (Neubauer, 2011). Logopedická terapie této hlásky je důležitá pro další návaznost na hlásku R. Pokud dojde k přetrvávání odchylné artikulace, dítě nemá hrot jazyka ve správně poloze pro další vývoj artikulačních schopností k hlásce R a případně Ř.

Hláska R

Jedná se o velmi náročně tvořenou hlásku, která je odchylně tvořena nejen dětmi, ale i dospělými. Správné artikulační postavení je takové, že lem jazyka se dotýká alveol, a to těsně za horními řezáky. Jazyk pak kmitá tlakem výdechového proudu směrem k alveolám. Dochází k středně otevřenému čelistnímu úhlu při artikulaci (Salomonová, 2003).

Uvádí se, že běžný rozsah kmitů je v rozmezí 3-4. Pokud je hláska R tvořena jen jedním kmitem, je hláska vnímána jako nevýrazná. Delší vibrace hrotu jazyka pak působí velmi nápadně až rušivě (Neubauer, 2014). Častým jevem je, když dítě hlásku R nahrazuje hláskou L. Tento jev může u dítěte dlouho ve vývoji artikulace přetrvávat. Odchylka artikulace neboli rotacismus je, když dochází k odchylné artikulaci nejčastěji dle místa tvorby k velárnímu, ale také k laryngálnímu, palatálnímu, bilabiálnímu a interdentálnímu rotacismu (Salomonová, 2003).

Hlásky Č, Š, Ž

Hlásky Č, Š, Ž jsou tzv. sykavky tupé. V dětské populaci dochází nejčastěji k odchylkám v artikulaci u hlásky Č. Obecně ale tupé sykavky i sykavky druhé řady tzv. ostré sykavky patří stejně jako výše zmiňované hlásky k nejčastěji odchylně artikulovaným jak v dětské, tak dospělé populaci (Salomonová, 2003). Všechny tři hlásky jsou velmi důležité pro další intaktní vývoj artikulace. Vývoj artikulační schopnosti u těchto hlásek následně ovlivňuje vývoj artikulační schopnosti sykavek druhé řady a hlásky Ř (Neubauer, 2011).

Hláska Č

Hláska Č má odlišný počáteční artikulační charakter od hlásek Š a Ž. Hrot jazyka vytváří závěr na horním konci alveol horních zubů, dále než je tomu např. u hlásky C. Právě po utvoření počátečního závěru, přechází jazyk do polohy, která je stejná jako u hlásky Š. Zuby jsou hranami na sobě, rty jsou zaokrouhleny do tvaru podobnému „O“ (Neubauer, 2014).

Hlásky Š a Ž

Hlásky jsou tvořeny úžinovým vedením proudu vzduchu žlábkem jazyka. Zuby jsou při artikulaci těchto hlásek postaveny stejně jako u hlásky Č společně se zaokrouhlením rtů a hrot jazyka je v blízkosti horních zubů, jeho okraje jsou zdviženy k patru. Hláska Š je doprovázena silnějším svalovým napětím než je tomu u hlásky Ž, kvůli její neznělosti (Neubauer, 2014).

Mezi nejčastější patologické vzory hlásek Č, Š, Ž patří forma interdentálního sigmatismus, kdy dítě vsunuje jazyk mezi zuby. Jako další můžeme uvést addentální (přízubní) či laterální (bokovou) formu sigmatismu (Neubauer, 2014). Z laického hlediska se tento odchylný způsob artikulace dostává do povědomí jako tzv. „šišlání“. Už samotné zlidštění dané problematiky napovídá její častosti v populaci. Mohou se objevovat záměny hlásek, náhrady hlásek či deformovaná výslovnost. Vzhledem k velké zvukové neestetičnosti tato odchylka artikulace působí velmi rušivě (Vyštejn, 1986).

Hlásky C, S, Z

Hlásky C, S, Z jsou sykavky ostré. Patří stejně jako hláska R k nejčastěji odchylně artikulovaným hláskám společně s druhou řadou sykavek. Často dochází k odchylné artikulaci obou řad sykavek (Vyštejn, 1986; Salomonová, 2003).

Hláska C

Artikulační postavení této hlásky je následující: koutky rtů jsou zaostřené do úsměvu, zuby hranami na sobě, kdy však platí poznámka o postavení zubů podle individuálních možností jedince, hrot jazyka se lehce dotýká dolních řezáků (Salomonová, 2003). Hláska C je zvukově a artikulačně náročná. Od hlásek S a Z se v samotné tvorbě hlásky liší tím, že místo úžiny, která se přibližuje k alveolárním výběžkům, nejdříve vytvoří lehký závěr, jenž postupně oslabuje a vznikne stejná úžina jako u hlásek S a Z (Vyštejn, 1986).

Hlásky S a Z

Tyto hlásky jsou charakteristické vysokým šumem. Šum je tvořen úžinovým vedením proudu vzduchu žlábkem ve středu jazyka. Ostatní artikulační postavení je stejné jako u hlásky C a to v oblasti postavení rtů a zubů. Jazyk spočívá hrotem v oblasti dolních řezáků. Hláska S je neznělá a hláska Z znělá, její znělost lze stejně jako u hlásky Ž dobře odhmatat na hrdle. (Neubauer, 2014).

Nejčastější odchylky v artikulaci u ostrých sykavek jsou stejně jako u sykavek tupých, tedy sigmatismus laterální, interdentální či addentální. Může také docházet k realizaci hlásek s ochablou nebo zploštělou hmotou jazyka, v takovém případě vzduch uniká oboustranně (Neubauer, 2014).

Diferenciace sykavek

Dalším důležitým krokem v oblasti fonematického sluchu je diferenciace sykavek. Je velmi časté, že dochází k odchylkám artikulace obou řad sykavek, tudíž diferenciace sykavek mezi sebou je odchylná též. Závěr a zvládání složitějších obratů jako jsou slova časopis a měsíček aj., vyžadují zachování přesných artikulačních postavení jednotlivých sykavek a dobrou sluchovou sebekontrolou. Musíme si uvědomovat, že záměny sykavkových řad jsou fonologickou záměnou. Aby k fonologickým záměnám tohoto typu nedocházelo, je zapotřebí kvalitní sluchové diferenciace, která je otázkou terapeutického působení (Neubauer, 2014).

3 Diagnostika a terapie na pracovišti klinické logopedie

Na úvod této kapitoly bych blíže specifikovala oblast pracoviště klinické logopedie. Logopedická intervence v České republice je rozdělena do tří resortů – resortu školství, resortu zdravotnictví a resortu sociálních věcí. Pro oblast diplomové práce a jejího zacílení na pracoviště klinické logopedie se budu věnovat pouze resortu zdravotnictví. Oblast klinické logopedie v resortu zdravotnictví je samostatným oborem (Škodová, 2007). Klinický logoped nebo logoped pod odborným dohledem klinického logopeda může působit ve zdravotnictví ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních – a to na lůžkových i ambulantních odděleních foniatrických, neurologických, neurochirurgických a odděleních plastické chirurgie a dalších privátních logopedických zařízeních typu klinik. Další možností jsou privátní logopedické ambulance (Mlčáková, Vitásková, 2013). K diagnostice na uvedených pracovištích dává většinou podnět pediatr (Vyštejn, 1991). Kazdová (2014) uvádí, že bychom se měli poradit nejdříve u pediatra a ten následně doporučí rodiče do péče klinického logopeda.

Dále je třeba uvést, jaká má být samotná osobnost klinického logopeda. To, jaká bude vzájemná týmová spolupráce a jak bude úspěšná samotná terapie, je závislé na osobnosti logopeda. Samozřejmostí jsou dobře propracované terapeutické postupy, ale ty samotné do stoprocentního úspěchu nemusí stačit. Vždy záleží na zkušenosti a citlivém přístupu pro využívání terapeutických metod co nejefektivněji (Škodová, 2007). Osobnost logopeda působí na klienta, rodiče už při prvním kontaktu mezi dveřmi logopedické ambulance. Již prvotní forma a způsob komunikace klinického logopeda působí velmi na vzájemný vztah a spolupráci mezi nimi. Nevypadat povýšeně, zároveň být odborníkem a naopak zase nepůsobit moc žoviálně až kamarádsky, to je úkolem osobnosti klinického logopeda při prvotním kontaktu. To všechno může nastavit vztah, vzájemnou důvěru a motivaci ze strany rodiny (Peutelschmiedová, 2009). Kromě toho nejdůležitějšího, tedy umět komunikovat, je samozřejmostí další vzdělávání klinického logopeda, který tím utvrzuje svou odbornost a hlavně možnost být dobrým terapeutem a poradcem rodičům a jejich dětem (Škodová, 2007).

3.1 Diferenciální diagnostika

Oblast samotné diagnostiky a hlavně diferenciální diagnostiky je stěžejní v tom, abychom dobře rozlišili správné příčiny vývojových odchylek artikulace. Do diferenciální diagnostiky je zapojeno mnoho odborníků jako je otorinolaryngolog, foniatr, neurolog, psycholog, psychiatr a logoped. Právě diagnostika dítěte na základě několika odborností nám dává možnost vyhodnotit správnou příčinu, kterou může být smyslová vada, poruchy centrální nervové soustavy, odchylky mluvidel či patologie v prostředí dítěte (Balašová, 2003).

V rámci diferenciální diagnostiky je důležité, aby došlo k odlišení odchylek artikulace od často zaměňované poruchy s názvem vývojová dysfázie. Při špatně provedené diferenciální diagnostice, může dojít k dalším záměnám diagnózy za vývojovou dysartrii, dysparaxii, poruchu sluchu nebo mentální postižení (Dlouhá, 2017).

3.1.1 Diagnostika vývojových odchylek artikulace

V rámci diagnostiky vývojových odchylek artikulace je důležité odlišení fonetických a fonologických poruch. Takto zaměřená diagnostika vychází z faktu, že proces artikulace je propojen s vývojem fonologického rozlišování a tato skutečnost ovlivňuje především dynamiku a individualitu celého procesu vývoje artikulace a nejčastěji přítomné jevy při vývoji intaktních percepčně-motorických vzorů hlásek. Vývojově pojatá diagnostika odchylek artikulace nám slouží hlavně k následné diferencované logopedické intervenci u dětí s těmito odchylkami. V rámci vývojové diagnostiky je důležité se zaměřit na oblasti nalezení příčiny odchylky artikulace, zjistit na jaké úrovni dítě tvoří a užívá neintaktní artikulační vzor hlásek a zda není možnost pouze odstranit určitou blokádu vývoje a tím docílit správné artikulační tvorby nebo již vyvozovat nový artikulační vzor hlásky kvůli již zafixovanému mechanismu artikulace hlásky (Neubauer, 2011).

Diagnostika odchylek artikulace by vždy měla obsahovat ze strany rodiče anamnestické údaje dítěte i blízké rodiny. Dále u dítěte zjišťujeme jeho dosavadní psychomotorický vývoj, jeho schopnosti v rytmizaci, zjištění laterality, muzikálnost. Klinický logoped si všímá kvality skusu a provede orientační vyšetření sluchu. Vyšetření, tedy diagnostika

dítěte probíhá formou hry. Využíváme testového souboru obrázků, kde si všímáme nejen výslovnosti, ale i slovní zásoby dítěte. Po využití testového souboru obrázků dojde na dějový obraz, u kterého můžeme zhodnotit spontánní projev dítěte. Tato část je stejně důležitá jako využití souboru obrázků, jelikož slovní projev se ve větném projevu může lišit (Salomonová, 2003). Po diagnostice vzniká konečná diagnóza. Pokud má dítě snížené schopnosti sluchového vnímání, tak nedokáže rozlišit správné znění hlásek, kdy nejobtížnější jsou pro dítě většinou obě řady sykavek. V takovém případě mluvíme o fonologické formě odchylek artikulace. Tato forma odchylek artikulace si vyžaduje speciální postupy a cvičení. U dítěte, které správně sluchem diferencuje hlásky u sebe i jiných osob, jde zpravidla o neobratnost mluvidel nebo o vytvoření vývojově nesprávných pohybových mluvních stereotypů. Příčiny je nutné zjistit – většinou se jedná o projevy fonetické formy odchylek artikulace, tedy konstantní odchylky artikulace např. interdentální D, T, N, L aj. Nejčastější je však u dětí kombinace obou typů (Salomonová, 2003).

3.2 Logopedická terapie u vývojových odchylek artikulace

Základní vyhodnocení artikulačních dovedností, kterým se bude klinický logoped zabývat, je jeho prvním úkolem v praxi. Správné zhodnocení artikulačních dovedností je velmi důležité pro terapii a její začátky. Je to významné hlavně tím, že terapeutické artikulační cíle mohou být založeny na mnoha způsobech terapeutických metod a je zásadním úkolem logopeda zvolit tu správnou metodu pro snadnější dosažení terapeutických cílů (Hegde, Peňa-Brooks, 2006). U logopedické terapie odchylné artikulace hlásek se u mnoha autorů odborných publikací setkáváme s tzv. zásadami terapie, které byly vypracovány Seemanem v roce 1955. Můžeme říci, že i dnes mají pro logopedickou praxi velký význam.

Jako první zásadu, o které budu hovořit, jsem si vybrala zásadu krátkodobého cvičení. Během ní je nejdůležitější se logopedické terapii věnovat opravdu každý den v několikaminutových intervalech. Salomonová (2003) uvádí, že dítě neudrží dlouho pozornost, proto je dostačující intenzivní logopedická terapie 3–4 minuty. Neubauer (2014) uvádí již delší časový interval pro každodenní logopedickou terapii

okolo 10–15 minut. Časový limit ale vždy odpovídá možnostem zacílené pozornosti dítěte. Vždy využíváme veškeré logopedické pomůcky a materiály, které jsou k tomuto účelu potřebné. Další zásadou je zásada názornosti. V logopedické terapii a u odchylné artikulace vůbec, vždy využíváme multisenzoriální přístup. To znamená zapojení zraku, sluchu, hmatu a vnímání změny pohybu. Tím dítěti poskytujeme co nejpřesnější informace o artikulačním postavení a sluchovém vjemu. Posledními zásadami, které zde uvedu, jsou zásady individuálního přístupu a vývojovosti (Salomonová, 2003). Obě tyto zásady a jejich respektování slouží k úspěšnému nastavení terapeutických metod a postupů.

Neubauer (2014) zmiňuje etapy procesu úpravy artikulace. První etapou je vytvoření intaktního vzoru artikulace pomocí multisenzoriálního přístupu a vhodných logopedických metod. O možných metodách vyvozování nových percepčně-motorických vzorů hlásek se budu zmiňovat později. Další důležitou etapou v procesu úpravy artikulace je podpora sluchového vnímání mezi intaktním a odchylným percepčně-motorickým vzorem hlásky. Tedy zacílený trénink fonematického sluchu a rozpoznání rozdílu ve vlastním mluvním projevu. Vždy je důležité následně zapojovat artikulační vzor hlásky do odstupňovaně obtížných cvičení. Cvičení musí odpovídat možnosti dítěte soustředit se na motoriku mluvidel a sluchovou percepci. Následně by mělo dojít k rozdělení pozornosti do dvou úrovní, tedy na obsah mluveného sdělení a kontrolu vlastní artikulace. Poté dochází k opravování vlastního mluvního projevu až k postupnému navození spontánního užívání nového vzoru artikulace hlásky (Neubauer, 2014).

Při vyvozování nového artikulačního vzoru hlásky můžeme využít několik postupů. Prvním z nich je tvorba intaktního artikulačního vzoru pomocí substituční hlásky. Při použití postupu substituční hlásky se využívá zvukově vzdálené hlásky, která se artikuluje ve shodném artikulačním okrsku. Klíčový moment pak přichází při spojení vyvozeného zvuku s cílovou hláskou. Pochopení funkce nového artikulačního vzoru, je vždy součástí postupu přesného napodobení artikulačního vzoru či pohybu mluvidel (Neubauer, 2014).

Nezbytnou součástí a možnou další metodou jsou různé mechanické pomůcky. Nejčastěji se využívají různé sondy či špátle, které umožňuji korigovat artikulační postavení jazyka. Další významnou technickou pomůckou je rotavibrátor, který slouží k přímému rozkmitání hrotu jazyka. Posledními pomůckami mohou být také mikrofon či zesilovač (Salomonová, 2003; Neubauer, 2014).

Dalším postupem může být přímá nápodoba percepčně-motorického vzoru hlásky. Nejčastější pomůckou při této metodě je zrcadlo. Napodobení artikulační polohy a s tím i zvuku je motivováno spojením zvuku s praktickou činností. Například napodobení projevů zvířat, strojů apod. Využívají se různé hračky a obrázky. Kromě již výše zmíněných metod můžeme využít ještě hmatového podnětu vibrace hlasivek, vnímání síly a teploty výdechového proudu či napětí a pohyb u bilabiálních a labiodentálních hlásek (Neubauer, 2014).

Všeobecně je důležité, aby terapie postupovala od jednodušších postupů k obtížnějším. Měla by vždy začínat otevřenými slabikami, které jsou pak zapojeny do slov. Hláska je v pozici na začátku, uprostřed a na konci. Až poté přichází v terapii v úvahu zapojení hlásek do slov, kde se hláska nachází v pozici souhláskového shluku. Následně dochází k zapojení hlásky do slov, která hlásku obsahují do větných spojení. Větná spojení jsou následně prodlužována do textů, které mohou být čtené, nebo pronášené zpaměti. Konečnou fází terapie je autokorekce – opravování sama sebe ve spontánní řeči, pokud použiji nesprávný mluvní vzor (Neubauer, 2014).

3.2.1 Logopedická terapie u vybraných konstantních odchylek hlásek

V následující podkapitole vysvětlím způsoby logopedické terapie u hlásek, které jsou nejčastěji odchylně tvořeny. Jedná se o hlásky L, R a Ř společně se sykavkami obou řad a jejich vzájemnou diferenciaci. Stejně jako tomu bylo v podkapitole, týkající se artikulačního postavení nejčastěji odchylně artikulovaných hlásek.

Hláska L

Pokud dochází k odchylné artikulaci u hlásky L, musíme vždy navodit správný pohyb hrotu jazyka na počátek tvrdého patra za horními řezáky. Nejčastěji dochází k navození pohybu bez vyvození zvuku. Až později dochází ke spojení pohybu se zvukem a následně ke spojení se samohláskou „A“ a později dalšími samohláskami. Zdvih jazyka do správné polohy někdy vyžaduje průpravná cvičení za využití například špátle. Dítě musí do polohy hrotu jazyka za horními řezáky zdvihat a přidržet špátli nebo můžeme využít jedlého papíru či jiných drobných sladkostí. Dalším využitím kousku jedlého papíru je jeho shazování z alveol za horními řezáky. Při vyvozování hlásky L může dojít k dopomáhání si při zdvihu jazyka pohybem dolní čelisti (Neubauer, 2014). Tomuto problému zabráníme fixací čelistního úhlu, nejlépe za pomoci dřevěné špátle o velikosti šířky prstu. Špátli necháme dítěti skousnout mezi plochy stoliček tak, aby nebránila pohybu jazyka, tedy v koutku úst. Pro správné vyvození hlásky využíváme metodu přímé nápodoby a následné kontroly polohy jazyka v zrcadle (Neubauer, 2014).

Hláska R

U vyvozování hlásky R využíváme buď substituční metodu, nebo k vyvození hlásky využíváme logopedické pomůcky. U substituční metody je využita hláska D. Většinou se začíná od spojení krátkých slabik „DdN“ a „TdN“. Vždy záleží na přesném a zrychleném pohybu jazyka společně s nevýraznou artikulací substituční hlásky D (Neubauer, 2014). „*Dochází k vytvoření rychlého kmitu jazyka se zvukem jednokmitného krátkého R“* (Neubauer, 2014, s. 144).

Mechanická metoda, při které využíváme buď špátle nebo rotavibrátoru pomocí nichž se snažíme rozkmitat hrot jazyka při rychlém a nedůrazném opakování hlásky D. Logoped se vždy musí snažit vybavit schopnostmi v užití této techniky (rozkmitání hrotu jazyka) dítě i rodiče. Posledním možným způsobem jak vyvozovat intaktní vzor hlásky R je skrze intaktní hlásku Ř. Pokud je intaktní hláska Ř vyslovována za otevřeného čelistního úhlu v artikulační pozici hlásky R. Vždy je nutná vizuální kontrola a usilovný, prodloužený výdech při artikulaci Ř (Neubauer, 2014).

Hláska Ř

K vybavení hlásky využíváme nejčastěji metodu substituční, kde se využívá intaktní artikulace hlásky R. Pokud dojde k zavření čelistního úhlu a přitom k šeptané artikulaci hlásky R, objeví se zvuk hlásky Ř. Podle individuálního posouzení můžeme ještě při vyvozování kromě sevřených zubů požadovat zaokrouhlení rtů. Další možností je využití substituce za pomoci hlásek T, D a C. Hlásky jsou realizovány šeptem a prodlouženě, kdy při prudkém výdechu a posouvání hrotu jazyka vzad se objeví zvuk hlásky Ř (Neubauer, 2014).

Hlásky C, S, Z

Všeobecným pravidlem u vyvozování všech ostrých sykavek je zavřený čelistní úhel a rty jsou roztaženy do úsměvu. Dalším důležitým bodem v rámci terapie je hrot jazyka za dolními řezáky (Neubauer, 2014).

Při vyvozování hlásky C se využívá substituční metoda s využitím šeptané hlásky T. Dále můžeme využít ještě pomůcky v podobě kroužkové sondy, abychom udrželi hrot jazyka za dolními řezáky. Naopak hlásky S a Z jsou nejčastěji vyvozovány přímou nápodobou artikulačního postavení před zrcadlem. U hlásky S můžeme využít substituční metody za pomoci šeptaného Í případně z prodlouženého zvuku hlásky C. Ze zvuku „Csss“ s jeho následným oddělováním („Csss-sss“). U přímé nápodoby hlásky Z využíváme její charakteristiky – znělosti. Můžeme cítit vibrace hlasivek při jejich odhmatávání rukou (Neubauer, 2014). *Při počátečním zapojování zvuku do slabik, dáváme u všech sykavek řady C, S, Z přednost užití samohlásek „Í“ a „É“, které podporují zachování vhodné artikulační polohy rtů a jazyka* (Neubauer, 2014, s. 139).

Hlásky Č, Š, Ž

Stejně jako u ostrých sykavek je důležité i u oblasti tupých sykavek, aby byl zavřený čelistní úhel, ale naopak rty byly zaokrouhleny. Postavení hrotu jazyka v oblasti za horními řezáky je důležité též. Při vyvození hlásky Č je opět jako u hlásky C využívána substituční metoda šeptané hlásky Ť. Pokud se v terapii nedaří vytvořit šumivý zvuk, je ho docíleno za pomoci kroužkové sondy, kterou mírně zatlačíme hrot jazyka dozadu. Hlásky Š a Ž jsou opět tvořeny metodou přímé nápodoby (Neubauer, 2014).

Hlásku Š můžeme obdobně jako hlásku S vyvodit na základě prodlouženého zvuku hlásky Čšš – ššš. U hlásky Ž opět podporujeme přímou nápodobou odhmatáváním její znělosti v oblasti hlasivek na krku (Neubauer, 2014).

3.2.2 Logopedická terapie fonologických záměn

Terapie v rámci vývojových odchylek artikulace, tedy v rámci konstantních odchylek artikulace a fonologických záměn se musí rozlišovat (Rvachew, Brosseau-Lapré, 2012). V oblasti terapie fonologických záměn je vhodné zaměřit logopedickou terapii na sluchovou a zrakovou diferenciaci blízkých zvuků hlásek a jejich rozlišování ve slovech a větách. Terapeutický přístup, který zmiňují Gúthová a Šebianová (2005), se nazývá fonologická kontrastní terapie. V této terapii jde o *„zapojení celé skupiny blízkých zvuků, např. Č, Š, Ž nebo C, S, Z zároveň a následně podpoříme fonologickou analýzu uvnitř skupiny“* (Neubauer, 2011, s. 50). Podle Neubauera (2011) nejdříve musíme ale rozvíjet fonologickou diferenciaci celé skupiny zvuků pro příklad tupých sykavek od zaměňovaných hlásek T a D. Pak můžeme teprve podpořit diferenciaci uvnitř skupiny. V rámci fonologické terapie záměn hlásek vždy po dítěti požadujeme realizaci intaktní kontrastní polohy mluvidel při realizaci hlásek. Využitím tohoto prvku se naplňuje realizace další metody, tedy foneticko-fonologického terapeutického přístupu v oblasti fonologických záměn (Neubauer, 2011).

Mezi další zmiňované metody fonologické terapie patří například tzv. Cyklický fonologický trénink. Cyklický trénink spočívá v tom, že se věnujeme určitému vzoru výslovnosti více týdnů a po několika týdnech zavedeme nový foném (Gúthová, Šebianová, 2011). *„Čili každý fonologický proces korigovaný v určitém ohraničeném čase je nezávislý na tom, jak daleko dítě pokročilo v aktuálním čase“* (Gúthová, Šebianová, 2011, s. 186). Jako další metodu fonologické terapie uvádí Gúthová a Šebianová (2011) metodu PACT (Parents and children together – rodiče spolu s dětmi). Rodina se tedy musí aktivně účastnit této terapie, která staví na využívání metalingvistických, fonologických a fonetických technikách. *„Terapii vede logoped s aktivní spoluprácí rodičů a pokračuje se v ní doma, přičemž na ní mohou participovat i učitelé v MŠ“* (Gúthová a Šebianová, 2011, s. 188).

3.3 Terapeutické pomůcky a materiály

Logopedické terapeutické pomůcky a materiály mají nezastupitelnou roli v oblasti terapie, která ale nesmí předčit faktor samotného terapeuta a jeho postupů (Lechta, 1990). Stejně tak Neubauer (2014) říká, že je v komplexní péči v rámci logopedické terapie užívání terapeutických materiálů a pomůcek naprostou nutností. Dnešní doba je plná možností z hlediska technických a počítačových pomůcek a programů pro tablety a mobilní telefony. Musíme ale vždy zvážit, v jakém poměru použijeme již zmiňované technické pomůcky, aby vyvážily nutnou aktivní činnost terapeuta vůči technice (Neubauer, 2014).

Pomůcky by měly být pouze pomůckou pro klinického logopeda, nesmí nahrazovat jeho práci, ale pouze zvyšovat efektivitu a možná také podporovat zajímavost a motivační hodnotu pro rodiče i samozřejmě pro samotné děti. Kromě technických materiálů máme didaktický materiál a různé hračky. Do didaktického materiálu řadíme textové a obrázkové knihy složené ze slov, říkanek a obrázků, které jsou důležitou pomůckou pro vyvození, fixaci a automatizaci hlásek. Společně s využitím motivačních prvků, jako jsou hračky, kterým můžeme přisuzovat zvuky, jež se zvukově podobají daným hláskám (Balašová, 2003). Děti si neuvědomují, že při napodobování zvuků traktoru nebo zvířat jde o vyvození hlásky, např. R nebo sykavek (Dvořák, Pavlík, 2000).

Materiální a didaktické zajištění pro terapii hlásek u dětských klientů je na logopedickém trhu s materiály hojně zastoupeno. Je ale důležité, aby klinický logoped uměl vybrat správnou pomůcku a správný materiál, který respektuje vývojovou úroveň hlásek a zároveň zásady posloupnosti logopedické terapie. Mezi autory kvalitních publikací s terapeutickými materiály můžeme zařadit například Romana Pumprlu či Ivanu Novotnou.

Další pomůcky, které můžeme využít, jsou pomůcky mechanické. Jedná se o různé sondy, dřevěné nebo plastové špátle či rotavibrátor, jejichž použití a využití bylo zmíněno již výše v oblasti terapie. Oblast terapie musí zahrnovat podíl zkušeností a zároveň schopností logopeda společně s využitím vhodně zvolených pomůcek a materiálů (Neubauer, 2014).

Právě v oblasti terapie odchylek artikulace je na trhu velké množství pomůcek, které se dají využít. Rodiče si také pomůcky mohou zakupovat sami. Je vždy ale dobré, pokud danou pomůcku zakoupí na základě doporučení samotného logopeda nebo s ním využívání pomůcky předem konzultují. Předejde se tak možným chybám v oblasti terapie, kterých se rodič jako laik může dopouštět. Důsledky těchto chybných metod se poté mohou náročněji odstraňovat (Kolesová, 2016).

4 Spolupráce rodičů a terapeuta v rámci logopedické terapie

Rodinu chápeme jako malou sociální skupinu přinejmenším dvou důvěrných osob žijících v těsné blízkosti, mající emocionální vazby, historii a anticipovanou budoucnost (Bytešníková, 2017). Rodiče jsou pro dítě emočně významnou autoritou, představují vzor. Samotné rodičovské chování se liší mezi rodiči, tedy matkou a otcem. Matka obvykle tráví s dítětem více času než otec. Matka je takovým garantem plnění běžných povinností. Stejně tak matky s dítětem více mluví a jejich verbální i neverbální projev mívá často emoční charakter. V průběhu předškolního věku se dítě stále více odpoutává od těsné vazby na matku. Otcové bývají u dětí vnímáni jako vzácnější půlka rodičovské dvojice. Otec s nimi většinou tráví více volnočasových aktivit a může se stávat, že s nimi také méně mluví a užívá častěji formu direktivnějších příkazů (Vágnerová, 2007).

Jako další je důležité v úvodu kapitoly zmínit, že v rodině by měla starost nejen o artikulaci, ale i o řečové schopnosti dítěte začínat již v době, kdy dítě počne užívat hlas. Rodiče by vždy měli respektovat přirozenost ve vývoji dětské řeči a současně respektovat neuvědomělou nápodobu dítěte, a nikoliv vést dítě k řeči nátlakem (Vyštejn, 1991). Dítě nesmíme nutit, aby po nás opakovalo, ale podněcujeme jeho řečovou produkci (Matějček, 2008). Dítě pak napodobuje zvuky vlastní, ale i zvuky slyšené v okolí (Vyštejn, 1991). Rodina je samozřejmě důležitá v podpoře vývoje dítěte, a to nejen řečového. Další důležitou funkci má rodina a samotní rodiče ve chvíli, kdy ve vývoji řeči u dítěte nejde vše tak, jak by mělo. Ve vývoji řeči ale může nastat mnoho problémů a úskalí, které je potřeba řešit s klinickým logopedem, viz předchozí kapitoly o odchylkách artikulace u dětí, jejich diagnostice a následné terapii. Právě i v případě, kdy se rodina dítěti věnuje dostatečně, dokonce může volit i různé preventivní programy, i přesto se může stát, že dítě bude stále preferovat odchylný vzor hlásky. Klinický logoped je kvalifikovaný pracovník, který rodině pomůže řešit odchylky ve vývoji artikulačních schopností. Logopedická péče ale vždy zahrnuje kvalitní instrukce pro každodenní procvičování logopedických (terapeutických) postupů v rodině (Neubauer, 2011). Logopedická terapie má své zásady a metody, viz výše. Kromě všech zásad, které logopedická terapie vyžaduje, se ale nesmí zapomenout na jednu z dalších velmi významných potřeb logopedické terapie, a to je spolupráce rodiny s terapeutem.

4.1 Podíl rodičů na logopedické terapii

V rámci logopedické terapie odchylek artikulace, ale i z hlediska všeobecného náhledu na logopedickou terapii vůbec nesmíme zapomínat na významný podíl samotných rodičů na logopedické terapii. Ochota rodiny spolupracovat nejen s logopedy, ale i dalšími odborníky je velmi důležitá. Pokud rodiče budou podporovat dítě, věnovat se doma postupům pro rozvoj komunikačních dovedností, zároveň bude mít rodina faktor flexibility a bude mít motivaci k podpoře dítěte při terapii artikulace, tak disponuje vhodnými faktory, které mohou pomoci k odstranění obtíží v komunikačních schopnostech a artikulaci (Vágnerová, 2008).

Pokud budeme hodnotit logopedickou terapii z hlediska přirozenosti, tedy se dělí na dva póly – jedním z pólů je terapie, kterou realizuje logoped, a druhým pólem je terapie, kterou realizuje rodič (Mikulajová, Kapalková, 2005). Logoped by měl vždy rodiče připravit na to, že k odstranění odchylek artikulace a vyvození nových artikulačních vzorů nebude stačit pouze čas strávený v logopedické ambulanci. Logopedické terapii je zapotřebí se věnovat denně, pravidelně a systematicky, samozřejmě na základně přesných pokynů a dostatečného množství materiálů od klinického logopeda (Dolejš, 2005).

Podíl rodičů na logopedické terapii je velmi důležitý a zároveň nezbytný. Rodič by měl být logopedovi partnerem a totéž by mělo platit naopak. Rodiče a logoped jsou v rámci logopedické terapie jeden tým.

Rodiče by měli být kvalifikovaně informováni alespoň v základní metodice terapie, v jejích zásadách a vhodné strategii domácího procvičování, aby bylo v logopedické terapii dosaženo co nejdříve úspěšného cíle, tedy intaktní, zafixované artikulace u dítěte. Pokud bude rodič rozumět terapeutickému postupu, tedy chápe proč a jak má s dítětem doma pracovat, zamezí se tak možným nedorozuměním a neúčinnosti provedení terapeutických úkonů doma (Vyštejn, 1991). Klinický logoped je jakýmsi managerem celého terapeutického procesu a podněcuje rodinu a dítě k následné spolupráci v domácím prostředí. Spolupráci rodičů s logopedem můžeme považovat za nezbytnou podmínku kvalitní a efektivní terapie (Vyštejn, 1991).

4.1.1 Ideální strategie spolupráce mezi rodinou a logopedem

Za strategii v logopedické terapii považujeme koncepci, základní východiska, jak co nejúčelněji aplikovat jednotlivé terapeutické metody a postupy, abychom dosáhli cíle, tedy správné artikulace u dítěte (Lechta, 2005). Tato podkapitola bude popisovat, jaké by tedy měly být základní východiska, koncepce a plán v přístupu v rámci terapeutického působení rodičů – spolupráci s klinickým logopedem na dosažení společného cíle, tedy správné artikulace u jejich dětí.

Motivace

Za základní kámen a východisko samotného pravidelného docházení na terapii považuji motivaci. Dolejš (2005) hovoří jak o motivaci dítěte, tak samozřejmě i jeho rodičů. Z obecného hlediska je pravidlem, že lepšího výsledku dosáhneme, pokud víme, proč něco děláme a jaký to má význam a účel. Když chápeme, jakého pozitivního důsledku dosáhneme a jaké negativní důsledky můžou nastat, pokud něco neuděláme (Dolejš, 2005). Tedy v logopedické terapii to znamená, že pokud rodič ví, proč má daný postup a práci s dítětem doma dělat. Vidí to pozitivní, že se výslovnost dítěte na základně provádění daných terapeutických postupů doma posouvá vpřed, a naopak, pokud doma postupy, metody či práci s materiály neprovádějí, vidí stagnaci či zhoršení stavu výslovnosti u svého dítěte.

Pravidelnost logopedických sezení

Motivace rodiče může souviset s pravidelnou docházkou na logopedická sezení. Je důležité, aby rodiče navštěvovali terapii pravidelně a zařadili jak terapii v logopedické ambulanci, tak logopedickou činnost doma do rodinného života. Jelikož z hlediska terapie odchylek artikulace se můžeme setkat s neangažovaností rodičů v rámci terapeutického procesu a následného zlehčování výslovnostních odchylek jejich dětí, proto někteří sice logopeda navštěvují, ale doma nedělají vše podle pokynů či přestávají nebo nedochází vůbec (Dvořák, Pavlík, 2000). Tedy motivace a pravidelná návštěva logopedické ambulance je hlavním východiskem pro správnou strategii rodiče v rámci terapeutického působení na jeho dítě.

Instruování rodiče

Proto, aby rodič mohl po pravidelných návštěvách logopedických ambulancí s dítětem pracovat, musí plně rozumět tomu, jak má s dítětem doma pracovat. Důležitost správného instruování rodiče byla již také zmíněna v předchozí kapitole. Je důležité, aby si klinický logoped ověřoval, zda rodič rozumí postupům, a to nikoliv pouze otázkou, jestli rodič všemu porozuměl. Musí ho nechat si některé postupy vyzkoušet samostatně přímo v ambulanci, aby nedocházelo k nedorozuměním a klinický logoped si byl jist, že si je jist i rodič (Vyštejn, 1991). Velkou chybou klinického logopeda je dávat rodičům kopie materiálů, aniž by jim vysvětlil, jak s nimi pracovat a proč jim je dává (Kolesová, 2016).

Zásady logopedické terapie

Za koncepci nebo plán rodičů při spolupráci s logopedem můžeme považovat plnění hlavních stavebních prvků terapie, které vyplývají z některých zásad logopedické terapie odchylek artikulace. Za zásadní část logopedické terapie je považováno dodržování z hlediska časového 10-15 minutových cvičení, která jsou prováděna až několikrát denně, tedy co nejčastěji (Neubauer, 2014).

Zde právě přichází ta nejdůležitější úloha rodiče naplnit tuto zásadu v domácím prostředí, kde je každodenní práce s dítětem nejpravděpodobnějším a nejdůležitějším prvkem celého terapeutického procesu. Pravidelné věnování se logopedii doma by se mělo stát součástí rodinného života. Logopedická terapie většinou není krátkodobou záležitostí, a proto vyžaduje úsilí všech zúčastněných v rámci logopedické terapie. Členové rodiny by měli tvořit tým, navzájem se motivovat, stimulovat a podporovat. Veškeré problémy by měla rodina sdílet společně (Bezděková, 2014). Rodina a všichni ostatní by měli mít k dítěti pozitivní přístup a podílet se na věcech kolem něj (Dolejší, 2005). Tudíž přichází do úvahy i vlastní iniciativa rodičů v oblasti materiálního zabezpečení terapie. Tedy vnášení nějaké vlastní iniciativy, která podpoří motivaci dítěte na základě znalosti individuality dítěte.

4.2 Úskalí spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem

V rámci praxí absolvovaných během studia v logopedických ambulancích, kam docházely děti s odchylkou artikulace se svými rodiči, jsem si mohla všimnout, že jedním z faktorů, na kterém závisí spolupráce mezi rodinou a terapeutem je samotný terapeut a jejich vzájemná komunikace. Pokud nedochází k souladu mezi terapeutem a rodiči, často terapie nikam nevede. Novosad (2006) píše, že poradenský proces je založen na komunikaci, jejíž kvalita hned v zárodku ovlivní efekt poradenského procesu. Navázání kontaktu s klientem je samozřejmě nezbytným předpokladem pro smysluplnost naší práce.

Kontakt musí být založen na důvěře, rovnoprávnosti, porozumění a vzájemném respektu. Toto vše můžeme přenést i na komunikaci mezi terapeutem (klinickým logopedem) a rodiči (Novosad, 2006). Pokud nemá rodič k terapeutovi důvěru, přijde mu, že dělá málo pro jejich dítě aj. Tedy to, jaký je vztah a vzájemné sympatie mezi rodiči a terapeutem, ovlivňuje jejich vzájemnou spolupráci velmi významně.

Rodiče mají právo vybrat si svobodně podle svého uvážení klinického logopeda, stejně jako je tomu u lékaře. Pokud dojde k tomu, že je vztah terapeut – rodiče (terapeut – dítě) jakkoliv narušen, je vždy dobré obrátit se po předchozí dohodě na jiného klinického logopeda. Protože právě důvěra je základem kvalitní spolupráce a hlavně efektivních výsledků v oblasti terapie (Bezděková, 2014). Někdy může spolupráci mezi rodinou a klinickým logopedem narušit i trvalá stagnace dítěte ve vývoji artikulace nebo dlouhodobost terapie. Zásadní je, aby měl rodič reálné očekávání, trpělivě postupoval po menších krocích a vytrvale se podílel na logopedické terapii (Sychrová, Griglová, 2012). Je důležité, aby rodič věděl, že logopedická terapie někdy není krátkodobou záležitostí, a je třeba, aby rodič neočekával, že se stav řeči dítěte změní hned po několika terapeutických sezeních (Bezděková, 2014).

Frekvence logopedických sezení může být dalším úskalím ve spolupráci mezi logopedem a rodinou dítěte. Může se projevovat jako negativum, pokud jsou intervaly mezi jednotlivými setkáními moc dlouhé a tudíž terapie nepůsobí na rodinu jako intenzivní.

Společně s tím se mohou projevovat negativně i možné lhostejné až ignorativní strategie rodiny k setkávání se s klinickým logopedem a k terapeutickým postupům získaným od klinického logopeda (Mikulajová, Kapalková, 2005). Někdy se můžeme setkat se situací, kdy rodiče dítě z logopedické terapie ani neomlouvají. Podle Kutálkové (2011) si mohou některé ambulance evidovat absence na terapii bez omluvy.

Neúspěšná spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem

Z mého pohledu je asi jedním z nejhorších důsledků způsobených vlivem neúspěšné spolupráce mezi rodinou a logopedem právě nedokončená terapie či její úplná stagnace. O stagnaci či nedokončené terapii může rozhodnout také dodržování termínů dohodnutých sezení ze strany rodiny. Některé z ambulancí si dávají i své podmínky docházky do logopedické ambulance a po určitém množství neomluvených absencí na terapii upozorňují rodiče na možnost vyřazení jejich dítěte z kartotéky ambulance, pokud se například jedná o velmi profesionální pracoviště, na které čeká mnoho dalších klientů.

To, že by se rodič s dítětem měl logopedické terapii věnovat pravidelně a denně společně s dodržováním zadaných postupů od klinického logopeda, je v teorii již podotknuto, ale právě pasivní přístup rodiče ať už v samotné ambulanci, či doma způsobuje neúspěšnou spolupráci mezi ním a terapeutem, která má největší vliv na samotné dítě a jeho artikulaci.

Motivace, jež je základním kamenem veškeré naší činnosti, je v podstatě hnacím motorem. Pro rodiče by to měla být správná výslovnost jejich dítěte a pro dítě to může být právě zábava, hra, která je spojená s logopedickou terapií v domácím prostředí. I rodič může být nápomocen a spolupracovat s klinickým logopedem, a zamezit tak neúspěchu v terapii.

A to nejen tím, že doma využívá, co bylo klinickým logopedem doporučeno, ale může se snažit snížit možný neúspěch terapie (např. z důvodu nemotivovanosti dítěte doma) a činit logopedickou terapii pro své dítě zábavnější, motivovat ho podle Kutálkové (2011) například používáním knížek, časopisů a různých skládaček, čímž zpříjemní vyvození artikulace a zároveň tím rozvíjí bezděčně slovní zásobu a vyjadřovací obratnost dítěte.

4.3 Shrnutí

Rodiče, jejichž dítě má vývojovou odchylku artikulace, vyhledají klinického logopeda, který má za úkol provést diagnostiku a vést terapii. Pod jeho vedením tvoří všichni zúčastnění jeden tým, který má společný cíl, tedy intaktní výslovnost u dítěte (Bezděková, 2014).

Proč jsou rodina a rodiče tak důležitým prvkem v oblasti logopedické terapie? Protože právě rodiče jsou s dítětem v každodenním intenzivním kontaktu, a tudíž znají dítě nejlépe a mohou na něj také účelně působit. Úspěšná spolupráce rodičů s odborníkem, tedy klinickým logopedem, je především výsledkem vzájemného vztahu a komunikace. Chápeme to jako týmovou spolupráci, do které je kromě odborníků zahrnuta právě rodina a samotní rodiče. Rodiče jsou v tomto případě takovými koterapeuty v rámci spolupráce s klinickým logopedem (Bytešníková, 2017).

5 Výzkumné šetření – strategie ve spolupráci rodiny a terapeuta

Výzkumná část je druhou částí diplomové práce a bude rozpracována v následujících podkapitolách.

5.1 Charakteristika výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum. Pro sběr dat do kvantitativního výzkumu bylo využito metody dotazníku. Jedná se o jednu z nejfrekventovanějších metod pedagogického výzkumu (Chráska, 2007). Gavora (2000) vymezuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník jako takový je soubor připravených otázek, na které respondent odpovídá písemně. Za velkou výhodu u této formy sběru dat je považováno poměrně rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů. V dotazníku jako samotném může být více druhů otázek, jako jsou otevřené, polouzavřené nebo uzavřené formy odpovědí (Chráska, 2007). Otevřená otázka má výhodu v tom, že respondent odpovídá volně, spontánně na danou otázku. Taková otázka mu umožňuje široce odkrýt jeho mínění a pocity. Uzavřená otázka dává respondentovi jasné odpovědi, ze kterých si může vybrat. Polouzavřená otázka obsahuje kromě předem daných variant odpovědí, také možnost volného doplňujícího vyjádření respondenta (Janoušek, 2015).

V rámci dotazníkového šetření v diplomové práci bylo distribuováno osmnáct otázek. Z toho bylo osm uzavřených, čtyři otevřené a šest polouzavřených. Dotazník byl šířen v tištěné podobě v rámci pracovišť klinické logopedie na území Prahy a Středočeského kraje. Pro výzkumné šetření byla zvolena pracoviště klinické logopedie ve formě soukromých logopedických ambulancí, kde byl dotazník osobně předáván cílové skupině výzkumného šetření. Dotazník byl dle vlastní konstrukce sestaven následovně:

V úvodu dotazníku byl vysvětlen záměr a cíl výzkumu společně s krátkým představením autorky dotazníku, samozřejmostí bylo také poděkování za účast ve výzkumném šetření. Respondentům byla také v úvodu garantována anonymita. Respondenti neuváděli své jméno ani jméno ambulance, do které dochází, tudíž ve výsledku nemohlo dojít k identifikaci rodiny a jejich ambulance. Anonymita byla zaručena i místem pro odložení vyplněného dotazníku, tedy do schránky, která měla otvor na víku a byla zabezpečena tak, aby nebyla možnost okamžitého přečtení mou osobou nebo klinickým logopedem/logopedkou. Respondentům byly samozřejmě poskytnuty propisovací tužky. Originální verze dotazníku vlastní konstrukce se nachází v příloze B.

V rámci výzkumu bylo provedeno krátké předvýzkumné šetření. Dotazník byl distribuován mezi několik rodičů. Na základě tohoto malého předvýzkumného šetření bylo jen formálně opraveno znění otázek a následně ponecháno obsahově více prostoru rodičům na vyjádření vlastního názoru či možnosti vypsat jinou možnou odpověď. Tedy bylo zvoleno více otázek polouzavřených. A to například v otázkách třináct nebo šestnáct, kde byla vytvořena odpověď: Ano, s výhradami. Aby rodiče mohli uvést, pokud jsou sice spokojeni, ale myslí si, že by třeba něco mohlo být jinak nebo lépe.

Celkem bylo nashromážděno 122 vyplněných dotazníků. Z tohoto souboru byl utvořen závěrečný soubor 110 dotazníků pro zhodnocení výzkumného šetření. Některé dotazníky byly vyřazeny.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl šířen mezi rodiče, kteří na pracoviště klinické logopedie, tedy do soukromé logopedické ambulance dochází na terapie se svým dítětem s vývojovou odchylkou artikulace a to v pravidelných intervalech. V dotazníku bylo také zjišťováno, který z rodičů dotazník vyplňoval, tedy jestli matka nebo otec.

5.3 Cíle práce a hypotézy

Cílem diplomové práce je zhodnotit, jaké nejčastější strategie spolupráce v rámci terapie zaujímají rodiče v situaci pravidelných návštěv dítěte s vývojovou odchylkou artikulace na pracovišti klinické logopedie.

Hlavní cíl diplomové práce byl doplněn o dílčí cíle, které hlavní cíl rozšiřují a podmiňují možné výsledky hlavního cíle diplomové práce. Dílčí cíle se týkají hodnocení kvality vzájemné spolupráce mezi rodnou a terapeutem v rámci průběhu terapie.

Dílčí cíle:

Zjistit pohled rodičů na kvalitu průběhu terapie.

Zjistit pohled rodičů na kvalitu spolupráce a komunikace mezi nimi a terapeutem.

Hypotézy:

Pro výzkumné šetření hlavního cíle byly zvoleny hypotézy, které ověřují určité strategie (přístupy), které zaujímají rodiče v rámci spolupráce na terapii v případě pravidelných návštěv svého dítěte na pracovišti klinické logopedie. Hypotézy byly stanoveny na základě údajů od klinických logopedů, kteří dospěli k názoru, že jako výchozí hodnota byla nastavena mírná nadpoloviční většina rodičů (60 %).

Hypotéza č. 1

V rámci terapie minimálně 60 % rodin nevnáší vlastní materiály či vytvořené pomůcky do procesu logopedické terapie nad rámec zadaných materiálů.

Hypotéza č. 2

V rámci logopedické terapie mírná nadpoloviční většina (60 %) rodin spoléhá na zapojení pouze matky do logopedické terapie.

Hypotéza č. 3

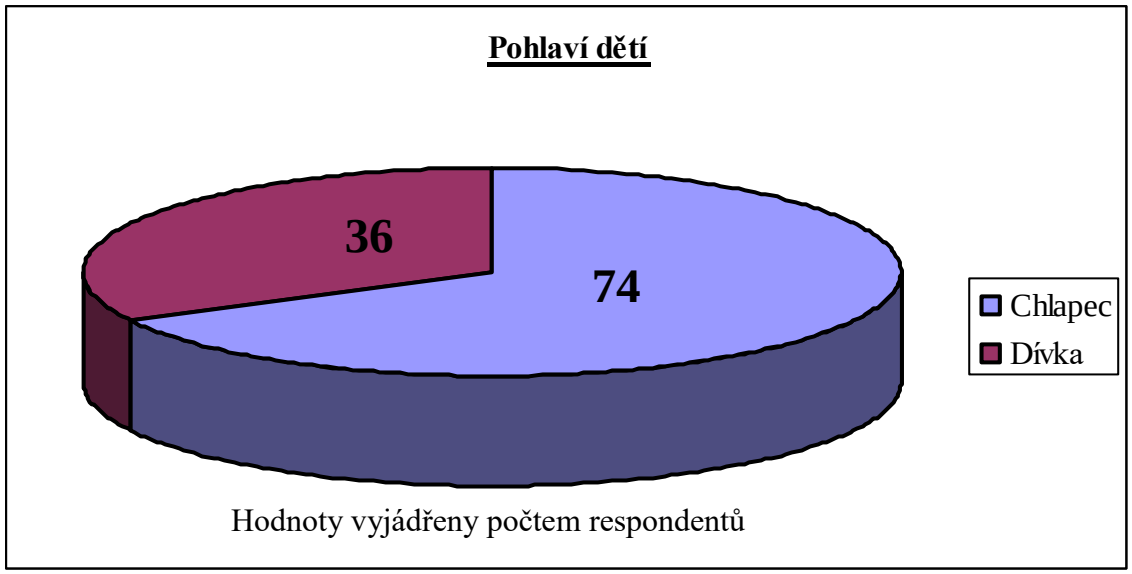
Domácí přípravu na logopedickou terapii považuje minimálně 60 % rodičů za zásadní a věnuje se jí pravidelně a poctivě.

5.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

V následujícím textu jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření. V rámci dotazníkového šetření bylo nasbíráno 122 dotazníků a bylo zjištěno, že se nepodařilo od některých respondentů získat odpovědi v otevřených či polouzavřených otázkách, tudíž byly vyřazeny z vyhodnocení. V následujícím textu bude předloženo znění otázky a následné komentování výsledku výzkumného šetření u každé konkrétní otázky. Bude se jednat o komentování vyhodnocených 110 dotazníků. Veškeré údaje v grafech jsou vyhodnoceny na základě počtu respondentů, kteří se rozhodli pro tu či onu odpověď, nikoliv v procentuálním zastoupení.

Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?

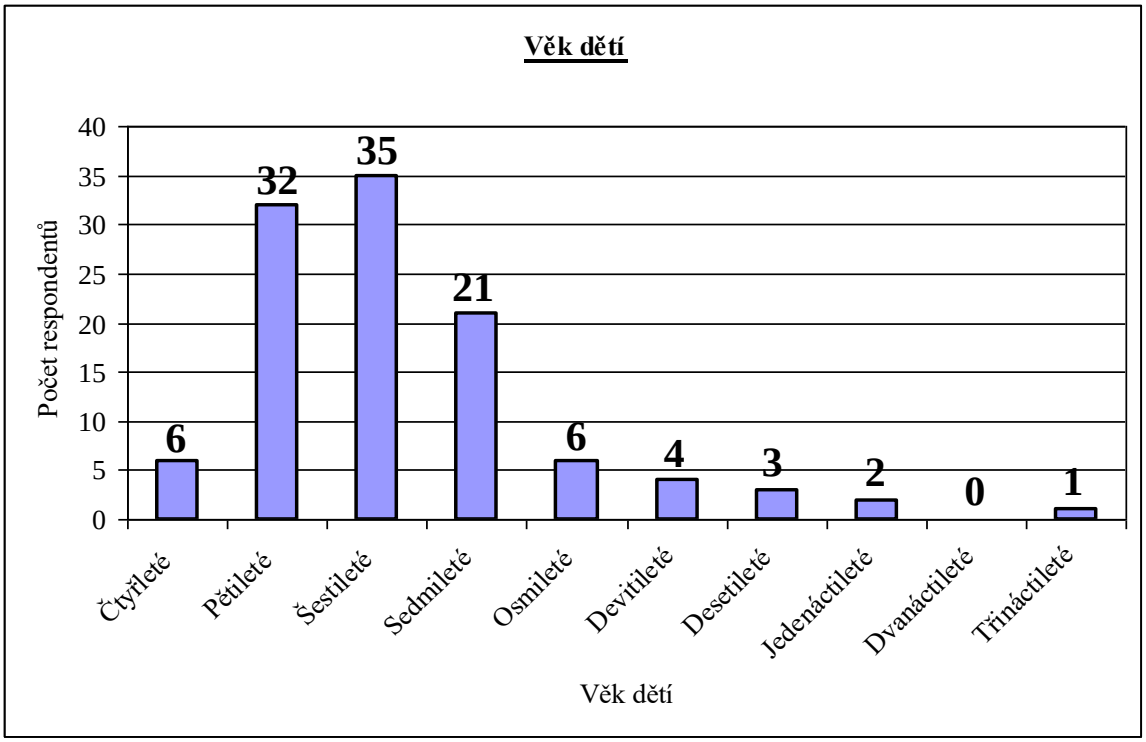
První otázka byla uzavřená. Získávala informace, jakého pohlaví jsou děti, se kterými jejich rodiče dochází do logopedické ambulance. V rámci této otázky dochází do logopedické ambulance rodiče s dětmi, jejichž nadpoloviční většina jsou chlapci. Výsledek této otázky potvrzuje fakt, který je literaturou často zmiňován, že odchylka artikulace se častěji vyskytuje u chlapců. Graf č. 1 zachycuje veškeré údaje o počtu chlapců a děvčat. Rodičů, kteří dochází do ambulance s chlapci, je 74 a rodičů, kteří dochází do ambulance s dívkami, je 36.



Graf 1: Pohlaví dětí

Jaký je věk Vašeho dítěte?

Druhá otázka byla otevřeného charakteru a zjišťovala dosažený věk dětí, které do logopedické ambulance dochází. Výsledky výzkumného šetření jsem se rozhodla rozdělit podle stáří dítěte, jejichž věk se v dotazníkovém šetření objevoval, od čtyřletých až po třináctileté. Nejvíce dětí, které chodí do logopedických ambulancí, je šestiletých, tedy 35 z celkového počtu nasbíraných dat. Druhým vysokým počtem v nasbíraných datech jsou děti pětileté s počtem 32 a třetí v pořadí s vysokým počtem, jsou děti sedmileté, tedy 21 dětí v tomto věku. Veškeré hodnoty jsou uvedeny v následném grafu č. 2.

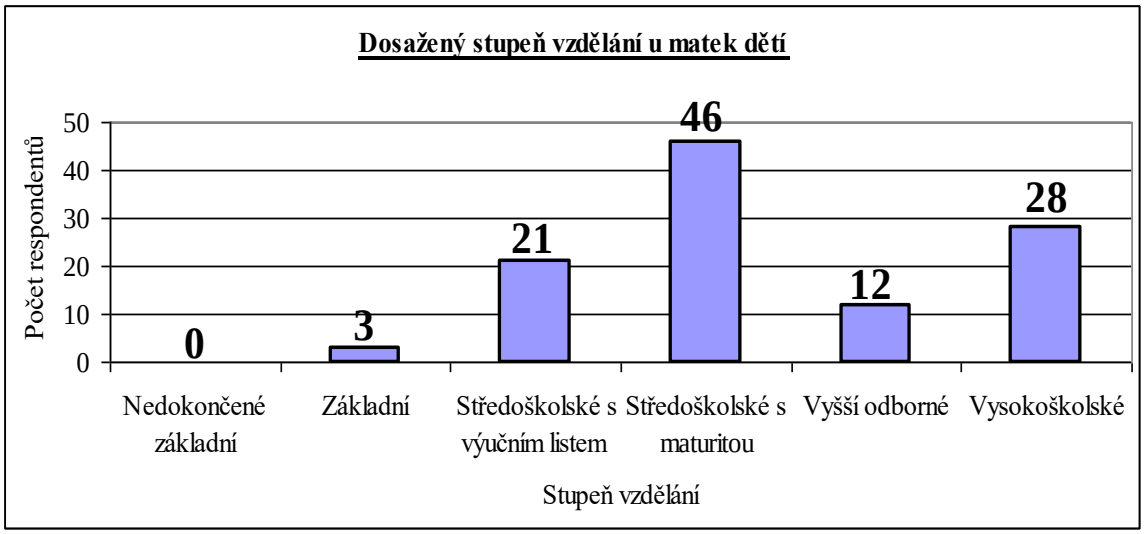


Graf 2: Věk dětí

Jaký je stupeň dosaženého vzdělání matky a otce dítěte?

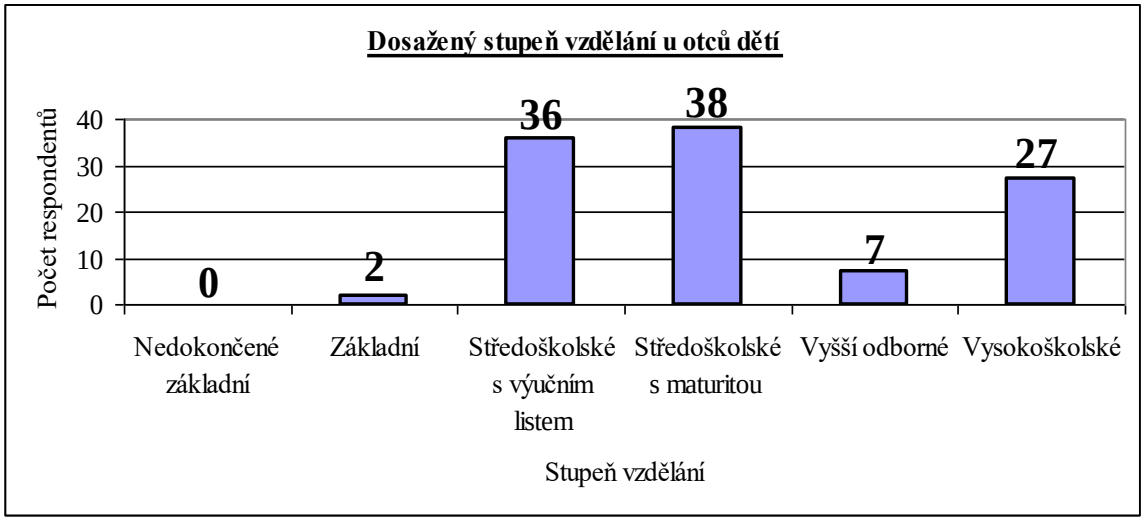
Třetí otázka v dotazníku byla polouzavřená. Zjišťovala dosažený stupeň vzdělání u obou rodičů a zároveň se dotazovala, v jakém vztahu k dítěti je osoba, která vyplňuje dotazník. Zjišťovalo se tím, kdo byl s dítětem přítomen v logopedické ambulanci. Ve všech případech došlo k uvedení vzdělání obou rodičů. Největší počet rodičů dosáhl středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou. Do ambulance se svým dítětem přišla nadpoloviční většina matek. Pouhá přibližně jedna pětina byli otcové.

V následujícím grafickém znázornění bude uveden dosažený stupeň vzdělání u matky v grafu č. 3. Největší počet, tedy 46 matek dosáhl středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou. Druhý nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání byl vysokoškolský a dosáhlo ho 28 matek. Třetí nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání byl středoškolský s výučním listem a dosáhlo ho 21 matek. Matek, které dosáhly vyššího odborného vzdělání, je 12 a tři matky dosáhly základního vzdělání.



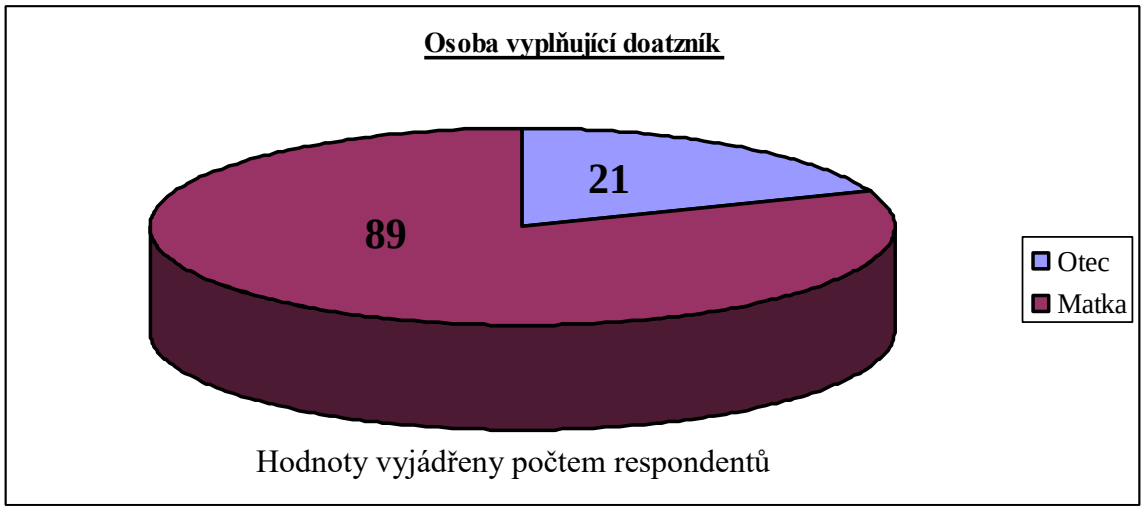
Graf 3: Dosažený stupeň vzdělání u matek dětí

V grafu č. 4 bude uveden dosažený stupeň vzdělání u otců dětí. Nejvyšší počet otců dosáhl stupně středoškolského vzdělání s maturitou. Druhý nejvyšší počet otců dosáhl na středoškolské vzdělání s výučním listem a třetím nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání mezi otci bylo vysokoškolské. Sedm otců získalo vyšší odborné vzdělání a pouze dva otcové mají základní vzdělání.



Graf 4: Dosažený stupeň vzdělání u otců dětí

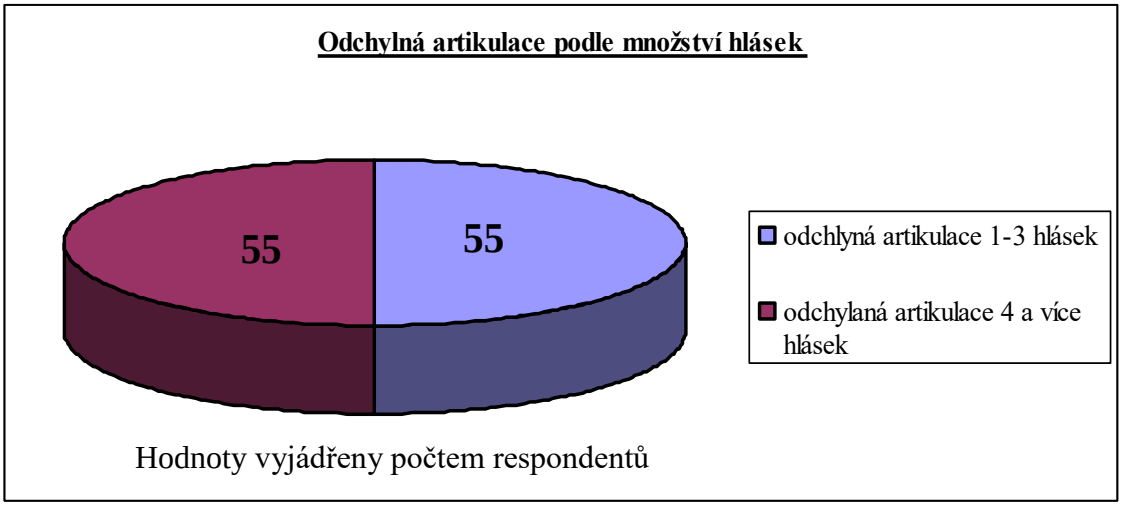
Posledním grafem týkajícím se této otázky je graf č. 5, který znázorňuje zastoupení počtu a typu osob, které vyplňovaly dotazník. Nadpoloviční většinou respondentů, kteří vyplňovali dotazník, byly matky, tedy 89 respondentek. Dotazník vyplnilo pouze 21 otců.



Graf 5: Osoba vyplňující dotazník

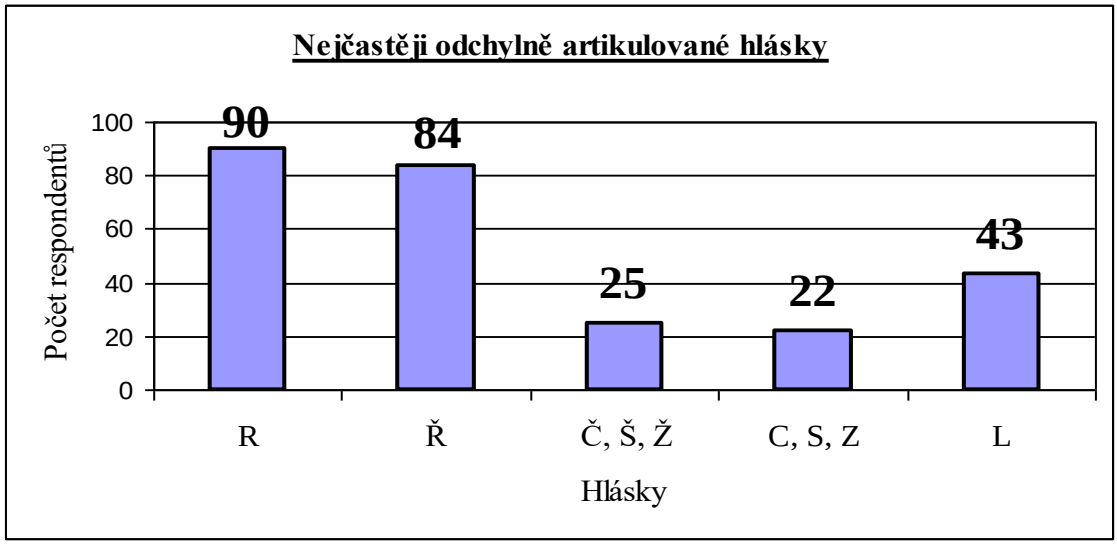
Proč docházíte s Vaším dítětem na logopedii?

Čtvrtá otázka byla polouzavřená a informovala o tom, kolik hlásek a jaké hlásky jsou odchylně vyslovovány u dětí, se kterými rodiče navštěvují logopedickou ambulanci. V následujícím grafu č. 6 bude znázorněno množství odchylně artikulovaných hlásek u dětí ve dvou kritériích. V obou kritériích byla výsledkem naprosto stejná hodnota, tedy 55 respondentů uvedlo, že jejich děti nemají intaktní výslovnost u jedné až tří hlásek. Stejně tak dalších 55 respondentů uvedlo, že jejich děti netvoří intaktně čtyři a více hlásek.



Graf 6: Odchylná artikulace podle množství hlásek

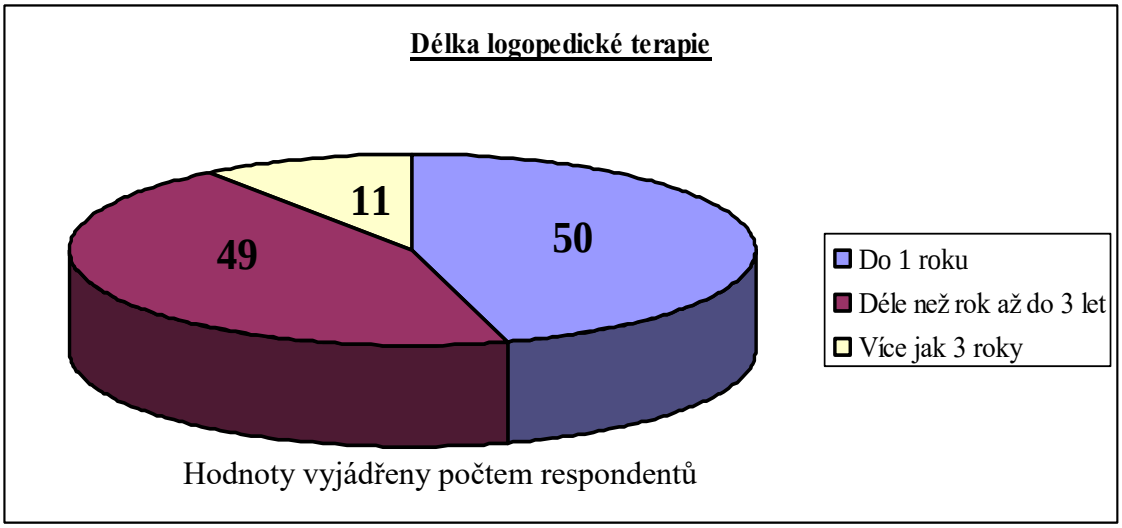
V dalším grafu č. 7 je znázorněno početní zastoupení jednotlivých hlásek, které byly nejčastěji mezi zakroužkovanými odchylně artikulovanými hláskami u dětí. Podle předpokladů se ukázalo, že nejproblémovější hláskou je jedna z nejtěžších hlásek v oblasti artikulace a to hláska R. Mezi další nejobtížněji artikulované hlásky patří hláska Ř, odchylné sykavky obou řad a hláska L.



Graf 7: Nejčastěji odchylně artikulované hlásky

Jak dlouho již docházíte do logopedické ambulance?

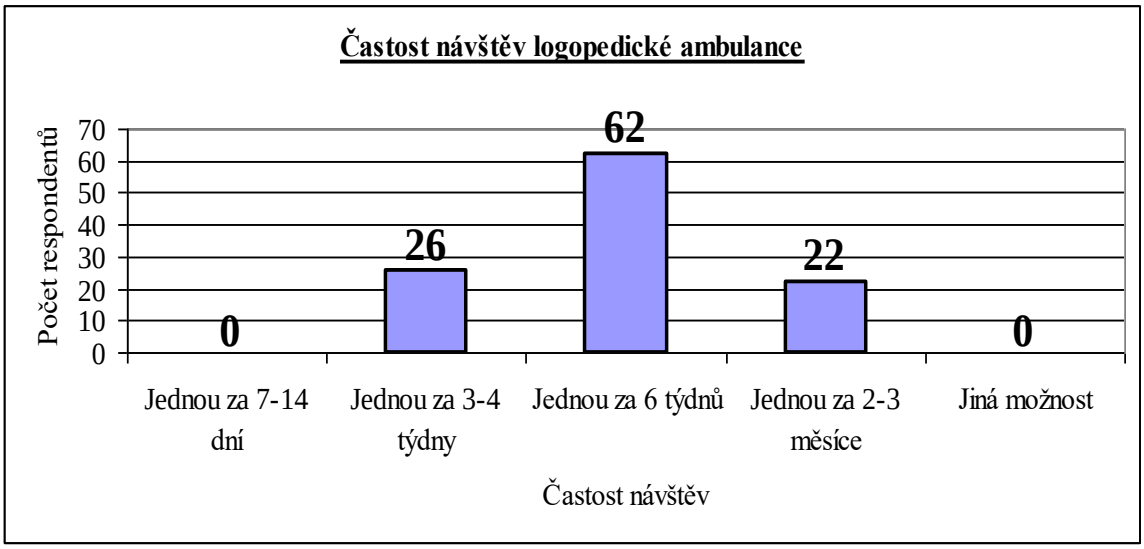
Pátá otázka byla otázkou otevřenou a zabývala se délkou logopedické terapie u jednotlivých rodin. Údaje zobrazuje graf č. 8. Nejméně respondentů vyplnilo otázku tak, že dochází na logopedii již více než tři roky, tedy 11 respondentů. V celku vyrovnané výsledky jsou od respondentů mezi délkou terapie, která trvá do jednoho roku a která trvá více jak jeden rok avšak nejdéle do tří let. Nejvíce respondentů uvedlo, že na logopedickou terapii dochází zatím v délce do jednoho roku.



Graf 8: Délka logopedické terapie

Jak často navštěvujete logopedickou ambulanci?

Otázka číslo šest byla opět polouzavřená a snažila se získat od respondentů odpovědi o frekvenci návštěv v logopedické ambulanci. Respondenti měli na výběr ze čtyř nejpravděpodobnějších možností, a pokud by došlo na situaci, že si ani z jedné možnosti frekvence nevyberou, byla na výběr i poslední otevřená možnost, kde mohli vypsat jinou frekvenci návštěv. Nejčastější odpovědí byla častost návštěv jednou za 6 týdnů, takovou odpověď uvedlo 62 respondentů. Žádný z respondentů neoznačil možnost častosti návštěv jednou za 7–14 dní. V podobném poměru se rozdělilo dalších necelých padesát procent respondentů mezi odpovědi, které ukazují na častost jednou za 3–4 týdny, takovou odpověď zvolilo 26 respondentů, nebo jednou za 2–3 měsíce, kdy tuto variantu odpovědi zvolilo 22 respondentů. Graf č. 9 ukazuje rozložení dat získaných z odpovědí podle počtu respondentů.



Graf 9: Častost návštěv logopedické ambulance

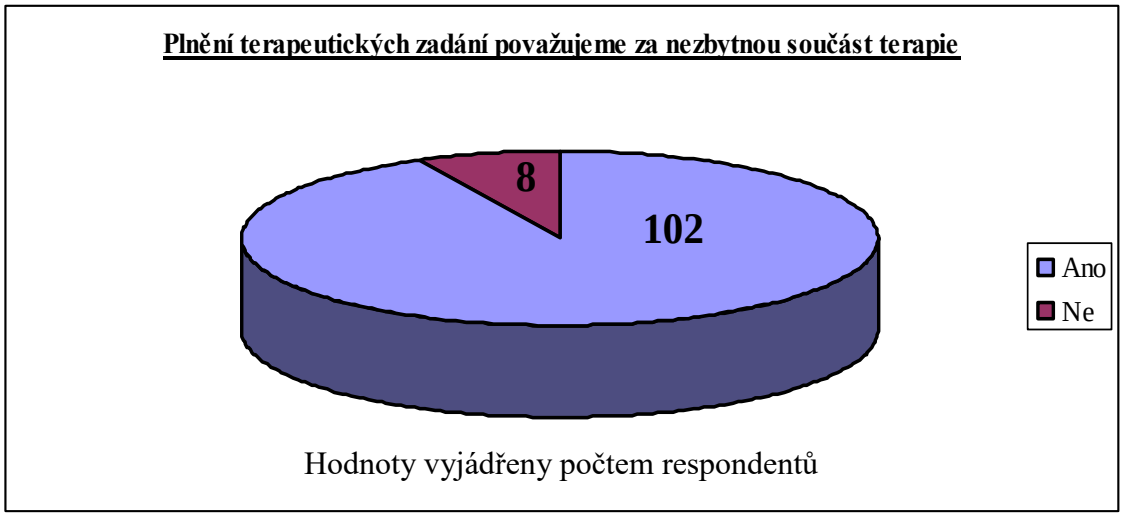
Za co považujete plnění terapeutických zadání doma, z hlediska efektivity logopedické terapie všeobecně?

Otázka číslo sedm byla uzavřeného charakteru. Cílem bylo zjistit, jak se respondenti staví z všeobecného hlediska k logopedické terapii doma na základě tří tvrzení. Ke každému tvrzení měli odpovědět buď ano, nebo ne, tedy jestli s tvrzením souhlasí nebo ne. Grafy č. 10, 11 a 12 znázorňují odpovědi respondentů, tedy souhlas či nesouhlas s následujícími třemi tvrzeními.

Tvrzení se týkají plnění terapeutických zadání, postupů doma, které klienti mohou považovat za:

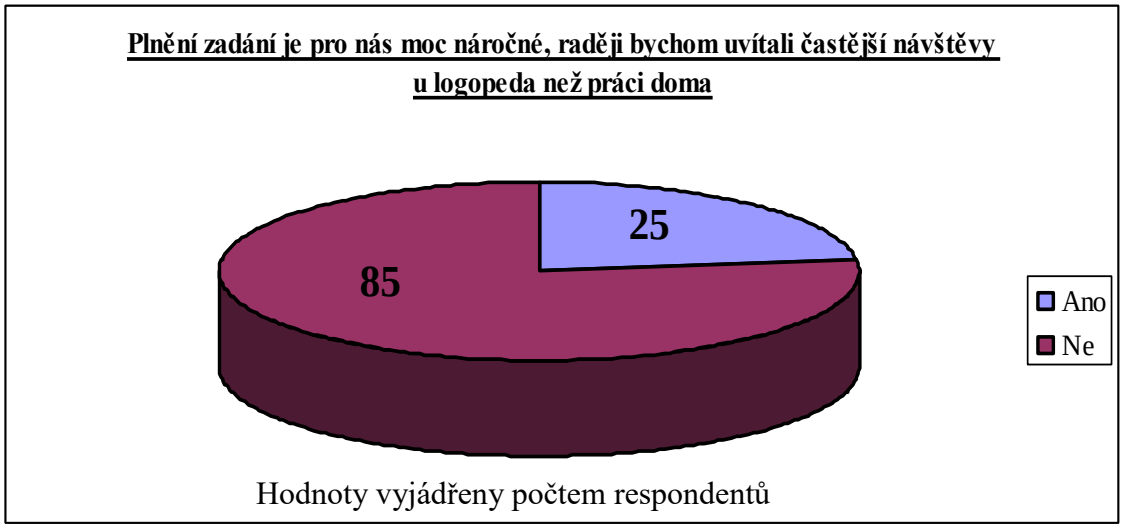
- nezbytnou součást terapie;
- nebo je plnění zadání pro ně moc náročné a raději by uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma;
- za nejdůležitější považují pouze práci logopeda.

K prvnímu tvrzení, tedy že plnění terapeutických zadání je nezbytnou součástí terapie, se přiklonila většina respondentů, tedy 102. Negativně, tedy odpověď ne, využilo pouhých osm respondentů. Grafické znázornění výsledků ukazuje graf č. 10.



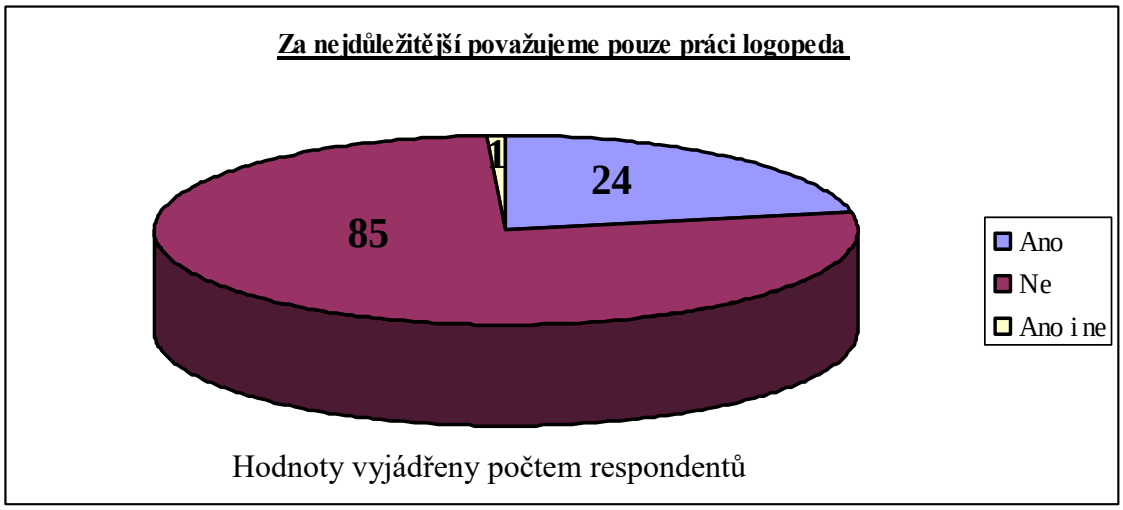
Graf 10: Plnění terapeutických zadání považujeme za nezbytnou součást terapie

K tvrzení, že plnění zadání je pro rodiče moc náročné a raději by uvítali častější návštěvy u logopeda, se přiklonilo z hlediska všeobecného náhledu na terapii 25 respondentů. Nadpoloviční většina respondentů, tedy 85, se přiklonilo k negativnímu názoru na toto tvrzení z hlediska všeobecného pohledu na logopedickou terapii vůbec.



Graf 11: Plnění zadání je pro nás moc náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma

Souhlasně se k poslednímu tvrzení vyjádřila necelá čtvrtina respondentů, tedy 24. Většina respondentů, tedy 85 z nich, nesouhlasí s tvrzením, že důležitá je pouze práce logopeda. Jeden z respondentů uvedl, že za správnou odpověď dle něj považuje odpověď ano i ne. Výsledky zobrazuje následující graf č. 12.

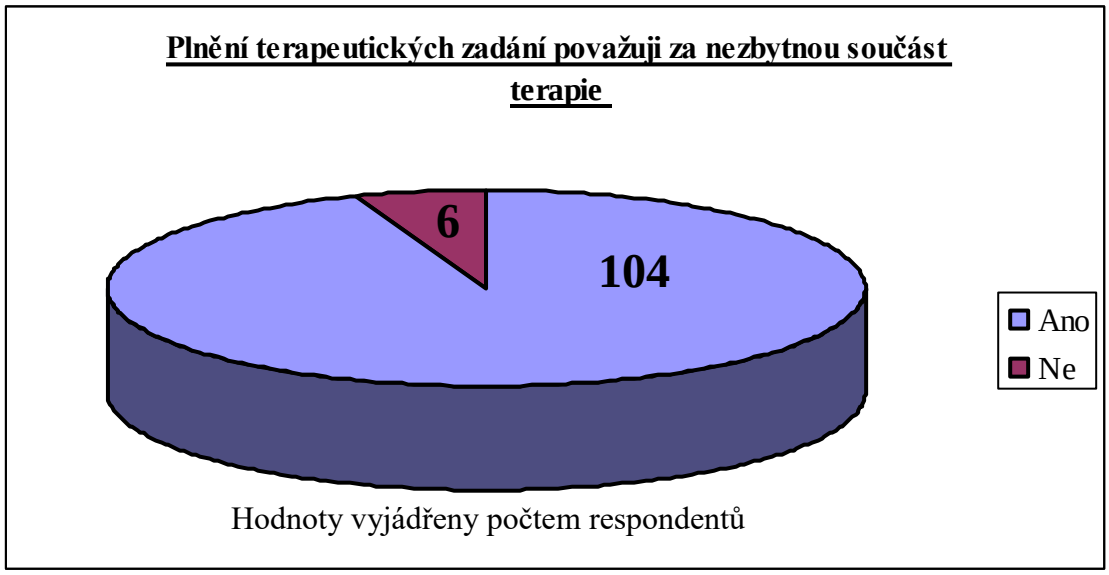


Graf 12: Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda

Za co považujete plnění terapeutických zadání doma, z hlediska Vašeho vlastního zapojení do logopedické terapie?

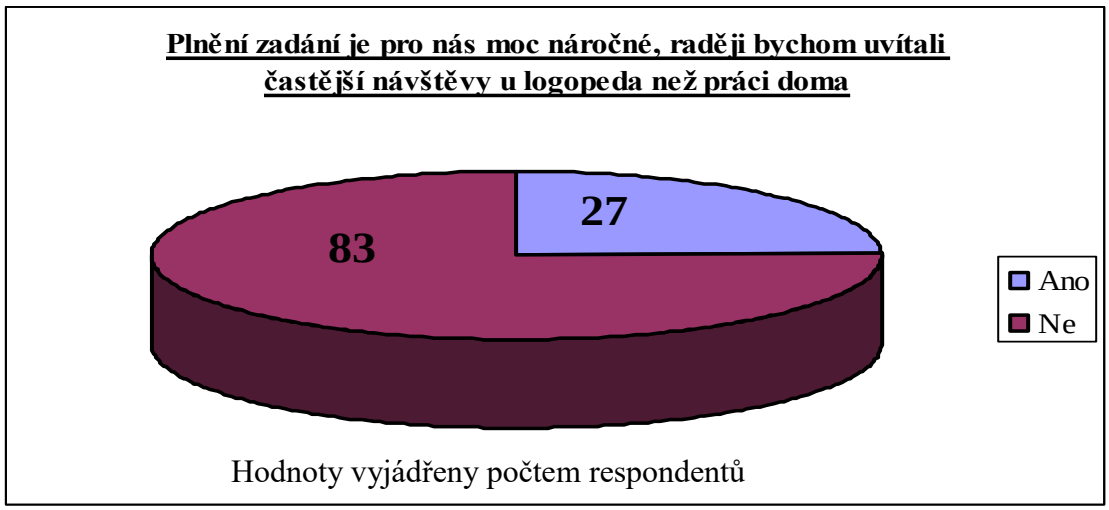
Otázka číslo osm byla též uzavřeného charakteru. Obsahovala stejná tvrzení, o kterých měli respondenti rozhodnout, tedy zda s nimi souhlasí či nikoliv. Rozdíl tkvěl v tom, že otázka číslo osm se snažila o vyjádření respondentů o stejných tvrzeních, ale z hlediska nikoliv jejich všeobecného názoru na logopedickou terapii, ale jejich názoru, pokud se na tato tvrzení podívají znovu z pohledu vlastního zapojení do logopedické terapie, mají-li plnit terapeutická zadání a postupy doma. Grafy č. 13, 14 a 15 vyjadřují data, která byla od respondentů získána.

K prvnímu tvrzení, jehož data ukazuje graf č. 13, se pozitivně, a tedy odpovědí ano, přiklonila většina respondentů, tedy 104 respondentů. K negativní odpovědi se přiklonilo pouhých šest respondentů. Tedy z hlediska vlastního zapojení, považuje 104 respondentů za nezbytné plnění terapeutických zadání doma, tj. o dva respondenty více než v předchozí otázce.



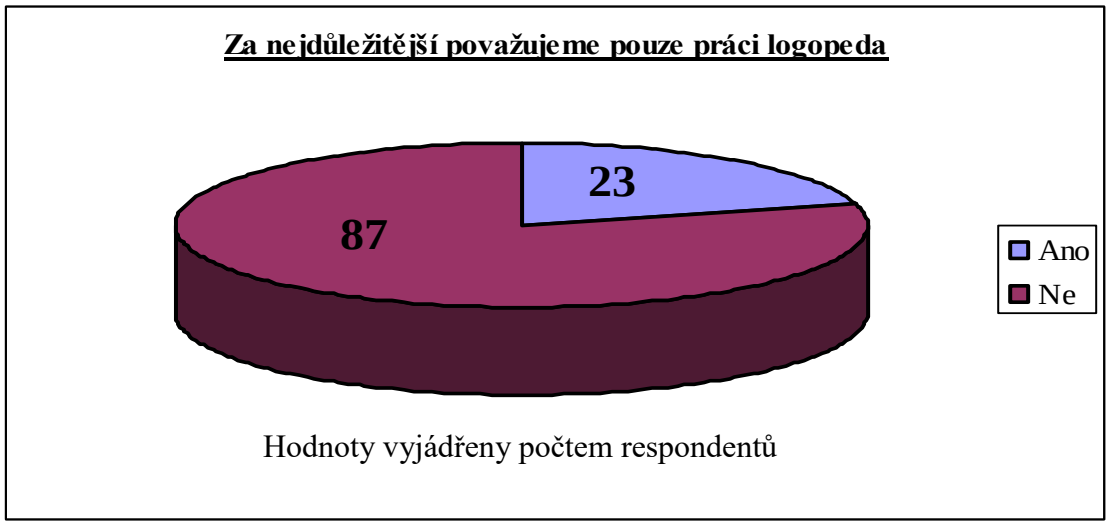
Graf 13: Plnění terapeutických zadání považuji za nezbytnou součást terapie

K druhému tvrzení, které se týká náročnosti plnění logopedických zadání a vyžaduje více logopedických sezení než plnění terapeutických zadání doma, se vyjádřila negativně nadpoloviční většina respondentů, tedy 83. Souhlasně na tvrzení odpovědělo 27 respondentů. Jedná se pouze o dva respondenty více, než u stejného tvrzení u otázky číslo sedm.



Graf 14: Plnění zadání je pro nás náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma

K poslednímu tvrzení z hlediska vlastního zapojení do terapie se vyjádřila nesouhlasně nadpoloviční většina respondentů, tedy 87. Kladně odpověděla k následujícímu tvrzení skoro čtvrtina respondentů, tedy 23 respondentů, tj. o jednoho méně než v předchozí otázce číslo sedm.

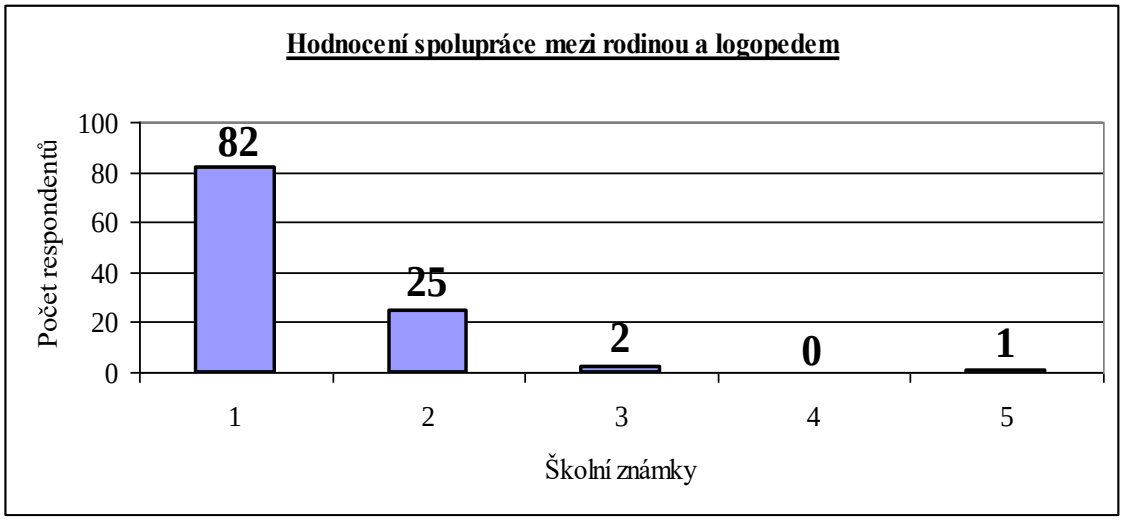


Graf 15: Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda

Jak hodnotíte spolupráci mezi rodinou (Vámi) a logopedem?

Devátá otázka byla uzavřená a snažila se o zhodnocení subjektivního pohledu rodičů na spolupráci mezi nimi a klinickým logopedem. K otázce je v závorce dovětek, že respondenti mají ohodnotit svou vzájemnou spolupráci známkou jako ve škole, tedy od 1 do 5. Respondenti využívali zejména k hodnocení známky 1, 2 a 3. Známkou nejhoršího hodnocení, tedy 5 ohodnotil svou spolupráci pouze jeden rodič.

V grafu č. 16 je uvedeno zastoupení podle počtu respondentů, kteří se rozhodli k jednotlivým známkám. Nadpoloviční většina respondentů, tedy 82 respondentů, se rozhodla pro nejlepší známku 1. Skoro čtvrtina, tedy 25 respondentů, se rozhodla pro udělení známky 2 a pouze dva respondenti se rozhodli udělit známku 3. Jeden z respondentů uvedl a ohodnotil spolupráci známkou 5.

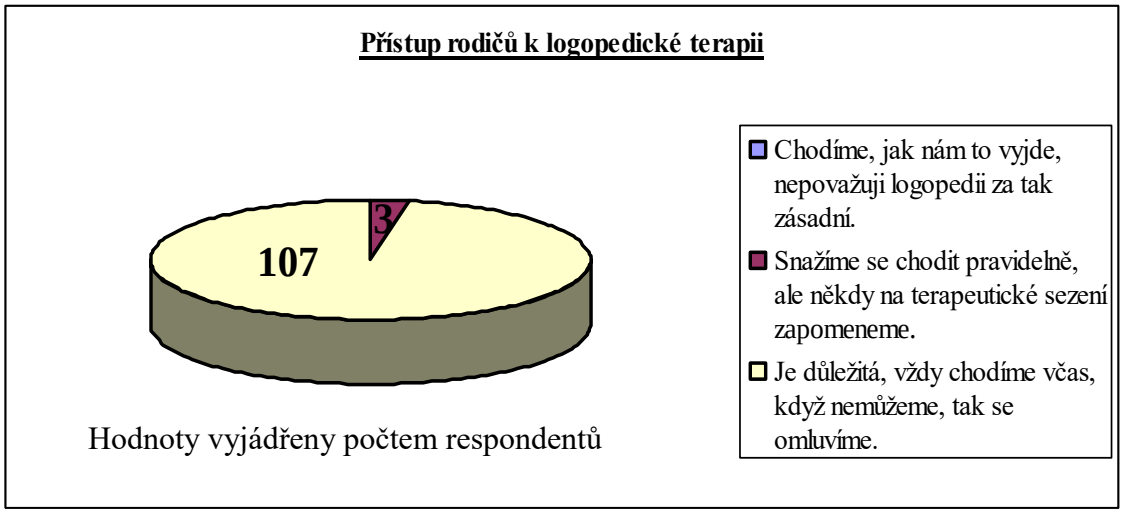


Graf 16: Hodnocení spolupráce mezi rodinou a logopedem

Které tvrzení nejvíce odpovídá Vašemu přístupu k logopedické terapii?

Desátá otázka se snažila zjistit, které tvrzení je rodičům dětí nejbližší. Tvrzení, která se týkají vzájemné komunikace, důležitosti terapie, pravidelnosti sezení, případných absencí a jejich omlouvání v logopedické ambulanci. Otázka byla uzavřeného charakteru. Respondenti měli na výběr ze tří možností. Ukazuje se, že výrazná většina

považuje logopedii za důležitou, vždy chodí včas a pokud se stane, že se nemůžou dostavit do logopedické ambulance, tak se omluví. Jedná se o 107 respondentů. Graf č. 17 zobrazuje následující údaje. Pouzí tři respondenti se přiklonili k názoru, že se snaží chodit na logopedii pravidelně, ale někdy se stane, že na logopedickou terapii v logopedické ambulanci zapomenou.

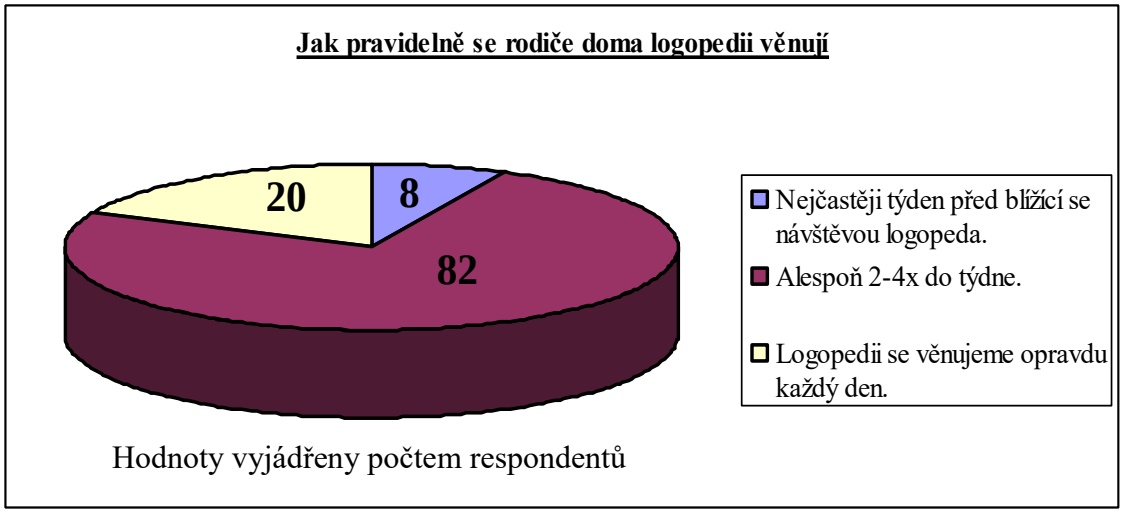


Graf 17: Přístup rodičů k logopedické terapii

Jak pravidelně se logopedii doma věnujete?

Jedenáctá otázka byla uzavřeného charakteru a zjišťovala, jak pravidelně se doma rodina s dítětem věnuje logopedickým postupům. Respondenti měli na výběr ze tří možností. Následné údaje znázorňuje graf č. 18.

Největší počet respondentů, tedy nadpoloviční většina, se přiklonil k variantě, že se věnují doma logopedii alespoň 2–4x do týdne. Jednalo se o 82 respondentů. Počet respondentů, kteří se logopedii doma věnují opravdu každý den, byl poněkud nízký. Takovou variantu odpovědi zvolilo pouze 20 respondentů. Poslední variantu, tedy že se logopedii doma věnují hlavně týden před blížící se návštěvou v logopedické ambulanci, zvolilo osm respondentů.

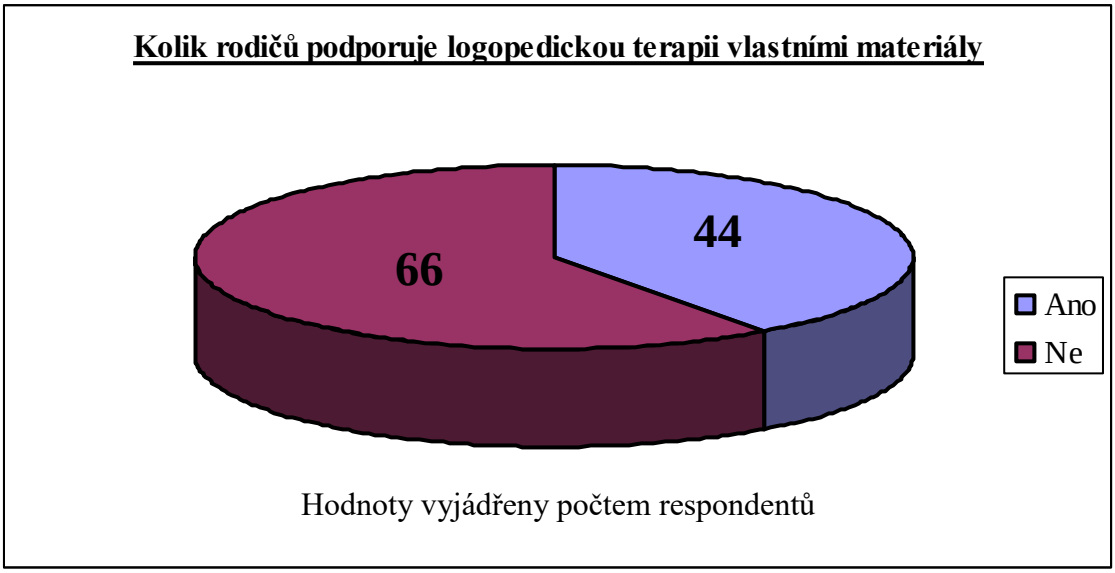


Graf 18: Jak pravidelně se rodiče doma logopedii věnují

Jste kreativní?

Dvanáctá otázka nesla sdělení o kreativnosti, ale pod názvem kreativnost se skrývalo následné vysvětlení. Ve dvanácté otázce, která byla polouzavřená, bylo cílem zjistit, jestli rodina nějakým způsobem doplňuje něčím či vnáší do terapie a hlavně do plnění logopedických zadání doma něco, co si vyrobí, koupí nad rámec zadaných materiálů či přizpůsobí materiály, které od logopeda získají, aby byly pro dítě zábavnější a více přizpůsobené individuálnosti dítěte.

Následující graf č. 19 znázorňuje množství respondentů, kteří doplňují terapii nějakými vlastními materiály. Více jak padesát procent rodičů logopedickou terapii ničím nedoplňuje, takto odpovědělo 66 respondentů. Dalších 44 respondentů uvedlo, že logopedickou terapii doplňují a měli také možnost napsat, jakým způsobem ji doplňují. Tabulka č. 1 znázorňuje, jakým způsobem doplňují logopedickou terapii rodiče dětí.



Graf 19: Kolik rodičů podporuje logopedickou terapii vlastními materiály

Následující tabulka č. 1 znázorňuje zajímavé odpovědi respondentů, kteří odpověděli, že podporují terapii nějakými vlastními materiály, a uvedli jakými. Mezi nejčastější odpovědi se řadil nákup logopedických knih a her, společně s tvořením různých her ze slov a kupováním pomůcek získaných od logopeda či vyhledaných na internetu.

Tabulka 1: Přehled materiálů a nápadů, kterými rodiče doplňují logopedickou terapii

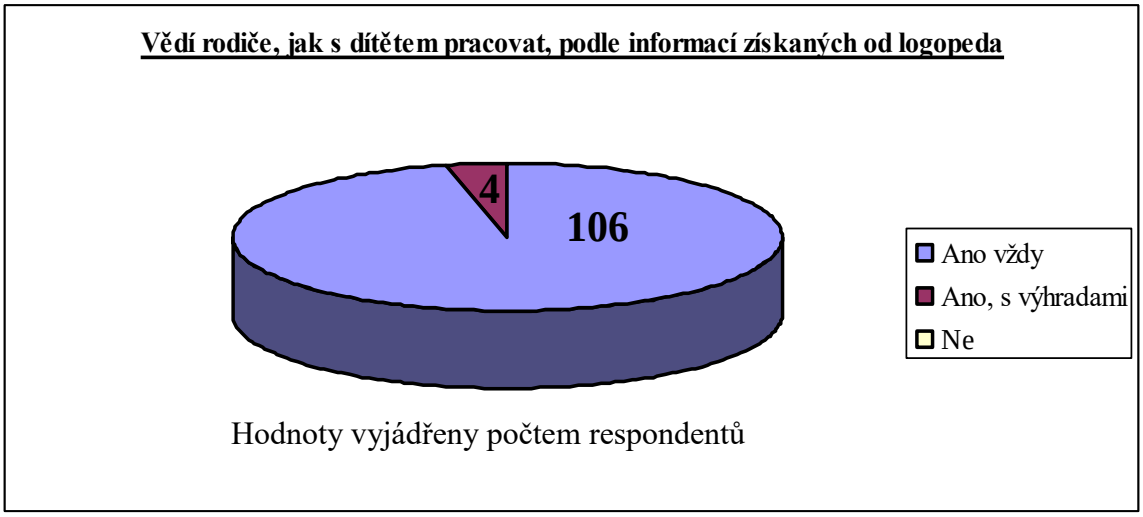
„Pexeso, skládačky, více barevných obrázků a další literaturu.“
„Logopedická ALBI knížka.“
„Kreslíme a vyprávíme příběh v obrázcích.“
„Máme hru a časopisy pro děti, kde je procvičování písmenek a knížky na logopedii.“
„Koupili jsme doplňující materiály – knihy k procvičení výslovnosti, doplňujeme procvičování hlásek z nich.“
„Logopedické pexeso, knížky a doplňujeme vyprávěním z časopisů.“
„Při koupi hraček.“
„Logopedii se věnujeme při hraní nebo při jízdě v autě.“
„Tvoříme velmi rádi, malujeme a plníme úkoly z logopedických knížek.“
„Čteme a hrajeme hláskové pexeso.“
„Různé logopedické hry, říkanky a písničky.“

„Z obrázků tvoříme pexeso, společně s ostatními členy rodiny hrajeme různé hry.“
„Máme doma koupené knihy na logopedii.“
„Využíváme knihy, pracovní sešity a internet.“
„Nakupujeme logopedické materiály.“
„Nakupujeme další literaturu.“
„Koupili jsme si materiál, když roboti brebentí.“
„Hledáme na internetu.“
„Vybarvujeme materiály a pak si s nimi hrajeme.“
„Terapii oživujeme i dalšími slovy, která třeba nejsou v materiálech od logopeda.“
„Využíváme logopedické knihy a věci v časopisech.“
„Kupujeme pomůcky na základě doporučení od logopeda.“
„Pexeso z obrázků a slov od logopeda, kde procvičujeme R a Ř.“
„Vyprávíme si, dítě po nás opakuje.“
„Obrázky, kreslení, modelování.“
„Snažíme se vymýšlet nová slova, která jsme netrénovali.“
„Snažíme se něco tvořit a vymýšlet.“
„Kupujeme hry s logopedickou tématikou.“

Víte, jak s dítětem doma pracovat?

Otázka číslo třináct byla opět polouzavřenou otázkou. Snažila se zjistit informace o průběhu terapie a to o tom, jestli rodiče na základě informací, které jim logoped při terapii předá, následně vědí, jak mají doma s dítětem pracovat. Graf č. 20 znázorňuje následující odpovědi respondentů.

K odpovědi ne, tedy, že jako rodič neví, jak s dítětem pracovat, se nepřiklonil ani jeden z dotazovaných respondentů. K odpovědi, že vždy jako rodiče vědí, jak s dítětem doma pracovat, se přiklonila většina respondentů, tedy 106 dotazovaných. Pouze čtyři respondenti odpověděli, že sice vědí, jak s dítětem pracovat, ale mají k tomu určité výhrady.



Graf 20: Vědí rodiče, jak s dítětem pracovat, podle informací od logopeda

Tabulka č. 2 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří si něčím nejsou jisti, z hlediska vysvětlení a získání informací ze strany logopeda a měli možnost uvést, jaké výhrady mají.

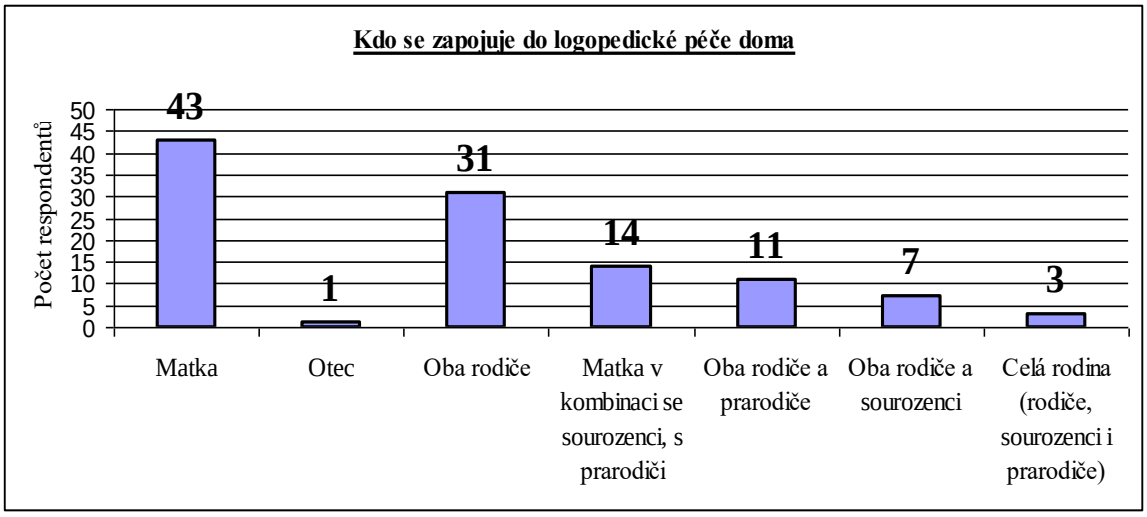
Tabulka 2: Výhrady rodičů k informacím o terapii od klinického logopeda

„Ne vždy všemu rozumím.“
„Dosud nevíme přesné postavení jazyka na hlásku L, nebylo nám to důkladně vysvětleno.“
„Nedařilo se udělat cvičení zábavou.“
„Někdy je problém si vše zapamatovat.“

Kdo se zapojuje doma do logopedické přípravy?

Otázka číslo čtrnáct byla otevřeného charakteru a zjišťovala, kdo všechno se doma zapojuje do plnění logopedických zadání získaných od klinického logopeda. V rámci této otázky respondenti odpovídali v několika možných variantách. Varianty a jejich výsledky obsahuje graf č. 21, který je zobrazen níže. Nejčastější variantou byla odpověď, že se dítěti doma věnuje pouze matka a to ve 43 případech. Další variantou byla odpověď, že se logopedii doma s dítětem věnují oba rodiče, takto odpovědělo 31 respondentů. Další možnosti, které respondenti uváděli, byly, že se dítěti doma věnuje

matka v kombinaci třeba s prarodičem či prarodiči nebo sourozenci, takovou variantu napsalo 14 respondentů. Dalšími variantami byli rodiče a prarodiče, rodiče a sourozenci nebo úplně celá širší rodina, tedy rodiče, sourozenci i prarodiče, tato poslední varianta byla zaznamenána u druhého nejmenšího počtu respondentů. Pouze jeden z respondentů uvedl, že se dítěti doma věnuje v logopedických postupech pouze otec.

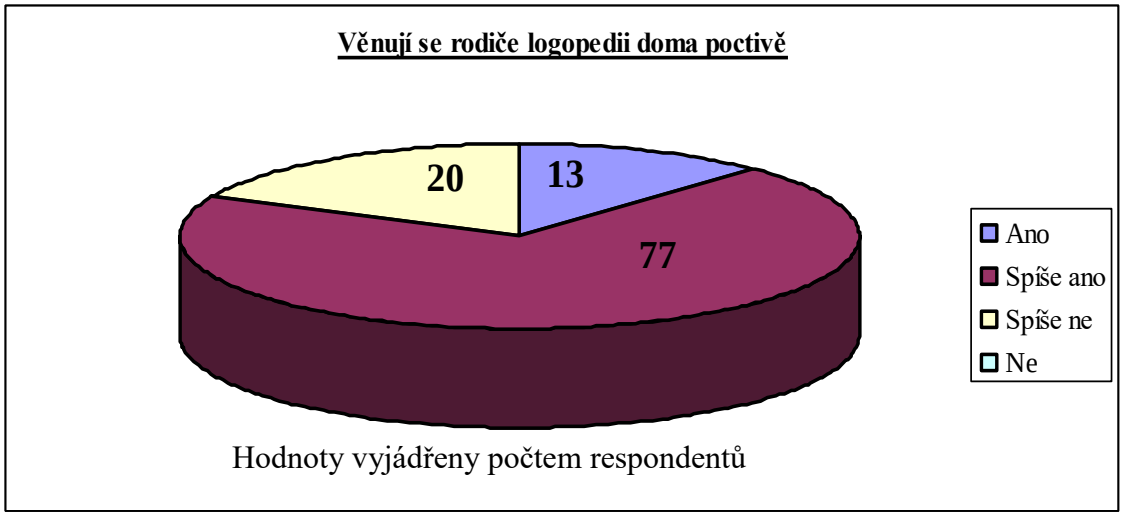


Graf 21: Kdo se zapojuje do logopedické přípravy v domácím prostředí dítěte

Podle Vašeho názoru, věnujete se logopedické přípravě doma poctivě?

Otázka číslo patnáct byla uzavřená a zjišťovala názor respondentů na to, jak poctivě se podle nich doma logopedickým postupům od klinického logopeda věnují. Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí, které byly ve formě: ano, spíše ano, spíše ne a ne.

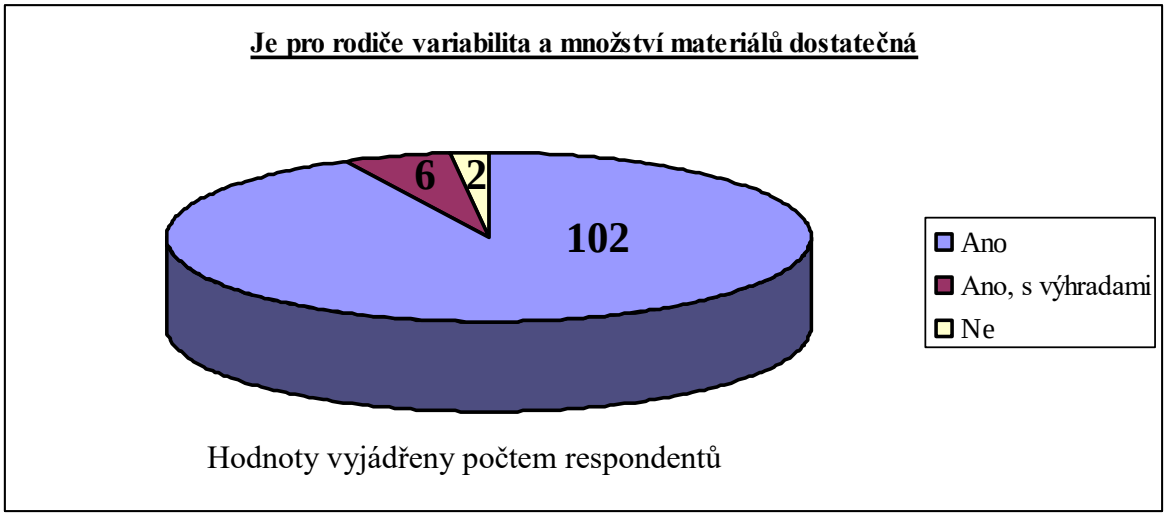
Data získaná do respondentů znázorňuje graf č. 22, který je umístěn pod textem níže. Možnost odpovědi ne nevyužil ani jeden respondent. Nejvíce respondentů, tedy skoro nadpoloviční většina (77 respondentů), odpovědělo, že se spíše věnují logopedii doma. Pouhých 13 respondentů odpovědělo, že se věnují přípravě a logopedii doma poctivě. Dalších 20 respondentů odpovědělo, že se spíše nevěnují poctivě logopedii doma. Jeden z respondentů také uvedl, že ví o tom, že by se měli logopedii věnovat každý den, ale nedělají to, proto uvádí odpověď spíše ne.



Graf 22: Věnují se rodiče logopedii doma poctivě

Podle Vašeho názoru, jsou variabilita, množství materiálů a podnětů pro logopedickou přípravu doma dostatečné?

Otázka číslo šestnáct byla polouzavřená a snažila se získat data o průběhu terapie, především o názoru rodičů na dostatečnost týkající se variability a množství materiálů, které získávají k terapeutickým postupům pro práci na doma. Graf č. 23 znázorňuje data získaná od respondentů. Naprostá většina respondentů uvedla, že jim přijde množství a variabilita materiálů získaných od logopeda dostatečná. Jednalo se o 102 respondentů. Dalších šest respondentů uvedlo, že je sice dostatečná, ale mají k tomu určité výhrady. Výhrady od respondentů ukazuje tabulka č. 3. Pouze dva respondenti uvedli, že nejsou vůbec spokojeni s variabilitou a množstvím materiálů, které získají od klinického logopeda.



Graf 23: Je pro rodiče variabilita a množství materiálů dostatečná

Následující tabulka č. 3 uvádí výhrady rodičů k materiálnímu zajištění terapie. Tedy odpovědi rodičů, kteří zvolili odpověď ano, s výhradami.

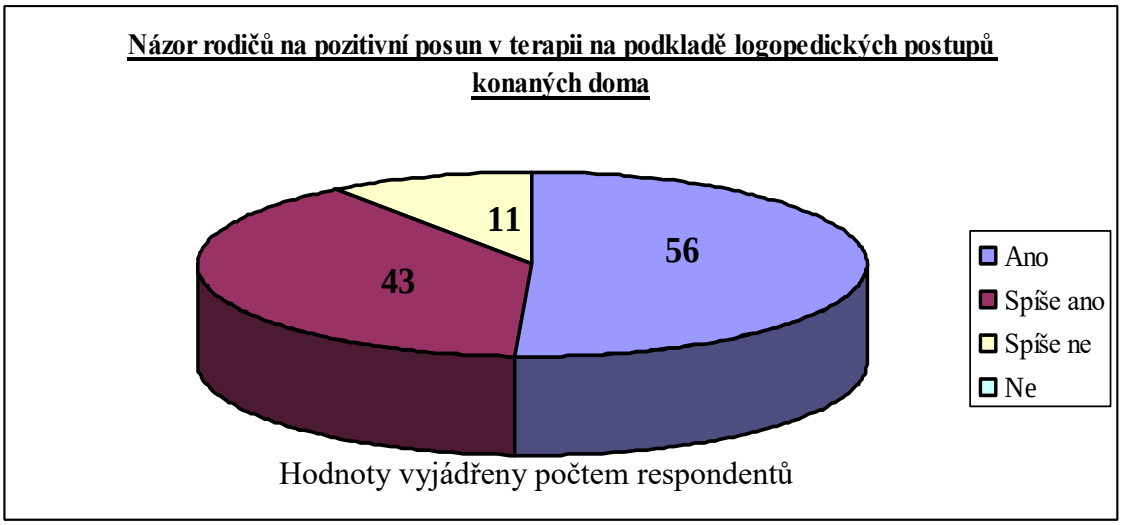
Tabulka 3: Výhrady rodičů k materiálnímu zajištění pro logopedickou péči doma

„Materiálů je moc, s nástupem na ZŠ už to nestíháme.“
„Přišlo mi, tedy spíše ze začátku, že je cvičení málo, vzhledem k termínu návštěv. Doplňujeme ze zakoupených materiálů.“
„Uvítali bychom i něco interaktivního.“
„Pokud chodíme jednou za měsíc, tak pořád ta stejná sada cvičení není zábavná.“
„Vždy se může vymyslet víc příkladů, myslím si.“
„Málo materiálů, pořád dokola to samé není ono.“

Myslíte si, že Vaše logopedická příprava v domácím prostředí pozitivně posouvá vývoj terapie?

Sedmnáctá otázka byla uzavřená a zjišťovala názor rodičů na možný pozitivní posun v terapii na základě jejich vlastní individuální činnost v domácím prostředí s dítětem. Otázka měla opět čtyři možné odpovědi: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Graf č. 24 znázorňuje výsledná data od respondentů, která byla v dotazníkovém šetření získána.

Celých 56 rodičů si myslí, že jejich individuální činnost s dítětem doma posouvá vývoj terapie pozitivně dopředu. Odpověď spíše ano využilo 43 respondentů. Dalších 11 respondentů uvedlo, že jejich individuální práce doma s dítětem spíše neposouvá vývoj terapie k lepšímu. Poslední odpověď, tedy ne, nevyužil žádný z respondentů.



Graf 24: Názor rodičů na pozitivní posun v terapii na podkladě logopedických postupů konaných doma

Jakou roli ve Vašem rodinném životě hraje logopedická terapie?

Poslední otázka v dotazníku byla otevřená. Snažila se zjistit, jakou roli, jaký význam má samotná logopedie a její terapie u jejich dítěte v samotném životě rodiny. V následující tabulce č. 4 jsou uvedeny zajímavé a časté odpovědi respondentů na poslední otázku.

Tabulka 4: Názory rodičů na to, jakou roli hraje logopedie v rodinném životě

„Nutná součást pro dobrou mluvu mého dítěte.“
„Logopedie je podle mě důležitá, já jsem původem cizinka a dávám si záležet, aby moje děti mluvily hezky.“
„Musíme hlídat vyslovování hlásek a případně dítě opravovat.“
„Považuji ji za důležitou, i když musím poctivě přiznat, že nezvládáme cvičit tak často, jak bychom měli (většinou z časových důvodů).“
„Znamená to správnou výslovnost dítěte.“
„Nějak zásadní to pro nás roli nemá, ale potřebujeme, aby se dcera vše naučila.“
„Důležitou roli.“ (10x uvedeno)
„Logopedie je důležitá pro vývoj našeho dítěte.“
„Bohužel teď pro nás jsou důležitější jiné ambulance.“
„Logopedie je důležitá, potřebujeme, aby se dcera naučila správně vyslovovat.“
„Stala se součástí běžného života.“
„Logopedie má důležitou roli, ale naše dítě musí mít i dobrou náladu na trénink.“
„Logopedie nám vlastně umožnila trávit více času s dítětem individuálně a krátí nám to cesty autem.“
„Logopedie se stala součástí naší celé rodiny. Všichni mají zájem synovi co nejvíce pomoci.“
„Nemáme na to moc času, zároveň to syna moc nebaví.“
„Je důležitá, aby syn uměl správně vyslovovat.“
„Terapie je důležitá, i když nám to jde velmi pomalu.“
„Pravidelná večerní aktivita.“
„Logopedie má pro nás velkou roli, správná výslovnost je důležitá.“
„Dítě nechce doma spolupracovat.“

„Je důležitá. Snáze se dítě naučí výslovnost v mladším věku než později.“
„Velkou, snažíme se cvičit poctivě několikrát v týdnu.“
„Docela důležitou si myslím. Snažíme se logopedii věnovat, jak to jen jde. Ale z časových důvodů to není úplně pravidelné.“
„Považujeme ji za velmi důležitou. Procvičujeme mluvení skoro každý večer před spaním. Opravuji ho i během dne. Snad nikdy jsme na logopedii nezapomněli, je pro nás vážně důležitá.“
„Je důležitá, chci, aby dítě správně vyslovovalo.“
„Je dobrá, pomáhá synovi vyslovovat správně hlásky a vím, jak mu doma mohu pomoci a procvičovat s ním.“
„Je pro nás důležitá, chceme, aby naše dítě umělo dobře mluvit.“
„Krátí nám cesty autem.“
„Logopedii u nás v rodině bereme jako něco, čím můžeme „vylepšit, zdokonalit“ našeho syna.“
„Má pro nás velkou důležitost, chceme, aby naše dítě umělo dobře mluvit.“
„Doma to pro nás má důležitou roli pro všechny členy rodiny. Učíme se tím všichni a je to pro nás hra.“
„Roli hraje průměrnou. Od 1 do 5, spíše na stupni 3.“
„Logopedie pro nás doma má významnou roli, dítě se zlepšuje ze dne na den, jsme velice spokojeni.“
„Role logopedie je pro nás důležitá, protože si dcera návštěvy pochvaluje a cvičení doma ji potom víc baví a já se dozvím, jak s ní doma písmenka a slova trénovat.“
„Logopedie má pro nás pozitivní význam.“
„Je to zajímavé, jsem ráda, že už dítě říká správně V. Dítě se na to soustředí. Teď pokračujeme na L a ještě nás čeká R a Ř, tak jsem velmi zvědavá.“
„Je to pro nás stres.“
„Nezbytná součást naší rodiny.“
„Děláme to, protože mám strach, že mu to zůstane, starší syn mluvil na 100% už ve třech letech. Je to pro nás práce navíc, nebaví nás to!“
„Bojujeme doma, ale vidina, že bude správně vyslovovat, nás posouvá dál.“
„Logopedie zvyšuje sebevědomí dítěte.“

„Důležitou, chceme, aby se naučil vyslovovat, než půjde do školy.“
„Je to pro nás „společně strávený čas“, snaha o zapojení celé rodiny, samotného ho cvičení nebaví. Snažíme se cvičit třeba i během cesty autem nebo na procházce, když to dítě nevnímá jako „povinnost“ ale zábavu. Máme totiž problém ho k cvičení dostat. Nebaví ho to a tím to nebaví i nás rodiče.“
„Nedílná součást našeho rodinného života.“
„Jako učitelka v MŠ vím, jak je důležité nezanedbat nic, co se vývoje (nejen) řeči týče.“
„Je fajn, když můžeme vidět výsledky, snažíme se ale doma logopedii věnovat nenásilně.“
„Je důležitá pro moje dítě, aby dobře vyslovovalo.“
„Jsme cizinci, takže logopedii moc potřebujeme.“
„Cvičí celá rodina, syna je potřeba občas víc motivovat, opakování ho časem otravuje.“
„Je to pro nás spíše povinnost, kterou musíme zařadit do režimu dne, ne vždy je na to čas a klid, ale samostatné procvičování je docela zábava a baví nás to.“
„Je pro nás doma těžké zařadit pravidelnost, ale víme, že je to důležité, tak se snažíme vše skloubit.“
„Důležitá součást doma.“
„Důležitou, pomáhá nám to s dítětem.“
„Nemá tolik velkou, jak bych si přála, někdy je těžké odtrhnout syna od hraní, když je zrovna čas (když mladší dítě spí).“
„Třeba se také naučím mluvit.“
„Velkou, já sama jsem s „Ř“ měla velký problém, zažila jsem i šikanu ve škole. Teprve v 19 letech jsem se sama naučila Ř. Proto se snažím, aby se chlapeček naučil Ř a ostatní sykavky, než půjde do školy.“
„Aby uměl hezky mluvit.“
„Je to časově náročné, důležitou, občas dítě motivovat je náročné.“
„Je to pro nás spíše povinnost, ale při dosažení úspěchu přechází povinnost v radost při hře.“
„Museli jsme hledat vhodný čas, abychom cvičení přizpůsobili našemu režimu.“
„Velká pomoc pro zlepšení.“
„Sebere trochu času.“

6 Diskuze k výzkumnému šetření

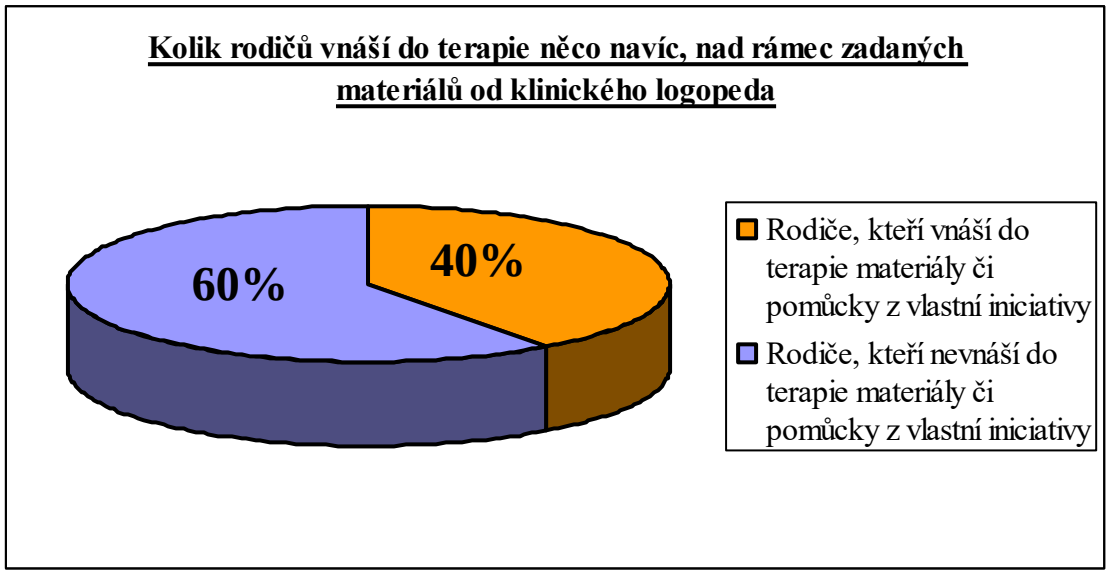
Cíle výzkumné části, tj. jaké nejčastější strategie spolupráce v rámci terapie zaujímají rodiče v situaci pravidelných návštěv dítěte s vývojovou odchylkou artikulace na pracovišti klinické logopedie, bylo dosaženo. Rodiče uvedli, že vědí, jak mají s dítětem pracovat na základě informací od logopeda. Někteří rodiče vnáší do logopedické terapie vlastní materiály nebo pomůcky. Většina rodin se snaží logopedii doma věnovat pravidelně během každého týdne. Největší procento rodičů se logopedii doma věnuje alespoň 2–4x do týdne. Každý den se logopedii věnuje pouze 18 % rodičů. Většina rodičů ví, že pouze práce logopeda nestačí a jejich věnování se logopedii doma je nezbytnou součástí terapie. Materiální zabezpečení a komunikace mezi logopedem a rodiči je kvalitní. Většina rodin v rámci komunikace s ambulancí své absence omlouvá, což podněcuje dobré kolegiální a týmové vztahy mezi logopedem a rodiči. Nejčastější frekvence návštěvnosti v logopedické ambulanci se ukazuje v rozmezí 6 týdnů.

Následné dílčí cíle, které byly stanoveny, tj. zjistit pohled rodičů na kvalitu průběhu terapie a zjistit pohled rodičů na kvalitu spolupráce a komunikace mezi nimi a terapeutem byly také splněny a výše popsány.

V závěru výzkumného šetření se vrátíme k hypotézám, které byly pro výzkumné šetření stanoveny a následně budou podpořeny nebo nepodpořeny. Výsledky k podpoření nebo nepodpoření hypotéz budou znázorněny graficky v procentuálním zastoupení respondentů.

Hypotéza č. 1: V rámci terapie minimálně 60 % rodin nevnáší vlastní materiály či vytvořené pomůcky do procesu logopedické terapie nad rámec zadaných materiálů.

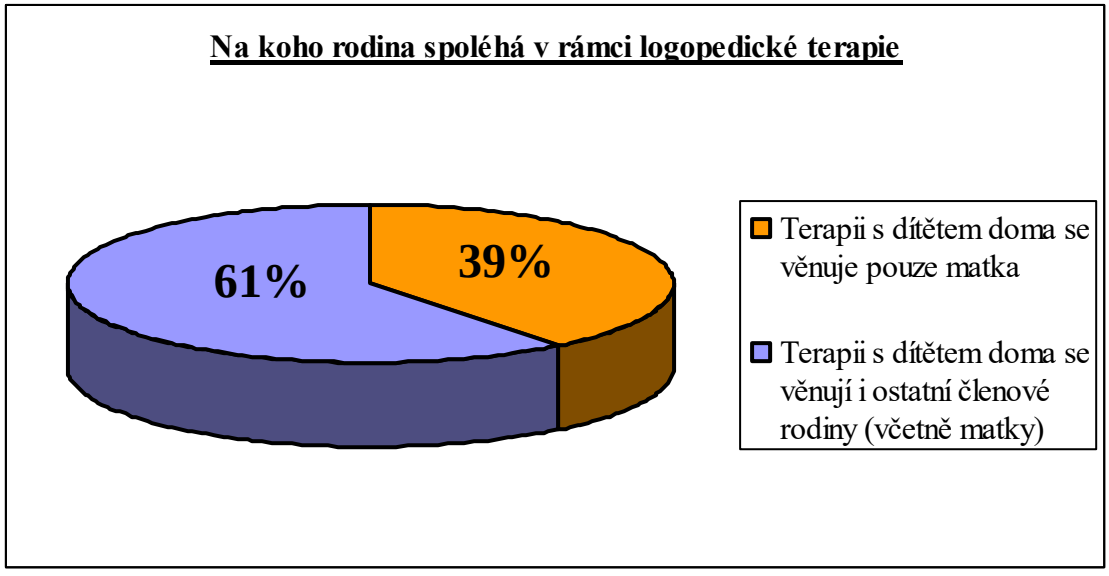
K hypotéze se vztahuje následující graf č. 25. Na základě dat z výzkumného šetření je patrné, že hypotéza byla podpořena. V grafu je znázorněno, že opravdu minimálně a právě 60 % rodičů nevnáší do procesu logopedické terapie vlastní materiály či pomůcky nad rámec zadaných materiálů od klinického logopeda. Pouhých 40 % rodičů do terapie vnáší vlastní materiály či pomůcky nad rámec zadaných materiálů.



Graf 25: Kolik rodičů vnáší do terapie něco navíc, nad rámec zadaných materiálů od klinického logopeda

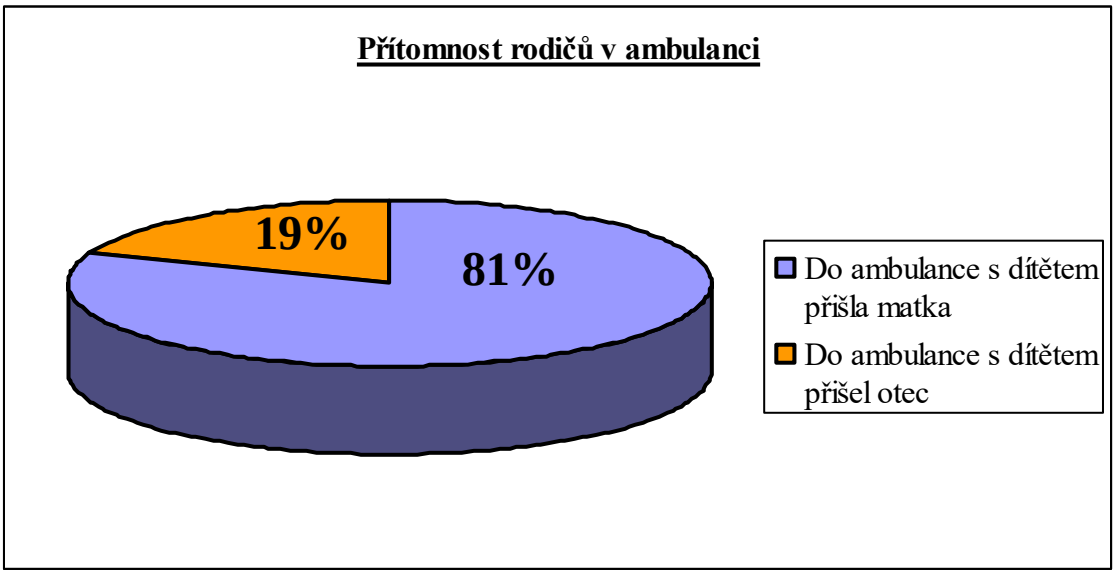
Hypotéza č. 2: V rámci logopedické terapie mírná nadpoloviční většina (60 %) rodin spoléhá na zapojení pouze matky do logopedické terapie.

Na základě dat z výzkumného šetření se ukazuje, že hypotéza nebyla podpořena. Graf č. 26 znázorňuje, že pouhých 39 % rodin spoléhá na zapojení pouze matky do logopedické terapie v domácím prostředí. Ve zbylých rodinách, tedy v 61 % rodin se do logopedické terapie zapojuje i jiný člen rodiny, nikoliv pouze matka.



Graf 26: Na koho rodina spoléhá v rámci logopedické terapie

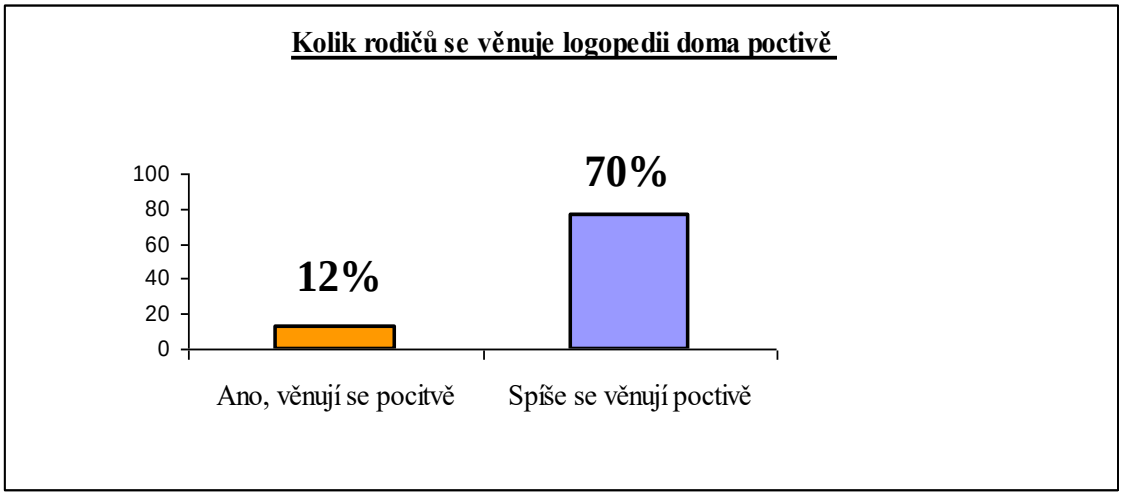
Další údaje z výzkumného šetření se týkají situace zapojení rodiče v logopedické ambulanci. Sbíraná data nebyla cílem hypotézy, proto nemůžeme říci, jestli do ambulance dochází vždy matka nebo vždy otec. Ale v průběhu dotazníkového šetření byla situace taková, že do ambulance chodili s dětmi z 81 % matky a z pouhých 19 % otcové. Údaje jsou pouze doplňující, tedy že v době výzkumu více rodin spoléhalo na zapojení matky v ambulanci logopeda. Situaci znázorňuje následující graf č. 27.



Graf 27: Přítomnost rodičů v ambulanci

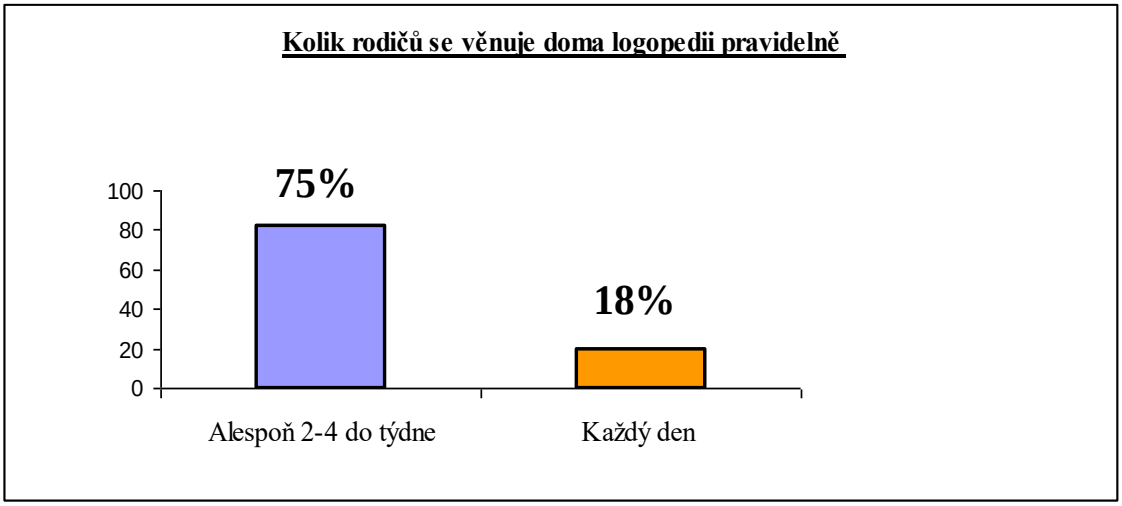
Hypotéza č. 3: Domácí přípravu na logopedickou terapii považuje minimálně 60 % rodičů za zásadní a věnuje se jí pravidelně a poctivě.

Grafy, které podporují tvrzení hypotézy č. 3, jsou uvedeny níže. Hypotéza byla podpořena, jelikož kladně se vyjádřilo v otázkách, které se týkali hypotézy, vždy minimálně 60 % rodičů. Všechny následující grafy ukazují, kolik rodičů ze 100 % respondentů odpovědělo kladně. První graf č. 28 znázorňuje, že poctivě se věnuje doma 82 % rodičů. Rodiče se vyjádřili kladně tedy, že se věnují a spíše se věnují poctivě logopedii doma.



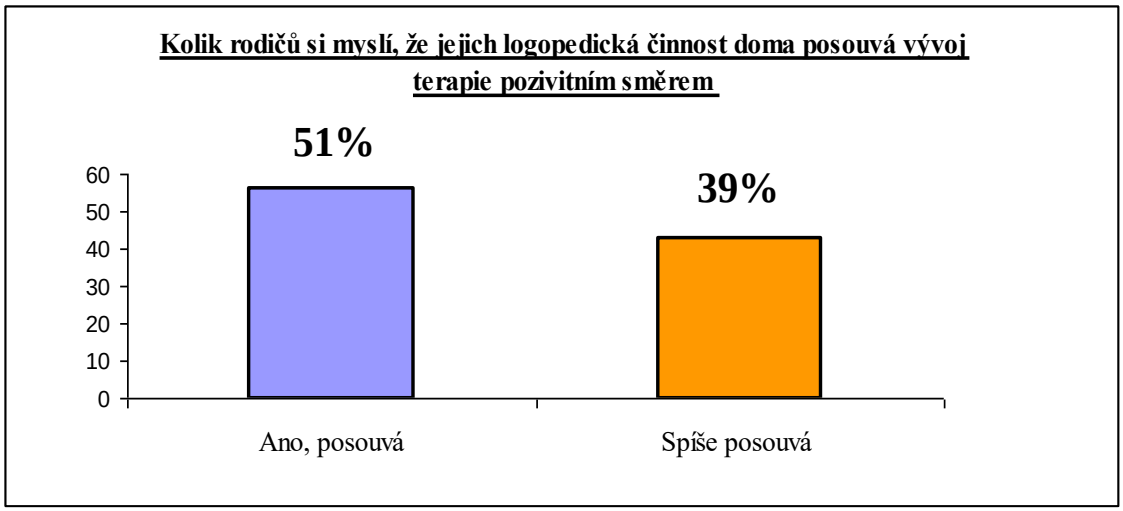
Graf 28: Kolik rodičů se věnuje logopedii doma poctivě

Další graf zobrazuje, jak pravidelně se věnují rodiče logopedické terapii. Zobrazuje jen rodiče, kteří se logopedii doma opravdu věnují v pravidelných intervalech během každého týdne. Z grafu č. 29 vyplývá, že 93 % rodičů se věnuje logopedické terapii doma v pravidelných intervalech během každého týdne. Avšak pouhých 18 % rodičů se věnuje logopedii opravdu každý den.



Graf 29: Kolik rodičů se věnuje doma logopedii pravidelně

Poslední graf č. 30 znázorňuje, kolik z rodičů si myslí, že to, co doma dělají v rámci logopedie, je pozitivní, posouvá to vývoj terapie u dítěte dále. Tedy můžeme usuzovat, že rodiče zřejmě považují logopedické postupy a zadání dělané doma za zásadní, jelikož to pozitivně ovlivňuje průběh terapie. Celých 90 % rodičů se přiklání ke kladnému hodnocení, tedy ano a spíše ano.



Graf 30: Kolik rodičů si myslí, že jejich logopedická činnost doma posouvá vývoj terapie pozitivním směrem

7 Závěr výzkumného šetření

Z výzkumného šetření vyplývají výsledky týkající se cílů a hypotéz, které byly zmíněny výše. Výzkumné šetření dotazníkového charakteru ukazuje, jaké jsou strategie spolupráce rodičů, které zaujímají v rámci terapie se svým dítětem s odchylkou artikulace, se kterým pravidelně dochází na pracoviště klinické logopedie. V rámci výzkumného šetření se ukázalo, že do ambulancí v rámci výzkumu docházelo více chlapců než dívek, což odpovídá teoretickým východiskům v dané problematice. Stejně tak věk dětí, které dochází do logopedických ambulancí, je nejčastěji v rozmezí šest až sedm let věku dítěte, což odpovídá předškolní přípravě a následnému přetrvávání narušené komunikační schopnosti až do školního období. Oblast nejčastěji odchylně artikulovaných hlásek potvrdila literaturou zmiňovaný fakt o vibrantách a sykavkách obou řad. Otázkou, která měla spíše informativní charakter a možná nemusela být ani zahrnuta do sběru dat, byla část otázky č. 3, která zjišťovala nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání u rodičů dětí.

Mezi nejčastější strategie spolupráce (přístup) rodičů k logopedické terapii patří následující. Z výzkumného šetření vyplývá, že rodiče vědí, jak mají s dítětem následně doma pracovat na základě informací, které jim logoped poskytuje v logopedické ambulanci při terapii. Menší část rodičů do terapie vnáší své vlastní materiály či pomůcky, kterými se snaží obohatit terapii v domácím prostředí a více motivovat své dítě při terapii.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina rodičů ví, že pouze práce logopeda v logopedické ambulanci nestačí. Přesto však vyplývá z výzkumného šetření, že pouhých 18 % respondentů zaujímá strategii, že se logopedii v domácím prostředí věnuje každý den. Myslím si, že toto číslo by mohlo být vyšší. Naopak v rámci sezení v logopedických ambulancích většina rodičů dochází pravidelně a své absence případně omlouvá, což je velmi důležitý fakt, který pozitivně ovlivňuje vzájemné vztahy mezi klinickým logopedem (terapeutem) a rodinou. Rodiče se ve většině také shodují, že materiální zabezpečení terapie je kvalitní a dostatečné. Vzájemnou spolupráci mezi rodinou a samotným terapeutem většina rodin hodnotí známkou 1 a 2, což je, dle mého

názoru dobrý výsledek. Frekvence návštěv v logopedických ambulancích je nejčastěji jednou za šest týdnů, tato frekvence by mohla být dle mého úsudku i kratší. Většina rodičů vnímá svou činnost doma jako zásadní, pozitivní a posouvající jejich dítě v terapii pozitivním směrem. Tento fakt je velice důležitý, pokud rodiče vnímají posun v terapii, tím mají motivaci a vidí smysl v práci, kterou doma vykonávají, bez čehož by samotná terapie nemusela být úspěšná. Většina rodin se také logopedii doma věnuje, podle jejich subjektivního názoru většinou poctivě. Pozitivní informace (strategie), která byla na základě výsledků dotazníkového šetření zjištěna, bylo zapojení více členů rodiny do logopedické terapie. Tento fakt je velmi důležitý a na dítě určitě pozitivně působí, když se celá rodina snaží pomoci s poruchou řečové komunikace a pokouší se vzájemně dojít k cíli správné artikulace.

Důležité je, že se u rodičů objevují názory, že logopedie je běžnou součástí jejich rodinného života. Někteří rodiče se samozřejmě vyjadřují záporně, tedy že je pro ně logopedie spíše stres či nevítaná povinnost. Mnoho rodičů také zmiňuje, že nemají na věnování se logopedii tolik času nebo že jejich dítě nemá žádnou motivaci a logopedická zadání ho otravují. Řada rodičů ale přikládá logopedické činnosti doma i pozitivní vlastnosti, jako že je to možnost individuálně pracovat s dítětem nebo jim to krátí čas během jízdy autem. Což je jeden ze znaků ukazující zařazení logopedie do pravidelného denního režimu rodiny, a to je tou nejúčelnější strategií v rámci spolupráce, které může rodič v rámci logopedické terapie dosáhnout.

8 Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina rodičů ví, jak s dítětem pracovat, i materiální zabezpečení terapie přijde většině rodičů dostačující. Rodiče si uvědomují, že práce logopeda nestačí, ale přesto se většina rodičů věnuje logopedii doma s dítětem pouze dvakrát až čtyřikrát do týdne. Což samozřejmě není zanedbatelná strategie, avšak nejlepší přístup by byl, pokud by se rodina s dítětem logopedii věnovala opravdu každý den. Pro terapii v domácím prostředí s dítětem stačí opravdu pár minut. Je samozřejmě pochopitelné, že v denním režimu a běhu dnešních rodin je často obtížné ušetřit i pár minut času.

Možná že v nepravidelném věnování se logopedii doma hraje roli i frekvence návštěv u logopeda, jelikož rodiny dochází do logopedických ambulancí nejčastěji jednou za šest týdnů. Možná právě dlouhá doba do dalšího terapeutického sezení nemotivuje rodiče do častější práce s dítětem, protože mají možná pocit, že je času dost. O tomto problému může vypovídat i další fakt, že osm respondentů uvedlo, že se logopedii věnují nejčastěji týden před návštěvou logopeda. Možnost častějších sezení u logopeda je však plně v možnostech logopedické ambulance a věřím, že kdyby byla možnost častějších sezení, tak je klinický logoped klientům zajisté nabídne.

Další možností, proč se rodiče logopedii doma nevěnují denně, je kromě nedostatku času, také možná nevědomost o tom, jak logopedii zapojit do denního režimu rodiny či motivovat své dítě. V rámci poslední otázky dotazníku, která byla otevřeného charakteru, se rodiče často zmiňovali o tom, jak zvládají plnění logopedických postupů. Odpovědi byly kladné i záporné. Jednou z možností, jak usnadnit tuto problematiku rodičům, je nejen důkladné vysvětlování postupů rodičům při terapii, ale třeba možnost přehledně a přitažlivě graficky zpracovaného prospektu, který by mohl být k dispozici v čekárnách před logopedickou ambulancí či přímo v ní u stolu pro rodiče. Náplní těchto prospektů by mohly být rady a tipy, jak co nejsnáze zařadit logopedii do života rodiny a jak ji učinit zábavnější tak, aby logopedie nepůsobila stres rodičům i dítěti, ale naopak aby logopedie přinášela podněty pro společné veselé činnosti v rodině.

Využít a provádět postupy, které nepotřebují velké materiální zabezpečení například během jízdy/chůze z mateřské školy či kroužků, zapojení logopedických postupů nenásilně do hry s dítětem s jeho oblíbenou hračkou, stolní hrou apod. Je spousta her a hraček, na které se děti do logopedické ambulance těší. Sepsaná doporučení a pravidla na základě zkušeností kvalifikovaného klinického logopeda by byla určitě možným přínosem a pro rodiče kvalitní nápovědou, do které mohou kdykoliv nahlédnout. Třeba by pak rodiče častěji zapojovali logopedii do denního režimu a u dítěte by se ještě hravější formou podporovalo vyvození správně artikulované hlásky.

Závěr

Diplomová práce na téma Vývojové odchylky artikulace na pracovišti klinické logopedie – strategie spolupráce rodiny a terapeuta je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se ve své první kapitole zabývá artikulací, fyziologickým vývojem u dítěte, který je velmi důležitý společně s následným rozdělením problematiky vývojových odchylek artikulace.

Druhá kapitola se věnuje problematice dyslalie jako nejčastější odchylce artikulace. Tedy její etiologii, symptomatologii a odchylné artikulaci u vybraných, nejčastěji odchylně artikulovaných hlásek.

Třetí kapitola se zabývá diagnostikou a terapií na pracovišti klinické logopedie společně s terapeutickými pomůckami a materiály. Začátek kapitoly se zaměřuje na charakteristiku pracovišť klinické logopedie. Čtvrtá a poslední kapitola teoretické části se týká spolupráce rodičů a terapeuta v rámci logopedické terapie. Tedy zdůrazňuje podíl rodičů na logopedické terapii společně s poukázáním na možnou ideální strategii spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem (terapeutem). V neposlední řadě se kapitola zaměřuje také na možná úskalí, pokud spolupráce mezi rodinou a klinickým logopedem nefunguje.

Praktická část, která je posledním oddílem diplomové práce, je zaměřena na kvantitativní výzkum, jenž využívá sběru dat pomocí dotazníkového šetření mezi rodiči dětí s vývojovou odchylkou artikulace, kteří docházejí pravidelně se svým dítětem na pracoviště klinické logopedie, tedy do soukromé logopedické ambulance. Cílem diplomové práce bylo zhodnotit, které nejčastější strategie spolupráce v rámci terapie zaujímají tito rodiče, kteří dochází pravidelně na terapie s dítětem s vývojovou odchylkou artikulace. V rámci výzkumu bylo dokázáno několik faktů, jež jsou podpořeny odbornou literaturou, jako je převaha chlapců v rámci této poruchy řečové komunikace a nejčastěji odchylně artikulované hlásky, mezi které patří vibranty a sykavky obou řad společně s hláskou L.

Praktická část diplomové práce a její výzkum ukazuje nejčastější strategie rodičů společně s možnými problémy, které ovlivňují vzájemnou spolupráci. Ukazuje se, že nejčastější strategií rodičů je omlouvat své případné absence v logopedické ambulanci či docházet na logopedii včas. Rodiče mají motivaci v rámci podpory terapie svou vlastní činností a věnují se logopedii z většiny poctivě a pravidelně. I když pravidelnost není na tak dobré úrovni, jak by se očekávalo.

Do logopedie se hlavně doma zapojuje více členů rodiny, ale nejvíce se zapojuje matka nebo oba rodiče dítěte. Velmi důležitým poznatkem je fakt, že většina rodičů ví, že není důležitá pouze práce logopeda, ale i jejich práce jak v ambulanci, tak hlavně v domácím prostředí individuálně s dítětem. Většina rodičů hodnotí spolupráci mezi nimi a terapeutem kladně, což jen umocňuje možnost pravidelného a poctivého zapojení rodičů do vzájemné spolupráce a zaujímání výše zmíněných pozitivních strategií v rámci terapeutického přístupu v týmu rodina, dítě a terapeut – klinický logoped.

Seznam použitých zdrojů

BALAŠOVÁ, Jana. 2003. *Kapitoly z logopedie*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského. 84 s. ISBN 80-86723-05-4.

BEZDĚKOVÁ, Jana. 2014. *Učíme naše dítě mluvit*. 2. upr. a dopl. vydání. Praha: Arista. 224 s. ISBN 978-80-87867-10-5.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. 2017. *Interdisciplinární přístup v rané logopedické intervenci*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 262 s. ISBN 978-80-210-8659-3.

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

DLOUHÁ, Olga. 2017. *Poruchy vývoje řeči*. 1. vydání. Praha: Galén. 254 s. ISBN 978-80-7492-314-2.

DOLEJŠÍ, Pavel. 2005. *Jak se naučit správně vyslovovat: populárně naučná příručka pro rodiče dětí s vadami výslovnosti: metodický návod, jak postupovat při výuce výslovnosti a při odstraňování vad výslovnosti*. 4. vydání. Humpolec: Pavel Dolejší. 101 s. ISBN 80-86480-66-6.

DVOŘÁK, Josef. 2007. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3. upr. a rozš. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 223 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

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

DVOŘÁK, Josef a Josef PAVLÍK. 2000. *Nácvik R a Ř*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 97 s. ISBN 80-902536-1-x.

GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Brno: Paido, Edice pedagogické literatury. 207 s. ISBN 8085931796.

GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela. 2011. Terapie dyslalie. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 167-201 s. ISBN 978-807367-901-9.

GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela. 2005. Terapie dyslalie. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 167–200 s. ISBN 80-7178-961-5.

HÁJKOVÁ, Eva. 2006. *Zvuková stránka češtiny: úvod do fonetiky a fonologie*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 36 s. ISBN 80-7372-145-7.

HEGDE, M. N. a Adriana PEÑA-BROOKS. 2006. *Treatment protocols for articulation and phonological disorders*. San Diego, CA: Plural Pub. 489 s. ISBN 978-1-59756-084-9.

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 265 s. ISBN 9788024713694.

JANOUŠEK, Jaromír. 2015. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. 1. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.

KAZDOVÁ, Vlastimila. 2014. *Výchova řeči předškoláka i doma?*. 1. vydání. Jihlava: V. Kazdová. 63 s. ISBN 978-80-260-5645-4.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 222 s. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. 1998. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vydání. Brno: Paido. 101 s. ISBN 80-85931-62-1.

KOLESOVÁ, Eva. 2016. *Jak pomoci svému dítěti s vadou řeči: praktické rady pro rodiče a jejich děti*. 1. vydání. V Praze: Pasparta. 84 s. ISBN 978-80-88163-03-9.

KRAHULCOVÁ, Beáta. 2007. *Dyslalie - patlavost*. 1. vydání. Praha: Beakra. 187 s. ISBN 9788090386303.

KUTÁLKOVÁ, Dana. 2011. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. 1. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3687-7.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vydání. Praha: Grada. 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284_9.

LECHTA, Viktor. 1990. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vydání. Bratislava: Slov. pedagog. nakl. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2008. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vydání. Praha: Portál. 108 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-504-2.

MIKULAJOVÁ, Marína a KAPALKOVÁ, Svetlana. 2005. Terapie narušeného vývoje řeči. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* 1. vydání. Praha: Portál. 33–79 s. ISBN 80-7178-961-5.

MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. 2013. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči - vstup do problematiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 119 s. ISBN 978-80-244-3721-7.

NÁDVORNÍKOVÁ, Viera. 2003. Diagnostika dyslalie. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* 1. vydání. Praha: Portál. 169–199 s. ISBN 80-7178-801-5.

NEUBAUER, Karel a VONDRÁČKOVÁ, Vladimíra. 2014. Vývoj artikulace a řečových schopností u dětí v počátku školní docházky, opomíjené a zásadní téma české logopedie. In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA, ed. *Komunikace a handicap II: sborník textů mezinárodní vědecké konference konané dne 19. 9. 2013, Hradec Králové*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 62–69 s. ISBN 978-80-7435-386-4.

NEUBAUER, Karel. 2014. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.

NEUBAUER, Karel. 2011. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. 63 s. ISBN 978-80-7311-118-2.

NOVOSAD, Libor. 2006. *Základy speciálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

OHNESORG, Karel. 1985. *Fonetika pro logopedy*. 3. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha. 92 s.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. 2009. *Logopedické poradenství: příklady a analýzy*. 1. vydání. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-2666-3.

PRŮCHA, Jan. 2011. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-3181-0.

RVACHEW, Susan a Françoise BROSSEAU-LAPRÉ. 2012. *Developmental phonological disorders: foundations of clinical practice*. San Diego: Plural Pub. 926 s. ISBN 978-1-59756-377-2.

SALOMONOVÁ, Anna. 2003. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 328–356 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, Eva. 2007. Mezioborová spolupráce. In ŠKODOVÁ, EVA a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2. vydání. Praha: Portál. 87–88 s. ISBN: 978-80-7367-340-6

VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. rozš. a přeprac. vydání. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie pro obor Speciální pedagogika předškolního věku*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 122 s. ISBN 978-80-7372-213-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2013. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 105 s. ISBN 978-80-244-3717-0.

VYGOTSKIJ, Lev Semenovič. 2017. *Psychologie myšlení a řeči*. 2. upr. vydání. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-262-1258-4.

VYŠTEJN, Jan. 1991. *Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření a prevence patlavosti*. 1. vydání. Praha: SPN, Obory speciální pedagogiky. 174 s ISBN 80-04-24504-8.

VYŠTEJN, Jan. 1986. *Vady výslovnosti: aktuální problémy speciální pedagogiky.* 1. vydání. Praha: SPN. Obory speciální pedagogiky. 119 s.

Elektronické zdroje

SYCHROVÁ, Pavla a Veronika GRIGLOVÁ. 2012. *Rodina dítěte s poruchou řeči: Postoj a podpora rodiny při terapii* [online]. [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-poruchami-reci/rodina-ditete-s-poruchou-reci.shtml

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví dětí
Graf 2: Věk dětí
Graf 3: Dosažený stupeň vzdělání u matek dětí
Graf 4: Dosažený stupeň vzdělání u otců dětí
Graf 5: Osoba vyplňující dotazník
Graf 6: Odchylná artikulace podle množství hlásek
Graf 7: Nejčastěji odchylně artikulované hlásky
Graf 8: Délka logopedické terapie
Graf 9: Častost návštěv logopedické ambulance
Graf 10: Plnění terapeutických zadání považujeme za nezbytnou součást terapie
Graf 11: Plnění zadání je pro nás moc náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma
Graf 12: Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda
Graf 13: Plnění terapeutických zadání považuji za nezbytnou součást terapie
Graf 14: Plnění zadání je pro nás náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma
Graf 15: Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda
Graf 16: Hodnocení spolupráce mezi rodinou a logopedem
Graf 17: Přístup rodičů k logopedické terapii
Graf 18: Jak pravidelně se rodiče doma logopedii věnují
Graf 19: Kolik rodičů podporuje logopedickou terapii vlastními materiály
Graf 20: Vědí rodiče jak s dítětem pracovat, podle informací od logopeda
Graf 21: Kdo se zapojuje do logopedické přípravy v domácím prostředí dítěte
Graf 22: Věnují se rodiče logopedii doma poctivě
Graf 23: Je pro rodiče variabilita a množství materiálů dostatečná
Graf 24: Názor rodičů na pozitivní posun v terapii na podkladě logopedických postupů konaných doma
Graf 25: Kolik rodičů vnáší do terapie něco navíc, nad rámec zadaných materiálů od klinického logopeda
Graf 26: Na koho rodina spoléhá v rámci logopedické terapie

Graf 27: Přítomnost rodičů v ambulanci
Graf 28: Kolik rodičů se věnuje logopedii doma poctivě
Graf 29: Kolik rodičů se věnuje doma logopedii pravidelně
Graf 30: Kolik rodičů si myslí, že jejich logopedická činnost doma posouvá vývoj terapie pozitivním směrem

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled materiálů a nápadů, kterými rodiče doplňují logopedickou terapii
Tabulka 2: Výhrady rodičů k informacím o terapii od klinického logopeda
Tabulka 3: Výhrady rodičů k materiálnímu zajištění pro logopedickou péči doma
Tabulka 4: Názory rodičů na to, jakou roli hraje logopedie v rodinném životě

Seznam příloh

Příloha A: Přehled percepčně-motorických vzorů hlásek

Příloha B: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha A: Přehled percepčně-motorických vzorů hlásek

(Salomonová, 2003, s. 336, 344)

Samohlásky

Samohlásky	Přední	Střední	Zadní	Čelistní úhel
vysoké	i, í		u, ú	nejmenší
střední	e, é		o, ó	střední
nízké		a, á		největší

Souhlásky

Podle způsobu tvoření		**Podle místa tvoření**														**Podle sluchového dojmu**
		retorelné		retozubné		dásňové: přední		dásňové: zadní		tvrdopatrové		měkkopatrové		hrtanové		
		N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	
závěrové	ústní	p	b			t	d			ť	ď	k	g			**výbuchové**
	nosní		m				n				ň					
polozávěrové						c										
úžinové	středové			f	v	s	z	š	ž		j	ch		h		třené
	bokové						l									
	kmitavé						ř									
podle tzv. hrdosti		tvrdé								měkké		tvrdé				
podle druhu artikulujícího orgánu		retné				jazyčné								hlasivkové		

N – souhláska neznělá, **Z** – souhláska **znělá**.

Příloha B: Dotazník vlastní konstrukce

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Půlpánová a jsem studenkou posledního ročníku navazujícího magisterského oboru Speciální pedagogika – logopedie na Univerzitě Hradec Králové. Je mi velkou ctí Vás poprosit o spolupráci a pomoc při získání dat do praktické části mé diplomové práce, která se týká spolupráce mezi rodinou (rodiči) a terapeutem (logopedem na pracovišti klinické logopedie).

Dotazník je anonymní, tudíž Vás prosím o pravdivé a upřímné údaje, které mi velmi pomohou objasnit situaci práce dvou nejdůležitějších složek logopedické terapie, tedy rodiny a logopeda.

Předem Vám děkuji za ochotu a pomoc.

Přeji hezký zbytek dne,
Bc. Lucie Půlpánová

DOTAZNÍK

Vaši odpověď prosím zakroužkujte, nebo vepište (dotazník je oboustranný)

1) Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?

A) Chlapec B) Dívka

2) Jaký je věk Vašeho dítěte? (prosím vepište)

_____

3) Jaký je stupeň dosaženého vzdělání matky a otce dítěte?

Matka	**Otec**
A) Nedokončené základní	A) Nedokončené základní
B) Základní	B) Základní
C) Středoškolské s výučním listem	C) Středoškolské s výučním listem
D) Středoškolské s maturitou	D) Středoškolské s maturitou
E) Vyšší odborné	E) Vyšší odborné
F) Vysokoškolské	F) Vysokoškolské

V jakém vztahu k dítěti je osoba vyplňující dotazník? _____

4) Proč docházíte s* Vaším *dítětem na logopedii?

Odchylná (nesprávná) výslovnost hlásky/hlásek? (prosím zakroužkujte)

A, E, I, O, U, P, B, M, N, L, R, Ř, C, S, Z, Č, Š, Ž, F, V, CH, H, J, K, G, T, Ť, D, Ď Ň

Prostor pro Váš komentář: _____

_____

5) Jak dlouho již docházíte do logopedické ambulance? (prosím vepište)

_____

6) Jak často navštěvujete logopedickou ambulanci?

A) Jednou za 7–14 dní

B) Jednou za 3–4 týdny

C) Jednou za 6 týdnů

D) Jednou za 2–3 měsíce

F) Jiná možnost _____ (prosím napište)

7) Za co považujete plnění terapeutických zadání doma, z hlediska efektivity logopedické terapie všeobecně? (prosím zakroužkujte vždy jednu z možností Ano – Ne)

- Nezbytnou součást terapie. Ano – Ne
- Plnění zadání je pro nás moc náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma. Ano – Ne
- Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda. Ano – Ne

8) Za co považujete plnění terapeutických zadání doma, z hlediska Vašeho vlastního zapojení do logopedické terapie? (prosím zakroužkujte vždy jednu z možností Ano – Ne)

- Nezbytnou součást terapie. Ano – Ne
- Plnění zadání je pro nás moc náročné, raději bychom uvítali častější návštěvy u logopeda než práci doma. Ano – Ne
- Za nejdůležitější považujeme pouze práci logopeda. Ano – Ne

9) Jak hodnotíte spolupráci mezi rodinou (Vámi) a logopedem? (ohodnoťte známkou, jako ve škole)

1 2 3 4 5

10) Které tvrzení nejvíce odpovídá Vašemu přístupu k logopedické terapii?

A) Chodíme, jak nám to vyjde, nepovažuji logopedii za tak zásadní.

B) Snažíme se chodit pravidelně, ale někdy na terapeutické sezení zapomeneme.

C) Je důležitá, vždy chodíme včas, když nemůžeme, tak se omluvíme.

11) Jak pravidelně se logopedii doma věnujete?

A) Nejčastěji týden před blížící se návštěvou u logopeda.

B) Alespoň 2–4x do týdne.

C) Logopedii se věnujeme opravdu každý den.

12) Jste kreativní? (Podporujete logopedickou činnost (přípravu) doma tím, že například přizpůsobujte, vyrábíte, kupujete, doplňujete něčím novým získané materiály a poznatky od logopeda)

A) Ano (Prosím vypište jak:_____)

B) Ne

13) Víte, jak s dítětem doma pracovat? (podle informací získaných od logopeda)

A) Ano vždy

B) Ano, s výhradami (prosím vypište:_____)

C) Ne

14) Kdo se zapojuje doma do logopedické přípravy? (prosím vypište)

_____

15) Podle Vašeho názoru, věnujete se logopedické přípravě doma poctivě?

A) Ano

B) Spíše ano

C) Spíše ne

D) Ne

16) Podle Vašeho názoru, jsou variabilita, množství materiálů a podnětů pro logopedickou přípravu (cvičení) doma dostatečné?

A) Ano

B) Ano, s výhradami (prosím vypište:_____)

C) Ne

17) Myslíte si, že Vaše logopedická příprava v domácím prostředí pozitivně posouvá vývoj terapie?

A) Ano

B) Spíše ano

C) Spíše ne

D) Ne

18) Jakou roli ve Vašem rodinném životě hraje logopedická terapie?

_____

_____

_____