

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUC

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Veronika Peštová

**VÝSKYT NEJČAJTĚJŠÍ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI
NA 1. STUPNI ZŠ A ZÁKLADNÍ ŠKOLY LOGOPEDICKÉ**

Olomouc 2016

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické“ vypracovala samostatně a pouze s využitím informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

Veronika Peštová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda vyjádřila upřímné poděkování paní Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za laskavé, vstřícné a trpělivé vedení, a také za cenné připomínky při zpracování diplomové práce, které přispěly k jejímu zkvalitnění, a za čas strávený nad odborným vedením.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Komunikace.....	8
1.1 Verbální a neverbální komunikace	8
1.2 Jazyk a řeč.....	9
2 Ontogeneze řeči	10
2.1 Principy vývoje řeči	10
2.2 Ontogeneze řeči dle Sováka.....	12
2.2.1 Přípravná stádia vývoje řeči	12
2.2.2 Období křiku	12
2.2.3 Období žvatlání	13
2.2.4 Období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči	13
2.2.5 Vývoj vlastní řeči	13
2.3 Ontogeneze řeči dle Lechty	14
2.4 Jazykové roviny v ontogenezi řeči.....	16
3 Narušená komunikační schopnost	18
3.1 Vývojová nemluvnost	20
3.1.1 Vývojová dysfázie.....	21
3.2 Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus)	27
3.2.1 Mutismus (oněmění)	27
3.2.2 Elektivní mutismus.....	29
3.2.3 Surdomutismus.....	33
3.3 Narušení zvuku řeči (rinolálie, palatolálie).....	34
3.3.1 Huhňavost (rinolálie).....	34
3.3.2 Palatolálie	38
3.4 Narušení plynulosti řeči (balbuties, tumulus sermonis).....	44
3.4.1 Koktavost	44
3.4.2 Breptavost.....	49
3.5 Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)	55
3.5.1 Dyslalie (patlavost)	55
3.5.2 Dysartrie	61
3.6 Narušení grafické stránky řeči	66
3.7 Symptomatické poruchy řeči	74

3.8 Poruchy hlasu.....	79
3.8.1 Dysfonie	82
3.9 Kombinované vady a poruchy řeči	83
II PRAKTICKÁ ČÁST	86
4 Uvedení do problematiky	87
5 Použitá metodologie	88
6 Cíl práce, stanovení věcných hypotéz a výzkumných otázek	89
6.1 Dílčí cíle a otázky výzkumu	89
6.2 Výzkumné hypotézy	89
7 Fáze šetření	90
8 Charakteristika místa šetření	90
9 Charakteristika výzkumného souboru	91
10 Analýza a interpretace výsledků výzkumu	91
Závěr	117
Publikace	119
Seznam zkratk.....	128
Seznam obrázků.....	129
Seznam tabulek.....	130
Seznam grafů	131
Seznam příloh.....	133
Anotace.....	137

ÚVOD

Toto téma jsme zvolili z důvodu stále častějšího výskytu narušené komunikační schopnosti, a to zejména v dětském věku. V diplomové práci se budeme zabývat výskytem narušené komunikační schopnosti na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické. Práci budeme strukturovat do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. Na začátku teoretické části stručně vymezíme komunikaci a ontogenezi řeči, které spadají pod dané téma. V první kapitole se zaměříme na komunikaci verbální a neverbální. V další kapitole rozpracujeme ontogenezi řeči podle Sováka a Lechty, která do této kapitoly neodmyslitelně patří. V následujících kapitolách se budeme vzhledem k zaměřenosti tématu podrobněji věnovat jednotlivým typům narušené komunikační schopnosti (dále NKS), které jsou spojovány s naší cílovou skupinou. Budeme se snažit vymezit postoj různých autorů k jednotlivým typům NKS. Pozornost budeme věnovat zejména vývojové nemluvnosti, získané neurotické nemluvnosti, narušení zvuku řeči, narušení plynulosti řeči, narušení článkování řeči, narušení grafické stránky řeči, symptomatickým poruchám řeči, poruchám hlasu a kombinovaným vadám. Jednotlivé typy NKS rozpracujeme na dílčí řečové poruchy. U řečových poruch se zaměříme na terminologii, etiologii, klasifikaci, symptomatologii, diagnostiku a terapii.

V praktické části diplomové práce se zaměříme na zjištění výskytu nejčastější NKS na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické. Výzkumné šetření bude prováděno formou kvantitativního výzkumu. K realizaci výzkumného šetření bude využit dotazník vlastní konstrukce. Zvolená oblast pro sběr dat bude Královéhradecký kraj. Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti vyskytující se na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické. Výsledkem výzkumného šetření bude shrnutí získaných dat, jejich analýza a grafický záznam.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace

Pojem komunikace nemá v literatuře jednotnou definici. Termín komunikace je používán v mnoha vědních disciplínách. Devito (2001, s. 18) uvádí, že v dřívějších teoriích se na „komunikaci pohlíželo jako na něco, co jde jednosměrně přímou cestou od mluvčího k posluchači.“ Klenková (2006) tvrdí, že komunikace ovlivňuje rozvoj osobnosti, a je důležitá v mezilidských vztazích. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) nahlížejí na komunikaci jako na proces efektivní výměny informací prostřednictvím určitého signálního systému znaků, který probíhá během interakce komunikačních partnerů. Dle Plamínka (2008, s. 38) „Komunikace mezi lidmi je proces jen zdánlivě jednoduchý. Ve skutečnosti je natolik složitý, že je pro jeho pochopení účelné vytvářet různé zjednodušující modely, jež umožňují vysvětlit vždy část aspektů provázejících komunikaci a jejich úspěchy i nejrůznější poruchy.“ Lejska (2003) uvádí, že komunikace slouží k přenosu informací pomocí specifických kanálů, a to kanálu optického, akustického, pachového atd. Komunikace představuje složitý proces výměny informací. Pravdivé však je tvrzení Pipekové (2010), že bez komunikace by neexistovala žádná společnost, a natož aby se vyvíjela.

Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012, s. 20) tvrdí, že „člověk informace ze svého okolí nejen přijímá a reaguje na ně, ale také je sám do okolí vysílá a na svá sdělení vždy očekává odezvy, ať už pozitivní nebo negativní.“ V komunikačním procesu jsou zapojeny tři složky, a to složka receptivní (vnímající, zprostředkovaná sluchovým a zrakovým analyzátozem), centrální (zodpovědná za zpracování informací) a expresivní (vysílací). Komunikační interakce je jedna ze základních biologických potřeb člověka. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012) uvádějí, že v případě narušení konkrétní komunikační složky, je potřeba vyhledat odbornou péči, protože se jedinec nemůže bez příslušné odborné péče adekvátně rozvíjet.

1.1 Verbální a neverbální komunikace

Při komunikaci využíváme dva signalizační systémy a to je komunikace verbální (slovní) a neverbální (neslovní). Problematické však je tyto komunikační systémy rozčlenit. Vybíral (2000) vysvětluje verbální komunikaci jako dorozumívání jedné, dvou nebo více osob pomocí slov. Do verbální komunikace spadají všechny komunikační procesy realizované za pomoci mluvené nebo psané řeči. Dvořák (1998) vysvětluje verbální komunikaci jako dorozumívání se pomocí artikulovaných, tištěných a plastických slov.

Dle Klenkové (2006) neverbální komunikace zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Vybíral (2000) definuje u neverbální komunikace vše, co signalizujeme beze slov. Neverbální komunikace může také sloužit jako doprovod komunikace slovní. Patří sem gesta, pohyby hlavou a další pohyby těla, postoje těla, mimika, pohledy očí, tělesný kontakt, tón hlasu a další. Klenková (2006) se domnívá, že neverbální komunikace se využívá více při vyjadřování emocí, vůle a postojů. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012) tvrdí, že neverbální komunikace se využívá jen na doplnění nebo jako dočasná náhrada komunikace verbální. V komunikaci však zaujímá dominantní postavení verbální komunikace.

1.2 Jazyk a řeč

Pipeková (2011) definuje jazyk jako soustavu zvukových a dorozumívacích prostředků znakové povahy. Peutelschmiedová (2005) vymezuje jazyk jako souhrn sdělovacích a dorozumívacích prostředků určité skupiny lidí. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012, s. 22) uvádějí ve své publikaci, že *„jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové podoby“*. Dále autorky (2012, s. 22) tvrdí, že se *„jedná o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách“*.

Sovák (1973) definuje řeč jako lidskou vlastnost, která slouží ke sdělování pocitů, přání a myšlenek. Řeč je také schopnost, která nám není vrozená, ale máme k ní určité dispozice, které se rozvíjejí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Klenková (2006, s. 27) uvádí: *„jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským“*.

2 Ontogeneze řeči

Ontogeneze řeči je nezastupitelnou součástí celkového vývoje dítěte. Podle Kerekrétiové (2009) lze vývoj řeči vystihnout jako přirozený proces osvojování si porozumění, vyjadřování a používání komunikačních schopností jako komplexního systému znaků a symbolů ve všech jeho formách v rámci ontogeneze řeči. Rozvoj komunikační schopnosti je nejnápadnější v prvních třech letech života dítěte. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) vymezují ontogenezi jako individuální vývoj živočišného nebo rostlinného druhu od zárodku k zániku.

2.1 Principy vývoje řeči

Během vývoje řeči dítě prochází jednotlivými fázemi. Při tomto vývoji řeči může docházet k opoždění vývojových mezníků vzhledem k chronologickému věku. Vývoj vždy zachovává předvídatelnou posloupnost. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012, s. 26) uvádějí, že „*děti s intaktním vývojem řeči dosahují jednotlivých vývojových mezníků přibližně ve stejném věkovém období*“. Samozřejmě ve vývoji řeči mohou být přítomny individuální rozdíly. Může se jednat o mírné odchylky v čase, tyto odchylky jsou přirozeným jevem. Velmi důležitý je vliv vývojové zralosti. Škodová, Jedlička (2003) vymezují nezbytné podmínky ke správnému vývoji řeči, který má být nepoškozená centrální nervová soustava, normální intelekt, normální sluch, vrozená míra nadání pro jazyk, adekvátní sociální prostředí.

Jednotlivé etapy vývoje řeči člení různí odborníci odlišně. Pravdou je, že všichni odborníci shodně dělí vývoj řeči dle základního Kussmaulova rozdělení, který rozděluje vývoj dětské řeči na přípravné stádium (předřečové období) a stádium vlastního vývoje řeči. Kdy přípravné období probíhá přibližně do prvního roku života dítěte a vlastní vývoj řeči nastupuje kolem prvního roku života dítěte. Období nejsou nikdy přesně časově ohraničená, spíše přechází jedno plynule do druhého, někdy může dojít i k tomu, že se krátce i časově překrývají. Peutelschmiedová (2001) ve své publikaci uvádí, že ve vývoji dětské řeči neexistují žádné striktní normy. K počátkům dorozumivacího procesu můžeme zahrnout mimické i gestikulační reakce dítěte. Dítě nezačíná mluvit, protože mu to činí radost, ale protože se potřebuje dorozumívat se svým okolím. Sovák (1973) uvádí, že dítě začíná mluvit kolem 1. roku života. Dle Klenkové (2006) je vývoj řeči ovlivňován vývojem senzomotorického vnímání, motorikou, myšlením, ale také socializací. Nutné je vždy přistupovat k hodnocení vývoje řeči u každého dítěte individuálně. Podle Lechty (1985) může u dětí docházet k obdobím akcelerace nebo retardace ve vývoji, to však neznamená, že by mohla být některá stádia vynechána. Sovák (1973) řadí před období, než dítě začne mluvit,

celou řadu přípravných období, která začínají hned po narození dítěte. Tato období nejsou časově přesně oddělena. Navzájem se prostupují a probíhají i současně vedle sebe. Předběžná stádia vývoje řeči:

1. období křiku
2. období žvatlání
3. období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči, navazující stádia:
 - a) stádium emociálně-volní
 - b) stádium asociačně-reprodukční
 - c) stádium logických pojmů
 - d) intelektualizace řeči

Lechta (2011) rozdělil vývoj řeči na vývojové fáze:

1. období pragmatizace - přibližně do jednoho roku života
2. období sémantizace - 1. - 2. rok života
3. období lexemizace - 2. - 3. rok života
4. období gramatizace - 3. - 4. rok života
5. období intelektualizace - po 5. roce života

Období vystihují procesy, které v tomto období probíhají.

Příhoda (1963) vývoj řeči řadí do 11 stádií

1. výrazové stádium interjekční
2. intonační drezura
3. počátky jazykové recepce
4. stádium onomatopoické
5. stádium komplexních výrazů
6. izolační typ řeči
7. rozšíření izolační věty
8. flektivní typ řeči
9. počátek srozumitelné výslovnosti s jasnou artikulací

10. zdokonalování tvaroslovné a syntaktické
11. správné vytváření podřadného souvětí

2.2 Ontogeneze řeči dle Sováka

2.2.1 Přípravná stádia vývoje řeči

Přípravná stádia vývoje řeči probíhají v průběhu prvního roku života dítěte. Považuje se za období tzv. nezáměrné komunikace. Toto období charakterizuje vzájemné působení a stimulace, během kterého se vytváří vazby a vztahy mezi dítětem a jedinci v okolí dítěte. Dle Klenkové, Bočkové, Bytešnickové (2012) je pro toto období charakteristické, že si dítě osvojuje dovednosti a návyky jako je například sání, polykání a žvýkání, které jsou později důležité pro rozvoj řeči.

Přípravná stádia vývoje řeči:

- první hlasová reakce – křik,
- pudové žvatláni,
- napodobovací žvatláni,
- stádium porozumění řeči.

2.2.2 Období křiku

Období křiku trvá přibližně do jednoho roku věku dítěte. Prvním hlasovým projevem je novorozenecký křik. Lejska (2003) tvrdí, že většina novorozenců má stejný nebo hodně podobný křik. Pačesová (1987) vysvětluje, že křik slouží jako průprava pro budoucí užívání hlasu při řeči. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí ve své publikaci, že toto období zahrnuje první řečové projevy dítěte po narození a postupem času se zvuky stávají melodičtější. Dále vysvětlují, že první novorozenecký křik je reakcí na změnu prostředí a teploty. Zpočátku je křik krátký a jednotvárný. Asi od šestého týdne se charakter křiku mění a křik dostává citové zabarvení.

Nejprve dítě vyjadřuje nespokojenost a nelibé pocity tvrdým hlasovým začátkem, poté nastupuje měkký hlasový začátek. Tyto projevy nazýváme broukání. Později se spojuje s líbivými pocity. Dle Peutelsmiedové (2001) se v tomto období začíná upevňovat zpětná sluchová vazba a motoricko-akustický spoj. Dítě má radost ze svých hlasových projevů.

2.2.3 Období žvatlání

Sovák (1973) uvádí, že začátky žvatlání se prolínají s obdobím křiku. Nejprve mluvíme o pudovém žvatlání. Dítě mluvidly vytváří sací pohyby a zároveň vytváří hlas. Tyto žvatlavé zvuky se také vyskytují u dětí slyšících, i u osob se sluchovým postižením. Jsou označovány za tzv. prahlásky. Zatím ještě nejde o hlásky mateřského jazyka, jsou to pouze tzv. *dětské zvůčky*. Pudové žvatlání je tedy jakási hra s mluvidly. Dle Klenkové (2006) přibližně mezi šestým a sedmým měsícem začíná žvatlání napodobovací. Zapojuje se i sluchový a zrakový smysl. Klenková (2006, s. 35) uvádí, že „*dítě připodobňuje své vlastní zvuky, které při žvatlání produkuje, hláskám svého mateřského jazyka*“. Dítě si začíná všimnout pohybů mluvidel nejbližších osob a začíná okolní zvuky imitovat. Potom se objevuje napodobování slabik, z počátku dítě opakuje slabiky vizuálně přístupné. Dále Klenková (2006, s. 36) uvádí, že „*v tomto období dítě využívá modulační faktory řeči, své pocity a přání vyjadřuje napodobováním melodie, výšky, síly, rytmu řeči*“.

2.2.4 Období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči

Období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči se prolínají s obdobím předcházejícím. Podle Škodové, Jedličky (2003) toto období začíná mezi osmým a devátým měsícem. Dítě zatím nemluví, nechápe obsah slov, ale začíná reagovat na řeč svého okolí. Sovák (1973) tvrdí, že dítě reaguje pohybem, reakce na zvuky řeči jsou modulované přízvukem, melodií a rytmem. V tomto období má význam gestikulace a mimika mluvící osoby.

2.2.5 Vývoj vlastní řeči

Období vlastního vývoje řeči začíná kolem prvního roku dítěte. Období nepostupuje rovnoměrně. Začínají vznikat 1. samostatná slova. Pro toho období jsou charakteristická čtyři na sebe navazující stádia.

stádium emociálně-volní

Dítě začíná vyjadřovat své přání, city a prosby. Hlavními projevy jsou jednoslovné věty, jde o slova, která mají komplexní význam věty. Vznikají opakováním slabik a jsou neskloňná. Nejprve dítě začíná užívat podstatná jména, později slovesa. Před usínáním stále přetrvává žvatlání. Stále dítě využívá dorozumívání na předverbálně - neverbální úrovni. Klenková (2006) uvádí, že mezi rokem a půl až dvěma roky dítě začíná napodobovat dospělého, také si samo začíná opakovat slova.

stádium asociačně-reprodukční

Podle Sováka (1973) nabývají prvotní slůvka funkce pojmenovací. Řeč je stále na prvosignální úrovni a zůstává spojování výrazů s konkrétními jevy. Sovák (1973) uvádí, že dítě spojuje i jednotlivé výrazy navzájem. Dochází k vytváření mluvních celků. Dle Klenkové (2006) dochází k prudkému rozvoji komunikační řeči mezi druhým a třetím rokem.

stádium logických pojmů

Stádium logických pojmů začíná okolo třetího roku života dítěte. V tomto období nastávají podstatné kvalitativní změny. Stádium logických pojmů je pořád úzce spjato s konkrétními jevy. Pomocí abstrakce dochází k zevšeobecňování a pojmy se stávají všeobecným označením. Dochází k přechodu mezi prvním a druhým signálním obdobím. Při myšlenkových operacích dochází k obtížím v řeči – opakování hlásek, slabik, slov, zarážky v řeči. Klenková (2006) tvrdí, že dítě s dostatečnou přesností vyjadřuje své myšlenky obsahově i formálně na přelomu třetího a čtvrtého roku. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí, že v tomto období je rozvinuta slovní zásoba okolo jednoho tisíce slov.

intelektualizace řeči

Období intelektualizace řeči začíná od čtvrtého roku života dítěte. Dle Klenkové (2006) v tomto období dochází k osvojování nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov a gramatických forem a rozšiřování slovní zásoby. Nerovnoměrně roste slovní zásoba. Nových slov se dítě zmocňuje dychtivě. Dítě neustále projevuje snahu po mluveném vyjadřování. Začínají se objevovat četné dětské otázky, které jsou výrazem zvědavosti i radosti. V počátcích dětské řeči nebývá ještě ustálena výslovnost, dítě se zatím učí přesně vyslovovat. Vývoj řeči neprobíhá u všech dětí stejně. Sovák (1973) ve své publikaci tvrdí, že u dětí bývají značné individuální rozdíly ve vývoji řeči, a proto nemůže platit jednotné schéma.

2.3 Ontogeneze řeči dle Lechty

Z hlediska ontogeneze řeči je nutné uvést následující klasifikaci podle Lechty, který ontogeneze řeči klasifikuje dle orientační úrovně řečového vývoje:

1. Předřečové neverbální období

Předřečové neverbální období trvá do prvního roku věku dítěte. Neverbální a neřečové zvukové projevy jsou zpočátku zastoupeny křikem. Křik je nejprve nediferencovaný, později

emocionalizovaný a nakonec se stává komunikačním. V tomto období se také připojuje aktivní naslouchání u dítěte. Dítě produkuje broukání, pudové a napodobivé žvatlání. Dítě také komunikuje s hračkami a lidmi a na různé hlasy reaguje diferencovaně. Dítě začíná experimentovat s mluvidly, později experimentuje se zvukem. Nakonec dítě začne na řeč reagovat pohybovou aktivitou, gesty, ukazováním, až se postupně dostává ke stadiu vyslovení prvního slova.

2. Období pragmatizace

Období pragmatizace se vyskytuje mezi prvním a druhým rokem života dítěte. Dítě začíná používat první slova. Začíná si osvojovat grafomotoriku ve formě čmárání. Dále přechází od gramaticky ne zcela správných jednoslovných vět k otázkám a větám dvouslovným. V tomto období dítě ještě při artikulaci často vynechává poslední slabiky ve slovech a to zejména ve slovech delších.

3. Období sémantizace

Období sémantizace se objevuje mezi druhým a třetím rokem života dítěte. Dítě svou řeč začíná intelektualizovat. V tomto období už dítě používá své jméno. Začíná klást stále více otázek a tvoří delší souvětí.

4. Období lexemizace

Období lexemizace trvá od třetího do čtvrtého roku života. Slovní zásobu stále rozšiřuje (kolem 1000 slov). Dítě umí tvořit nadřazené a podřazené významy slov. Také v tomto období dítě používá otázky. Toto období je charakteristické tím, že dítě prochází obdobím tzv. fyziologických obtíží v řeči. Dítě začíná tvořit opozitní významové tvary slov. U dítěte se stále zlepšuje výslovnost a je schopno tvořit podřadná souvětí.

5. Období gramatizace

Období gramatizace se objevuje mezi čtvrtým a pátým rokem věku dítěte. Dochází k ukončení základního vývoje gramatického chápání. Ustaluje se preference ruky při manipulačních aktivitách. Artikulace v tomto období je už dobrá a slovní zásoba se dvakrát zvětší.

6. Období intelektualizace

Období intelektualizace trvá od pátého do šestého roku věku dítěte. U dítěte se zlepšuje vyprávění.

2.4 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Dle Klenkové (2006) se jazykové roviny prolínají a jejich vývoj probíhá v jednotlivých časových úsecích současně.

Morfologicko- syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktickou rovinu lze zkoumat až okolo prvního roku, kdy začíná vlastní vývoj řeči. První slova plní funkci vět. Tato první slova začínají opakováním slabik (např. tata, mama) a jsou neohebná, neskloňují se ani nečasují. Podstatná jména se většinou vyskytují v 1. pádě a slovesa v infinitivu popř. v rozkazovacím způsobu nebo ve 3. osobě. Toto období izolovaných projevů trvá do jednoho a půl roku až dvou let. Potom vznikají dvouslovné věty. Nejprve děti začínají používat podstatná jména pak slovesa, mezitím se objevují onomatopoická citoslovce (zvukomalebná, citově zbarvená, např. bum, bác). Přídavná jména začínají používat stále více mezi druhým a třetím rokem. Číslovky, předložky a spojky děti začínají používat nejpozději. Po čtvrtém roce by měly užívat všechny slovní druhy. Okolo druhého a třetího roku dítě začíná skloňovat a po třetím roce užívá jednotné i množné číslo. Na první místo ve slovosledu děti kladou vždy věci, které pro ně mají emociální význam. Souvětí začínají tvořit okolo třetího a čtvrtého roku. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí, že dítě si postupně osvojuje gramatiku svého mateřského jazyka tak, že napodobuje svůj mluvní vzor. Do čtvrtého roku se mohou vyskytovat u dětí tzv. fyziologické dysgramatizmy a po čtvrtém roce by se neměly v běžné konverzaci objevovat nápadné odchylky. Klenková (2006) tvrdí, pokud dysgramatizmy přetrvávají, může se jednat o narušený vývoj řeči.

Lexikálně- sémantická rovina

Klenková (2006) uvádí, že lexikálně-sémantická rovina se zabývá slovní zásobou, jak pasivní, tak i aktivní a zároveň jejím vývojem. Pasivní slovní zásoba, kdy dítě začíná rozumět řeči, se rozvíjí okolo desátého měsíce. V jednom roce dítě začíná používat první slova. Stále přetrvává dorozumívání na úrovni pohledů, mimiky, pohybů a pláče. Do vývoje řeči dítěte se promítá první období otázek (např. „Co je to?“) a druhé období otázek (např. „Proč?“ nebo

„Kdy?“). Okolo jednoho roku by dítě mělo umět 5-7 slov, dvouleté dítě by mělo znát přibližně 200 slov, tříleté dítě 1000 slov, čtyřleté dítě 1500 slov a před nástupem do školy v šesti letech je slovní zásoba okolo 2500-3000 slov.

Foneticko-fonologická rovina

Podle Klenkové (2006) je výzkum fonetické-fonologické roviny zahájen brzy po narození. Tyto výzkumy jsou zaměřeny hlavně na křik a žvatlání. V této rovině je důležitý přechod z pudového žvatlání na žvatlání napodobovací. Klenková (2006, s. 39) uvádí, že *„zvuky, které dítě produkuje před tímto obdobím, se nepokládají za hlásky mateřského jazyka.“* Lechta (1990) tvrdí, že děti tvoří hlásky podle tzv. pravidla nejmenší námahy a později hlásky náročnější. Dle Klenkové (2006) děti tvoří nejprve souhlásky a potom samohlásky, a to jsou hlásky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Vývoj řeči začíná brzy po narození a ukončen může být okolo pátého roku, ale i později. Vývoj může být ovlivněn řadou příčin: obratnost mluvních orgánů, vyzrálost fonematického sluchu, společenské faktory, jako je výchovné prostředí dítěte, mluvní vzor a stimuly řečové a psychické. Dalším faktorem může být i úroveň intelektu. Podle dnešního trendu by mělo mít dítě ukončený vývoj výslovnosti do pěti let.

Pragmatická rovina

Podle Lechty (1990) pragmatická rovina představuje rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace. Roli komunikačního partnera dítě dokáže pochopit ve dvou až třech letech. Snaha komunikovat a navazovat krátký rozhovor s dospělým ve svém okolí zvládá dítě po třetím roce a ve čtyřech letech komunikuje stále častěji.

3 Narušená komunikační schopnost

Narušení komunikační schopnosti (dále jen NKS) nejlépe vystihuje definice Lechty (1990, s. 19) který uvádí, že „*komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složky*“. Lechta (2001) také uvádí, že NKS se týká verbální, neverbální, mluvené i grafické formy komunikace. Z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena složka expresivní i receptivní. NKS může být z hlediska časového trvalá (např. při těžším orgánovém postižení) nebo přechodná (např. při většině dyslalií). Podle stupně je NKS úplná (např. totální afázie) nebo částečná (parciální), ale také se může projevit jako vrozená vada řeči nebo získaná porucha řeči. NKS může vzniknout na základě orgánové nebo funkční příčiny. Kerekrétiová (2009) uvádí, pokud dítě má narušenou schopnost porozumět mluvené řeči, jedná se o narušený vývoj řeči. Lechta (1990) chápe narušený vývoj řeči, jako zastřešující pojem pro všechny druhy a typy NKS a to v oblasti retardovaného nebo odchýlného vývoje řeči. Bendová (2011) uvádí, že NKS u některých dětí školního věku můžeme pozorovat na úrovni jednotlivých jazykových rovin nebo z hlediska formy komunikace.

Samotné definování NKS je nesnadné, ale více komplikovanější je vymezit hranici, kdy se jedná o normu a kdy můžeme hovořit o narušení. Při hodnocení osoby musíme zvažovat, v jakém jazykovém prostředí vyrůstá, ale také jaké má osoba vzdělání. Za NKS u dětí nepokládáme fyziologickou nemluvnost, fyziologické dysgramatismy, nesprávnou výslovnost, vynechávání hlásek nebo záměnu hlásek při výslovnosti. Je potřeba vyhledat odborníka, který posoudí, zda se jedná o jev fyziologický, například na základě neobratnosti mluvních orgánů, nevyzrállosti nervové soustavy atd. (Klenková, 2006).

Etiologie narušené komunikační schopnosti

Příčinou poruch vývoje řeči může být nepodmětné a nestimulující prostředí. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012) uvádějí, že NKS může být způsobena vývojovými odchylkami, poškozením centrální nervové soustavy v období prenatalním, perinatálním i postnatálním, ale i v průběhu života dalšího od dětství až do stáří.

Příčiny můžeme dělit z hlediska lokalizačního a časového. Z hlediska časového mohou být příčiny prenatalní, perinatální a postnatální. Z hlediska lokalizačního jsou nejčastější

příčiny genová mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, poškození centrální části a poškození efektorů (Klenková, 2006).

Narušenou komunikační schopnost můžeme klasifikovat z různých hledisek. Klenková, Bočková, Bytešnicková (2012) uvádějí že,

- narušení může být hlavním projevem nebo může být symptomem jiného postižení, potom se jedná o symptomatickou poruchu řeči,
- narušení může vzniknout na podkladě orgánové nebo funkční příčiny,
- NKS se podle stupně dělí na úplnou (totální) nebo částečnou (parciální),
- může se projevovat ve sféře symbolických a nesymbolických procesů,
- člověk s narušenou komunikační schopností si může své narušení uvědomovat, ale také nemusí.

Od 90. let minulého století je užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomů, které jsou pro dané narušení nejtypičtější. Autor této klasifikace je Lechta (1990), který dělí narušenou komunikační schopnost na 10 základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení plynulosti řeči (tumulus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

V následujících kapitolách se budeme vzhledem zaměřenosti tématu podrobněji věnovat jednoduším typům NKS, které jsou spojovány s naší cílovou skupinou. Budeme se snažit vymezit postoj různých autorů k jednotlivým typům narušené komunikační schopnosti.

3.1 Vývojová nemluvnost

Vývojová nemluvnost zahrnuje především narušený vývoj řeči. Toto narušení může mít jak časový, tak kvantitativní rozměr. Lechta (1990, s. 94) uvádí tři druhy vývojové nemluvnosti podle věku dítěte. Jedná se o tyto druhy vývojové nemluvnosti: „*fyziologická nemluvnost, prodloužená fyziologická nemluvnost a vývojová nemluvnost* „.

O fyziologické nemluvnosti se hovoří tehdy, když dítě prochází přípravným obdobím. Vlastní vývoj řeči začíná asi okolo prvního roku života dítěte. Pokud dítě nezačne mluvit do třetího roku života, nemusí se jednat o narušený vývoj řeči, ale o prodlouženou fyziologickou nemluvnost. Pokud vyloučíme postižení sluchu, intelektu, motoriky a řečových orgánů, je-li dítě přiměřeně stimulováno prostředím, reaguje na podněty z prostředí, může se jednat o opožděný vývoj řeči, který ještě dosáhne obecně uznávané normy, avšak s jistým zpožděním. U vývojové nemluvnosti obvykle nejde o úplnou nebo totální němotu. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že vývoj řeči může být opožděný, omezený, přerušovaný, scestný a předčasný.

Opožděný vývoj řeči

Opožděný vývoj řeči je určitý časový odklad nástupu jednotlivých etap. Vývoj dosáhne uznávané normy, ale s určitým časovým posunem. U dětí se zrakovým postižením může docházet k mírnému opoždění řeči z důvodu absence vizuální opory u artikulace hlásek. Opožděný vývoj můžeme zaznamenat i u dětí s mentální retardací.

Omezený vývoj řeči

Omezený vývoj je spojován s poruchami sluchu, intelektu a autismu. U jedinců s těžším mentálním postižením a hlubokým mentálním postižením bývají narušeny všechny jazykové roviny.

Přerušovaný vývoj řeči

Přerušovaný vývoj řeči se vyskytuje u malých dětí vytržených z jeho přirozeného rodinného prostředí. Přerušovaný vývoj řeči vzniká po úrazech, nádorových onemocněních mozku, duševních onemocněních, těžkých psychických traumatech. Škodová, Jedlička (2003)

uvádějí, že se jedná o opožděný vývoj řeči, u kterého lze dosáhnout normy s příznivými podmínkami.

Scestný (odchylný) vývoj řeči

Scestný vývoj řeči se vyznačuje odchylkou od normy jen v některé z rovin řečového vývoje. Škodová, Jedlička (2003) se domnívají, že se to týká především vadné artikulace, která je způsobena vývojovými orgánovými anomáliemi.

3.1.1 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie je NKS, kterou řadíme do vývojových poruch. Odborná terminologie v této problematice je nejednotná, protože odborníci na ni pohlíží z různých oblastí vědy. Termín vývojová dysfázie je poměrně nový. V dřívějších pracích autoři např. Hála a Sovák hovoří o alálii. Později Sovák (1978) doporučuje upustit od termínu alálie za vhodnější termín považuje dysfázii. Dvořák (1999, s. 53) definuje vývojovou dysfázii jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“. Dvořák (1999) také považuje vývojovou dysfázii za systémovou poruchu vývoje řeči, která zasahuje v různém stupni a širokém spektru senzorickou, centrální i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. Jde tedy o ztíženou schopnost až neschopnost naučit se komunikovat artikulovanou řečí. Je to tzv. patologicky odchylný vývoj řeči. Krejčířová (2001, s. 461) definuje vývojovou dysfázii následovně: „*Vývojová dysfázie jako porucha osvojování mluvené řeči je nejčastější vývojovou poruchou vyšších psychických funkcí v časném období. Většinou nejde o úplné chybění řeči, ale její vývoj je závažně opožděn a v některých aspektech pozorujeme kvalitativní odchylky. Opoždění řeči přitom není vysvětlitelné poruchou sluchu, mentální retardací, pohybovým postižením ani deprivacními či jinými nepříznivými vlivy prostředí*.“ Škodová, Jedlička (2003, s. 110) ve své publikaci uvádějí, že současná česká klinická logopedie vysvětluje termín vývojová dysfázie jako „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*.“ Klenková (2006, s. 67) tvrdí, že: „*Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Je to centrální porucha řeči*.“

Mikulajová, Rafajdusová (1993) vymezuje vznik dysfázie v důsledku raného mozkového poškození, které postihuje tzv. řečové zóny vyvíjejícího se mozku. Dysfatické děti podle

Mikulajové, Rafajdusové nemají známky neurologického či psychiatrického onemocnění. Dále tvrdí, že úroveň jazykových schopností je výrazně horší než neverbální intelektové schopnosti. Děti s vývojovou dysfázií mají deficity v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti a také se objevují kognitivní deficity. Seemann (1955) o vývojové dysfázií hovoří jako o jednom druhu dětské nemluvnosti. Rozlišuje dysfatické poruchy expresivní a receptivní. Pro expresivní dysfatické poruchy je charakteristický omezený vývoj řeči. Artikulace je narušena na úrovni hlásek a porozumění řeči bývá zachováno při neporušeném intelektu. Pro receptivní dysfatické poruchy je charakteristické narušení fonematického sluchu a chápání logicko-gramatických struktur. Seemann uvádí, že jsou výše zmíněné formy – receptivní i expresivní často doprovázeny agramatismy, dysgrafií a dyslexií. Neubauer (2007) řadí vývojovou dysfázií spolu s afázií v rámci neurogenních poruch komunikace do poruch individuálního jazykového systému. Clément, Planchou, Béland, Motte a Samson (2015) ve svém článku uvádějí, že vývojová dysfázie je dědičná neurovývojová porucha, která je diagnostikována, když má dítě problémy s učením. Dále zmiňují, že velká část dětí s vývojovou dysfázií má deficity ve vnímání hudby.

Etiologie

Odborníci zabývající se touto oblastí se přiklání k užšímu vymezení příčin této poruchy a označují ji za následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Postižení je lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Klenková (2005) tvrdí, že etiologické faktory by se daly rozdělit na genetické, vrozené a získané a samozřejmě nevyklučuje jejich kombinaci. Mikulajová, Rafajdusová (1993) publikují následující příčiny: nerovnoměrný vývoj mezi jednotlivými složkami, dále nepoměr mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, kdy úroveň verbálního projevu je výrazně nižší než odpovídá intelektovým schopnostem i kalendářnímu věku dítěte. Dále autorky tvrdí, že příčiny vzniku vývojové dysfázie mají multifaktoriální charakter. Dlouhá (2003) tvrdí, že příčinou vývojové dysfázie je přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze. K tomuto tvrzení se přiklání i Škodová a Jedlička, kteří za hlavní příčinu považují také difúzní postižení centrální nervové soustavy. Lejska (2003) mezi příčiny řadí i infekční onemocnění matky v těhotenství, vdechnutí plodové vody, těžkou novorozeneckou žloutenku atd. Z tohoto vyplývá různorodost příznaků, kterými se porucha vyznačuje. Škodová, Jedlička (2003, s. 107) ve své publikaci zmiňují, že „ u vývojové dysfázie existuje předpoklad, že typickou příčinou stavu je difúzní, nikoli ložiskové postižení CNS“. Dále autoři uvádějí, že příčiny vzniku vývojových poruch

řeči nejsou jasné. Uvažuje se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem pre-, peri- a postnatálního poškození mozku. Jde o poškození již v intrauterinním vývoji mozku. Určitý vliv hraje i dědičnost. Kutálková (2002) uvádí, že příčinnou vývojové dysfázie může být nezralost centrální nervové soustavy. Dále Kutálková (2002) uvádí, tyto základní příčiny poruchy: špatný mluvní vzor, výchovný styl, výchovné metody, disproporce mezi požadavky, nadměrné sledování televize atd.

Symptomatologie

U vývojové dysfázie se projevují příznaky v oblasti řečové, ale také v dalších oblastech neřečových. Škála symptomů u vývojové dysfázie je rozmanitá, symptomy se v různé míře prolínají a jejich výskyt je zcela individuální. Lejska (2003) tvrdí, že dítě řeč slyší, ale nepřesně a nedostatečně jí rozumí.

Klenková (2006) uvádí, že typickým projevem pro vývojovou dysfázií je narušení verbálního projevu. Tvrdí, že úroveň projevu je nižší, než odpovídá intelektu a neverbálním schopnostem. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy s výrazným nerovnoměrným vývojem celé osobnosti. Nejtypičtějším příznakem je výraznější opoždění vývoje řeči. Škodová, Jedlička (2003) také uvádějí příznaky projevující se v řeči, kde může být zasažena povrchová i hloubková struktura. Vnější příznaky se mohou podobat "patlavosti" přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti.

Hlavním příznakem je vždy opožděný vývoj řeči. Také může dojít k zasažení oblasti sémantické, syntaktické, ale i gramatické. Další příznaky se projevují ve špatném slovosledu, užívání nesprávných koncovek při ohýbání slov, vynechávání slov a slovní zásoba jedince může být omezená. Kutálková (2002) uvádí příznaky, které se projevují v řeči. Uvádí, že řeč je chudá, slovní zásoba je malá, často dochází k záměně slabik nebo vynechávání části slov. Věty jsou obvykle obsahově chudé, stereotypní, vyskytuje se jednoduchá stavba vět. Dále uvádí, že u jedinců s vývojovou dysfázií se může objevit dlouhotrvající absence zvrtných zájmen a pomocných tvarů slovesa být. Lejska (2003) uvádí, že u jedince s dysfázií se mohou objevit tyto příznaky: poruchy fonetické a fonologické realizace hlásek, vážne syntaktické spojování slov do větných celků, porucha v řazení slabik, agramatická řeč, často se vyskytuje nesrozumitelnost řeči, neschopnost udržet dějovou linii, jedinec má malou aktivní zásobu, nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu, může se objevit i porucha krátkodobé paměti atd.

Příznaky se také mohou objevit i v dalších oblastech. Může být narušeno zrakové vnímání, které se projevuje zejména v oblasti kresby, dále se mohou objevit poruchy pozornosti, soustředění a paměti. Může být narušeno i sluchového vnímání, které činí problém rozlišit sluchem jednotlivé prvky v řeči. Také může být přítomna porucha vnímání, která znemožňuje zapamatování a napodobování melodie a rytmu. Objevuje se narušení paměťových funkcí, narušení orientace v čase i prostoru, jedinec vnímá chybně i časové vztahy a vztahy mezi rodinnými příslušníky. Další projevem je narušení motorických funkcí a laterality, která se projevuje nevyhraněnými typy laterality, nevyhraněnou dominancí, zkříženou lateralitou nebo souhlasnou levostranností preference ruky a oka. Jde o celkový nerovnoměrný vývoj. (Škodová, Jedlička, 2003)

Klasifikace

Dvořák (2007) dělí vývojovou dysfázii na motorickou a senzorní formu. Od toho dělení se již pomalu upouští.

Diagnostika

Diagnostika by měla být realizována týmovou spoluprací různých odborníků, kteří se podílejí na diagnostice vývojové dysfázie, lékaři: foniatr, neurolog dále psycholog, speciální pedagog a logoped. Škodová, Jedlička (2003, s. 109) uvádějí, že *„na správné a včasné diagnostice je přímo závislý úspěch terapeutických postupů“*. Týmová spolupráce vede ke kvalitnímu provedení diferenciální diagnostiky. Vývojová dysfázie je často zaměňována s jinými poruchami kvůli bohaté symptomatologii. Klenková (2006) se domnívá, že diferenciální diagnostika má za úkol odlišit vývojovou dysfázii od prostého opoždění vývoje řeči, dyslalie, sluchových vad, mentálního postižení, mutismu, autismu a syndromu Landau-Kleffnera. Kutálková (2002) uvádějí následující postup při vyšetření. Při prvním vyšetření jedince s dysfázií využíváme postup, jako při opožděném vývoji řeči a doplníme ho o rodinnou a osobní anamnézu. U vyšetření řeči sledujeme percepční a expresivní složku řeči, fonemický sluch, hudební sluch, úroveň jemné motoriky i motoriky mluvidel a laterality. Dále doplníme o vyšetření psychologické, foniatrické a neurologické. Psychologická diagnostika zjišťuje úroveň intelektových schopností. Dle Škodové, Jedličky (2003, s. 115) *„porucha intelektu zcela zásadně není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie; pokud je přítomna, jde o další přidruženou poruchu a v podstatě se jedná o kombinované postižení“*.

Může se vyskytovat nadprůměrný intelekt, a to i u velmi těžkých forem dysfázie, kdy je výrazně oslabena slovní zásoba a srozumitelnost řeči není postižena. Psychologické vyšetření se zaměřuje na kresbu a zkoušku obkreslování.

V průběhu diagnostiky se provádí:

- 1) Foniatrické vyšetření, které se věnuje všem složkám řeči, percepci i expresi a také vyšetřuje sluch.
- 2) Neurologické vyšetření, které provádí neurolog. Neurologický nálezn může být negativní, ale může objevit nálezn na elektroencefalogramu (dále EEG).
- 3) Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika.

Tato diagnostika napomáhá dotvořit celkový obraz schopností dítěte a zjistit míru opoždování ve vývoji. Dle Škodové, Jedličky (2003) je nutné se ještě zaměřit na následující vyšetření:

- Vyšetření motorických funkcí,
- Vyšetření lateralit,
- Vyšetření orientace prostoru a času,
- Vyšetření zrakové a sluchové percepcie,
- Vyšetření vnímání a porozumění řeči,
- Vyšetření řečové produkce,
- Vyšetření grafomotoriky,
- Vyšetření paměti.

Terapie

Úspěšnost terapie je podmíněna týmovou spoluprací, kdy je nutná úzká spolupráce klinického logopeda s lékařem (foniatr, neurolog, pediatr) a klinickým psychologem. Dalším členem týmu je pedagog (učitelé mateřských, základních, zvláštních nebo speciálních škol) a

pracovníci speciálně pedagogických center. Nejdůležitější složkou však je rodinná péče a spolupráce rodiny z výše uvedenými odborníky.

Terapie rozvíjí:

- zrakové vnímání,
- sluchové vnímání,
- motoriku,
- schopnosti orientace,
- myšlení,
- grafomotoriku,
- paměť a pozornost,
- řeč.

Tyto schopnosti a dovednosti nelze rozvíjet izolovaně, protože vývoj schopností a dovedností je nerovnoměrný. Proto je potřeba všechny rehabilitační, edukační i reedukační postupy kombinovat, aby dítě využilo nejvíce to, co již umí.

Logopedická intervence pro děti s vývojovou dysfázií

Klenková (2006) uvádí, pokud se u dětí projevují určité deficity a nerovnoměrný vývoj v raném věku je potřeba zajistit ranou intervenci a dlouhodobou intenzivní a komplexní péči. Jsou využívány formy logopedické terapie buď individuální, nebo skupinové. Tato péče je dětem poskytována v rezortu zdravotnictví i v rezortu školství.

3.2 Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus)

Získaná psychogenní nemluvnost zahrnuje:

- Mutismus
- Elektivní mutismus
- Surdomutismus

3.2.1 Mutismus (oněmění)

Mutismus se převážně objevuje u dospělých. Kerekrétiová (2009) definuje mutismus, jako získanou ztrátu řeči na funkčním podkladě. Tato ztráta není podmíněná organickým poškozením centrální nervové soustavy. Mutismus je nepřítomnost nebo ztráta řečových projevů, která se objevují po ukončeném vývoji řeči, jedinec je schopný komunikace a řeči.

Často se jedná o stav přechodný, kdy jedinec nemůže komunikovat verbálně, což nahrazuje komunikací neverbální. Lechta (2003, s. 251) definuje mutismus jako: *„nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrální nervové soustavy.“* Dále Lechta (1990) mutismus zařazuje do narušené komunikační schopnosti pod pojmem získaná neurotická (psychogenní) nemluvnost společně s elektivním mutismem a surdomutismem. K tvrzení Lechty se přiklání i Klenková, Bočková, Bytešníková (2012, s. 62), které popisují mutismus následovně: *„jedná se o nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému“*. Podobně na mutismus nahlíží i Tichá (in Kerekrétiová, 2009), která definuje mutismus jako získanou ztrátu řeči na funkčním podkladě, která není podmíněna organickým poškozením centrální nervové soustavy. Neschopnost verbálně komunikovat se váže na různé společenské situace (včetně školy), ale i na osoby a prostředí (lékař, ordinace, mateřská škola). Jde o problém na hranici logopedie, foniatrie a psychiatrie. Baker (2007, s. 142) uvádí že *„děti s touto poruchou jsou schopné hovořit, ale mají tendenci k mlčení v určitých situacích.“* Sovák vysvětluje mutismus jako *„ztrátu řeči na podkladě funkčním, jde o patologicky zvýšený útlum řečové funkce.“* Podle Sováka je hlavním rysem mutismu to, že postižený mluvit chce, ale nemůže. Mutismus většinou vzniká jako neurotická reakce po silných afektech. Od mutismu odlišuje mluvní negativismus (elektivní mutismus), který vysvětluje jako: oněmění přecitlivělých dětí ze vzrušení, z úleku, z výsměchu atd. Hartmann, Lange (2008) definují mutismus jako řečovou retardaci nebo mlčení po ukončeném řečovém vývoji při zachované schopnosti mluvení a řeči. Dále Hartmann, Lange (2008) ve své publikaci uvádějí, že v těžkých případech se může objevit úplná neschopnost komunikace

neboli totální mutismus. V tomto případě dítě nemluví ani v rodině ani mimo ni. Tato forma mutismu může být vyvolána duševním traumatem nebo v rámci psychiatrického onemocnění. U jedince s totálním mutismem často chybějí i zvuková vyjádření jako je kašel, kýčání, odkašlávání atd. První kontakt jedince s mutismem by měl náležet psychologovi nebo psychiatrovi. Obvykle bývá zvolena medikamentózní léčba. Poté následuje logopedická intervence. Touto problematikou se zabývají různé vědní obory například psychiatrie, psychologie, foniatry a logopedie.

Klasifikace mutismu

Klasifikace mutismu je velmi rozdílná, jak si můžeme všimnout v literatuře, např. v Dvořákově Logopedickém slovníku, Lechtově Logopedickém repetitoriu nebo v Základech logopedie od Kerekrétiové. Každý autor má na problematiku jiný pohled. Kerekrétiová (2009) do klasifikace NKS řadí pouze *elektivní mutismus* a *totální mutismus*. Rozdíl mezi nimi je, že u elektivního mutismu dítě nekomunikuje pouze v přítomnosti některé osoby nebo v určité situaci, kterou si samotný jedinec nevybírá. Totální mutismus znamená, že dítě nekomunikuje s žádnou osobou a za žádné situace. Nejrozsáhlejší klasifikaci sepsal Dvořák (1998), který uvádí v logopedickém slovníku následující dělení:

Autistický mutismus – je charakteristický nedostatečnou intonací až úplnou němotou;

Neurotický mutismus – nedovoluje dítěti hovořit ve společensky náročných situacích;

Perzistentní mutismus – mutismus, který trvá déle jak jeden měsíc;

Primární mutismus – jedná se o nesprávné označení pro absenci artikulované řeči od narození dítěte;

Psychotický mutismus – symptom některých psychóz;

Reaktivní mutismus – vznik v závislosti na traumatech;

Situační mutismus – projevuje se pouze v některých situacích a jeho délka trvání není dlouhá;

Totální mutismus – projevuje se v každé situace, v každém prostředí i před každou osobou;

Tranzientní mutismus – trvá přechodnou dobu;

Traumatický mutismus – vzniká v závislosti na jednoznačném emocionálním nebo tělesném traumatu;

Elektivní mutismus (selektivní mutismus) – projevuje se pouze v určitých situacích, prostředí nebo před určitými osobami. Trvání je delší než měsíc a nejsou patrné další projevy úzkosti nebo strachu.

Lechta (1990) klasifikuje mutismus takto:

- *Psychotický mutismus*, který objevuje převážně u dospělých jedinců;
- *Nepsychotický mutismus*, který se spíše objevuje u dětí.

V současnosti Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnuje pouze jednu formu mutismu, a to mutismus elektivní.

3.2.2 Elektivní mutismus

Elektivní (selektivní) mutismus někdy může být i označen termínem mluvní negativismus, jak uvádí Peutelschiedová (2001) ve své publikaci. Vyskytuje se především u dětí předškolního a mladšího školního věku. Často se objevuje u dětí v období po nástupu do kolektivního zařízení. Peutelschmiedová (2001, s. 39) uvádí, „*jestliže osoba s mutismem mluvit chce, ale nemůže, pak u dítěte s elektivním mutismem je tomu právě naopak*“. Zajímavé je terminologické pojetí vývoje elektivního mutismu dle Sováka (1972, 1978, 1984), které může působit poněkud nejasně. V roce 1972 Sovák řadí elektivní mutismus pod mluvní negativismus a popisuje ho jako negativistický postoj k mluvení vůči některým osobám. V roce 1978 ve své publikaci uvádí samostatnou kapitolu s názvem Elektivní mutismus, ale v zápětí uvádí, že se vždy pojí s negativistickým postojem a v podstatě jde o mluvní negativismus, přičemž tvrdí, že název elektivní mutismus používá spíše psychiatrie. V roce 1984 prezentuje mluvní negativismus jako totožný s elektivním mutismem a uvádí, že dítě si nevědomky vybírá, s kým bude mluvit a s kým nikoliv. Rozličnými postupně se vyvíjejícími Sovákovými terminologickými vymezeními elektivního mutismu tedy vznikla určitá terminologická nejednotnost, která českou logopedii provází dodnes. Jak výše uvádíme, např. Peutelschmiedová (2001) stále uvádí, že elektivní mutismus je označován jako mluvní negativismus, kdy si dítě vybírá, s kým bude komunikovat. Taktéž Kutálková (2002, s. 126) píše, že v případě elektivního mutismu „*jde v podstatě o mluvní negativismus, protože dítě v některé situaci nebo s nějakou osobou mluvit nechce*.“ Sharkey, McNicholas (2008) ve svém článku uvádějí, že elektivní mutismus je vzácně se vyskytující porucha řeči, při které dítě bez problému komunikuje ve známém prostředí, například doma s rodiči. Dále charakterizují dítě

s elektivním mutismem jako nadměrně plaché, nesmělé a introvertní. Často se také vyhýbají očnímu kontaktu. Nakonec uvádějí, že dlouhodobé studie prokázaly, že tato komunikační porucha může přetrvávat i v dospělosti.

Kučera (1956) definuje elektivní mutismus jako neurotický projev, kdy v závislosti na určité životní situaci, dojde k útlumu některé části mozkové kůry, což zapříčiní znemožnění mechanismu řeči, který ale v běžných situacích funguje normálně. Škodová, Jedlička (2003) se domnívají, že může být vyvolán i jiným psychotraumatickým činitelem, například změnou prostředí (stěhování), konflikty, smrt rodiče nebo jiného blízkého člověka, nepřiměřené nároky, posměch. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) definujeme elektivní mutismus jako *„stav, který je charakterizován mlčením v určitých situacích. Je výrazně emočně determinován a dítě demonstruje, že za určitých situací je schopno mluvit, ale za jiných definovatelných situací mluvit přestane. Tato porucha je obvykle sdružena s určitými rysy osobnosti, jako je sociální úzkost a odtazitost, citlivost nebo odpor“* (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2008, s. 248). Podle Klenkové, Bočkové, Bytešnickové (2012) dítě obvykle nekomunikuje s učitelkou ve škole, ale doma nebo s kamarády komunikuje normálně. Hartmann, Lange (2008) uvádějí, že jedinec s elektivním mutismem, může mluvit, ale činí tak jen ve vybraném okruhu lidí. Dále autoři uvádějí (2008, s. 15) *„V jaké situaci bude hovořit, nerozhoduje postižený, ale situace sama.“* V současnosti je tedy důležité odlišit mluvní negativismus, kdy dítě mluvit může a nechce, od elektivního mutismu, kdy dítě mluvit chce, ale nemůže.

Etiologie

Peutelschmiedová (2001) uvádí, že příčinou mutismu je nějaký šok nebo traumatický zážitek, kdy jedinec ztrácí schopnost verbálně komunikovat. Příčina vzniku poruchy není závislá na inteligenci, ale riziko vzniku mohou zvyšovat určité osobnostní vlastnosti. U dětí se od počátku vývoje mohou projevat obavy z cizích lidí a vyhýbání se kontaktu s cizími lidmi. K těmto potížím mohou přispět i rodiče svým chováním, a to hlavně chováním hyperprotektivním. Za hlavní příčinu se považují tělesné tresty a projevy agresivního chování mezi rodiči, ale také posmívání a projevy ponižující dítě ze strany vrstevníků či dospělých osob. Dítě je velmi citlivé na nevlídnost a pokárání, proto u dítěte nesmíme uplatňovat autoritativní přístup. U těchto jedinců může být verbální komunikace někdy nahrazena komunikací neverbální. Mezi další příčiny patří neurotická situace na mimořádný zážitek, projev akutního psychického onemocnění nebo může mutismus vzniknout po těžkém

psychotraumatu. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí, že odborníci provedou odlišení mutismu od jiných NKS a na základě vyšetření stanoví diagnózu, vhodný postup a terapii.

Příčiny elektivního mutismu můžeme rozdělit do dvou základních skupin dle Klenkové (2006):

Endogenní příčiny - velká psychická senzibilita především svým vlastním výkonem

Exogenní příčiny - přehnané požadavky na řečový výkon nebo na chování dítěte

Symptomatologie

K nejvýznamnějším symptomům mutismu patří oněmění. Podle Sováka lze uvést dvojí oněmění, a to oněmění náhlé (při vzrušení) a postupné (při vyčerpanosti). Jedinec s mutismem mluvit chce, ale nemůže, a to v žádné situaci. Často jedinec používá náhradní formy komunikace – psaní a gestikulaci. Hartmann, Lange (2008) uvádějí, že u jedinců s mutismem se nevyskytují ani žádné zvuky při dýchání, smíchu, kašli, odkašlávání či pláči.

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy je potřeba se věnovat diferenciatní diagnostice, kdy je nezbytné elektivní mutismus odlišit od jiných postižení, onemocnění a narušení. Na základě diferenciatní diagnostiky odborná vyšetření vyloučí následovné:

- Opožděný vývoj řeči, specificky narušený vývoj řeči,
- Syndrom Landau-Kleffnera - dětská epileptická afázie,
- Mentální retardaci,
- Dětskou vývojovou afázi,

Důležité je také odlišit psychotický mutismus od mutismu neurotického nebo mutismu způsobeného organickým poškozením mozku. Diagnóza lze často určit na podkladě anamnestického vyšetření. Zjišťujeme výskyt podobných projevů v rodině, dále zjišťujeme postavení dítěte v rodině, rodinou atmosféru, výchovný přístup k dítěti, způsob navazování

kontaktu a situaci, ve které rodiče poprvé zaznamenali poruchu. Diagnostika je současně počátek terapie. Při diagnostice sledujeme oční kontakt a jeho udržení, vyhýbání se očnímu kontaktu, zvědavost, projevy verbální a neverbální komunikace. Zaměřujeme se hlavně na rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, osobnostní charakteristiku dítěte, současný stav problému, nakonec diagnostiku doplníme o psychologické, logopedické a další odborná vyšetření. Klenková (2006) uvádí, že je vhodné tyto informace doplnit o údaje ze školy, protože se v tomto prostředí mutismus nejčastěji objevuje. Hartmann, Lange (2008) uvádějí, že úplná nebo částečná forma mutismu může být často chybně diagnostikována jako autismus.

Terapie

Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) tvrdí, že terapie je realizována v rovině psychologické, psychiatrické a logopedické. Prvotní je lékařské vyšetření. Indikací elektivního mutismu je systematická psychoterapie. Optimální bývá kombinace psychoterapie rodinné, individuální a skupinové. Mutismus vyžaduje týmový přístup ze strany psychiatrické, pedopsychiatrické, foniatrické, případně neurologické. Dále by neměl chybět logoped, rodiče dítěte a pedagogové mateřské či základní školy. Terapie je velice náročná a zdlouhavá.

Dle Klenkové (2006) lze při mutismu doporučit rodičům, aby se vyhýbali následujícím situacím: přemlouvat a nutit dítě k řečovému projevu, snažit se s dítětem nalézat logické vysvětlení mutismu, trestat dítě za absenci řečového projevu, izolovat či ignorovat dítě, příliš si všímat dítěte, když se snaží komunikovat. Dále Klenkové (2006) uvádí, že můžeme přístup k dítěti s mutismem zaměřit na následující body:

- jednat s dítětem jako s rovnocenným partnerem,
- jednat s dítětem jako s ostatními dětmi,
- dovolit dítěti používat jakýkoliv způsob komunikace,
- zachovat trpělivost a klid,
- klást důraz na sociální interakce,
- nikdy se nevzdávat.

Dále je potřeba k jedincům s mutismem přistupovat empaticky, používat otázky, které mu umožní odpovídat ano / ne, nesnažíme se na dítě upozorňovat, také je potřeba jedince považovat za rovnocenného partnera.

3.2.3 Surdomutismus

Surdomutismus se vyskytuje pouze vzácně. Většinou se objevuje u dospělých. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že surdomutismus se projevuje ztrátou schopnosti mluvit a současně je doprovázen ztrátou schopnosti slyšet mluvený projev. Lechta (1990) definuje surdomutismus jako stav, při němž je na neurotické bázi kromě řeči postižen i sluch. Klenková (1997) uvádí, že surdomutismus je oněmění a útlum slyšení. Charakteristický je hystericky podmíněný projev labilní osobnosti. Odstranění souvisí s psychiatrickou léčbou hysterie, která ho podmiňuje. Nutné je hlavně odlišit neurotické poruchy řeči od jiných poruch.

3.3 Narušení zvuku řeči (rinolálie, palatolálie)

Do skupiny narušení zvuku řeči řadíme palatolálii, rinolálii (huhňavost). Na vytváření hláskových zvuků se účastní rezonance (nosovost) v dutině nosní a nosohltanu. Klenková (2006) uvádí, že vlivem získaných poškození velofaryngeálního závěrového mechanismu nebo vrozenými orgánovými poruchami může dojít k narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance. Tato rezonance se vyskytuje u některých hlásek více a u některých vůbec. Podle Sováka (1973) nejsilnější bývají samohlásky *i* a *e*, u souhlásek sykavky a exploziva. Nosovost je největší u hlásek *m*, *n*, *ň* (*ng*). Nosovost neboli rezonance, je fyziologický jev při výslovnosti. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádějí, že vzájemný poměr nazality a orality v mluveném projevu ovlivňuje akustický dojem hlásek, které můžeme rozdělit na hlásky orální a nazální. U hlásek orálních je objem výdechového proudu při artikulaci směřován z hrtanu do dutiny ústní a u hlásek nazálních se na realizaci podílí i dutina nosní a nosohltanová. Aktivita patrohltanového mechanismu ovlivňuje oralitu a nazalitu.

Termínem velofaryngeální (patrohltanový uzávěr) rozumíme všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, které se podílejí na zabezpečení jeho funkcí. Dvořák (1998) uvádí, že insuficience je nedostatečnost orgánu, či orgánového systému, plnit základní funkce. Škodová, Jedlička (2003, s. 217) uvádějí, že pod pojmem „*velofaryngeální insuficience rozumíme tedy nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, jež se na této funkci podílejí.*“ Důsledkem velofaryngeální insuficience je porucha zvuku řeči.

3.3.1 Huhňavost (rinolálie)

Huhňavost je NKS, která postihuje zvuk řeči a artikulaci. Proto tedy podle symptomatologické klasifikace NKS dle Lechty (2003) lze rinolálii a palatolálii řadit do kategorie narušení zvuku řeči. Huhňavost je podle Kerekrétiové (2003) patologické snížení nebo zvýšení nosovosti a to i v mluvené řeči. Dále Kerekrétiová (in Lechta, 2003) popisuje rinolálii jako patologickou změnu nosní rezonance, proměnu zvuku jednotlivých hlásek a tedy i řeči jako celku. Huhňavost (rinolálie) může být otevřená, zavřená nebo smíšená. Klenková (2006) uvádí, že u každého člověka je zvuk lidského hlasu podmíněn mírou nazální rezonance. Získané poškození může vzniknout vlivem poškození velofaryngeálního uzávěru nebo vrozenými orgánovými poruchami v oblasti orofaryngeální. Potom může dojít k narušení rovnováhy mezi oralitou a nazalitou. K poruše může dojít i tehdy, jestliže se prostory dechové trubice, podílejí na rezonanci příliš silně nebo naopak málo. Dvořák (1998) definuje nazalitu (nosovost) jako rezonanci dutiny nosní, která je při produkci některých

hlásek fyziologická. Pro nosovost je důležitá činnosti patrohltanového závěru. Škodová, Jedlička (2003) tvrdí, že jde o schopnost uzavření horní části nosohlтанu a to pohybem měkkého patra vzhůru a dozadu k zadní stěně hltanu. Tento mechanismus je důležitý z hlediska základních životních funkcí, jako je sání a polykání, ale také z hlediska funkce sekundární, tj. řeči. Porucha uvedeného mechanismu je nazývána velofaryngeální insuficiencí.

Etiologie

Porucha může být způsobena různými faktory. Příčiny hyponazality (zavřené nosovosti) dělíme na příčiny orgánové a funkční. Orgánové příčiny dále dělíme na vrozené a získané. Vrozené příčiny podle Kerekrétiová (in Lechta, 2003) jsou dědičné úzké průduchy nosní při deformacích tváře a zkřivená nebo vybočená nosní překážka. Škodová, Jedlička (2003) řadí do získaných příčin zduření nosní sliznice při akutní nebo chronické rýmě, nádory, cysty, polypy, hypertrofie krčních mandlí nebo nosní mandle, deformace nosní přepážky po úrazech nosu. Podle Kerekrétiová (in Lechta, 2003) funkční příčiny jsou funkční poruchy svalů měkkého patra s následnou zvýšenou silou velofaryngeálního uzávěru. Hyponazalita funkční se vyskytuje ojediněle a je podmíněna poruchou závěru dýchací trubice. Nejčastější příčinou hyponazality je zbytnělá nosní mandle. Mezi místní příznaky řadíme například opakované rýmy z infekcí, zbytnělá nosní mandle s otevřeným skusem a s interdentalním sigmatizmem a obtížné dýchání nosem. K celkovým příznakům patří dýchání ústy, povrchní dýchání, dýchací pohyby jsou nedostatečné, důsledkem je plochý hrudník, snížený příjem vzduchu do plic a tím i do tkání a do nervového systému. Kerekrétiovová (2008) tvrdí, že příčinou hyponazality (zabřená huhňavost) je překážka v nosní a nosohlтанové dutině.

Příčiny hypernazality (otevřené nosovosti) dělíme na příčiny orgánové a funkční. Orgánové příčiny dále dělíme na příčiny vrozené a získané. Kerekrétiová (in Lechta, 2003) řadí mezi vrozené příčiny: rozštěpy a zkrácení měkkého patra nebo jeho nepravidelný vývoj, nedostatečný vývoj svalů měkkého patra nebo jejich patologická činnost atd. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádějí tyto vrozené příčiny: rozštěpové vady tvrdého a měkkého patra, kongenitálně zkrácené měkké patro, kongenitálně vývojové vady atd. Získané příčiny jsou způsobeny organickým onemocněním nebo po úraze. Klenková (2006) uvádí, že hypernazalita může být způsobena po obrně měkkého patra centrálním nebo periferním poškozením nervového systému. Klenková (2006) do získaných příčin řadí: následky onemocnění nebo úrazu (obrně měkkého patra při nádorech báze lebeční, mozkové mrtvici, úrazech mozku a lebky, encefalitidě), dalšími příčinami jsou pooperační poškození svalů

měkkého patra po adenotomii, tonsilektomii nebo po dalších operačních zásazích na tvrdém či měkkém patře. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádějí následující získané příčiny: částečná ztráta periferní i centrální hybnosti, perforace měkkého patra, infekční onemocnění, nádory, neurologické onemocnění, změny anatomických poměrů v dutině ústní. Kerekrétiová (2008) tvrdí, že příčinou hypernazality (otevřená huhňavost), je nedostatečný velofaryngální mechanismus a současně nebo samostatně se vyskytuje oronazální komunikace. Jedná se o nežádoucí spojení nosní a ústní dutiny při realizaci jiných hlásek než nosovek.

Klasifikace a symptomatologie

Patologickou nazalitu můžeme rozdělit do tří hlavních skupin: hyponazalita (zavřená huhňavost), hypernazalita (otevřená huhňavost) a smíšená nazalita.

Hyponazalita (zavřená huhňavost) je patologicky snížená nosovost. Seeman (1955, s. 126) tvrdí, že *„zavřená huhňavost vzniká snížením fyziologické nosní rezonance při vyslovování hláskových zvuků.“* Klenková (2006) uvádí, že je podmiňována jednou nebo více překážkami v dutině nosní, které se staví do cesty výdechovému proudu. Rozlišujeme hyponazalitu přední a zadní podle toho, kde se přepážka nachází. Artikulace vyznívá dušně. Jedinec s hyponazalitou dýchá s otevřenými ústy v klidu a především ve spaní. Klenková (2006) tvrdí, že zbytnělá nosní mandle bývá hlavní příčinou hyponazality u dětí. Sovák (1973) dále uvádí, že příčina může být způsobena nadměrnou činností patrohrtanového uzávěru. Důsledkem je ztížené dýchání a nedostatečná výměna vzduchu v plicích. Narušen je také akt přijímání a zpracování potravy. Pokud je příčina způsobena nosní mandlí, dochází k jejímu odstranění.

Hypernazalita (otevřená huhňavost) je patologicky zvýšená nosovost. Klenková (2006) tvrdí, že charakteristickým znakem je silné nosní zbarvení všech orálních hlásek. Příznaky jsou vždy nápadné. Sovák (1973, s. 196) uvádí, *„při nedostačujícím patrohrtanovém uzávěru vzniká vzdušný proud při mluvení do nosu. Tím se mění kvalita nosní rezonance, zvuky řeči jsou deformovány“*. U samohlásek se nejasnost a zřetelnost vytváří hlavně u hlásky *i*. U souhlásek jsou především postiženy sykavky a hlásky závěrové. Dechová spotřeba je vyšší, protože vzduch při řeči uniká nosem. Kerekrétiová (2003) uvádí, že hypernazalita vzniká, pokud je z nějakého důvodu spojena ústní a nosní dutina a to nejen při produkci nosovek (M,N,Ň a zadního N), ale i při tvorbě hlásek orálních, kde proud směřuje do nosu, místo aby směřoval do úst, a tím řeč získává nosní zbarvení. Příčinou vzniku je funkční porucha nebo

organické změny patrohrtanového uzávěru, obrny měkkého patra, vrozené zkrácení měkkého patra, proděravění patra úrazy, rozštěpy patra apod. Funkční huhňavost znamená sníženou činnost svalstva.

Smíšená nazalita je kombinaci hypernazality při velofaryngeální insuficienci s hyponazalitou při překážce v nose. Příčiny mohou být organické i funkční. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí následující příčiny: překážka v přední části nosu, nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru, překážka v zadní části nosohltanu a organicky podmíněná velofaryngeální nedostatečnost, zúžení nosních průchodů s organickou velofaryngeální nedostatečností a nakonec uvádí překážku v nosohltanu s funkční poruchou velofaryngeálního uzávěru. Klenková (2006, s. 131) uvádí, že se „vyskytuje jako kombinace hypernazality na základě velofaryngeální insuficience s hyponazalitou způsobenou organickou překážkou v oblasti nosu – přední a zadní.“ Střídavá nazalita se projevuje tím, že jedinec střídá otevřenou a zavřenou huhňavost. Dvořák (1998) uvádí, že jde o zmenšený prostor rezonančních dutin a o nedostatečnost patrohltanového uzávěru. Seeman (1955) tvrdí, že jde o smíšenou huhňavost tehdy, když se současně vyskytují příčiny otevřené i uzavřené huhňavosti. Kerekrétiová (in Lechta, 2005) uvádí, že hypernazalita se hlavně projeví v plynulé řeči a hyponazalita při tvoření jednotlivých slov a vět s převahou nosovek.

Diagnostika

Poruchy nosní rezonance jsou snadno diagnostikovatelné, změnu zvuku řeči při prvním poslechu poznají i laici. Diagnostika vyžaduje týmovou spolupráci lékařských i nelékařských oborů, ale také rodičů a učitelů. Kerekrétiová (in Lechta, 2003) uvádí, že významnou součástí vyšetření nosní rezonance jsou explorační metody, do kterých řadí: řízený anamnestický rozhovor, dotazník, ústní zkoušku (vyšetření artikulace a rezonance), praktickou zkoušku (vyšetření motoriky artikulačních orgánů, základní vyšetřovací zkoušky) a testové zkoušky (specifické testy). Kerekrétioná (in Lechta, 2003) dále uvádí, že je důležité pozorování jedince z důvodu kontroly ústní dutiny, artikulačních orgánů, orofaciálního a velofaryngeálního svalstva. Změny ve zvuku řeči jsou patrné při poslechu, proto je NKS snadno identifikovatelná. Dodržujeme základní model logopedického vyšetření. Mezi základní vyšetřovací zkoušky patří:

- Gutzmanova A-I zkouška,
- Czermakova zkouška,

- Zkouška nafouknutí tváře,
- Zkouška Otofónem,
- Velofaryngeální zkouška,
- Manometrická zkouška,
- Spirometrická zkouška.

Vyšetření pomocí přístrojové techniky jsou složitější, ale objektivnější. Pro přesnou diagnostiku je třeba využít více vyšetřovacích metod a postupů. Do přístrojových metod patří ultrazvuk, cefalometrické vyšetření, endoskopie, fibroskopické metody, sonografické analýzy atd.

Terapie

Terapie vyžaduje spolupráci odborníků z oboru medicínských i nemedicínských. Léčba hyponazality je zahájena logopedickou terapií po lékařském vyšetření a odstranění primárních příznaků huhňavosti. Provádí se nácvik dýchání nosem, potom následuje nácvik správné artikulace nosovek a jejich užití ve slabikách, slovech a ve spontánním projevu. U hypernazality se provádí cvičení na zlepšení směru výdechového proudu a usměrňování proudu vzduchu. Cvičení mohou být pasivní i aktivní. K pasivním cvikům patří mechanické napínání měkkého patra elektrostimulací, vyvolávání dávivého reflexu k posílení svalových skupin velofaryngeálního uzávěru a digitální masáže vela s fonací. K aktivním cvikům patří foukání ke směřování výdechového proudu vzduchu, dále cvičení sání, kloktání a zdvihání měkkého patra před zrcadlem. Bytešnicková (2012) uvádí, že ošetření huhňavosti vyžaduje odbornou lékařskou péči a logopedickou intervenci, kde se logoped zaměří na správné dýchání při řeči.

3.3.2 Palatolalie

Palatolalie podle Klenkové, Bočkové, Bytešnickové (2012) je NKS, která vzniká na základě orofaciálního rozštěpu. Rozštěpy vznikají ve čtvrtém až devátém týdnu nitroděložního vývoje. Lechta (2003) uvádí, že palatolalie je jedna z nejnápadnějších a nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Dále Lechta (in Škodová, Jedlička, 2003) tvrdí, že palatolalie je NKS, jejíž příčinou je rozštěp patra. Komunikační schopnost je narušená, když některá z jazykových rovina působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Jedná se zejména o narušení foneticko-fonologické roviny (porucha nosové rezonance,

artikulace a srozumitelnosti řeči), ale i o narušení morfologicko-syntaktické roviny a roviny pragmatické (v důsledku psychosociálních problémů, které rozštěpy druhotně způsobují). Narušení se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci, při neverbální komunikaci je narušeno koverbální chování a postihuje jak expresivní, tak receptivní složku řeči, např. při převodní poruše sluchu. Sovák (1978) ve své publikaci uvádí, že palatolalie je porucha řeči, která je doprovázena rozštěpem patra, případně rozštěpem patra a rtu. K předchozím tvrzením se přiklání i Kerekrétiová (2009), která definuje palatolalii jako narušenou komunikační schopnost při rozštěpech. Seeman (1955, s. 82) vymezuje palatolalii jako „*neschopnost vyslovovat nebo správně tvořit některé hlásky nebo hláskové shluky*.“ Dále uvádí, že se může objevovat u všech souhlásek i samohlásek. Kerekrétiová (in Klenková, 2006, s. 141) definuje palatolalii následovně: „*V klinicko-logopedické praxi, ale i vědeckých publikacích našich i zahraničních autorů, se setkáváme s termínem typická palatolalická řeč. Proti tomuto termínu můžeme mít výhrady, neboť říká, že všechny osoby s orofaciálním rozštěpem budou mít palatolalickou řeč. To však neplatí, neboť v mnoha případech je provedena včasná a úspěšná palatoplastika, po níž se řeč vyvíjí správně, bez příznaků palatolalie*.“ Klenková (2006) tvrdí, že palatolalie vzniká, pokud není rozštěp operován, nebo se nepodaří operaci sekundárního patra vytvořit dostatečný velofaryngeální závěr, a tím vzniká velofaryngeální insuficience. Dětem s rozštěpem je po narození zajištěna odborná péče. V řeči se projevují změny anatomické, ale i fyziologické. U jedinců s palatolalií bývá řečový projev až nesrozumitelný. Klenková (1998) uvádí, že palatolalie je důsledek orgánového defektu, a to hlavně patrohltanového uzávěru.

Etiologie

Sovák (1978) publikuje, že příčinou palatolalie jsou orgánově vrozené vývojové anomálie, tj. rozštěpy patra, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od nosní či orgány patrohltanového uzávěru. Kerekrétiová (in Kerekrétiová, 2009) vidí příčinu palatolalie v neoperovaných orofaciálních rozštěpech patra, rozštěpech patra s rozštěpem rtu nebo po operaci patra.

Příčiny můžeme rozdělit na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Endogenní příčiny jsou způsobeny rozštěpovými vadami. U rozštěpových vad je prokazatelná dědičnost. Exogenní příčiny jsou způsobeny různými vlivy škodlivin v prvním trimestru těhotenství, například infekční onemocnění, poruchy výživy plodu, choroby matky v prvních stádiích těhotenství, vyšší věk, působení chemických a toxických látek, léčiva, působení rentgenového

záření, klimatické a geologické vlivy. Kerekrétiová (in Kerekrétiová, 2009) uvádí, že výskyt palatolalie se snižuje díky novým chirurgickým metodám, včasným palatoplastikám, komplexní týmové multidisciplinární péči a včasné a kvalitní logopedické terapii.

Symptomatologie

Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí, že charakteristickými projevy jsou změny rezonance, poruchy artikulace a narušení koverbálního chování. U dětí se vyskytuje opožděný vývoj řeči, také se mohou objevit i poruchy sluchu. U jedinců s palatolalií může být hlas i deformován. Podle Sováka (1973) při rozštěpu vážně přijímání potravy, dítě nemůže sát, vážně polykání, časté jsou také záněty horních cest dýchacích, které přechází do středouší. Projevy se odrazí ve verbální i neverbální komunikaci, také je poznamenána expresivní i receptivní složka. K dalším příznakům Sovák (in Klenková, 2006) řadí narušenou srozumitelnost řeči, poruchy mimiky a vady sluchu. Dále Sovák (in Škodová, Jedlička, 2003) tvrdí, že hlavní symptomy jsou ve změnách rezonance a artikulace. K tomuto tvrzení se přiklání i Kerekrétiová (1997), která řadí k hlavním symptomům palatolalie také změny v rezonanci a artikulaci. Kerekrétiová také (in Kerekrétiová a kol., 2009) uvádí, že velofaryngeální mechanismus a jeho nesprávná nebo nedostatečná funkce významně ovlivní fonaci, rezonanci, artikulaci a celkovou kvalitu řeči. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádějí, že rozštěpové vady mohou zasáhnout celou osobnost jedince. Seeman (1955) tvrdí, že řeč patlavého dítěte může být zkomolená až nesrozumitelná. Dále Seeman (in Klenková, 2006) dodává k příčinám palatolalie opožděný vývoj řeči. Lechta (2003) uvádí, že při palatolalii je narušena rovina foneticko-fonologická (porucha nosní rezonance, artikulace a srozumitelnost řeči), morfologicko-syntaktická, lexikálně- sémantická a pragmatická.

Bzoch (in Škodová, Jedlička, 2003) uvádí 11 následujících příznaků palatolalie: opožděný vývoj řeči a jazyka, typické je laryngální a faryngální nahrazování hlásek, hypernazalita, porušený zvuk souhlásek v důsledku nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu, vývojová dyslalie, dysfonie charakterizovaná slabým a dyšným hlasem, sigmatismus a jiné artikulační chyby spojené s vadami chrupu a skusu, hyponazalita, dysfonie z přemáhání hlasového orgánů spojená s chraptivým hlasem a tlačnou fonací, poruchy artikulace jako důsledek poruchy sluchu, narušené koverbální chování. Klenková (2006) uvádí, že současně s palatolalií se mohou, ale i nemusí vyskytnout i jiné symptomy, jako je narušení vývoje řeči, poruchy hlasu, poruchy neverbálního chování. Škodová, Jedlička (2003) také uvádějí, že příznaky se vyskytují i v neverbální komunikaci, změny jsou zřejmé např. při

řeči těla, která zahrnuje mimiku, gesta, tělesné pohyby, účes, oblékání, u mužů vousy, u žen make-up apod.

Klasifikace

U nás je známá klasifikace Sováka (1973), který rozděluje palatolalii na čtyři stupně:

1. stupeň – v řeči se projevují jen nepatrné zbytky palatolalie v podobě nenápadné otevřené huhňavosti a zbytků dyslalie,
2. stupeň – význačné příznaky huhňavosti v řeči, objevují se i poruchy artikulace, neprojevují se příliš nápadně při komunikaci,
3. stupeň – velmi nápadná palatolalie, řeč je srozumitelná,
4. stupeň – řeč je nesrozumitelná.

Dále palatolalii klasifikuje Kerekrétiová (in Klenková, 2006), která hodnotí řeč při rozštěpu v mírně zrychleném tempu plynulé konverzace:

- 1. dobrá** - srozumitelná řeč, bez nedostatků typických pro palatolalii s lehkou poruchou rezonance (slyšitelnou jen pro odborníka)
- 2. společensky únosná** - vyskytují se zbytky palatolalie v řeči
- 3. těžší srozumitelnost** - srozumitelná řeč pro okolí, někdy i pro nejbližší
- 4. nesrozumitelná** - řeč je stejně nesrozumitelná pro okolí i pro nejbližší

Diagnostika

Škodová, Jedlička (2003) uvádí, že úplné vyšetření se zaměřuje na stránku somatickou (lékaři příslušných odborností), psychickou (klinický psycholog) a na vlastní poruchu komunikace (klinický logoped). U jedinců s orofaciálním rozštěpem je důležité provést komplexní diagnostické vyšetření, jehož součástí je logopedická diagnostika. Závěry logopedické diagnostiky slouží ke správnému zvolení postupů, metod, forem a prostředků logopedické intervence. Důležité je provedení diagnostického šetření. Závěry speciálně-pedagogické diagnostiky slouží k výběru metod, postupů, forem a prostředků logopedické intervence. Při diagnostice se využívají všeobecné zásady diagnostiky – zásada objektivnosti, komplexnosti, týmového přístupu, kvalifikace a dlouhodobého pozorování. Klenková (2006,

s. 145) uvádí, že „*Na základě logopedické diagnostiky se hodnotí komunikační schopnosti jedince po provedených operačních zákrocích, proto je diagnostika palatolalie významná.*“ Lechta (in Škodová, Jedlička, 2003) tvrdí, že je dobré dokumentovat a hodnotit anatomický i funkční stav před i po operaci rozštěpu.

Ke speciálně diagnostickým postupům patří vyšetření funkce orofaciální oblasti, vyšetření vývoje řeči dítěte, vyšetření velofaryngeálního mechanismu, vyšetření nosní rezonance, vyšetření artikulace, hodnocení srozumitelnosti řeči, vyšetření hlasu a vyšetření neverbálního chování. Vohradník (in Škodová, Jedlička, 2003) uvádí, co zahrnuje celkové komplexní foniatrické vyšetření při diagnostice palatolalie: anamnestické údaje, vyšetření řeči, rozhovor, vyšetření dutiny ústní a nosní, zevní vyšetření, ušní vyšetření, vyšetření sluchu a hlasu.

Logopedická intervence

Péče o osoby s orofaciálními rozštěpy je zajištěna týmem odborníků. Cílem péče je minimalizovat vrozenou anomálii a její následky. Kerekrétiová (in Klenková, 2006) tvrdí, že cílem rehabilitační péče orofaciálních vad je minimalizovat vrozenou anomálii a dosáhnout optimálního výsledku v estetickém vzhledu, dentálním statusu, dále v komunikačních, psychických a sociálních způsobnostech potřebných k úplnému začlenění do společnosti. Logopedická intervence je součástí komplexní péče o osoby s orofaciálním rozštěpem.

Sovák (1973) rozděloval logopedickou péči na dvě období, a to na péči předoperační a pooperační. Sovák (in Škodová, Jedlička, 2003) uvádí, že pro zlepšení funkce velofaryngeální uzávěry jsou dobrá průpravná cvičení na zdokonalení činnosti patrohltanového uzávěru. Cvičení zahrnuje následující: dechová a foukací cvičení, polykací cvičení, kdy dítě nejprve polyká husté tekutiny, poté řidší. Při polykání sílí svalstvo uzávěru, vhodné je používat při nácvičku pití brčkem. Nutná je raná logopedická intervence, která je směřována na rodiče dítěte s vrozenou vývojovou vadou. Rodičům jsou poskytovány rady o poruše komunikační schopnosti dítěte. Poradenství pro rodiče je vedeno tak, aby byl zajištěn správný vývoj řeči dítěte. Úkolem logopeda je naučit rodiče, co budou s dítětem provádět, cvičit a rozvíjet.

Logopedická terapie

Logopedická terapie je zahájena po operaci patra. Začátky jsou vždy individuální. Terapie může být individuální nebo skupinová. Skupinová terapie je vhodná pro mladší děti

v předškolním věku i na začátku školní docházky. V logopedické terapii se vyžadují cvičení ke zlepšení rezonance a artikulace. Terapie u dětí s orofaciálním rozštěpem a následnou palatolalií probíhají dlouhodobě. Logoped se věnuje artikulaci jednotlivých hlásek a úpravě rezonance, ale i zlepšuje srozumitelnost řeči, rozvíjí všechny jazykové roviny, jedná-li se o dítě s opožděným vývojem řeči.

3.4 Narušení plynulosti řeči (balbuties, tumulus sermonis)

Do této skupiny patří koktavost (balbuties) a breptavost (tumulus sermonis). Porucha plynulosti řeči podle Lechty (in Škodová, Jedlička, 2003) je stav, kdy dochází buď ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo dochází k tomu, že řeč je přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (koktavost – balbuties).

3.4.1 Koktavost

Koktavost je jedna z nejtěžších a nejnápadnějších druhů NKS. Je předmětem mnoha vědních disciplín a oborů lékařských, také psychologie, lingvistiky, logopedie a dalších. Lechta (2010, s. 28) definuje „*koktavost jako syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr*“. Dále uvádí, že koktavost je multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS, který je důsledkem několika dílčích prolínajících, navazujících nebo vzájemně reagujících příčin. Koktavost často ovlivňuje psychiku a následné sociální postavení jedince. Peutelsmiedová (1994, s. 31) uvádí, že „*koktavost je vada řeči a koktaví jsou klasifikováni jako řečově handicapovaní*.“ Pešák (2002) ve svém článku uvádí, že koktavost je běžně se vyskytující porucha řeči, která je charakterizována častým opakováním, prodlužováním slabik a slov nebo častým přerušováním, které způsobí narušení rytmického toku řeči. Dále uvádí, že koktavost může mít negativní vliv na psychický i sociální rozvoj jednotlivce. K tomuto tvrzení se přiklání i Řepová (2007), která tvrdí, že koktavost může mít špatný vliv na osobnost člověka, na jeho školní, pracovní, sociální adaptaci a na seberealizaci. Chorobná koktavost je obvykle spojena s některou vadou chování, jako jsou stavy úzkosti a deprese, atd. Pešák (2002) na konec uvádí, že příčina vzniku koktavosti nebyla zatím objevena, přestože léčba této poruchy je možná. Bloodstein (in Lechta, 2010, s. 27) „*charakterizuje koktavost jako poruchu, při níž jsou rytmus nebo fluence řeči sníženy kvůli přerušování nebo blokům*.“ Koktavost považuje nejen za střídavé narušení plynulosti řeči, ale i tempa řeči, tónové výšky, hlasitosti, melodie, artikulace, mimiky a posturálního nastavení, při čemž navíc zdůrazňuje, že existují balbutici, u nichž se rysy koktání dají jen těžko identifikovat. Kondaš (1983) tvrdí, že se koktavost vyznačuje mimovolnými přestávkami a řadí koktavost mezi čistě funkční poruchy řeči. Lechta, Králíková (2011) uvádějí, že narušení plynulosti řeči je součástí samostatného a složitého

syndromu. Dále uvádějí, že při koktavosti jen narušena koordinace mluvních orgánů, které se účastní při mluvení. Seeman (1955) spolu s dalšími autory (Kussmaul, Gutzmann, Seeman, Sovák, Kratochvíl, Kondáš) definují koktavost jako neurózu řeči, která vzniká převážně v dětském věku. Peutelschmiedová (1994) se také domnívá, že koktavost je neuróza, která se vyskytuje hlavně v dětském věku. Podle Wirtha (in Lechta, 2010, s. 26) „je koktavost přechodně se vyskytující, na vůli nezávislé NKS, často neznámé etiologie, pro něž je charakteristické napjaté, němé setrvání v artikulačním postavení (tonická koktavost), opakování (klonická koktavost), natahování, vyhybavé reakce (zaměňování slov, přestrukturování vět).“

Dvořák (1998) tvrdí, že neplynulost, tedy dysfluence, je považována jako „nenormální“, je to tzv. odchylka od normy, která činí potíže v mluveném projevu. Většina autorů se shoduje v názoru, že koktavost patří k nejtěžším druhům NKS. Sovák (1973) uvádí, že koktavostí jsou častěji postiženi chlapci než dívky. Dále uvádí, že počet koktavých se zvyšuje v období školní docházky o 1 % a potom se zase o něco snižuje. To znamená, že škola je jedním z činitelů, které podporují vznik koktavosti, svými nadměrnými nároky. Také se uvádí, že koktavost postihuje více žáků nadprůměrných i podprůměrných než žáky průměrné. Koktavost začíná většinou už v předškolním věku, ale může se objevit případně i v období vstupu dítěte do školy. Balbutik je člověk, který má obtíže s plynulostí ve svém řečovém projevu.

Etiologie

Mlčáková, Vitásková (2013) uvádějí, že na vzniku koktavosti se podílí celý komplex příčin a nejedná se pouze o izolovanou příčinu. Řepová (2007) uvádí, že lze etiologii koktavosti rozdělit na příčiny somatické, funkční a psychogenní. Somatické příčiny jsou např. hormonální poruchy, funkční příčiny zahrnují křeče hlasivek a abnormální napětí svalstva. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí následující příčiny: dědičné dispozice, orgánové poruchy, neurologické nálezy různého stupně, narušené průběhy biochemických procesů mozku, elektrické aktivity mozkových hemisfér apod. Lechta (2003) dále dodává příčinu negativního působení sociálního prostředí, psychické procesy a napodobování. Peutelschmiedová (2001) řadí mezi příčiny: poškození mozku během těhotenství a v průběhu porodu, biochemické faktory, fyzikální změny ve fonačním ústrojí, odchylky interhemisférních vztahů a genetické faktory. Také uvádí, že koktavost může být způsobena psychotraumatem, jako je například: šok, úlek či negativní zážitek. Dále jsou uváděny negativní vlivy sociálního prostředí a příčiny orgánové. Někdy jsou do příčin zařazovány i

poruchy metabolismu, vegetativní labilita a vrozená řečová slabost. Mlčáková, Vitásková (2013) ve své publikaci uvádějí, že koktavost vzniká na dědičném podkladu, kdy jedinec dědí určité vlohy a dispozice. Mezi další orgánovou příčinu koktavosti uvádějí dyskoordinaci mozkových hemisfér. Peutelchmiedová (1994) rozlišuje tři druhy příčin: poruchy osobnosti, vlivy prostředí a fyziologické anomálie. Naopak Lechta (2010) rozděluje koktavost z hlediska etiologie na několik typů:

1. orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči,
2. sekundární neurotické nadstavby vznikající na primárně predispozičním základě, na základě orgánového poškození,
3. dysfluence vzniká primárně jako neuróza.

Symptomatologie

Kerekrétiová (2009) vidí hlavní příznaky v nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluenci při řeči. Mlčáková, Vitásková (2013, s. 29) uvádějí, že „*koktavost není pouze symptomem – neplynulostí, ale je považována za složitý, dynamický a velmi variabilní syndrom.*“ Lechta, Králíková (2011) popisují tyto příznaky koktavosti: opakování celého slova nebo slabiky, tlačení, které vysvětlují jako zablokování proudu řeči, kdy jedinec v řeči nedobrovolně zastaví. Dále popisují vsuvky, kdy jedinec do projevu vsouvá jiné hlásky, slabiky i celá slova a nakonec se zmiňují o přerušování slov, kdy se jedinec v polovině slova zastaví a pokračuje po určité pauze. Kondáš (1983) uvádí, že typickým příznakem pro koktavost je opakování hlásek, slabik a slov. Dále uvádí, že se může objevit přerušování a prodlužování slov. Příznaky koktavosti jsou doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí. Také Lechta (2010) zahrnuje mezi příznaky psychickou tenzi, nadměrnou námahu a dysfluenci. U koktavých se také objevují potíže při dýchání a tvoření hlasu. Mohou být narušeny i prozodické faktory řeči. Také se často objevuje strach z řeči a poruchy neverbálního chování. Příznaky můžeme dělit na momentální a různě se kombinující. Často se projevy objevují v určitých situacích nebo v kontaktu s určitými osobami. V řeči se mohou objevit i embolofrázie – jedná se o tzv. slovní vmetky, vsuvky v podobě hlásek, slabik nebo slov. Mohou se vyskytovat i parafrázie – jedinec s koktavostí vyhledává různé druhy opisů či synonym, které se negativně odrážejí na obsahu výpovědi, protože se chce vyhnout slovům s hláskou, která mu činí potíže s vyslovením.

Kondáš (1983) tvrdí, že se u koktavých mohou objevit i křeče řečových orgánů. Také Seeman (1955) uvádí, že se u koktavých může objevit přerušování plynulé řeči křečovými pohyby v artikulačním, fonačním a respiračním svalstvu. Peutelschimidová (1994) ve své publikaci uvádí varovné příznaky, které signalizují vznikající koktavost. Uvádí tyto varovné příznaky: mnohočetné opakování částí slov, první hlásky, slabiky, prodlužování hlásek, pozorovatelné napětí ve tváři, ve svalstvu na krku a na hrudi, třes a nekontrolovatelný pohyb rtů a jazyka, pocit zápasení s řečí, změny ve výšce a intenzitě hlasu, blokáda dechu, vyhýbání se řeči, neobvyklý počet pomlk, nahrazování slov jinými, tiky atd. Lechta (2003) uvádí, že symptomy koktavosti se mohou objevit ve všech čtyřech jazykových rovinách: ve foneticko-fonologické (obtíže se členěním řeči), lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické (úsilí o tvoření co nejkratších vět) i programatické (narušení koverbálního chování, úsilí vyhnout se verbální komunikaci apod.) Klenková (2006) tvrdí, že důležitou roli hraje i zdravotní stav a míra únavy. Geus (2002) v publikaci uvádí, tyto příznaky koktavosti: opakování hlásek, slov, blokády na nějakém slově, částečné vypouštění dechu před začátkem řeči, přivírání očí při zakoktání, protahování první hlásky slova, pohyby různých částí těla při koktání, vyhledávání náhradního slova.

Klasifikace

Koktavost je možné klasifikovat z různých hledisek. Například Lechta (1990) uvádí dělení koktavosti následovně:

- 1) podle vzniku koktavosti – dělí koktavost na předčasnou (u dětí mladších tří let), obvyklou (u dětí mezi třetím a čtvrtým rokem) a pozdní (po sedmém roce),
- 2) podle verbálních symptomů na tonickou, klonickou, tonoklonickou a klonotonická koktavost
- 3) podle původu na koktavost fyziologickou, koktavost kombinovanou s dysartrií, dysartrickou koktavost, dysfagickou, hysterickou a traumatickou koktavost,
- 4) podle uvědomění si poruchy na insipientní formu koktavosti bez křečí mluvidel a na uvědomělou,
- 5) podle stupně - od minimálních po výrazné příznaky, které často znemožňují komunikaci.

Další známá klasifikace koktavosti podle Lechty (1990) je dělení: z hlediska uvědomování si poruchy: primární preneurotická koktavost (dítě si neuvědomuje řečové obtíže), a sekundární (pravá, skutečná) koktavost, kdy se na základě uvědomování si této poruchy postupně rozvíjí logofobie a další přidavné symptomy.

Kondáš (1983) klasifikuje koktavost na čtyři stupně: balbuties levis (minimální příznaky, hlavně ve stresových situacích), balbuties gradus medius (časté příznaky v komunikačních situacích), balbuties gravis (výrazné projevy doprovázené spasmy řečových orgánů) balbuties gravis raptus (nápadné spasmy znemožňující komunikaci).

Diagnostika

Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2006) je koktavost řazena do 5. kapitoly, tedy do Poruch duševních a poruch chování. Najdeme ji pod označením F. 98, neboli Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání nacházíme: „*Koktavost (zadrhávání v řeči) – řeč, která je charakterizována častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči*“ Klenková (2006) uvádí, že je potřeba sledovat okolnosti související se vznikem a průběhem koktavosti. Dále uvádí, že je potřeba při diagnostice zohledňovat věk vyšetřované osoby. Hlavním výzkumným materiálem je spontánní řečový projev, který probíhá na základě řízeného rozhovoru. U předškolních dětí se používá popis obrázků a u dětí školního věku a dospělých jedinců předkládáme upravený text k přečtení. U koktavosti je důležitá týmová a interdisciplinární spolupráce lékařů, logopeda, psychologa a dle potřeby dalších odborníků. Jak uvádí Klenková (2006, s. 161), je potřeba odborným vyšetřením odlišit:

- neplynulost řeči na podkladě organického poškození centrální nervového systému,
- koktavost a breptavost,
- fyziologickou neplynulost od incidentní koktavosti.

Terapie

Vznik koktavosti není většinou podmíněn jednou příčinou, proto je těžké zvolit optimální terapeutický postup. Klenková (2006) uvádí, pokud neznáme příčinu narušení plynulosti řeči,

tak ji nemůžeme odstranit, pouze potlačujeme příznaky. Práci s koktavými můžeme realizovat individuálně i skupinovou formou. Peutelschmiedová (1994) uvádí, dělení terapeutických metod na následující metody:

- medicínské,
- mechanické,
- cvičné,
- psychologické,
- komplexní specifické.

Terapeutické přístupy jsou děleny na přímé a nepřímé. Klenková (2006) uvádí, že nepřímé přístupy mají za cíl dosáhnout zlepšení plynulosti řeči ovlivněním prostředí osobnosti balbutika, popřípadě jeho jazykové či pohybové schopnosti, ale bez přímého tréninku fluence. Přímé přístupy jsou postupy otevřené a přímé, které mají měnit řečový projev koktavého a s ním i spojené chování. Dle Klenkové (2006) je terapie zaměřená na tvarování plynulosti. Kehoe (in Lechta, 2004) tvrdí, že terapie je zaměřená zejména na tvarování plynulosti řeči zvláště klade důraz na osvojení plynulosti řeči. Zvláštní pozornost nevěnuje pocitům, postojům ani vyhýbavému chování. Terapie usiluje o navození způsobu plynulé řeči a jeho postupnou fixaci a rozšiřování, a to pomocí operačního podmiňování. K navození plynulé řeči se používá pomalé tempo mluvení, rytmizace, měkký hlasový začátek, opožděná zpětná vazba atd. V dětském věku jsou zejména používány nepřímé přístupy. Bubeníčková, Kutálková (2001) uvádějí tyto etapy reedukace řeči: dechová cvičení, rytmizační cvičení, hlasová cvičení, uvolňovací artikulační cvičení, cvičení plynulosti mluvy, cvičení mluvních celků, cvičení čtení, asociační cvičení, řečnická cvičení a rozhovor.

3.4.2 Breptavost

Breptavost vzniká v raném věku a v období puberty se zhoršuje. Klenková, Bočková, Bradford (in Lechta, 2003, s. 283) uvádí, že jde o „*vývojový syndrom, který je výrazem všeobecných problémů při osvojování jazyka.*“ Peutelschmiedová (2001) tvrdí, že breptavost není izolovaný příznak narušení řeči, ale jde spíše o souhrn symptomů. Breptavost se často vyskytuje s koktavostí, proto tyto poruchy řeči bývají zaměňovány nebo ztotožňovány. Jedinci s breptavostí nepocitují chorobnost svého řečového projevu. Seeman (1955, s. 246) definuje breptavost jako: „*překotnou řeč spojenou s přeríkáváním, s polykáním slabik, a se*

zkomolováním hlásek při zrychleném tempu řeči.“ Další definici breptavosti zmiňuje Sovák (1973, str. 230), který definuje breptavost jako „*vývojový nedostatek plynulosti mluvy, který se projevuje jako vyhraněná nozologická jednotka typickým a nápadným zrychlováním tempa mluvení*“. Kerekrétiová (2009, s. 210) definuje breptavost jako „*narušení plynulosti řeči s extrémně rychlým tempem řeči, nezřetelnou artikulací a zhoršenou úrovní jazykových formulací.*“ Dle kritérií *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize* (2006) je breptavost klasifikována jako značně rychlá řeč s přestávkami, bez opakování a váhání, která může vést až k nesrozumitelnosti. Řeč bývá nerytmická s parafráziemi, s rychlým, trhavým proudem slov, což vede k chybnému vyjadřování. Weissová (in Klenková, 2006, str. 170) popisuje breptavost následovně: „*Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.*“

Peutelschmiedová (2001) uvádí, že při soustředěné pozornosti se projevy breptavosti zlepšují a naopak u koktavosti se zhoršují. Lechta (1995) popisuje breptavost jako NKS, která je charakteristická tím, že si ji daný jedinec neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušená je i percepce, artikulace a formulace výpovědi. Dále se Lechta (1990) domnívá, že u breptavosti jde o narušení plynulosti mluvení, které je charakteristické extrémně zrychleným tempem řeči. Zaalen, Wijnen, Dejonckere (2011) uvádějí, že posouzení breptavosti zahrnuje pečlivou analýzu a srovnání rychlosti řeči a rychlosti a srozumitelnosti v různých jazykových kontextech. Dále uvádějí, aby u jedince mohla být breptavost diagnostikována, musí být jeho projev příliš rychlý nebo příliš nepravidelný. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) tvrdí, že u breptavosti je akcelerováno tempo řeči. Změny jsou zaznamenatelné jak v řečovém projevu, tak i v chování. Klenková (2006) tvrdí, že breptavost může tvořit kombinaci narušení psychických, lingvistických a fyziologických. Jedná se tedy o nespecifickou různorodou poruchu, která se vyskytuje od raného dětství a přetrvává do období dospívání, někdy i déle. Morávek (1969) uvádí, že lidé s breptavostí nevyhledávají odbornou pomoc, ale smíří se svou řečí jako s vlastností svého charakteru a temperamentu, aniž by pociťoval naléhavost nějakého léčení. Dále tvrdí, že breptaví jsou velmi nadaní, iniciativní a energičtí lidé. Stejně jako je neupravená jejich řeč, tak bývá i neupravené jejich písmo. Jak uvádí literatura, jen velmi zřídka vede breptavost k psychickým obtížím, případně až k logofobii.

Etiologie

Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že celkový klinický obraz breptavosti je ve značné míře podobný symptomům lehké mozkové dysfunkce. Mezi příčinami breptavosti je uváděna dědičnost, organický podklad, ale také neurotický charakter. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že se objevuje u jedinců s breptavostí motorický neklid. Mohou se projevit i známky dyslexie nebo dysgrafie, ale i poruchy jemné motoriky. Dle Kutákové (2002) děti s breptavostí podle psychologických vyšetření podávají horší výkony ve vnímání, v pravolevé orientaci, v senzomotorické orientaci, ve čtení a psaní, ale také v neverbálních zkouškách.

Symptomatologie

Mezi hlavní příznaky patří změny v řeči, v pohybovém a celkovém chování. Změny v řeči se projevují v delších slovech. V delších větách se také řeč často stává nesrozumitelnou. Změny v pohybech a celkovém chování jsou zřejmé hlavně na chůzi. Pohyby jsou většinou rychlé a zbrklé. Seeman (1955) uvádí, že k nejvýznamnějším příznakům breptavosti patří mezislovní zrychlení, zrychlení je větší tím, čím má slovo více slabik. Proto je porucha patrná, když jedinec tvoří delší slova. Podobně je tomu i při tvoření vět. Krátké věty jedinci nečiní problém, přičemž u delších vět jedinec tempo řeči zrychluje. Dále Seeman (1955) k příznakům breptavosti řadí zkomolování hlásek. Morávek (1969, se 77) uvádí: „*řeč breptavých je nápadná nejenom rychlostí a malou srozumitelností, ale i celkovým charakterem, který jako kdyby vyjadřoval nesouhlas mezi rychlostí mluvy rychlostí myšlenek.*“ U breptavosti se mohou také objevit příznaky v oblasti respirace a fonace, důsledkem toho jsou v oblasti respirace časté nádechy a to na místech, kde by se neměly vyskytovat. V oblasti fonace se může projevit zastřenost hlasu, chraptivost, kolísání hlasové síly a další příznaky. Také se mohou objevit symptomy v oblasti prozodických faktorů řeči. Pro tuto oblast bývá charakteristický monotónní mluvní projev. Dále se může objevovat komolení slov a dysgramatismy ve slovech, které mají více slabik. Může docházet k interverbální či intraverbální akceleraci.

U dětí s breptavostí se může, vyskytuje motorický neklid a emoční labilita. Breptavost bývala zařazována mezi neurózy řeči. Jak uvádí literatura, u breptavých jedinců jsou zjištěny na EEG drobné patologické změny. Dnes je breptavost pokládána za organicky podmíněnou vadu řeči.

Klasifikace

Weissová (in Lechta, 2003) dělí breptavost na čtyři druhy:

1. Motorická breptavost – příznaky: zrychlené tempo řeči, poruchy výslovnosti a v mluvě se vyskytují znaky nervozity a netrpělivosti.
2. Senzorická breptavost - potíže s výběrem potřebných slov, oslabené percepci, neuvědomování si poruchy, objevují se i obtíže při čtení a psaní.
3. Breptavost s dominujícími obtížemi ve formování sémantické struktury výpovědi, následkem je integrační oslabení myšlenkových procesů.
4. Breptavost charakteristická především pomalým tempem řeči a sklonem k prodlužování složek výpovědi.

Luchsinger (in Lechta, 2003) je stejného názoru jako Weissová, tvrdí že breptavost je syndromem, a proto rozlišil breptavost na tyto typy:

1. Čistá tachylálie – charakteristická je příliš rychlým tempem řeči, ale bez narušení propojení mezi myšlením a vyjadřováním.
2. Ideogenetická - je důsledkem myšlenkových a verbálních procesů.
3. Parafrázová – charakteristické jsou obtíže při výběru slov a narušení ve sféře rytmu, přízvuku a tempa řeči.
4. Induktivně-percepční breptavost je vyvolaná experimentálně. U jedinců se neprojevují těžkosti při hledání slov, opakování určitých zvuků, slabik či slov a kvantitou samohlásek, ale projevuje se zejména v monotónnosti řeči.

Diagnostika

Při diagnostice je potřeba oddělovat příznaky breptavosti od řeči osob s mentálním postižením. Diagnostika musí být prováděna komplexně řadou odborníků, jako je foniatr, neurolog, psycholog, logoped a dle potřeby další odborníci. Důležité je při diagnostice provést EEG, které nám pomůže odlišit, zda se jedná o breptavost nebo koktavost. Při diagnostice se využívá rozhovor a testová vyšetření. Lechta (2003) uvádí, že k diagnostice lze použít následující:

- volný rozhovor - zpočátku se ptáme na krátké otázky, postupně zjišťujeme nároky v realizaci kratších a delších mluvních celků,
- hlasité čtení jednoduššího i složitějšího textu,
- psaní - nejlépe lze využít napsání souvislého textu,
- reprodukce vět - nejprve předřikáváme věty kratší, potom je postupně prodlužujeme,
- zpěv a recitace básniček,
- vyšetření motoriky,
- vyšetření hudebních vloh - zpěv, rytmus.

Terapie

Jedinci s breptavostí si nedostatek v komunikaci neuvědomují. Morávek (1969) uvádí, že léčba breptavosti je jednodušší než léčení koktavosti. Dále Morávek (1969, s. 77) tvrdí, že „breptavost a koktavost toho mají mnoho společného, ale přesto to jsou dvě samostatné poruchy.“ Pokud se kombinuje breptavost s koktavostí, pak je terapie velice obtížná.

Klenková (2006) uvádí, že úkolem logopeda je vytvořit či obnovit akustickou a motorickou zpětnou vazbu. Také je potřeba učit breptavého správně dýchat, jasně artikulovat, upravovat tempo, rytmus mluvy a tlumit její rychlost. Lechta (2005) uvádí, hlavní cíle terapie, kterými jsou: prvním cílem je stabilizace správného tempa řeči, pak odstranění těžkostí při čtení, rozvíjení hudebních schopností a zvýšení koncentrace pozornosti.

Tarkowski (in Lechta, 2005) uvádí, že při terapii je potřeba například: stabilizace správného tempa řeči, odstranění obtíží při čtení, rozvíjení hudebních schopností a zvýšení koncentrace pozornosti. Stabilizace správného tempa řeči se realizuje pomocí porovnání audionahrávek osoby s breptavostí a intaktní osoby se správnou výslovností. Další metodou je slabikování, tedy pomalé vyslovování jednotlivých slabik. Dobré je tuto techniku doplnit o vyřukávání. Tarkowski také doporučuje čtení klienta současně s logopedem, kde logoped určuje tempo klientovi, postupem času logoped zeslabuje svůj hlas a nechává klienta samostatně hovořit. Odstranění obtíží při čtení provádíme pomocí metody čtení textu s okénkem. Tato metody se převážně využívá u jedinců se specifickými poruchami učení (dále SPU). Tarkowski (in Lechta, 2005) dále doporučuje cvičení na rozvoj hudebních a vyjadřovacích schopností, které jsou založeny na rozpoznání a opakování stále složitějších hudebních struktur a zpívání písní. K rozvíjení se používá hlasité a zřetelné čtení textů, recitace a dotváření textů. Dále lze použít učení se z paměti krátkých bezesmyslných slov.

Tarkowski (in Škodová, Jedlička, 2004) také zmiňuje, že podstatou breptavosti není zrychlené tempo řeči, ale myšlenkový chaos, proto se Tarkowski zaměřuje na tradiční terapii soustředěnou na strukturu povrchové výpovědi. Cílem terapie je zlepšení plynulosti exprese, především artikulační plynulosti, stabilizace správného tempa řeči, zvýšení koncentrace pozornosti, rozvíjení rytmického cvičení a zlepšení čtení a vyjadřování. Podle Tarkowského je efekt terapie okamžitý, ale krátkodobý. Terapie podle Seemana (1955) trvá nejméně dva měsíce, délka terapie se odvíjí od věku jedince, čím je jedinec mladší, tím lepších výsledků lze dosáhnout. Seeman (1955) pro svou terapii užíval název cvičná léčba řeči. Při této terapii bylo pro něj podstatné, aby se klient i logoped zaměřili na zpomalení řeči. Při terapii Seeman navrhoval zpomalené rytmizované mluvení a čtení. Sovák (1973) také doporučuje zpomalení tempa řeči pomocí hlasitého čtení.

3.5 Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)

Narušení článkování řeči zahrnuje dvě poruchy řeči, dyslalii (patlavost) a dysartrii. Tyto poruchy mají odlišnou etiologii, ale mají společný symptom a to je narušené článkování řeči.

3.5.1 Dyslalie (patlavost)

Dyslalii můžeme označit jako nejčastěji se vyskytující poruchu komunikační schopnosti a to zejména u dětí. Jde o poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné nebo skupiny hlásek rodného jazyka. K tomuto tvrzení se přiklání i Seeman (1955), který definuje dyslalii jako neschopnost správně vyslovovat nebo správně tvořit některé hlásky nebo hláskové skupiny. Také Sovák (1981) popisuje dyslalii podobně jako nesprávnou výslovnost jedné nebo více hlásek, přičemž ostatní hlásky jsou vyslovovány správně. Klenková (2006, s. 99) také ve své publikaci uvádí podobnou definici: „*dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.*“ Krahulcová (2003) tvrdí, že je důležité rozeznávat vadnou výslovnost od nesprávné výslovnosti, která je zapříčiněna fyziologickým přirozeným jevem do určitého věku dítěte, jde o tzv. fyziologickou dyslalii. Rivas, Molina (2012) uvádějí, že dítě s dyslalií hlásku vynechává nebo ji nevyslovuje jasně či používá jinou hlásku na místo hlásky správné. Lechta (1990, s. 112) vymezuje dyslalii jako „*neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.*“ Další výklad dyslalie bychom mohli najít u Dvořáka (1999, s. 14), který dyslalii specifikuje takto: „*Dyslalie, patlavost, psellismus je obecné označení pro vadnou výslovnost hlásky nebo hlásek. Znamená to, že nejméně jedna určitá hláska není v souladu s kodifikovanou normou českého jazyka.*“ Nádvorníková (in Lechta, 2003, s. 170) vysvětluje dyslalii následovně: „*Dyslalie v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka, což je i příčinou toho, že jde nejrozšířenější vadu řeči v lidské společnosti.*“

Klenková (1998) uvádí, že hlavní úroveň, která dyslalii charakterizuje je fonetická, vztahuje se na používání jednotlivých hlásek, a také představuje analytickou stránku řeči. Fonologická úroveň se týká používání základních mluvních zvuků spojovaných do slabik, slov a vět. Na fonetické úrovni se porucha řeči projeví hlavně ve vynechávání, záměně nebo nahrazování hlásek. Podle Klenkové (2006) se jedná se o vadu vývojovou, která vzniká

během vývoje výslovnosti a přetrvává až do 6. - 7. roku života dítěte, kdy jsou první stereotypy fixovány.

Nejvyšší výskyt dyslalie můžeme sledovat u dětí předškolního věku, kdy je součástí celkového rozvoje dovedností a schopností dětí, se stoupajícím věkem výskyt klesá. Z hlediska pohlaví Klenková (2006) uvádí, že se dyslalie vyskytuje častěji u chlapců; poměr výskytu je asi 60 % : 40 %. Krahulcová (in Kerekretiová, 2009) uvádí výskyt dyslalie podle věku: okolo šestého roku je průměrný výskyt dyslalie u 60 % jedinců, na začátku školní docházky se vyskytuje u 40 % jedinců, do devátého roku pokračuje pokles na 10 %, a v dospělé populaci se dyslalie vyskytuje u 8 % jedinců. Lechta (1990) uvádí, že z hlediska inteligence se dyslalie vyskytuje častěji u žáků ze školy zvláštní než u žáků intaktních. Kerekretiová (2009) uvádí, že dyslalie se považuje za nejčastější narušenou komunikační schopnost, jak u intaktní populace, tak i u jedinců s postižením.

Etiologie

V literatuře se uvádějí příčiny rozdělené na funkčně nebo organicky podmíněné. U funkční poruchy jsou mluvidla bez poruchy. Rozeznáváme typ motorický a senzomotorický. Motorický typ má dopad na celkovou neobratnost, včetně snížení mobility mluvidel. U senzomotorického (vjemového) typu se vyskytuje nekorektní vnímání a diferenciací mluvních zvuků. Dle Klenkové (2006) se tento typ objevuje častěji u nemuzikálních dětí. Mnohdy se jedná o nedostatek ve sluchové a pohybové diferenciaci. Salomonová (2007) připouští i možné minimální orgánové poškození během porodu či těhotenství.

Organická porucha je způsobena nedostatky nebo změnami na mluvních orgánech. Příčiny dále dělíme na vnitřní a vnější. K vnitřním příčinám patří poruchy sluchu, nedostatečná diskriminace zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně neurotické nedostatky. Organická dyslalie vzniká podle Lechty (1990) jako důsledek narušení dostředivých nervových drah, odstředivých drah nebo při poškození centra řeči, dále také při inervačních a anatomických odchylek mluvidel. Salomonová (2007) tuto kategorii doplňuje o poruchy sluchu, které mohou výrazně ovlivňovat výslovnost.

Krahulcová (2003) uvádí tyto příčiny dyslalie: dědičnost, vliv prostředí, vrozené dispozice, patologie mluvních orgánů a další postižení senzomotorické, mentální nebo související s vývojem výslovnosti a dyslalií. Dále mezi příčiny můžeme zařadit poruchy analyzátoru, poškození dostředivých a odstředivých nervových drah, poruchy centrálního nervového systému a poruchy řečového neuroefektoru. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí tyto příčiny

dyslalie: dědičnost, vliv prostředí, poruchy zrakového a sluchového vnímání, poškození dostředivých a odstředivých drah a anatomické úchytky mluvidel. Peutelsmiedová (2001) vidí příčinu těžké a dlouhotrvající dyslalie v defektu intelektu.

Klasifikace a symptomatologie

Dělení dyslalie je velmi různorodé a můžeme ho tedy posuzovat dle několika kritérií.

Dělení z vývojového hlediska

Při dělení je potřeba zohledňovat věk dítěte, jeho pohlaví a inteligenci. Peutelschmiedová (2005) uvádí, že musíme rozlišovat termíny jako je vadná výslovnost, tedy dyslalie, a výslovnost nesprávná, která značí tzv. dyslalii fyziologickou. Nesprávná výslovnost je u dítěte asi do pátého roku považována za fyziologický jev. Mluvíme o tzv. fyziologické dyslalii. Někdy mohou tyto nedostatky ve výslovnosti přetrvávat do pátého až sedmého roku věku dítěte – jedná se o prodlouženou fyziologickou dyslalii. Neupraví-li se výslovnost ani do sedmého roku věku dítěte, mluvíme o výslovnosti vadné, kdy je nesprávná výslovnost zafixována a je třeba vyhledat odbornou logopedickou péči.

Klenková (2006) klasifikuje dyslalii podobně: na fyziologickou, prodlouženou fyziologickou a pravou dyslalii. Salomonová (2007) dělí dyslalii na fyziologickou a patologickou. Lechta (1990) také rozlišuje dyslalii fyziologickou a patologickou. Fyziologická dyslalie je vývojová, která je do období sedmi let dítěte přirozeným mluvním jevem. U patologické dyslalie dítě není schopno si osvojit tvoření některých hlásek či hláskových skupin. Jestli dítě hlásku nahrazuje nebo vynechává, je stále naděje, že si ještě spontánně osvojí správnou výslovnost. V případě nesprávného tvoření hlásky již ke spontánní autokorekci obvykle nedochází a je zapotřebí vyhledat odbornou pomoc logopeda.

Klenková (2006) uvádí dělení podle toho, jakým způsobem dítě hlásky vyslovuje:

- *mogilálie*- dítě neumí hlásku vytvořit, a proto ji v řeči vynechává, pokud nesprávně tvořená hláska přetrvává i po čtvrtém roce, je označována předponou *mogi*- nesprávně tvořená hláska je označována podle řeckého názvu s příponou *-ismus* (např. *mogirotacismus*),

- *paralálie*- dítě zaměňuje hlásku, kterou neumí vyslovit za jinou, tato vada se označuje předponou para- nesprávně tvořená hláska označována podle řeckého slova s příponou -imus (např. pararotacismus),
- *dyslálie* – dítě vyslovuje hlásku chybně – jiným způsobem a to na jiném artikulačním místě, řeckým názvem se tento vadný způsob tvoření označuje názvem hlásky a příponou – *ismus* (např. vadné tvoření hlásky R – rotacismus, vadné tvoření sykavek – sigmatismus apod.).

Dělení podle příčin

Funkční dyslalie – rozlišujeme typ senzoričtý a motorický. U senzoričtého typu je narušena schopnost sluchové diferenciaci. U motorického typu jde o motorickou a artikulační neobratnost, která je způsobena patologickou artikulační dynamikou.

Orgánová dyslalie – může být podmíněna různými faktory, například anomálií patra, jazyka, chrupu či rtů, dále vadami sluchu a zraku.

V dalším dělení je dyslalie posuzována z hlediska orgánů, které narušují fyziologickou výslovnost. U několika autorů jako je například: Lechta, 1990; Klenková, 2006; Dvořák, 2007 lze najít dělení dyslalie dle lokalizace konkrétní příčiny. Proto uvádíme pro představu Dvořákovo (2007, s. 57) dělení dyslalie podle lokalizace konkrétních příčin:

- akustická – při vadách, poruchách sluchu,
- labiální – při defektech rtů,
- dentální – při defektech zubů,
- palatální – při anomáliích patra,
- lingvální – při anomáliích jazyka,
- nazální - při narušení nazality,
- centrální – při poruchách centrální nervové soustavy.

Dělení podle rozsahu

- Mnohočetná dyslalie (dyslalia univerzalis) – výslovnost většiny hlásek je postižena,

- Dyslalia multiplex – menší rozsah špatně vyslovených hlásek, řeč je srozumitelná lépe,
- Parciální dyslalie – vada jedné nebo více hlásek.

Symptomatologie

Symptomatologie dyslalie úzce souvisí s jejími rozličnými klasifikacemi, které jsme již uvedli v předcházející textu. Dále můžeme z hlediska symptomatologie dělit dyslalii na dva hlavní typy: jedná se o dyslalii hláskovou a kontextovou. Mlčáková (2013) uvádí, že hláskovou dyslalii lze ztotožnit s poruchou fonetickou a dyslalii kontextovou naopak s poruchou fonologickou. Hláskový typ značí, že se jedná o narušení izolovaných hlásek a kontextová dyslalie v sobě obsahuje další dva subtypy, a to slabikový a slovní. U slabikové dyslalie jsou izolované hlásky vyslovovány správně, ale ve slabikách dochází k jejich disimilaci, a tedy i chybnému vyslovení. Slovní dyslalie současně popisuje stejnou situaci s výjimkou toho, že hlásky jsou vyslovovány chybně v rámci celých slov. Salomonová (2007) uvádí, že může docházet k tomu, že dítě bude některé slabiky ve slově buď úplně vynechávat, nebo přesmykovat.

Diagnostika

Základem diagnostiky je logopedické vyšetření. Postup při diagnostice u všech poruch komunikační schopnosti je následující: shromáždění anamnestických údajů, vyšetření sluchové percepce, fonematické diferenciacce, vyšetření motoriky celkové i jemné a také motoriky mluvních orgánů, impresivní a expresivní složky řeči a vyšetření laterality. U dyslalie je potřeba si všimnout kvality chrupu a hlavně skusu, způsobu dýchání, mimiky, pohybu rtů a jazyka. Dále se stanoví diagnóza na základě logopedického vyšetření ve spolupráci s dalšími odborníky. Nutná je spolupráce logopeda, psychologa s učitelem. Řečová komunikace je základní vyšetřující metodou. Dále se používá depistážní vyšetření, které se zaměřuje na poruchy komunikačních schopností v širší skupině. Vyšetření začíná již setkáním a prvními slovy rozhovoru. Dobré je navázat kontakt pomocí prohlížení obrázků a jeho popisu. Po tomto navození kontaktu přecházíme k řízenému rozhovoru s cílem zjistit výslovnost jednotlivých hlásek. Pořadí vyšetřování hlásek je různé. Lze použít zkoušky a obrázkové testy při vyšetření výslovnosti. Při vyšetření artikulace se používají přístrojové metody, jako je

sonograf a spektrograf. Kutálková (1999) uvádí, že je nutné přesně odlišit dyslalii od různých forem dysfázie.

Lechta (1990) rozpracoval několik cílů potřebných u logopedické diagnostiky: u klienta se snažíme zjistit: zda se jedná o mogilálii, paralálii nebo narušení ve smyslu distorze, zda jedinec danou hlásku vyslovuje chybně na začátku, uprostřed nebo na konci slova, zda jde o prostou dyslalii, nebo o symptom jiného postižení, dále zjišťujeme kvalitu fonematické diferenciaci a úroveň motoriky řečových orgánů a nakonec zjišťujeme samotnou příčinu dyslalie a její další charakteristiky. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí tyto cíle diagnostiky: zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti, stanovení diagnózy, ale také prognózy. Z následujících závěrů logoped vytvoří individuální plán nápravných postupů.

Diagnostika dyslalie u dětí se liší od diagnostiky dyslalie u osob dospělých. U dětí se využívá screening či depistáž. Screening vysvětluje Nádvořníková (in Lechta, 2003) jako formu logopedické diagnostiky, která má orientační charakter a je zaměřená na osoby s NKS v širší populační skupině. Dle Klenkové (2006) se jedná o děti předškolního věku či školní začátečníky, u kterých se vyhledávají příznaky dyslalie.

Terapie

Dítě by mělo po příchodu do školy umět artikulovat všechny hlásky, proto je nutné začít s péčí už v předškolním věku dítěte. Před zahájením samotné terapie je potřeba navázat kontakt mezi logopedem a dítětem s dyslalií. Je vypracovaná celá řada zásad o průběhu terapie, jak u dětí tak i dospělých. Seeman (1955) rozpracoval čtyři zásady, které jsou platné i v současnosti.

- Zásada krátkodobého cvičení,
- Zásada využití sluchové kontroly,
- Zásada používání pomocných hlásek,
- Zásada minimální akce.

Průběh terapie se dělí na čtyři základní etapy

1. Přípravná cvičení
2. Vyvozování hlásek

3. Fixace hlásky
4. Automatizace hlásky

3.5.2 Dysartrie

Klenková (2006) uvádí, že se jedná o poruchu motorické realizace jako celku, která vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Totéž tvrdí i Kerekrétiová (2009), která také uvádí, že dysartrie vzniká při organickém poškození nervové soustavy. K tvrzení Kerekrétiové a Klenkové se přiklání také Neubauer (2010, s. 44) který definuje dysartrii jako „*poruchu motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy.*“ Škodová, Jedlička (2005) uvádějí, že dysartrie zahrnuje hodně řečových poruch, které řadíme do oblasti motorických řečových poruch, protože jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů. Lechta (1990) dysartrii definuje jako narušení artikulační činnosti. Cséfalvay (in Kerekrétiová, 2009) tvrdí, že při dysartrii dochází ke komplexnímu (multikomponentnímu) narušení, které může narušit schopnost respirace, fonace, rezonance, artikulace či prozodie. K tomuto tvrzení se přiklání i Klenková (2006), která uvádí, že dysartrie je postižení všech řečových komponent, respirace, fonace, artikulace a prozodických faktorů. Nesmíme zapomínat také na možné narušení svalů, které participují na řečovém projevu a inervují oblasti, jež se na projevu podílejí. Lejska (2003, s. 99) chápe pojem dysartrie jako „*poruchy pohyblivosti mluvidel, které vznikají jako následek poškozené inervace této oblasti.*“ Škodová, Jedlička (2003, s. 307) uvádějí: „*dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch.*“ Braunová (in Klenková, 2006, s. 117) chápe dysartrii jako: „*anomálie artikulace, která je podmíněna poškozením části nervového systému, bez nichž nemůže normálně probíhat v užším smyslu řádné fungování artikulace.*“ Autorka také uvádí následující typické vlastnosti dysartrie: snížená podpora dechové řeči, prozodické deficity, artikulační nepřesnost, nedostatky v kvalitě hlasu a ve změně rezonance a typická je zvýšená nosovost. Sovák (in Lechta, 2005) uvádí, že předpona dys neoznačuje vývojovou poruchu, ale míru poškození artikulace. Pokud jde o dysartrii, jde o lehkou až těžkou poruchu celkové artikulace. Jestliže jde o úplnou neschopnost artikulovat, používáme termín anartrie. Anartrie je nejzávažnější případ poruchy motorických řečových modalit. Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003) pro anartrii je charakteristická ztráta verbální komunikace s okolím, neschopnost artikulované mluvy, může být také spojené s neschopností tvořit hlas – afonie, často je také dysartrie spojována s dysfagií, což je porucha polykání. Obě

tyto poruchy řadíme k neurogenním poruchám, což znamená, že jsou zapříčiněné lézí centrální nervové soustavy.

Neubauer (in Škodová a Jedlička, 2005) uvádí, že u dětí s projevy dětské mozkové obrny se nejčastěji setkáme s vývojovou dysartrií. Můžeme se také setkat s označením získaná dysartrie. Při které jde o náhle vzniklou dysartrii na bázi traumatu či onemocnění centrální nervové soustavy. Škodová, Jedlička (2005) uvádějí, že u dospělých jedinců bývá spojena s cévní mozkovou příhodou, úrazy hlavy, onkologickými a infekčními onemocněními mozkové tkáně. Dysartrie může vzniknout v kterémkoliv období života, může být vrozená nebo může vzniknout následkem perinatálního poškození nervového systému. Škodová, Jedlička (2003) popisují vývojovou dysartrii jako poruchu vzniklou od počátku vývoje organismu, která vznikla na základě poškození centrální nervové soustavy dítěte. Proto je nejčastěji spojována s projevy dětské mozkové obrny. Škodová a Jedlička (2003) uvádějí, stejně jako Neubauer (in Lechta, 2005), že vývojová dysartrie vzniká v důsledku poruchy způsobené organickým poškozením centrální nervové soustavy, ke kterému došlo v období prenatálním či perinatálním. Proto Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že porucha je nejčastěji spojována se skupinou dětí narozených s projevy dětské mozkové obrny. Na vzniku poruchy se může dále podílet například úraz hlavy, mozku, onkologické onemocnění atd. Řečový projev je ztížen nesprávnou schopností dýchání a tvorby hlasu. Forma a stupeň dysartrie je zpravidla dána lokalizací a rozměrem poškození motorického funkčního systému. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že narušení se týká i dechových poměrů a fonace. Morgan (2014) uvádí, že dysartrie je často se vyskytující komunikační porucha spojená s traumatickým poškozením mozku.

Etiologie

U dysartrie se objevuje řada příznaků, které závisí na lokaci a rozsahu poranění. Při poškození centrální nervové soustavy dochází k poruše procesu artikulace. Již před porodem, v perinatálním období nebo během raného věku se projevují neurologická poškození. Mlčáková, Vitásková (2013) píše, že příčinou vzniku vývojové dysartrie u dětí je syndrom dětské mozkové dysfunkce. Mezi další příčiny řadí úrazy hlavy, mozku a mozkové nádory. Autorky uvádějí, že neurologické onemocnění je vždy podkladem dysartrie. Škodová, Jedlička (2003) tvrdí, že příčinou dysartrie je zejména organické poškození mozku, které může způsobit poruchy řečové komunikace. V oblasti vývojové poruchy u dětí jde převážně o dětskou mozkovou obrnu, traumatické poškození mozku po úraze nebo o následky

nádorových onemocnění mozku v raném věku dítěte. Dysartrie je součástí řady neurologických syndromů a onemocnění, zejména však vrozených vad a degenerativních onemocnění centrální nervové soustavy. Lejska (2003) uvádí, že postižení může vzniknout i v průběhu porodu. Poškození mozku a mozkových drah a tím i následná dysartrie může být zapříčiněna následujícími příčinami:

- v prenatálním období – úrazy matky, infekční onemocnění matky, nitroděložní změknutí mozku, nedonošenost různého stupně atd.
- v perinatálním období – dušení dítěte během porodu
- v postnatálním období – meningitida, encefalitida, horečná onemocnění, intoxikace v prvních měsících života.
- v pozdějším věku – cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádory, metastázy, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, toxická poškození centrálního nervového systému.

Symptomatologie

Charakteristickým příznakem dysartrie je porucha artikulace, kdy řeč je tvořena namáhavě a je nekoordinovaná. Dalším příznakem je porucha respirace. Dýchání je povrchní nebo nekoordinované s tvorbou hlasu. Sovák (1981) uvádí, proměnlivost a nestálost dechové činnosti. Dále se mohou objevit poruchy ve tvorbě hlasu. V tomto případě může být hlas nepřítomen nebo může být drsný, přiškrcený, nepřirozeně tichý, hlasitý či kolísavý. Dalším příznakem je narušení nosní rezonance, kdy uniká vzduch nosem a řeč nabývá nosového a huhňavého charakteru. Také může být postižena hrubá a jemná motorika a motorika mluvidel. U jedinců s dysartrií se může objevit i dysprozódie. Lokalizace poškození centrální nervové soustavy ovlivňuje modulační faktory. Sovák (1978) v publikaci uvádí, že tempo řeči může být buď zrychlené – tachylalie nebo zpomalené – bradylalie. U pohybových postižení může vyskytnout také narušené koverbální chování. Projevy narušeného koverbálního chování jsou např.: zdvihání ramen při mluvení, zvýšené artikulační úsilí, zvýšené svalové napětí v orofaciální oblasti. Narušené koverbální chování se objevuje nejčastěji u osob s palatolalií a u balbutiků.

Klasifikace

Někteří autoři se při klasifikaci dysartrie přiklánějí k dělení z hlediska lokalizace léze a jiní z hlediska neurologických symptomů. Autoři používají i kombinaci výše zmíněných aspektů, např. Sovák (1978) klasifikuje dysartrii následovně:

- korová,
- pyramidová,
- extrapyramidová,
- bulbární,
- cerebelární,
- smíšená.

Diagnostika

Diagnostika se stanoví na základě komplexního vyšetření. Hlavně u dětí s dětskou mozkovou obrnou je velice důležitá interdisciplinární spolupráce a zachovat zásady provedení komplexní diagnostiky. Vyšetření provádí tým odborníků. U dítěte s vážnou poruchou centrální nervové soustavy je potřeba vzájemná komunikace mezi lékařským, fyzioterapeutickým, psychoterapeutickým a logopedickým týmem odborníků. Dětský neurolog stanoví neurologickou diagnózu. Dále je důležitá psychologická diagnóza, která zjišťuje duševní a kognitivní schopnosti dítěte. Tyto informace jsou důležité pro stanovení individuálního rehabilitačního plánu pro dítě. Logopedická diagnostika hodnotí projevy poruch řečové komunikace a logoped následně stanoví terapeutické činnosti pro dítě. Důležité je dodat celkové zhodnocení dítěte v oblasti vývojových dovedností. Mlčáková, Vitásková (2013) uvádějí, že při vyšetření jedince se detailně sledují a hodnotí procesy, které se účastní na mluvení. Logoped při hodnocení projevu jedince využívá pozorování, audionahrávky, případně videonahrávky a další metody.

K diagnostice dysartrie můžeme použít kromě zobrazovacích metod také EEG a elektromyografii (dále EMG), které pomáhají určit zdroj příznaků a mohou pomoci při diagnostice. V současnosti neexistuje v českém jazyce testový materiál, který by komplexně hodnotil oblast vývojové dysartrie. V rámci diferenciální diagnostiky je potřeba odlišit

dysartrii od dalších narušení komunikační schopnosti, například od vývojové dysfázie, dyslalie, afázie. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí cíle logopedické diagnostiky následovně:

- zhodnocení dosažené úrovně ontogeneze řečových a komunikačních schopností,
- stanovení diferenciální příčiny poruchy,
- stanovení typu dysartrie a hloubky postižení komunikace s okolím,
- stanovení plánu logopedické péče.

Terapie

Klenková (2006, s. 122) uvádí, že „*terapie u získaných forem dysartrie se liší od forem vývojových používanými terapeutickými metodami a prostředky*“. Stále častěji dochází k propojování logopedické péče s fyzioterapií. Cílem terapie je dosažení maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života jedince s dysartrií. U dětí s poškozenou centrální nervovou soustavou a u dětí a dětskou mozkovou obrnou je důležité propojení somatické léčby s rozvojem komunikačních schopností. Nejčastěji jsou používány tyto rehabilitační metody:

- Bobathova metodika,
- Metodika reflexní lokomoce,
- Kabatova metodika,
- Myofunkční terapie.

3.6 Narušení grafické stránky řeči

Specifické poruchy učení nelze chápat jako izolovanou poruchu, je třeba si uvědomit, že bývá zasažena celá osobnost jedince. Ztížen je zejména přístup k získávání informací prostřednictvím čtení. Prospěch ve škole často neodpovídá vynaloženému úsilí postiženého, potom opakované neúspěchy vedou k rezignaci.

Terminologie a klasifikace

Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádějí, že specifické vývojové poruchy školní dovednosti označují poruchy, které od raného stádia vývoje narušují způsob normálního osvojování si dovedností čtení, psaní a aritmetiky. Poruchy nejsou způsobeny nedostatečnými příležitostmi k učení ani mentální retardací. Poruchy také nesouvisí s žádnou formou získaných úrazů či onemocnění mozku. Podskupinou specifických vývojových poruch a dovedností jsou specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80) náležících do Poruch psychického vývoje (F80-F89).

Matějček (in Lechta, 2003, S. 298) tvrdí, že „Specifické poruchy učení jsou poruchami v jednom nebo více psychických procesech, které se účastní v porozumění řeči nebo v užívání řeči a to mluvené i psané. Tyto poruchy se mohou projevat v nedokonalé schopnosti naslouchat, myslet, mluvit, číst, psát nebo počítat. Zahrnují stavy, jako je například narušené vnímání, mozkové poškození, lehká mozková dysfunkce, dyslexie, vývojová dysfázie atd.“ Matějček (1995) dále uvádí další rozšířenější definici, která zní takto: poruchy učení jsou souhrnným označením různorodé skupiny poruch, které se projevují znatelnými obtížemi při nabývání a užívání dovedností, jako je mluvení, porozumění mluvené řeči, čtení, psaní, matematické usuzování nebo počítání. Porucha učení se může vyskytovat současně s jinými formami postižení, jako jsou například: smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy nebo se mohou vyskytnout souběžně s jinými vlivy prostředí například s kulturními zvláštnostmi, nedostatečnou nebo nevhodnou výukou a psychogenními činiteli. Tato porucha není přímým následkem takových postižení nebo nepříznivých vlivů. Současnou definici specifických poruch učení uvádí také Matějček (in Lechta, 2003, s. 299) který uvádí: „Specifické vývojové poruchy čtení - dyslexie, pravopisu - dysortografie a psaní dysgrafie, jsou poruchy projevující se obtížemi v učení při běžném postupu, za přiměřené inteligence a sociokulturní příležitosti. Jsou podmíněny poruchami v základních poznávacích schopnostech.“ Selikowitz (2000) uvádí následující definici: „specifické poruchy učení

mohou být definovány jako neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech“. Světová zdravotnická organizace rozlišuje následující kategorie specifických vývojových poruch školní dovednosti (F 81) takto (Říčan, Krejčířová, 1997):

- F 81.0 Specifická porucha čtení
- F 81.1 Specifická porucha psaní
- F 81.2 Specifická porucha počítání
- F 81.3 Smíšené poruchy školní dovednosti
- F 81.8 Jiné poruchy školní dovednosti
- F 81.9 Vývojové poruchy školní dovednosti nesespecifické

Neubauer (1997) řadí specifické poruchy učení do poruch na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí. V dospělosti je Neubauer charakterizuje jako přetrvávající akceleraci poruchy komunikace čtení a psaní. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že do specifických poruch učení, řadíme dyslexii, dysgrafii, dysortografii a dyskalkulii. Specifické poruchy učení jsou zastřešujícím názvem pro skupinu různorodých poruch, které mají společné to, že se jim připisují dysfunkce centrálního nervového systému. Předpona dys označuje buď částečnou poruchu funkce, nebo vývojovou poruchu. Proto je potřeba odlišovat alexii od dyslexie.

Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že specifické poruchy učení nelze chápat izolovaně, je potřeba si uvědomit, že byla zasažena celá osobnost. Specifické poruchy učení zasahují nejen věk školní, ale i věk předškolní a mohou poznamenat i dospělého jedince. Přítomnost poruchy narušuje oblast psychickou, pedagogickou, speciálně - pedagogickou a ve svém důsledku omezuje i komunikační schopnosti jedince. Poruchy, které nespádají do výše uvedených kategorií, jsou označovány jako tzv. nepravé poruchy učení. U podskupin se mohou objevit předpony hyper, oligo či přípona astenie.

Dyslexie je specifická porucha čtení, která se projevuje neschopností naučit se číst běžnými výukovými metodami. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších poruch učení. Tato porucha se většinou nevyskytuje samostatně. Dyslexie činí jedincům problémy v rozeznávání a zapamatování si jednotlivých písmen, zvláště pak písmen tvarově podobných, dále mají jedinci problémy s rychlostí čtení, správností čtení a s porozuměním čteného textu. Sovák (1973) u dyslexie uvádí tyto problémy: neznalost písmen a jejich nejisté poznávání, záměny,

přesmykování, vadná diferenciacie, vynechávání nebo přidávání písmen dohadováním atd. Kerekrétiová (2009) mezi příznaky uvádí zpomalený vývoj čtení a narušené chápání přečteného textu. Dále uvádí, že časté jsou přidružené poruchy v emoční sféře.

Následně uvádíme pro srovnání definici, která má význam zvláště z pedagogického hlediska. Podle Matějčka (1995) je dyslexie porucha, která má biomedicínské příčiny. Patrný je zejména rozdíl mezi úrovní rozumových schopností a čtením. Dyslexie je závažnou poruchou, kterou provází deficit ve vývoji poznávacích procesů. Také může mít důsledky v oblasti emoční a sociální. Ve škole je třeba pečlivě rozlišovat mezi obtížemi ve čtení způsobenými odlišnými faktory než je porucha čtení, pro niž platí jisté organizační postupy. Dále Matějček (1995, s. 95) tvrdí, že: „*Dyslexie je specifická porucha čtení, projevující se v některých případech již v úplných počátcích čtení při rozpoznávání a zapamatování si jednotlivých písmen, zvláště pak v rozlišování písmen tvarově podobných (b-d, s-z, t-j). Problém může být i v rozlišení zvukově podobných hlásek (a-e-o, b-p). Obtíže nastanou při spojování hlásek ve slabiku, a posléze souvislé čtení slov související s oslabením v oblasti spolupráce mozkových hemisfér.*“

Dysgrafie je specifická porucha grafického projevu. Dítě obtížně napodobuje tvary písmen, píše křečovitě, písmo je neuspořádané, těžkopádné a neobratné. U jedince s dysgrafií je častá chybovost a také je postižena celková úprava písemného projevu a řazení písmen. Dítě píše zpravidla křečovitě. Dysgrafie může souviset s dyslexií. Slowík (2007) tvrdí, že specifická porucha psaní narušuje písemný projev, který bývá nečitelný a neuspořádaný. Dále uvádí, že dítě se specifickou poruchou psaní si nepamatuje tvary písmen, zaměňuje podobná písmena, píše pomalu a s námahou.

Podle Zelinkové (2006) je dysgrafie poruchou, která postihuje grafickou stránku písemného projevu. Písmo je malé nebo velké a často bývá nečitelné. Tvary písmen a napojování jednotlivých písmen je nesprávné. Dítě s dysgrafií často škrta. Příčinu dysgrafie vidí v deficitu vývoje grafomotoriky, pohybové koordinaci, koordinaci pohybů oka a ruky, rychlosti psychických procesů, impulzivité, kdy dítě při psaní slova už píše písmena slova následujícího. Podle Sováka (1978) u dysgrafie jde o vývojově sníženou schopnost až neschopnost osvojit si zručnost psaní. Dále Sovák (1978) tvrdí, že je postižen tvar a řazení písma.

Dysortografie je specifická porucha pravopisu, často se vyskytuje současně s dyslexií. Je charakteristická tím, že se žáci dopouštějí specifických chyb v pravopisu. Písemný projev bývá často neupravený, nečitelný a písmo často nebývá na řádku. Kerekrétiová (2009) tvrdí, že jedinci mají také obtíže při osvojování psané řeči, které je zpomalené. U dysortografie, jak

uvádí Škodová, Jedlička (2003), mohou být přítomny různé poruchy, například: porucha sluchového rozlišování hlásek, porucha ve vnímání optických tvarů a porucha v dynamice duševních pochodů.

Dyskalkulie je neschopnost číst čísla, číslice nebo porozumět matematickým operacím. Matějček vysvětluje dyskalkulii jako obdobu dyslexie v matematické oblasti. Projevuje se tím, že se dítě nemůže naučit počítat, i když není po stránce intelektové opožděné a má normální příležitosti k učení. Mezi nejčastější projevy řadíme ulpívání na konkrétních názorných představách a nepochopení symbolické povahy čísel. Matějček (1995) uvádí, že se jedná o poruchu abstraktního myšlení a ztížené chápání symbolické povahy grafických znaků. Říčan, Krejčířová (1997, s. 177) definují dyskalkulii takto: *„Specifická porucha učení postihující matematické schopnosti, takže dítě se nemůže naučit počítání, ač jeho rozumové schopnosti jsou alespoň v mezích širší normy a dostává se mu odpovídajícího výukového vedení.“* Lechta (2003, s. 201) uvádí, že dyskalkulie se projevuje tím, že *„dítě nemůže pochopit symbolickou povahu čísel a ulpívá zcela nepřiměřeně na konkrétních názorných představách.“* Podle Košče (1990) se jedná o strukturální poruchu matematických schopností, které mají původ v genově či perinatálně podmíněném narušení těch partií mozku, které souvisí s přiměřeným anatomicko-fyziologickým zráním matematických funkcí. Košč (1990) rozlišuje šest typů dyskalkulie: verbální, praktognostickou, lexickou, grafickou, operační a ideognostickou.

Verbální dyskalkulie – porucha schopnosti slovního označení množství, počtu předmětů, názvů číslic, operačních znaků a matematických úkonů, také se objevují problémy s vyjmenováním číselných řad.

Praktognostická dyskalkulie – porucha manipulace s předměty nebo symboly. Žáci nedokážou rozřadit předměty podle určitého kritéria, porovnávat geometrické tvary, jedinci také mají problémy s jejich diferenciací a prostorovou orientací na ploše.

Lexická dyskalkulie – porucha čtení matematických symbolů, číslic, čísel, operačních znaků. Dochází k zaměňování podobných znaků.

Grafická dyskalkulie – neschopnost psát číslice, operační znaky, kreslit geometrické tvary. Žákům dělají problémy číselné diktáty, přepisy a psaní řádků pod sebe. Při grafické dyskalkulii bývá také narušena pravolevá orientace, což způsobuje zrcadlové psaní číslic.

Ideognostická dyskalkulie – porucha chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi. Žáci mají problémy s řešením slovních úloh. Zelinková (1994) tvrdí, že jde o poruchu v oblasti pojmové činnosti.

Operacionální dyskalkulie – jedná se o narušenou schopnost výkonu matematických operací. Novák (2000) uvádí, že se operacionální dyskalkulie se projevuje uchylováním k písemným formám řešení i v jednoduchých případech, dále je objevuje labilita, zvýšená chybovost, obtíže činí i pamětní počítání.

Etiologie

V současné době je uváděna multikulturní příčina specifických vývojových poruch školní dovednosti. Mohou se kombinovat příčiny endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), což vytváří individuální symptomatický obraz poruchy. Vitásková, Peutelschmiedová (2005) řadí, do endogenních faktorů dysfunkci centrální nervové soustavy a dědičnost. Do exogenních příčin řadí nepříznivé vlivy prostředí, které dále dělí do dvou skupin na rodinu a školu. Pokorná (2001) dělí příčiny specifických vývojových poruch učení na dispoziční příčiny, kam řadí:

Genetické vlivy, které působí na vznik SPU, tyto příčiny spolu s dalšími příčinami mohou vznik podmínit.

Lehké mozkové dysfunkce má také vliv na vznik SPU. K drobnému poškození mozku může dojít v prenatálním (infekční onemocnění matky, krvácení v těhotenství, nepříznivé okolnosti způsobující předčasný porod, předporodní meningitida, závislost matky na lécích či alkoholu aj.), perinatálním (pohmoždění hlavy dítěte použitím kleští při porodu, intoxikace plodu, asfyxie aj.) a postnatálním (infekční onemocnění, např. spála, záškrť, černý kašel, zápal plic, prodělané do druhého roku věku dítěte) období.

Odchylná organizace cerebrálních aktivit. Jde o odlišné zpracovávání řečových informací v mozku.

Nepříznivá konstelace laterality. Netypická dominance hemisfér. Zkoumáním anamnéz dětí se specifickými poruchami učení byl prokázán častější výskyt levorukosti, ambidextrie nebo zkřížené laterality u těchto dětí.

Pokorná (2001) ještě uvádí, že je nutné věnovat pozornost vlivům prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a také podmínkám školního prostředí. Tyto faktory mohou mít vliv na školní výkonnost jedince. Sovák (1973) uvádí, že hlavní příčinou dyslexie je drobné poškození centrální nervové soustavy při perinatálním poškození mozku, které postihují motoriku. Poškození je příčinou poruch vnímání, koncentrace pozornosti, oslabení analyticko-syntetické činnosti atd. Kučera (in Škodová, Jedlička, 2003) zpracoval příčiny dyslexie do čtyř kategorií podle příčin obtíží:

1. U 50 % dětí zjistil drobné poškození mozku (lehké dětské encefalopatie).
2. Dědičnost se prokázala u 20 %.
3. Děti s kombinací dědičných příčin a drobným poškozením mozku. Tuto skupinu tvořilo 15 % dětí.
4. Podle Matějčka (1995) do poslední skupiny, která tvořila také 15 % z celkového vzorku, byly zařazeny děti s nejasnou či neurotickou etiologií.

Sovák (1973) také uvádí příčiny vzniku dysgrafie, které vznikají při porušení laterality, poruchách sluchu, poruchách fonemického slyšení, vadách řeči, vadách pozornosti a vůle.

Symptomatologie

Specifické obtíže mohou být závislé na mnoha faktorech, na pohlaví jedince nebo také na předškolní intervenci. Projevy můžeme rozdělit na nespecifické a specifické. Nespecifické projevy jsou přítomny i u jiných vývojových poruch a nejsou vázány jen na okruh specifických vývojových poruch učení. Uvádí se, tyto projevy: deficity v pozornosti, zvýšená unavitelnost, deficity paměti, motorické deficity, obtíže v pravolevé orientaci, obtíže v jazyce a řeči, emoční labilita, poruchy aktivity a poruchy senzomotorické integrace. Specifické projevy vztahují u konkrétního typu specifické poruchy učení. Projevy budou odlišné

v období školního věku, adolescentního věku a dospělosti. Symptomatologii jednotlivých specifických poruch učení jsme zmínili výše u popisu jednotlivých specifických poruch učení.

Diagnostika

Diagnostiku provádějí pracovníci pedagogicko-psychologické poradny či speciálněpedagogického centra tzv. logopedického typu. Nejprve je nutné provést speciálněpedagogické a psychologické vyšetření. Na základě této diagnózy může být dítěti poskytnuta specializovaná péče ve vzdělání. Před samotnou diagnózou se nejprve snažíme navázat dobrý kontakt s dítětem a rodičem, sledujeme chování dítěte a jeho mluvní projev. Dobré je doplnit diagnózu o rodinnou anamnézu. Specifické vývojové poruchy učení nelze diagnostikovat v předškolním věku, ale lze posuzovat úroveň jednotlivých schopností a dovedností. Pro diagnostiku dyslexie se využívá zkouška hlasitého čtení a následný rozbor přečteného projevu dítěte. K této zkoušce se využívají standardizované texty, které jsou odstupňovány podle obsahové a grafické náročnosti. Při čtení zkoušející nic neopravuje, jen zaznamenává chyby, zvláštnosti, nápadnosti chování atd.

Při vyšetření pravopisu se využívají standardizované zkoušky psaní a pravopisu ve formě diktátu. Ke kvantitativnímu a kvalitativnímu hodnocení v oblasti čtení a psaní využíváme testové baterie pro děti školního věku. Ke specifickým materiálům patří například: Test laterality, Paměťový test učení, Dětský screening, Rey-Osterriethova komplexní figura. Pro zhodnocení matematických schopností lze využít komplexní Vyšetření matematických schopností či Barevnou kalkuli. V České republice je problematické vyšetření specifických poruch učení na bázi dyspraxie. Dostupné jsou tyto materiály: Orientační test dynamické praxe a Vyšetření motorických funkcí.

Terapie

Vitásková, Peutelschmiedová (2005, s. 58) uvádějí, že „*speciálněpedagogická péče o jedince se specifickými poruchami učení je založena na vytváření individuálních vzdělávacích programů zohledňujících specifika daného konkrétního typu dle platných legislativních předpisů*“. Žák může být vzděláván v běžné nebo speciální základní škole formou individuální integrace nebo může být zařazen do specializované třídy pro žáky se specifickými poruchami učení a chování, případně může navštěvovat školu zaměřenou na vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení. Základní předpoklad terapie je kvalitně

provedená diagnostika a její srozumitelné výstupy pro jednotlivé odborníky i laiky, které jsou do edukačního procesu zainteresovány. Zelinková (1994) uvádí postup při reedukaci dyslexie v etapě slabičného čtení. První fází je vyvození písmen, které spojujeme do slabik, pak slabikujeme, následně čteme celá slova a věty, a nakonec porozumíme čtenému textu. Při reedukaci dysgrafie postupujeme následovně: nejprve rozvíjíme motoriku, správné držení náčiní, a nakonec použijeme uvolňovací cviky. Důležitým předpokladem úspěšné terapie je vytvoření vhodné atmosféry.

3.7 Symptomatické poruchy řeči

Peutelschmiedová (2001, s. 66) uvádí, že „*narušená komunikační schopnost může být samostatným hlasovým problémem handicapovaného, ale může také figurovat jako příznak, symptom jiného dominantního postižení*“. Lechta (2005) popisuje symptomatické poruchy řeči jako typickou NKS, kterou provází jiné dominující postižení, porucha nebo onemocnění. Sovák (1978) považuje za kombinaci poruchy stav, kdy symptomatická porucha řeči přímo nesouvisí s dominujícím postižením, za komplikaci pak považuje stav, kdy mezi symptomatickou poruchou řeči a postižením existuje přímá příčinná souvislost. Mluvní projev je charakteristickým symptomem dominantního postižení. Nejčastěji se symptomatické poruchy řeči pojí s dětmi s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou a s dětmi s poruchami sluchu a zraku.

Lechta (2011) tvrdí, že termín symptomatické poruchy řeči je přesnější než termín sekundární poruchy řeči. Řečové projevy u symptomatologické poruchy řeči jsou často skutečně jedním z nejcharakterističtějších symptomů dominujícího postižení. Mezi nejčastější symptomatické poruchy řeči u dětí patří: NKS u dětí s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, neslyšících, nevidomých atd. Důležitá je komplexnost zkoumání, která potvrzuje, že symptomatické poruchy řeči mohou být prvotním nápadnějším příznakem začínajících, velmi vážných onemocnění, takže včasný zásah může působit buď preventivně, nebo může zredukovat jejich další negativní důsledky.

Symptomatické poruchy řeči třídíme na specifické a nespecifické. Do specifických symptomatologických poruch řeči řadíme: verbalismus nevidomých dětí a dysprozódie dětí s vrozenou hluchotou. Nespecifické symptomatologické poruchy řeči se vyskytují i v dalších případech a s jinými druhy NKS, které nejsou pro dané postižení typické. Klinický obraz symptomatologických poruch řeči představuje mimořádně pestrou a různorodou logopedickou kategorii. Lechta (2011, s. 55) uvádí, že „*klinický obraz symptomatologických poruch řeči netvoří jednoduchý součet: dominující postižení + narušená komunikační schopnost, ale jde o kvalitativně odlišnou, specifickou jednotku, samostatnou logopedickou kategorii.*“ Lze říci, že symptomatické poruchy řeči se projevují ve všech jazykových rovinách: v gramatické (zejména u dětí neslyšících a s mentálním postižením), foneticko-fonologické (hlavně u dětí s dětskou mozkovou obrnou, u sluchově a mentálně postižených dětí), lexikálně-sémantická (zejména u mentálně postižených) a rovině pragmatická (narušení koverbálního chování u nevidomých dětí).

Etiologie

Na vzniku symptomatologických poruch řeči se podílí různé etiologické faktory, které je někdy obtížné odhalit a vzájemně odlišit. Složitý obraz symptomatologických poruch řeči vyžaduje specifický metodický postup a logopedickou intervenci. Je potřeba zdůraznit, kromě všeobecně platných principů, ještě tyto principy: komplexnost, individuální přístup, včasný zákrok, týmová spolupráce, imitace normálního řečového vývoje a hravý přístup. Na vzniku symptomatologických poruch řeči se podílejí vlivy prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození: centrální nervové soustavy, smyslových i pohybových orgánů nebo další vlivy způsobené během života. Lechta (2011) uvádí, že symptomatologické poruchy řeči vznikají podle tří modelů:

- primární příčina (např. dědičnost) způsobí dominantní postižení (např. hluchotu), toto dominantní postižení provází kromě jiného i NKS – symptomatologická porucha řeči
- primární příčina (např. orgánové poškození mozku) vyvolá dominující postižení (např. mentální retardaci) s druhotně NKS, současně tatáž primární příčina způsobí i souběžné postižení (např. inervace mluvních orgánů) s jeho negativním vlivem na komunikační schopnost (symptomatologická porucha řeči),
- vyskytují se dvě a více primárních příčin, které nepříznivě ovlivňují komunikační schopnost (například slepota způsobí opožděný vývoj řeči).

Symptomatologie

Škodová, Jedlička (2003) uvádějí, že vzhledem k velkému množství příčin je u symptomatologických poruch řeči celá řada různorodých příznaků od úplné nemluvnosti po případy lehkých odchylek od normy při opožděném vývoji řeči. O úplnou němotu nejde ani v těch nejtěžších případech. Škodová, Jedlička (2003, s. 387) dále uvádějí, že „*pro určité typy primárních příčin způsobujících symptomatologické poruchy řeči existují typické příznaky*“. V důsledku vad a poruch sluchu bývají narušené modulační faktory a artikulace, u těžkých případech bývá postižena i obsahová stránka řeči, u mentální retardace je narušena hlavně obsahová stránka řeči, u pervazivních poruch bývá malý zájem o komunikaci a u jedinců s dětskou mozkovou obrnou je těžce narušena motorická realizace hlásek, slabik nebo slov.

Diagnostika

Při diagnostice se vychází z diferenciální diagnostiky jednotlivých poruch. S rozvojem techniky a informačních technologií nastává prudký rozvoj dalších možností včas diagnostikovat závažné vývojové poruchy.

Terapie

Logopedická péče o osoby se symptomatickými poruchami řeči je zabezpečována státními i nestátními institucemi ve spolupráci resortu zdravotnictví, resortu školství, resortu práce a sociálních věcí.

Poruchy komunikace

Symptomatické poruchy řeči se týkají mentálně retardovaných, osob s dětskou mozkovou obrnou, zrakově postižených, sluchově postižených a osob s různým narušením nebo onemocněním. V následujícím textu bude stručně popsána řeč u jednotlivých kategorií.

Řeč mentálně retardovaných dětí

Mentální retardace vzniká poškozením mozku, genetickými vadami, nemocemi a poškozením v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Je to vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí. Jedním z charakteristických příznaků mentální retardace je značně narušený vývoj řeči. Obvykle je vývoj i omezený. První řečové projevy jsou často zpožděné. Vývoj řeči ovlivňuje stupeň a typ mentální retardace.

Řeč u dětí s hlubokým mentálním postižením se vůbec nevyvíjí, většinou jedinec nedokáže vyjádřit ani své potřeby a city. Jedinec vydává pouze neartikulované zvuky, projevují se jen mimikou a nonverbální artikulací. U dětí s těžkou mentální retardací se buď řeč nevyvíjí vůbec, nebo zůstává na stupni pudového hlasového projevu. U jedinců se střední mentální retardací se vyskytuje pozdní vývoj řeči. Slova jsou na úrovni významových signálních znaků. Zvládají čtení, psaní a počítání. U dětí s lehkou mentální retardací je řeč opožděna o 1-2 roky.

NKS vzniká na základě snížené mentální úrovně, také zde působí opoždění motorického vývoje, nedostatečná motorická koordinace, poruchy sluchu, nepodnětné prostředí a další

nejrůznější anomálie. Také jsou narušeny všechny jazykové roviny. Nejčastěji se současně vyskytuje mentální retardace s dyslalií, huhňavostí anebo breptavostí. V kombinaci mentální retardace s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují různé formy dysartrie.

Řeč dětí s dětskou mozkovou obrnou

Dětská mozková obrna zahrnuje poškození mozku a vývoj mozku. Vzniká v nejranějším vývoji, před narozením, při porodu nebo brzy po narození. Projevuje se poruchami hybnosti. Dětská mozková obrna může být kombinovaná s poruchou řeči, s poruchami duševního vývoje, s poruchami chování a s epileptickými záchvaty. Vývoj řeči bývá opožděn nebo omezen. Komplikaci činí narušení orálních reflexů (sání) a hltacích pohybů. Nejvíce bývá zasažena foneticko-fonologická rovina u osob s dětskou mozkovou obrnou. Nejčastěji se u těchto jedinců vyskytuje dysartrie, dále omezený a opožděný vývoj řeči, koktavost, breptavost, otevřená huhňavost, mutismus a poruchy polykání. Objevují se také poruchy dýchání, poruchy tvorby hlasu, poruchy modulačních faktorů a poruchy artikulace. Na vznik komunikačních schopností působí všechny poruchy, které provází dětskou mozkovou obrnu.

Diagnostika probíhá na základě komplexního vyšetření. Během vyšetření se zjišťují motorické funkce artikulačních orgánů, respirace, fonace, rezonance, artikulace jednotlivých hlásek atd. Logoped se také zaměřuje na expresivní (produkce řeči) a receptivní složku řeči (porozumění řeči, schopnost fonematische diferenciace). Rehabilitace u těchto osob by měla probíhat uceleně a měly by být dodržovány následující zásady: zásada vývojovosti, zásada reflexnosti, zásada rytmizace, zásada komplexnosti, zásada kolektivnosti, zásada přiměřenosti a individuálního přístupu.

Řeč u nevidomých dětí

Klenková (2006) uvádí, pokud je zrak postižen, tak se toto postižení projeví i na komunikačních schopnostech jedince. U osob se zrakovým postižením, které mají toto postižení od narození nebo od raného věku, může být vývoj řeči opožděn. U těchto dětí je dostatečně rozvinutá slovní zásoba, ale není podložena konkrétními představami. Nejčastěji se u nevidomých dětí vyskytuje dyslalie, koktavost, breptavost, huhňavost a poruchy hlasu. Typickou symptomatickou vadou zrakově postižených je verbalismus, kdy nevidomý používá slova, u kterých nechápe přesně jejich smysl.

Řeč dětí se sluchovým postižením

U osob se sluchovým postižením je důležité zjistit, kdy ke sluchovému postižení došlo, věk. Dále zjišťujeme o jaký stupeň a typ postižení se jedná, případně odhalujeme přidružená narušení. Vývoj řeči u sluchově postižených může být omezený, přerušovaný nebo opožděný. U osob s poruchami sluchu jsou nejnápadnějším projevem poruchy řeči. U nedoslýchavých se může vyskytovat dyslalie. U osob se sluchovým postižením, vzniká dysfonie (změny hlasu) v důsledku chybějící sluchové kontroly.

Řeč dětí s dalšími poruchami a onemocněními

Do skupiny osob s různým postižením a onemocněním řadíme osoby s lehkou mozkovou dysfunkcí, schizofrenií, epilepsií, poruchami chování atd. Změny ve verbálním projevu jsou hlavním projevem onemocnění u schizofrenie. U dětí s epilepsií je známo, že se záchvaty mohou projevit v oblasti komunikační schopnosti. NKS je ve formě buď přechodných, nebo trvalých poruch.

3.8 Poruchy hlasu

Sovák (1978) definuje poruchu hlasu jako patologickou změnu v individuální struktuře hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž se v hlase mohou vyskytnout i vedlejší zvuky. Vitásková, Peutelschmiedová (2005, s. 172) tvrdí že „poruchy hlasu jsou sférou, kde se logopedie nejúžeji setkává s medicínským oborem, s foniatří.“ Aronson (in Lechta, s. 142) definuje „poruchy hlasu jako deviaci v kvalitě, výšce, síle nebo ve flexibilitě hlasu, jež může signalizovat onemocnění či rušit komunikaci.“ Klenková, Bočková, Bytešníková (2012, s. 71) definují „poruchy řeči jako patologickou změnu individuální struktury hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž se mohou v hlase vyskytnout i různé vedlejší zvuky.“ Lidský hlas je nositelem velkého množství informací a poznáváme z něj pohlaví, věk, únavu, psychický stav, náladu, onemocnění atd. Novák (2000) definuje hlas jako zvuk, který vznikne průchodem hrtanového tónu, který vzniká na hlasívkách rezonančními dutinami nad hrtanem, tzv. násadní trubici. Hlas má tři charakteristiky: výšku, barvu a sílu. Výška hlasu je dána počtem hlasových kmitů za sekundu, také je dána délkou a anatomickou stavbou hlasivek. Síla hlasu je závislá na síle výdechového proudu vzduchu. Barva závisí na harmonických formantech rezonanční dutiny. O barvě hlasu také může říct, že je individuální. Peutelschmiedová (2001) uvádí, že je potřeba odlišovat tvoření hlasu a užívání hlasu. Hlas vzniká v hrtanu.

Porucha hlasu je patologická změna ve struktuře hlasu, v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání. Sovák (1978) uvádí, že v hlase se mohou objevit i různé vedlejší zvuky. Abychom mohli dobře určit poruchu hlasu, musíme nejprve charakterizovat, co je normální hlas. V Evropě se posuzuje hlas podle dvou kritérií.

- *Z pohledu posluchače* - normální hlas obsahuje tónovou kvalitu, což znamená, že hlas zní čistě a bez příměsí, jeho mluvní výška odpovídá pohlaví a věku a jeho hlasitost je přiměřená. Hlas u posluchače sám o sobě nevyvolává negativní hodnocení a nijak nenarušuje slovní komunikaci.

- *Z pohledu uživatele* – normální hlas umožní komunikovat v různých situacích různým způsobem, tzn., že jsme schopni mluvit potichu nebo nahlas.

Logopedi rozlišují dva druhy hlasových začátků: měkký a tvrdý. Měkký hlasový začátek je šetrný pro hlas, jde o nenásilné rozechvění hlasivek. Při tvrdém hlasovém začátku, jde o prudké vyražení hlasu. Tvrdý hlasový začátek je typický při afektu nebo silných emocích. Poruchy hlasu mohou člověka postihnout v každém věku. Mohou se objevit u dětí

v předškolním, školním věku, u adolescentů, u dospělých i u starých lidí. Škodová, Jedlička (2003, s. 427) uvádějí, že „komunikace zvukem vyžaduje možnost tvoření hlasu. Děj, který vede k vytvoření tohoto zvuku, se nazývá fonace. Dochází k ní vydechováním vzduchu a přerušováním výdechového proudu vzduchu kmitáním hlasivek.“ Poruchy hlasu se mohou vyskytnout samostatně nebo v kombinaci s jiným druhem NKS.

Etiologie

K hlavním příčinám poruch hlasu řadíme dědičnost, vrozené odchylky, prostředí, hormonální odchylky, postižení centrální nervové soustavy, poškození hrtanu, mutační poruchy, nesprávné používání hlasu, nesprávný hlasový vzor, operační zákroky, neurotické poruchy, vady sluchu zapříčiňující odchylky v tvorbě hlasu. Kerekrétiová (2009) uvádí, že poruchy hlasu vznikají na základě přechodných nebo trvalých změn a patofyziologických činností a to dýchacího, fonačního, rezonančního, artikulačního a centrálního nervového systému, které se na řeči podílejí. Lechta (2003) uvádí, že poruchy hlasu mohou být příčinou horší srozumitelnosti až nesrozumitelnosti řeči. Dále Lechta (2003, s. 142) uvádí, že „poruchy hlasu se mohou, vyskytnou samostatně nebo s jiným druhem narušené komunikační schopnosti (dysartrie, afázie, balbuties, patolalie), ale i jako součást somatických (choroby plic, průduškové astma) či psychických onemocnění (hysterie).“ Pohlavní hormony ovlivňují tvorbu hlasu především v období mutace. Jedná se o fyziologický jev, při kterém nejsou zřejmé žádné změny na hlasivkách. Hlasové poruchy můžeme dělit podle doby vzniku, symptomů a stupně. Nejčastější dělení poruch hlasu je na orgánové, funkční, psychogenní, vnitřní a vnější příčiny.

Orgánové příčiny jsou podmíněné onemocněním hlasového ústrojí. Nejčastěji se vyskytují: záněty hrtanu, záněty cest dýchacích, nádory, poranění při úrazech, po operačních výkonech, poruchy intervence hrtanu, anomálie hrtanu a také hormonální změny a onemocnění. Lejska (2003) řadí k organickým hlasovým poruchám onemocnění štítné žlázy. U **funkčních příčin** je příčinou vzniku porucha hlasu narušená funkce hlasového ústrojí. K poruchám většinou dochází přemáháním hlasového ústrojí. U dětí vzniká dětská hyperkinetická dysfonie, která vzniká i u dospělých a projevuje se chrapotem různého stupně. Sovák (1981) označuje funkční poruchy hlasu termínem dysfonie a úplnou ztrátu hlasu nazývá afonií.

Poruchy hlasu mohou také vzniknout na podkladě **psychogenních příčin**. Jde o psychicky podmíněné příčiny, které vyvolávají hlasové poruchy. Bauer (in Lechta, 2003)

tvrdí, že příčinou psychogenních poruch hlasu mohou být depresivní stavy. Frostová, Vaniaková (2000) se domnívají, že psychogenní poruchy hlasu vznikají po hysterickém záchvatu. **Vnitřní příčiny:** dědičné vlivy, vrozená asymetrie hrtanu, chabost hrtanového svalstva, chybějící nebo nedostatečná intonační schopnost. **Vnější příčiny:** nesprávná hlasová technika, nesprávný hlasový vzor, opakující se záněty a alergie, nepřiměřená teplota, vlhkost v životním a pracovním prostředí.

Symptomatologie

Poruchy hlasu se vyznačují chrapotem. Chrapot je příznak onemocnění hrtanu. Chrapot neboli dysfonie může, vést od lehkého zastření přes silný chrapot až po bezhlasí - afonie. Peutelsmiedová (in Peutelsmiedová, Vitásková, 2005) zařazuje mezi symptomy: hlasovou nedomykavost, chrapot, kašel a narušení dalších hlasových kvalit.

Klasifikace

Novák (1989) dělí poruchy hlasu následovně:

1. orgánové – vznikají při orgánovém nálezu na hlasivkách.
2. funkční – vznikají v důsledku narušení funkce hlasového orgánu, dlouhodobé narušení může vést až ke změně na hlasivkách.

Diagnostika a terapie

K vyšetření hlasu a diagnostice poruchy je potřeba udělat komplexní diagnostické vyšetření, které je zajištěno týmovou spoluprací lékařů, psychologa a logopeda. Léčbu hlasových poruch zabezpečují lékaři (foniatři, otorinolaryngologové). Pak nastupují hlasová cvičení. Dobré je už od raného věku učit děti, jak správně užívat hlas. Hahna (2007) vyžaduje při vyšetření poruch hlasu následující: otorinolaryngologické vyšetření, laryngostroboskopii, videostroboskopii, stanovení kvality hlasu podle stupně, vyšetření fonační doby, vyšetření hlasového pole, audiometrické a tympanometrické vyšetření, EMG hrtanových svalů, psychologické vyšetření a vyšetření doplněné o anamnézu jedince. Kerekrétiová (2003) rozpracovala diagnostické postupy pro vyšetření hlasu. Kerekrétiová (2003) také uvádí metodiku vyšetření poruch hlasu. Uvádí, že k vyšetření využíváme následující úkoly a metody: vyšetření dýchání, fonace, mluveného hlasu, rezonance, klinických symptomů a

dýchání, na které se zaměřuje logoped. Terapií hlasových poruch se nezabývá klinický logoped, ale na hlas a jeho poruchy je specializovaný obor foniatrie. Důležitou součástí péče o hlas je hlasová hygiena. Jedná se o jakýsi soubor zásad, kterými se řídíme při péči o hlas. Základem je otužování, upevňování nervového systému, správná životospráva, dostatek spánku, odpočinek, správná strava a pitný režim. Dále výchova ke správnému užívání hlasové techniky, zohlednění nepříznivých vlivů na užívání hlasu. U dětí je důležitý správný hlasový vzor a vyvarování se zbytečným zánětům dýchacích cest.

3.8.1 Dysfonie

V literatuře můžeme poruchy hlasu nalézt pod termínem dysfonie. Dysfonií je porucha mluvního hlasu, která vzniká na podkladě funkční příčiny z hlasového přetížení. Hlas většinou zní zastřeně, hrubě, objevuje se chrapot a kolísání výšky hlasu. Kutálková (2002) uvádí, že projevem dysfonie je drsný silný chraptivý hlas. Termín afonie označuje úplnou ztrátu hlasu.

3.9 Kombinované vady a poruchy řeči

Ludíková (2005) uvádí, že kategorie osob s kombinovanými vadami představuje nejsložitější skupinu. Tato skupina je stále nejméně propracovanou oblastí speciálně pedagogické teorie a praxe. Neexistuje jednotná terminologie pro jedince, u kterých se vyskytuje více postižení. Klenková (2006, s. 181) uvádí, „*za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.*“ Klenková (2006) dále uvádí, že NKS se může vyskytnout samostatně, ale může se NKS vyskytnou zároveň i s více narušeními současně: například jedinci s koktavostí je diagnostikována i dyslalie, v tomto případě nelze ale hovořit o jedinci s kombinovaným postižením. Ludíková (2005) uvádí, že kombinované vady jsou pro jedince limitující a projevují se i v oblasti komunikace. S NKS se setkáváme u jedinců se specifickými potřebami i u jedinců s kombinovaným postižením. Sovák (1973) definuje kombinované postižení jako postižení několika vadami současně, a to takovými, které spolu příčinně nesouvisí. Vašek, Vančová, Hatos (1999, s. 10) popisují vícenásobné postižení následovně: „*Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.*“ Vítková (2004, s. 157) popisuje postižení více vadami dle Věstníku MŠMT ČR (č.8/1997, č.j. 25602/97-22) „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu...*“

Podle Ludíkové (2005, s. 9) se u nás nejčastěji používají tyto termíny „*vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady, přičemž na tyto pojmy je obvykle nahlíženo jako na synonyma...*“ Kombinované postižení je multifaktoriálně, multikazuálně a multisymptomatologicky podmíněno. Objevují se nedostatky v oblasti kognitivní, motorické, komunikační i psychosociální. Za postižení více vadami nepovažujeme postižení, u kterého vada vznikla druhotně jako důsledek vady primární.

Logoped často při práci s jedinci s kombinovaným postižením využívá systém augmentativní a alternativní komunikace. Vzdělávání u jedinců s kombinovanými vadami by mělo být realizováno prostřednictvím individuálně vzdělávacího programu. Ludíková (2005) uvádí, že při práci s jedinci s kombinovanými vadami by měly být respektovány obecné i speciálněpedagogické zásady, jako například zásada individuálního přístupu, dodržování

přiměřenosti, komplexnosti, názornosti, reflexnosti, cílevědomosti, trvalosti a komunikability. Lancioni, Singh, O'Reilly, Sigafos, Boccasini, La Martire, Lang (2014) publikují, že současná literatura uvádí, že lidé s kombinovanými vadami jsou schopni realizovat telefonní hovor samostatně přes speciální program v telefonu.

Etiologie

Škála příčinných faktorů vzniku kombinovaného postižení je velmi široká. Příčiny vzniku nelze z důvodu heterogenity této skupiny přesně určit. Ludíková (2005) uvádí, že příčiny nacházíme ve všech obdobích života jedince, mohou se vyskytnout v období prenatalním, perinatálním i postnatálním, přičemž za nejzávažnější jsou považovány příčiny v období nejútlejšího věku dítěte. Vančová (2001) v publikaci tvrdí, že mnohdy nemusí být přesná příčina vůbec určena. Ludíková (2005, s. 11) uvádí: „...k nejčastějším etiologickým faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanické poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, ale i psychické faktory, trauma a podobně. Opomenuty by neměly zůstat i diagnózy, které predikují výskyt kombinované vady. Mezi ně patří DMO-dětské mozková obrna, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Frölichův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, CHARGE a řada dalších.“

Klasifikace

Růžičková (2007) klasifikuje klienty na jedince s lehkým a těžkým stupněm kombinovaného postižení. Jedinci s lehkým stupněm kombinovaného postižení jsou schopni alespoň částečně zvládat každodenní situace, jsou snadněji integrováni do běžného života, kvalita jejich života je na vyšší úrovni díky vztahům s okolím a jejich šance uplatnit v zaměstnání je vyšší. Jedinci s těžkým stupněm kombinovaných vad zvládají každodenní praktické činnosti jen s obtížemi a jejich možnosti výchovy, vzdělávání a integrace do společnosti jsou velmi omezené.

Podle Jakobové (2011) se pro potřeby školství žáci s více vadami dělí do tří skupin. První skupina zahrnuje kombinace, kdy dominantním postižením je mentální retardace a přidružujícím postižením je tělesné postižení, vady řeči, smyslová postižení nebo psychická onemocnění. Druhou skupinou jsou jedinci s kombinací vad tělesných, smyslových a

řečových, kde zvláštní skupinu tvoří osoby hluchoslepé. Do třetí skupiny spadají žáci s poruchami autistického spektra. Vašek (1999) klasifikuje vícenásobné postižení podobně do tří skupin:

- osoby s mentálním postižením v kombinaci s tělesným či smyslovým postižením,
- osoby s hluchoslepotou,
- osoby s poruchami chování v kombinaci s dalším narušením či postižením.

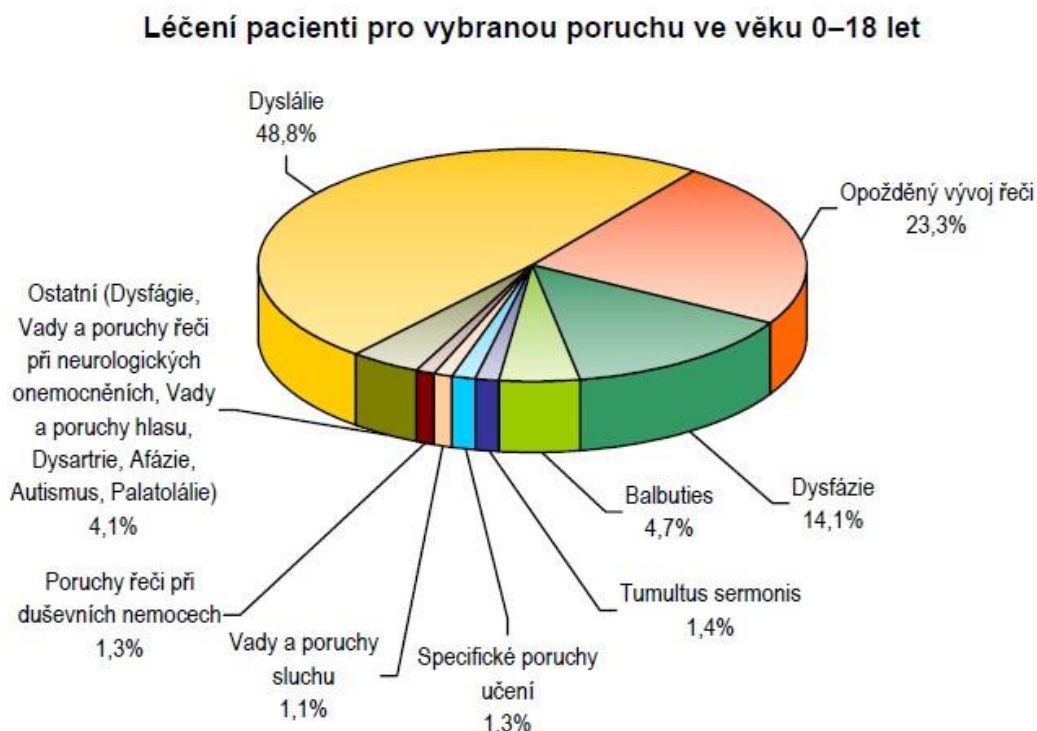
Podle Ludíkové (2005) se přístup k dělení vícenásobného postižení se značně liší. Dále tvrdí, že přístup není ustálen a jednoznačně dán. Ludíková (2005) tvrdí, že je možné volit různá kritéria pro tuto různorodou skupinu, ale nikdy nebude možné zahrnout a kategorizovat všechny druhy postižení beze zbytku. Mezi základní dělení uvádí klasifikaci jedinců s lehkým nebo těžkým vícenásobným postižením. Ludíková (2005) dodává, že při tomto dělení je složité stanovit hranici mezi lehkým a těžkým stupněm. Dále uvádí následující kategorii: kombinace mentální retardace se smyslovým postižením, tělesným postižením či poruchou chování. A samostatnou kategorii tvoří jedinci s dvojitým postižením a to jsou osoby hluchoslepé.

II PRAKTICKÁ ČÁST

Výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické

4 Uvedení do problematiky

Praktická část této diplomové práce se zaměřuje na zjištění výskytu nejčastější NKS na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické. Zvolená oblast pro sběr dat je Královéhradecký kraj. Statistika činnosti zdravotnických zařízení z roku 2012 uvádí, že v místě zkoumání, což je Královéhradecký kraj, se nejčastěji vyskytuje od 0-18 let dyslalie, 3 515 respondentů. Poté opožděný vývoj řeči, 1 913 respondentů, dále dysfázie s četností 502 respondentů, pak následuje kocktavost, breptavost, SPU a další. Tento poznatek bude v návaznosti na výběrový vzorek potvrzen nebo vyvrácen.



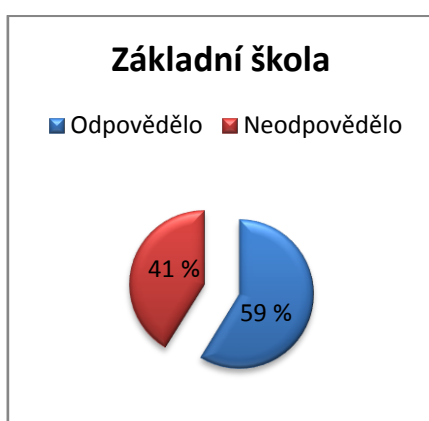
Obrázek č. 1 – Léčení pacienti pro vybranou poruchu ve věku 0-18 let, z roku 2012.

5 Použitá metodologie

Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvantitativního výzkumu. K realizaci výzkumného šetření byl využíván dotazník vlastní konstrukce. Dotazník definuje Gavora (in Chráska, 2007, s. 163) jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ Chráska (2007) definuje dotazník následovně: dotazník je soubor předem připravených a pozorně formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a dotazovaná osoba na otázky odpovídá. Dotazník se skládal z otevřených a uzavřených otázek. Byl však ponechán i volný prostor pro vlastní odpověď respondenta. Dotazník se skládal z 16 otázek a je umístěn v přílohách. Dotazník je určen pro rodiče žáků. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo na Základní škole 114 respondentů (tj. 59 %) a 80 respondentů (tj. 41 %) neodpovědělo. Na Základní škole logopedické odpovědělo 27 respondentů (tj. 54 %) a 23 respondentů (tj. 46 %) neodpovědělo.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
Odpovědělo	114	59 %	27	54 %
Neodpovědělo	80	41 %	23	46 %
Celkem	194	100 %	50	100 %

Tabulka č. 1 - Návratnost dotazníků



Graf č. 1: Návratnost dotazníků – ZŠ



Graf č. 2: Návratnost dotazníků – ZŠ logopedická

6 Cíl práce, stanovení věcných hypotéz a výzkumných otázek

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti vyskytující se na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické.

6.1 Dílčí cíle a otázky výzkumu

- Dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější SPU u žáků na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické.
- Následujícím výzkumným cílem bylo objevit, v jakém předmětu má žák nejčastěji problémy.
- Předposledním dílčím cílem bylo zjistit, zda je pro žáka ve škole zajištěna nějaká speciální péče (úlevy ve škole, individuální plán).
- Posledním výzkumným cílem bylo zjistit, zda vede NKS k odkladu školní docházky.

6.2 Výzkumné hypotézy

K dosažení cílů byly stanoveny věcné hypotézy a předpoklady.

H1: Předpokládáme, že nejčastějším okruhem narušené komunikační schopnosti budou kombinované vady řeči – ve srovnání s dyslaliemi a jinými typy narušené komunikační schopnosti (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, dysartrie, huhňavost, koktavost, breptavost) na 1. stupni ZŠ běžného typu i na 1. stupni ZŠ logopedické.

H2: Předpokládáme, že se vyskytuje rozdíl mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU a kombinací všech typů SPU na 1. stupni ZŠ běžného typu i na 1. stupni ZŠ logopedické.

H3: Předpokládáme, že je významný rozdíl ve výskytu jednotlivých typů NKS na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické.

H4: Předpokládáme, že je významný rozdíl ve výskytu dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické.

7 Fáze šetření

- 1. fáze-** vytvoření dotazníku pro rodiče, následné rozdání
- 2. fáze-** vyhodnocení dotazníků, zpracování tabulek a grafů
- 3. fáze** – vyhodnocení hypotéz a předpokladů, závěr

8 Charakteristika místa šetření

Naším záměrem bylo provést šetření v Královéhradeckém kraji, proto jsme rozmístili dotazníky do základní školy v Náchodě, kde byl vzorek respondentů příznivý. Dále jsme oslovili jediné dvě základní školy logopedické v Královéhradeckém kraji. První základní škola se nachází v Choustníkově Hradišti a druhá v Hradci Králové. V Choustníkově Hradišti po předchozí konzultaci byly dotazníky přijaty a rodiči následně vyplněny. V Hradci Králové nebyly dotazníky přijaty z důvodu již velkého množství vyplňování dotazníků rodiči.

Základní škola logopedická Choustníkově Hradiště

Součástí Základní školy logopedické v Choustníkově Hradišti je Mateřská škola logopedická, školní družina, internát, školní jídelna a Speciálně pedagogické centrum v Náchodě a Dvoře Králové. Škola zabezpečuje péči o žáky s těžkými poruchami komunikačních schopností (těžká dyslalie, opožděný vývoj řeči, dysfázie a koktavost). A mnohdy i v kombinaci s dalšími vadami a poruchami (lehké mentální postižení, specifické poruchy učení, poruchy pozornosti, DMO, a jiné zdravotní problémy). Žáci se vzdělávají na škole buď podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, nebo podle Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s lehkým mentálním postižením. Součástí výuky v základní škole je individuální logopedická péče, kterou vedou kvalifikovaní učitelé. Logopedická péče se promítá do všech vzdělávacích předmětů a do všech mimoškolních aktivit. Škola pořádá pro žáky kroužky, například: Šikulka, Sportovci, Koumáci, Kuchtíci nebo počítačový kroužek. Dále škola zajišťuje plavecké výcviky, školní výlety a školy v přírodě.

Základní škola Náchod – Plhov

Základní škola pracuje podle školského vzdělávacího programu Klíče k životu. Základní priority školy jsou základní učivo, počítačová, matematická, čtenářská a finanční gramotnost, cizí jazyky, sport pro všechny a etický rozměr veškeré školní práce.

9 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v ZŠ Plhov v Náchodě na 1. stupni. Dotazník byl rozdán v 10 třídách. V 1. třídách se celkem vzdělává 47 žáků, ve 2. třídách 32 žáků, ve 3. třídách 37 žáků, ve 4. třídách 33 žáků a 5. třídách se celkem vzdělává 45 žáků. Dále byl dotazník umístěn v ZŠ logopedické v Choustníkově Hradišti. Dotazník byl rozdán v první až páté třídě. V každé třídě se vzdělává 10 žáků.

10 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Vlastní šetření

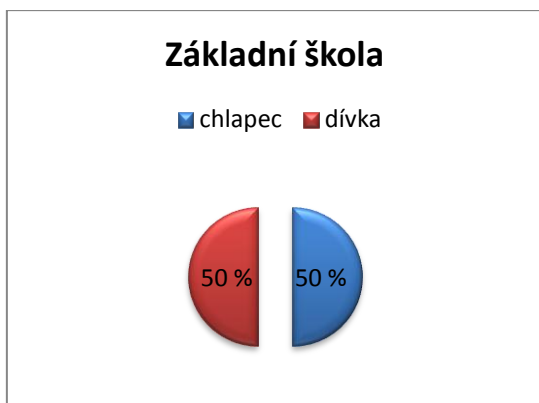
Informace, získané z dotazníkového šetření, byly analyzovány, statisticky zpracovány a graficky znázorněny. V první fázi bylo nutné převést získaná data do elektronické podoby. Pro zpracování dat bylo využito počítačového programu Microsoft Office Excel.

Vyhodnocení dotazníků

1. Pohlaví žáků na Základní škole je v rovnováze, počet chlapců je 57 (tj. 50 %) taktéž je i dívek. Na Základní škole logopedické převažovali chlapci počtem 23 (tj. 85 %). Dívky měly při výzkumném šetření menší zastoupení a to v počtu čtyři dívky (tj. 15 %).

Pohlaví	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
chlapec	57	50 %	23	85 %
dívka	57	50 %	4	15 %
celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 2: Pohlaví žáků



Graf č. 3: Pohlaví žáků - ZŠ



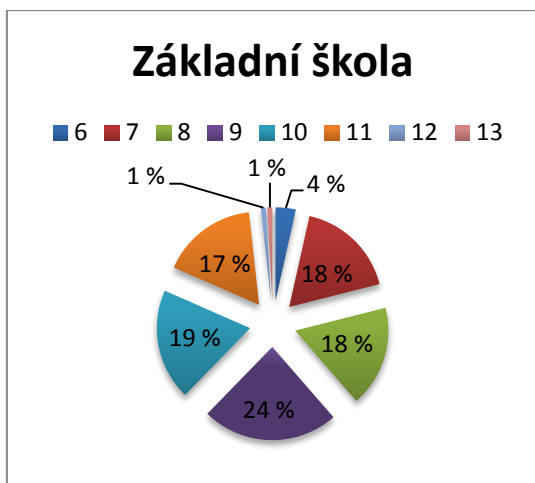
Graf č. 4: Pohlaví žáků - ZŠ logopedická

2. Ze zkoumaných žáků se na Základní škole nejvíce vyskytují žáci ve věku 9 let, počet činí 27 žáků (tj. 24 %), dále se vyskytují žáci ve věku 10 let, kterých je ve škole 22 (tj. 19 %) potom se vyskytují žáci ve věku 7 a 8 let po 20 žácích (tj. 18 %). Žáci ve věku 11 let jsou zastoupeni počtem 19 žáků (tj. 17 %). S nejmenším procentem byli zastoupeni žáci ve věku 6 let (tj. 4 %), a ve věku 12 a 13 let (po 1 %).

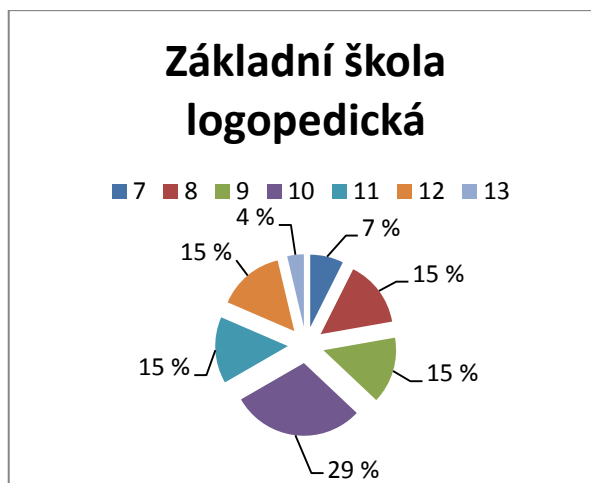
Ze zkoumaných žáků se na Základní škole logopedické nejvíce vyskytují žáci ve věku 10 let, počet činí osm žáků (tj. 29 %), dále se vyskytují žáci ve věku 8, 9, 11 a 12 po čtyřech žácích (tj. 15 %). S nejmenším procentem byli zastoupeni žáci ve věku 7 let, dva žáci (tj. 7 %), a ve věku 13 let, jeden žák (tj. 4 %). Ze zkoumaných žáků se nevyskytuje ani jeden žák ve věku 6 let na Základní škole logopedické.

Věk	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
6	4	4 %	0	0 %
7	20	18 %	2	7 %
8	20	18 %	4	15 %
9	27	24 %	4	15 %
10	22	19 %	8	30 %
11	19	17 %	4	15 %
12	1	1 %	4	15 %
13	1	1 %	1	4 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 3: Věk žáků



Graf č. 5: Věk žáků - ZŠ



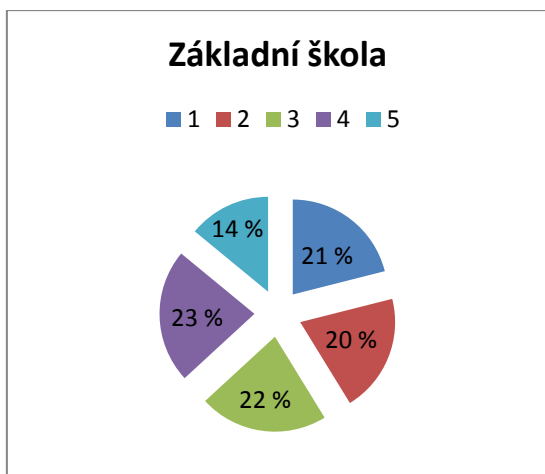
Graf č. 6: Věk žáků - ZŠ logopedická

3. Z tabulky je patrné, že ze zkoumaných žáků na Základní škole jsou nejvíce zastoupeni žáci 4. ročníku, 26 žáků (tj. 23 %). Následují žáci 3. ročníku, 25 žáků (tj. 22 %). Dále se vyskytují žáci 1. ročníku, 24 žáků (tj. 21 %), pak žáci 2. ročníku, 23 žáků (tj. 20 %). Nejmenší zastoupení ze sledovaných mají žáci z 5. ročníku, 16 žáků (tj. 14 %).

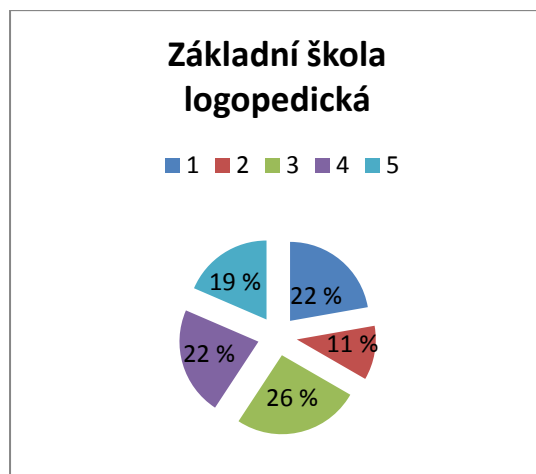
Na Základní škole logopedické jsou ze zkoumaných žáků nejvíce zastoupeni žáci 3. ročníku, sedm žáků (tj. 26 %). Dále se stejným procentem jsou zastoupeni žáci 1. a 4. ročníku, šest žáků (tj. 22 %). Z 5. ročníku odpovědělo pět respondentů (tj. 19 %). S nejmenším počtem procent jsou zastoupeni žáci 2. ročníku, tři žáci (tj. 11 %).

Ročník	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
1.	24	21 %	6	22 %
2.	23	20 %	3	11 %
3.	25	22 %	7	26 %
4.	26	23 %	6	22 %
5.	16	14 %	5	19 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 4: Ročník, který žák navštěvuje



Graf č. 7: Ročník, který žák navštěvuje – ZŠ

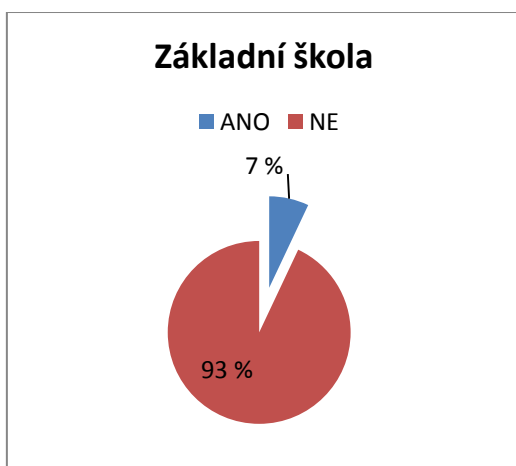


Graf č. 8: Ročník, který žák navštěvuje – ZŠ logopedická

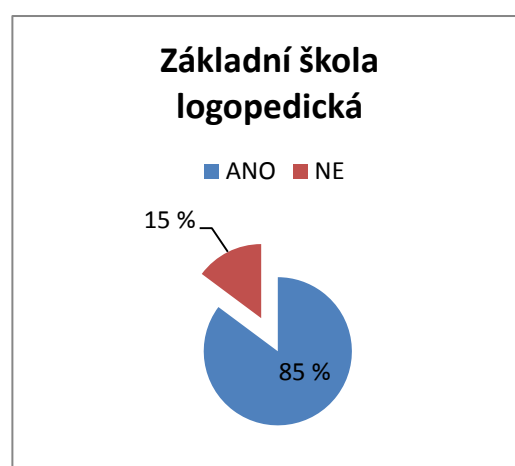
4. Na základní škole mělo odloženou školní docházku osm žáků (tj. 7 %) a na Základní škole logopedické mělo odloženou školní docházku 23 žáků (tj. 85 %) z důvodu poruchy řeči.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	8	7 %	23	85 %
NE	106	93 %	4	15 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 5: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči



Graf č. 9: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči – ZŠ

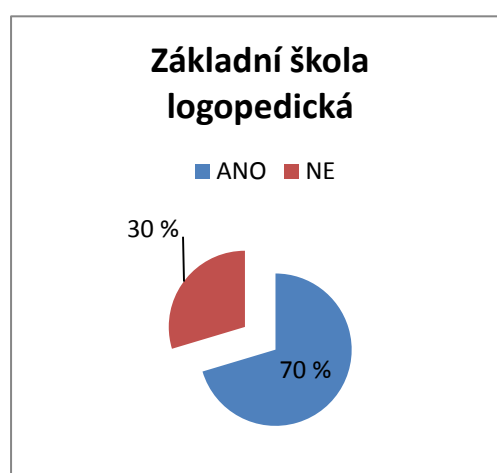
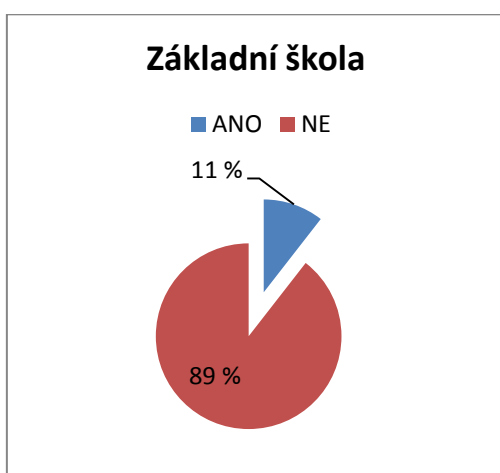


Graf č. 10: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči – ZŠ logopedická

5. Na Základní škole mělo odloženou školní docházku z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči 12 žáků (tj. 11 %) a na Základní škole logopedické mělo odloženou školní docházku z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči 19 žáků (tj. 70 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	12	11 %	19	70 %
NE	102	89 %	8	30 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 6: Odložená školní docházka z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči



Graf č. 11: Odložená školní docházka z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči – ZŠ

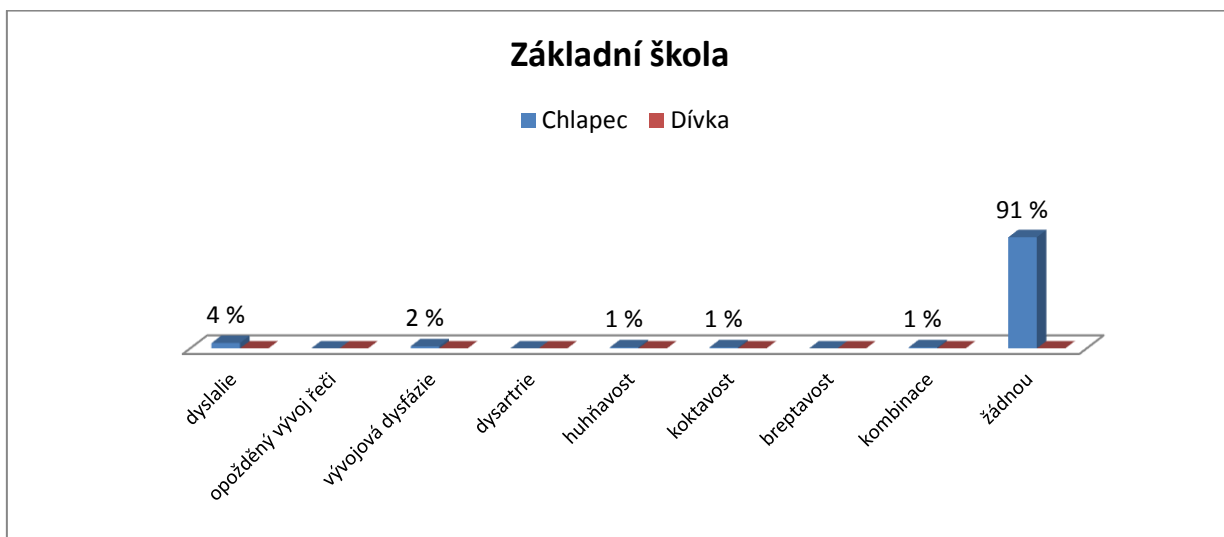
Graf č. 12: Odložená školní docházka z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči – ZŠ logopedická

6. Nejčastější vadou řeči na Základní škole je dyslalie, vyskytuje se u pěti chlapců (tj. 4 %). Dále se vyskytuje vývojová dysfázie u dvou chlapců (tj. 2 %). S nejmenší četností jsou zastoupeni žáci s huhňavostí, koktavostí a kombinací poruch řeči po jednom žákovi (tj. 1 %).

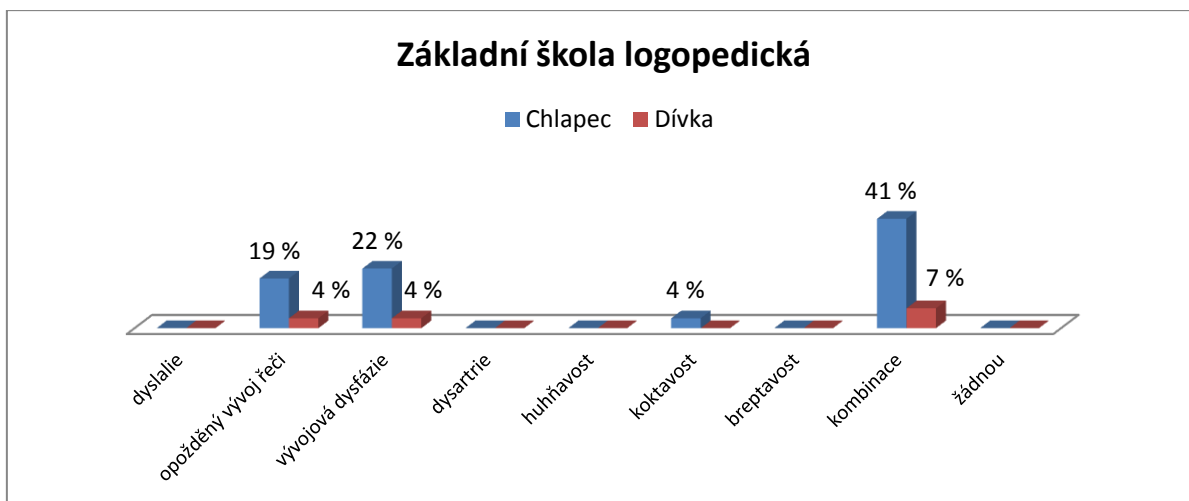
Nejčastější vada řeči na Základní škole logopedické je kombinace poruch řeči. Kombinace se vyskytuje u 11 chlapců (tj. 41 %) a u dvou dívek (tj. 7 %). Dále se vyskytuje vývojová dysfázie u šesti chlapců (tj. 22 %) a u jedné dívky (tj. 4 %). S nižší četností je zastoupen opožděný vývoj řeči u pěti chlapců (tj. 19 %) a u jedné dívky (tj. 4 %). S nejmenší četností se vyskytuje koktavost a to u jednoho chlapce (tj. 4 %).

	Základní škola				Základní škola logopedická			
	Abs. četnost	Abs. četnost	Procen. vyjádření	Procen. vyjádření	Abs. četnost	Abs. četnost	Procen. vyjádření	Procen. vyjádření
Pohlaví	Chlapec	Dívka	Chlapec	Dívka	Chlapec	Dívka	Chlapec	Dívka
dyslalie	5	0	4 %	0 %	0	0	0 %	0 %
opožděný vývoj řeči	0	0	0 %	0 %	5	1	19 %	4 %
vývojová dysfázie	2	0	2 %	0 %	6	1	22 %	4 %
dysartrie	0	0	0 %	0 %	0	0	0 %	0 %
huhňavost	1	0	1 %	0 %	0	0	0 %	0 %
koktavost	1	0	1 %	0 %	1	0	4 %	0 %
breptavost	0	0	0 %	0 %	0	0	0 %	0 %
kombinace	1	0	1 %	0 %	11	2	41 %	7 %
žádnou	104	0	91 %	0 %	0	0	0 %	0 %
Celkem	114	0	100 %	0 %	23	4	85 %	15 %

Tabulka č. 7: Narušená komunikační schopnost žáků



Graf č. 13: Narušená komunikační schopnost žáků - ZŠ



Graf č. 14: Narušená komunikační schopnost žáků – ZŠ logopedická

Pro představu, uvádíme také tabulku s kombinacemi poruch řeči na ZŠ a ZŠ logopedické. Na Základní škole se nevyskytoval žádný žák s kombinací poruch řeči. Nejčastější kombinací poruch řeči na Základní škole logopedické je dyslalie v kombinaci s opožděným vývojem řeči a vývojová dysfázie. Tato kombinace se vyskytovala u dvou žáků (tj. 7 %). Se stejnou četností se vyskytovala i dyslalie s vývojovou dysfázií. Po jednom žákovi se vyskytují ostatní kombinace, viz tabulka níže.

Kombinace	Základní škola	Základní škola logopedická
dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie	0	2
dyslalie, huhňavost, breptavost	0	1
dyslalie, vývojová dysfázie	0	2
opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie	0	1
dyslalie, vývojová dysfázie, dysartrie,mutismus	0	1
dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, huhňavost	0	1
dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, dysartrie, huhňavost	0	1
opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, huhňavost	0	1
dyslalie, huhňavost	0	1
dyslalie, vývojová dysfázie, dysartrie	0	1
dyslalie, opožděný vývoj řeči	1	1

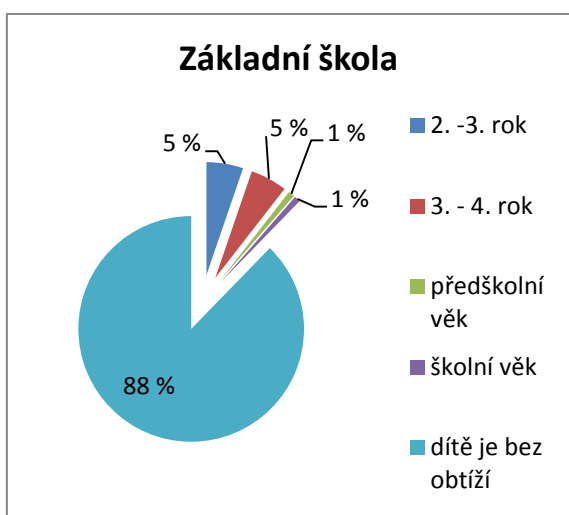
Tabulka č. 8: Kombinace poruch řeči

7. Dle tabulky č. 9 na Základní škole je 100 žáků (tj. 88 %) bez obtíží řeči. Obtíže v řeči se projeví mezi druhým a třetím rokem u šesti žáků (tj. 5 %) také mezi třetím a čtvrtým rokem se obtíže projeví u šesti žáků (tj. 5 %). V předškolním a školním věku se obtíže objevily po jednom žákovi (tj. 1 %).

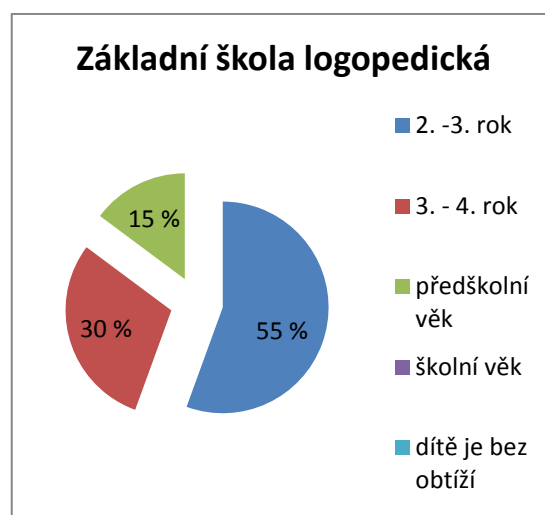
Na Základní škole logopedické se obtíže nejčastěji objevily mezi druhým a třetím rokem života, počet činí 15 žáků (tj. 55 %). Mezi třetím a čtvrtým rokem se projeví obtíže, u osmi žáků (tj. 30 %). V předškolním věku se obtíže objevily u čtyř žáků (tj. 15 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutně	absolutní četnost
2. -3. rok	6	5 %	15	55 %
3. - 4. rok	6	5 %	8	30 %
předškolní věk	1	1 %	4	15 %
školní věk	1	1 %	0	0 %
dítě je bez obtíží	100	88 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 9: Počátek obtíží v řeči



Graf č. 15: Počátek obtíží v řeči – ZŠ



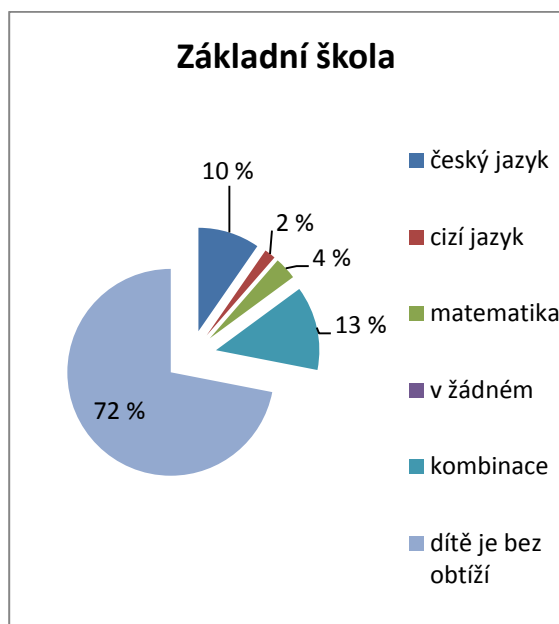
Graf č. 16: Počátek obtíží v řeči – ZŠ logopedická

8. V Základní škole je 82 žáků (tj. 72 %) bez obtíží v nějakém předmětu. Ve více předmětech má obtíže 15 žáků (tj. 13 %). V českém jazyce má obtíže 11 žáků (tj. 10 %). V matematice mají obtíže čtyři žáci (tj. 4 %) a v cizím jazyce mají obtíže dva žáci (tj. 2 %).

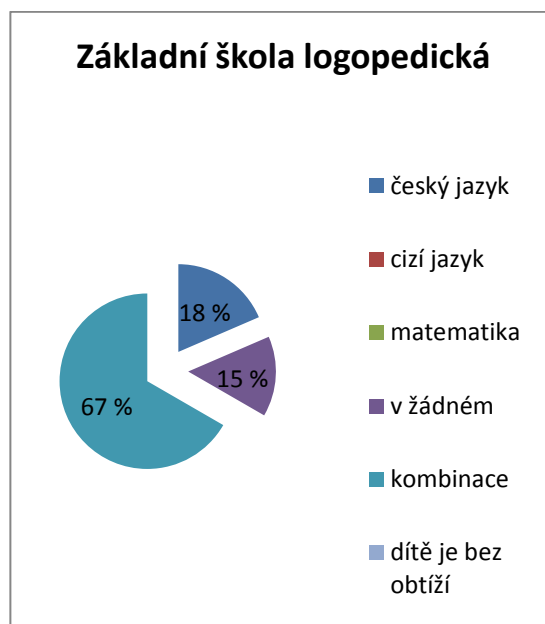
Na Základní škole logopedické se nejvíce vyskytují žáci, kteří mají obtíže ve více předmětech, 18 žáků (tj. 67 %). Dále má pět žáků (tj. 18 %) obtíže v českém jazyce a čtyři žáci (tj. 15 %) nemají obtíže v žádném předmětu.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
český jazyk	11	10 %	5	19 %
cizí jazyk	2	2 %	0	0 %
matematika	4	4 %	0	0 %
v žádném	0	0 %	4	15 %
Kombinace	15	13 %	18	67 %
dítě je bez obtíží	82	72 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 10: Obtíže v předmětu



Graf č. 17: Obtíže v předmětu – ZŠ



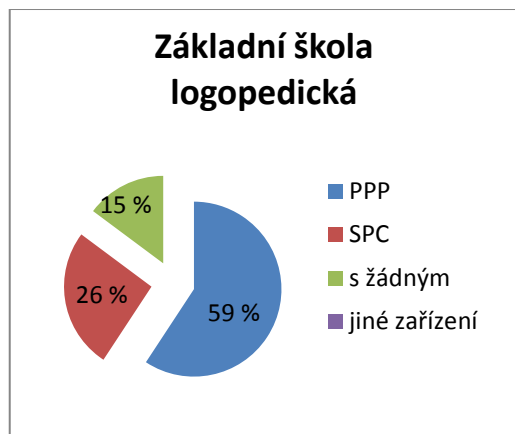
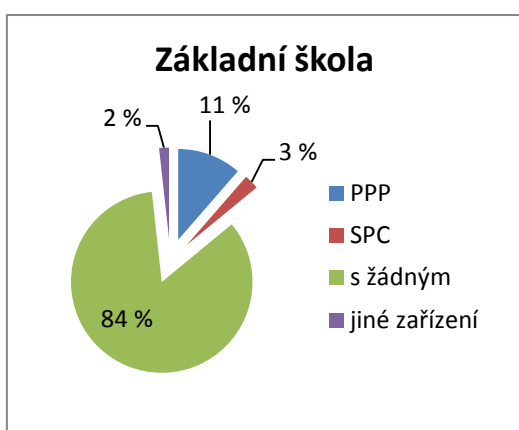
Graf č. 18: Obtíže v předmětu – ZŠ logopedická

9. Na Základní škole 96 žáků (tj. 84 %) nenavštěvuje žádné speciální zařízení. Pedagogicko-psychologickou poradnu (dále PPP) navštěvuje 13 žáků (tj. 11 %). Speciálně pedagogické centrum (dále SPC) navštěvují tři žáci (tj. 3 %). Do jiných zařízení chodí dva žáci. (tj. 2 %).

V Základní škole logopedické navštěvuje PPP 16 žáků (tj. 59 %). SPC navštěvuje sedm žáků (tj. 26 %) a jiné zařízení navštěvují čtyři žáci (tj. 15 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
PPP	13	11 %	16	59 %
SPC	3	3 %	7	26 %
s žádným	96	84 %	4	15 %
jiné zařízení	2	2 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 11: Spolupráce žáka se speciálním zařízením



Graf č. 19: Spolupráce žáka se speciálním zařízením – ZŠ

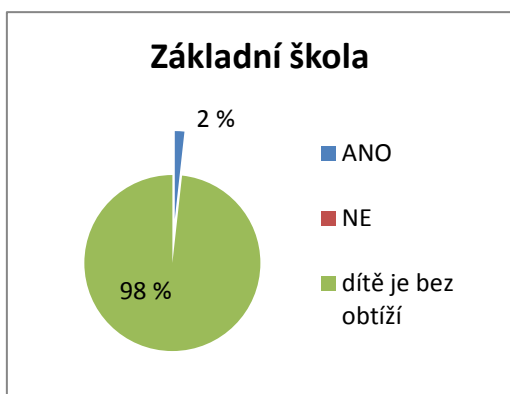
Graf č. 20: Spolupráce žáka se speciálním zařízením – ZŠ logopedická

10. Na základní škole je 112 žáků (tj. 98 %) bez obtíží. Individuálně vzdělávací plán mají dva žáci (tj. 2 %).

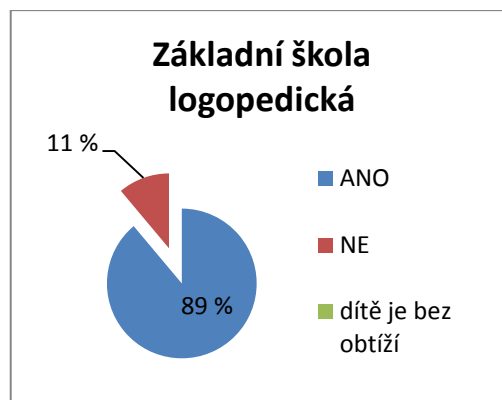
Na Základní škole logopedické má individuálně vzdělávací plán 24 žáků (tj. 89 %) a tři žáci (tj. 11 %) individuálně vzdělávací plán nemají.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	2	2 %	24	89 %
NE	0	0 %	3	11 %
dítě je bez obtíží	112	98 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 12: Individuálně vzdělávací plán



Graf č. 21: Individuálně vzdělávací plán – ZŠ



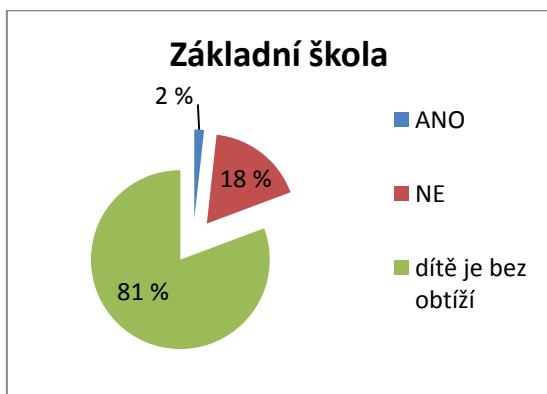
Graf č. 22: Individuálně vzdělávací plán – ZŠ logopedická

11. Na Základní škole je 92 žáků (tj. 81 %) bez obtíží v řeči. Logopedická péče je zajištěna u dvou žáků (tj. 2 %) a u 20 žáků (tj. 18 %) logopedická péče zajištěná není.

Na Základní škole logopedické je logopedická péče zajištěna u 27 žáků (tj. 100 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	2	2 %	27	100 %
NE	20	18 %	0	0 %
dítě je bez obtíží	92	81 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 13: Zajištění logopedické péče



Graf č. 23: Zajištění logopedické péče – ZŠ



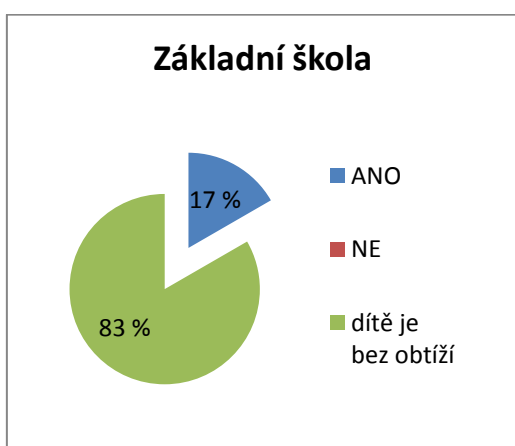
Graf č. 24: Zajištění logopedické péče – ZŠ logopedická

12. Na Základní škole je péče ze strany speciálního pedagoga zajištěna u 19 žáků (tj. 17 %).
Péči ze strany speciálního pedagoga nepotřebuje 95 žáků (tj. 83 %).

Na Základní škole logopedické je péče ze strany speciálního pedagoga poskytnuta 27 žákům (tj. 100 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	19	17 %	27	100 %
NE	0	0 %	0	0 %
dítě bez obtíží	95	83 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 14: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga



Graf č. 25: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga - ZŠ

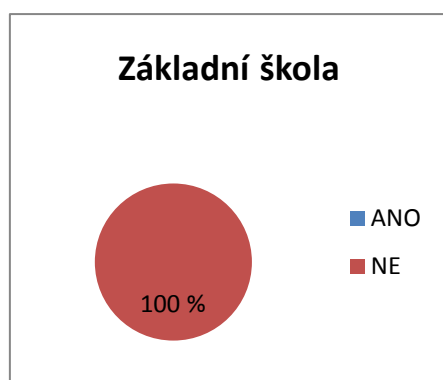
Graf č. 26: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga - ZŠ logopedická

13. Na Základní škole školního logopeda nenavštěvuje 114 žáků (tj. 100 %).

Na Základní škole logopedické navštěvuje školního logopeda 27 žáků (tj. 100 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	0	0 %	27	100 %
NE	114	100 %	0	0 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 15: Návštěvnost školního logopeda



Graf č. 27: Návštěvnost školního logopeda – ZŠ

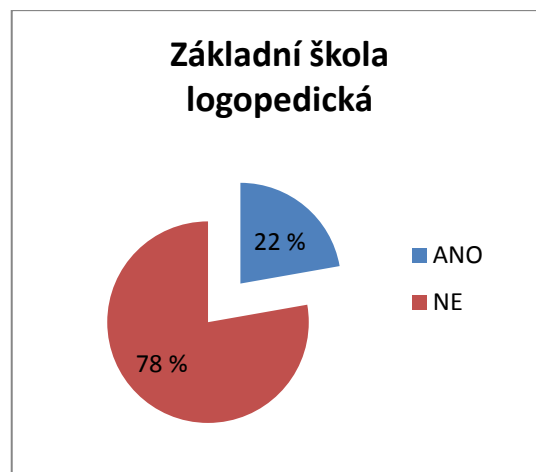
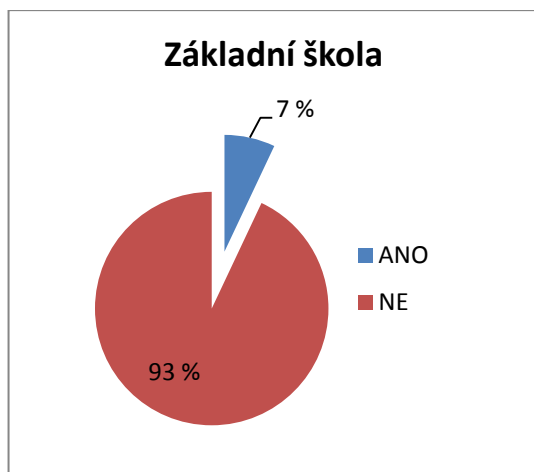
Graf č. 28: Návštěvnost školního logopeda – ZŠ logopedická

14. Klinického logopeda navštěvuje osm žáků (tj. 7 %) na Základní škole a 106 žáků (tj. 93 %) klinického logopeda nenavštěvuje.

Na Základní škole logopedické šest žáků (tj. 22 %) klinického logopeda navštěvují a 21 žáků (tj. 78 %) klinického logopeda nenavštěvuje.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
ANO	8	7 %	6	22 %
NE	106	93 %	21	78 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 16: Návštěvnost klinického logopeda



Graf č. 29: Návštěvnost klinického logopeda – ZŠ

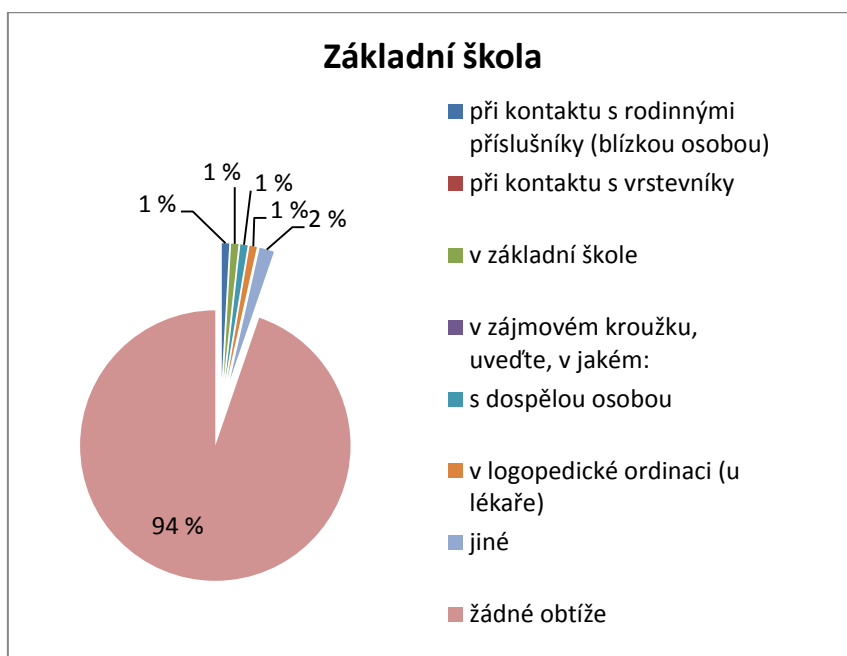
Graf č. 30: Návštěvnost klinického logopeda – ZŠ logopedická

15. Na Základní škole se u 108 žáků (tj. 94 %) výrazné obtíže při komunikaci neobjevují. Možnosti: v jiném případě se vyskytují obtíže při komunikaci u dvou žáků (tj. 2 %). Po jednom žákovi (tj. 1 %) se obtíže vyskytují při kontaktu s rodinnými příslušníky, při kontaktu s dospělou osobou, v logopedické ordinaci (u lékaře) a v základní škole.

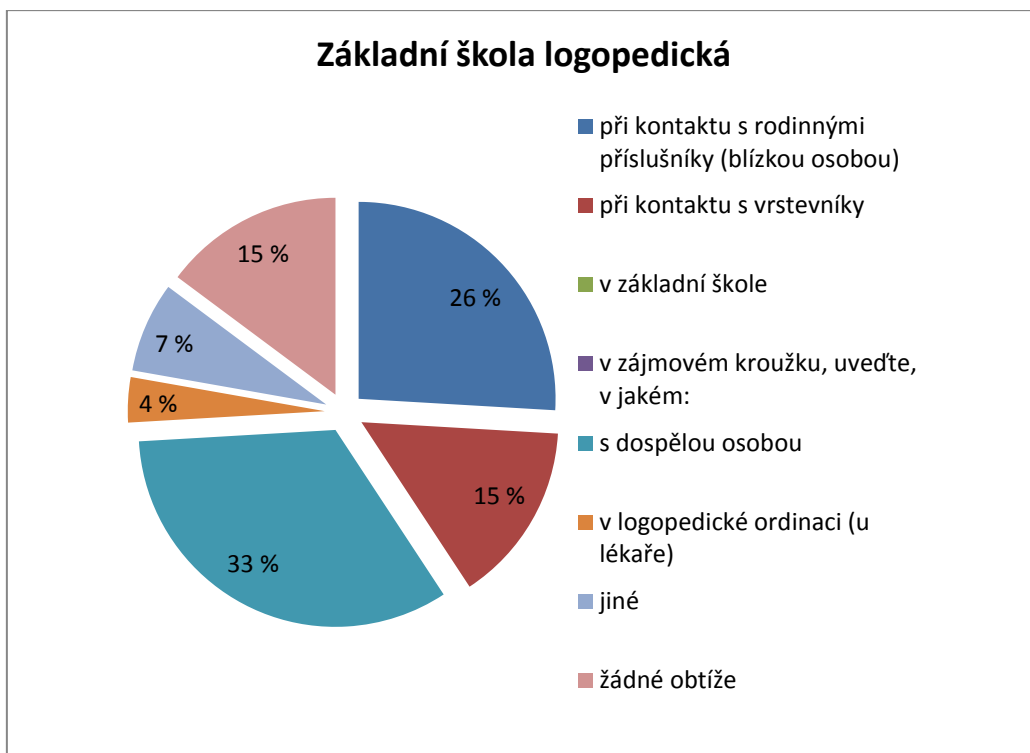
V Základní škole logopedické má devět žáků (tj. 33 %) nejvýraznější obtíže při komunikaci s dospělou osobou. Při kontaktu s rodinnými příslušníky má obtíže sedm žáků (tj. 26 %). Při kontaktu s vrstevníky mají výrazné obtíže čtyři žáci (tj. 15 %). Možnost: v jiném případě se objevila u dvou žáků (tj. 7 %). Žádné obtíže při komunikaci nemají čtyři žáci (tj. 15 %). V logopedické ordinaci (u lékaře) má obtíže při komunikaci jeden žák (tj. 4 %).

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
při kontaktu s rodinnými příslušníky (blízkou osobou)	1	1 %	7	26 %
při kontaktu s vrstevníky	0	0 %	4	15 %
v základní škole	1	1 %	0	0 %
v zájmovém kroužku, uveďte, v jakém:	0	0 %	0	0 %
s dospělou osobou	1	1 %	9	33 %
v logopedické ordinaci (u lékaře)	1	1 %	1	4 %
jiné	2	2 %	2	7 %
žádné obtíže	108	95 %	4	15 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 17: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka



Graf č. 31: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka – ZŠ



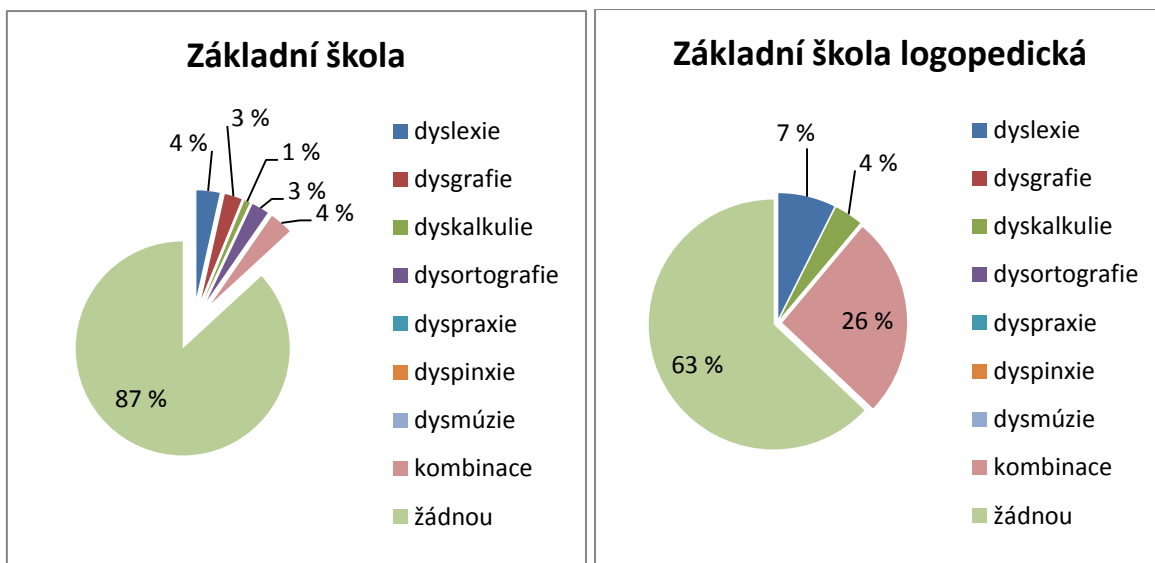
Graf č. 32: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka – ZŠ logopedická

16. Na Základní škole se vyskytuje 99 žáků (tj. 87 %) bez specifické poruchy učení. Dyslexie je diagnostikována u čtyř žáků (tj. 4 %) taktéž je diagnostikována i kombinace specifických poruch učení u čtyř žáků (tj. 4 %). Po třech žácích (tj. 3 %) je diagnostikována dysgrafie a dysortografie. Dyskalkulie je diagnostikována u jednoho žáka (tj. 1%).

Na Základní škole logopedické se u 17 žáků (tj. 63 %) neobjevila žádná specifická porucha učení. Kombinaci specifických poruch učení má diagnostikovanou sedm žáků (tj. 26 %). Dyslexii mají diagnostikovanou dva žáci (tj. 7 %) a jeden žák (tj. 4 %) má diagnostikovanou dyskalkulii.

	Základní škola		Základní škola logopedická	
	absolutní četnost	procentuální vyjádření	absolutní četnost	procentuální vyjádření
dyslexie	4	4 %	2	7 %
dysgrafie	3	3 %	0	0 %
dyskalkulie	1	1 %	1	4 %
dysortografie	3	3 %	0	0 %
dyspraxie	0	0 %	0	0 %
dyspinxie	0	0 %	0	0 %
dysmúzie	0	0 %	0	0 %
kombinace	4	4 %	7	26 %
žádnou	99	87 %	17	63 %
Celkem	114	100 %	27	100 %

Tabulka č. 18: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka



Graf č. 33: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka – ZŠ

Graf č. 34: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka – ZŠ logopedická

Po přehlednost jsme uvedli i kombinaci specifických poruch učení na ZŠ a ZŠ logopedické.

Kombinace	Základní škola	Základní škola logopedická
ADHD, dysgrafie	1	
ADHD, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie	1	
dyslexie, dysortografie	1	1
dyslexie, dysgrafie, dysortografie,	1	2
dyslexie, dyskalkulie		1
dyslexie, dysgrafie		1
dysgrafie, dysortografie		2

Tabulka č. 19: Kombinace specifických poruch učení

Vyhodnocení cílů

Na začátku praktické části jsme uvedli Statistikou činnost zdravotnických zařízení z roku 2012, která uvádí, že v místě zkoumání, což je Královéhradecký kraj, se nejčastěji vyskytuje od 0-18 let dyslalie, 3 515 respondentů. Potom opožděný vývoj řeči, 1 913 respondentů, dále dysfázie s četností 502 respondentů, dále následuje koktavost, breptavost, SPU a další. Tento poznatek měl být v návaznosti na výběrový vzorek potvrzen nebo vyvrácen.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá (Tabulka č. 7), že nejčastějším druhem narušené komunikační schopnosti, u žáků na 1. stupni Základní školy je dyslalie, vyskytuje se u pěti chlapců (tj. 4 %). Výše zmíněný poznatek byl na 1. stupni Základní školy potvrzen. Na Základní škole logopedické se nejčastěji vyskytuje kombinace poruch řeči. Poznatek, že se nejčastěji vyskytuje od 0-18 let dyslalie, se nám na Základní škole logopedické nepotvrdil, ale je velice pravděpodobné pokud bychom rozšířili vzorek testovaných jedinců, bylo by velice možné, že by byl poznatek potvrzen z důvodů, které uvádí literatura, např. Kerekrétiová (2009) i další autoři uvádějí, že dyslalie se považuje za nejčastější narušenou komunikační schopnost.

Hlavní cíl

Hlavním cílem kvantitativního šetření bylo zjistit výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti vyskytující se na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějším druhem narušené komunikační schopnosti u žáků na 1. stupni základní školy je dyslalie, vyskytuje se u pěti chlapců (tj. 4 %). Dále se vyskytuje vývojová dysfázie u dvou chlapců (tj. 2 %). S nejmenší četností jsou zastoupeni žáci s huhňavostí, koktavostí a kombinací těchto poruch po jednom žákovi (tj. 1 %).

Na Základní škole logopedické se nejčastěji vyskytuje kombinace poruch řeči. Kombinace se vyskytuje u 11 chlapců (tj. 41 %) a u dvou dívek (tj. 7 %). Dále se vyskytuje vývojová dysfázie u šesti chlapců (tj. 22 %) a jedné dívky (tj. 4 %). S nižší četností je zastoupen opožděný vývoj řeči u pěti chlapců (tj. 19 %) a u jedné dívky (tj. 4 %). S nejmenší četností se vyskytuje koktavost u jednoho chlapce (tj. 4 %).

Dílčí cíl

Ve výzkumném šetření byly stanoveny čtyři dílčí cíle. Jedním z cílů bylo zjistit nejčastější SPU u žáků na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické. Z výzkumného šetření (Tabulka č. 18) je patrné, že nejčastější SPU u žáků na 1. stupni Základní školy je dyslexie, která je diagnostikovaná u čtyř žáků (tj. 4 %) taktéž kombinace specifických poruch učení je diagnostikovaná u čtyř žáků (tj. 4 %). Po třech žácích (tj. 3 %) je diagnostikovaná také dysgrafie a dysortografie. Dyskalkulie je diagnostikovaná u jednoho žáka (tj. 1 %).

Na Základní škole logopedické je nejčastější diagnostikovaná kombinaci SPU, u sedmi žáků (tj. 26 %). Dyslexii mají diagnostikovanou dva žáci (tj. 7 %) a jeden žák (tj. 4 %) má diagnostikovanou dyskalkulii.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, v jakém předmětu má žák nejčastěji problémy. Jak je patrné z tabulky č. 10 na Základní škole má ve více předmětech obtíže 15 žáků (tj. 13 %). V českém jazyce má obtíže 11 žáků (tj. 10 %). V matematice mají obtíže čtyři žáci (tj. 4 %) a v cizím jazyce mají obtíže dva žáci (tj. 2 %).

Na Základní škole logopedické se nejvíce vyskytují žáci, kteří mají obtíže ve více předmětech, 18 žáků (tj. 67 %). Dále má pět žáků (tj. 18 %) obtíže v českém jazyce a čtyři žáci (tj. 15 %) nemají obtíže v žádném předmětu.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda je pro žáka zajištěna nějaké speciální péče ve škole. Dle tabulky č. 13 a 14 na Základní škole je 92 žáků (tj. 81%) bez obtíží. Logopedická péče je zajištěna u dvou žáků (tj. 2 %). Dále na Základní škole je péče ze strany speciálního pedagoga zajištěna u 19 žáků (tj. 17 %).

Na Základní škole logopedické je logopedická péče zajištěna u 27 žáků (tj. 100 %). Péče ze strany speciálního pedagoga je poskytována 27 žákům (tj. 100 %).

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda vede NKS k odkladu školní docházky. Jak je patrné z tabulky č. 5 na Základní škole mělo odloženou školní docházku osm žáků (tj. 7 %) z důvodu poruchy řeči.

Na Základní škole logopedické mělo odloženou školní docházku 23 žáků (tj. 85 %) z důvodu poruchy řeči.

Vyhodnocení hypotéz

Na základě vymezených cílů jsme stanovili konkrétní předpoklady a hypotézy. Abychom mohli věcné hypotézy ověřit pomocí statistické metody, převedli jsme hypotézy a předpoklady na tzv. statistické hypotézy (nulová H_0 a alternativní H_A). Hypotézy jsme statisticky ověřili podle statistické metody chí-kvadrát. Pracovali jsme na hladině významnosti 0,05 (5%), která se používá ve většině pedagogických výzkumů. Ověření jsme provedli podle vzorce:

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

Stanovené hypotézy:

H1: Předpokládáme, že nejčastějším okruhem narušené komunikační schopnosti budou kombinované vady řeči – ve srovnání s dyslaliemi a jinými typy narušené komunikační schopnosti (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, dysartrie, huhňavost, koktavost, breptavost) na 1. stupni ZŠ běžného typu i na 1. stupni ZŠ logopedické.

H1₀: Mezi výskytem dyslalií, ostatních typů NKS a kombinovaných vad řeči na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **není** statisticky významný rozdíl.

H1_A: Mezi výskytem dyslalií, ostatních typů NKS a kombinovaných vad řeči na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **je** statisticky významný rozdíl.

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedické	marginální četnost
Dyslalie	5	0	5
Ostatní typy NKS	4	14	18
kombinované vady řeči	1	13	14
marginální četnost	10	27	37

Tabulka č. 20 – Skutečná četnost

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedické	marginální četnost
Dyslalie	1.35	3.65	5
Ostatní typy NKS	4.86	13.14	18
kombinované vady řeči	3.78	10.22	14
marginální četnost	10	27	37

Tabulka č. 21 – Očekávaná četnost

Rozhodnutí:

Dosadíme-li do vzorce, výsledná hodnota χ^2 (chí-kvadrát) je 16,528 a kritická hodnota chí-kvadrátu se dvěma stupni volnosti na hladině statistické významnosti 5% je 5,991. Výsledná hodnota χ^2 překračuje kritickou hodnotu, z toho důvodu na hladině statistické významnosti 5% nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_A), která nám říká, že mezi výskytem dyslalií, ostatních typů NKS a kombinovaných vad řeči na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické je statisticky významný rozdíl.

H2: Předpokládáme, že se vyskytuje rozdíl mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU a kombinací všech typů SPU na 1. stupni ZŠ běžného typu i na 1. stupni ZŠ logopedické.

H₂₀: Mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, dyspinxie, dysmúzie) a kombinací všech typů SPU **není** statisticky významný rozdíl.

H_{2A}: Mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, dyspinxie, dysmúzie) a kombinací všech typů SPU **je** statisticky významný rozdíl.

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslexie	4	2	6
Ostatní typy SPU	7	1	8
Kombinace SPU	4	7	11
marginální četnost	15	10	25

Tabulka č. 22 – Skutečná četnost

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslexie	3.6	2.4	6
Ostatní typy SPU	4.8	3.2	8
Kombinace SPU	6.6	4.4	11
marginální četnost	15	10	25

Tabulka č. 23 – Očekávaná četnost

Rozhodnutí:

Výsledná hodnota χ^2 (chí-kvadrát) nám vyšla 5,193 a kritická hodnota chí-kvadrátu se dvěma stupni volnosti na hladině statistické významnosti 5% je 5,991. Výsledná hodnota je nižší než kritická hodnota, proto zamítáme alternativní hypotézu (H_A), která zní: Mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie,

dyspinxie, dysmúzie) a kombinací všech typů SPU **je** statisticky významný rozdíl a přijímáme nulovou hypotézu (H_0), která zní: Mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, dyspinxie, dysmúzie) a kombinací všech typů SPU **není** statisticky významný rozdíl. Naše stanovená hypotéza se nepotvrdila, ale pokud bychom rozšířili vzorek testovaných jedinců, bylo by velice pravděpodobné, že námi stanovená hypotéza by se potvrdila z důvodů, které uvádí literatura např. Fischer, Škoda (2008) uvádějí, že jedna z nejrozšířenějších poruch učení je dyslexie. Dále uvádějí, že dyslexií trpí až 95% dětí, což by znamenalo, že mezi výskytem dyslexie, ostatních typů SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie, dyspraxie, dyspinxie, dysmúzie) a kombinací všech typů SPU **je** statisticky významný rozdíl.

H3: Předpokládáme, že je významný rozdíl ve výskytu jednotlivých typů NKS na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické.

H3₀: Mezi výskytem jednotlivých typů NKS na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **není** statisticky významný rozdíl.

H3_A: Mezi výskytem jednotlivých typů NKS na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **je** statisticky významný rozdíl.

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslalie	5	0	5
Opožděný vývoj řeči	0	6	6
Vývojová dysfázie	2	7	9
Huhňavost	1	0	1
Koktavost	1	1	2
marginální četnost	9	14	23

Tabulka č. 24 – Skutečná četnost

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslalie	1.96	3.04	5
Opožděný vývoj řeči	2.35	3.65	6
Vývojová dysfázie	3.52	5.48	9
Huhňavost	0.39	0.61	1
Koktavost	0.78	1.22	2
marginální četnost	9	14	23

Tabulka č. 25 – Očekávaná četnost

Rozhodnutí:

Po dosazení do vzorce, výsledná hodnota χ^2 (chí-kvadrát) nám vyšla 14,362 a kritická hodnota chí-kvadrátu se čtyřmi stupni volnosti na hladině statistické významnosti 5% je 9,488. Výsledná hodnota je vyšší než kritická hodnota, z toho důvodu zamítáme nulovou hypotézu (H_0), a přijímáme hypotézu (H_A), která nám říká, že mezi výskytem jednotlivých typů NKS na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **je** statisticky významný rozdíl.

H4: Předpokládáme, že je významný rozdíl ve výskytu dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické.

H4₀: Mezi výskytem **dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie** na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **není** statisticky významný rozdíl.

H4_A: Mezi výskytem **dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie** na 1. stupni ZŠ a na 1. stupni ZŠ logopedické **je** statisticky významný rozdíl.

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslexie	4	2	6
Dysgrafie	3	0	3
Dyskalkulie	1	1	2
Dysortografie	3	0	3
marginální četnost	11	3	14

Tabulka č. 26 – Skutečná četnost

	1. st. ZŠ	1. st. ZŠ logopedická	marginální četnost
Dyslexie	4.71	1.29	6
Dysgrafie	2.36	0.64	3
Dyskalkulie	1.57	0.43	2
Dysortografie	2.36	0.64	3
marginální četnost	11	3	14

Tabulka č. 27 – Očekávaná četnost

Rozhodnutí:

Vypočtená hodnota χ^2 (chí-kvadrát) nám vyšla 3,087 a kritická hodnota chí-kvadrátu se třemi stupni volnosti na hladině statistické významnosti 5% je 7,815. Výsledná hodnota je nižší než kritická hodnota, z toho důvodu na hladině statistické významnosti 5 % nulovou

hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme, tzn., že mezi výskytem dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dysortografie na 1. stupni ZŠ a 1. stupni ZŠ logopedické **není** statisticky významný rozdíl. Náš předpoklad se nepotvrdil.

Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na zjištění výskytu nejčastější narušené komunikační schopnosti u dětí na ZŠ a ZŠ logopedické. Dále jsme zjišťovali nejčastější specifické poruchy učení u žáků na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické. Také jsme zkoumali, v jakém předmětu mají žáci nejčastěji problémy. Prošetřovali jsme také, zda je pro žáka ve škole zajištěna nějaká speciální péče. Poslední cíl byl zaměřen na to, zda vede narušená komunikační schopnost k odkladu školní docházky. V teoretické části diplomové práce jsme shrnuli jednotlivé typy narušené komunikační schopnosti související s naší cílovou skupinou. Zaměřili jsme se na terminologii, etiologii, klasifikaci, symptomatologii, diagnostiku a terapii. Na začátku teoretické části jsme vymezili komunikaci a ontogenezi řeči, která souvisí s naším tématem. Potom jsme stručně popsali komunikaci verbální a neverbální. V další kapitole jsme rozpracovali ontogenezi řeči podle Sováka a Lechty. V následujících kapitolách jsme se vzhledem k zaměřenosti tématu podrobněji věnovali jednotlivým typům narušené komunikační schopnosti, které jsou spojovány s naší cílovou skupinou. U jednotlivých kapitol jsme se snažili vymezit postoj různých autorů k jednotlivým typům narušené komunikační schopnosti. V kapitolách jsme se věnovali zejména vývojové nemluvnosti, získané neurotické nemluvnosti, narušení zvuku řeči, narušení plynulosti řeči, narušení článkování řeči, narušení grafické stránky řeči, symptomatickým poruchám řeči, poruchám hlasu a kombinovaným vadám. Typy narušené komunikační schopnosti jsme rozpracovali na dílčí řečové poruchy. U řečových poruch jsme se zaměřili na terminologii, etiologii, klasifikaci, symptomatologii, diagnostiku a terapii.

Na začátku praktické části jsme stanovili výzkumné cíle a věcné hypotézy. V praktické části diplomové práce jsme uvedli charakteristiku místa šetření a charakteristiku výzkumného souboru. Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvantitativního výzkumu. K realizaci výzkumného šetření jsme využili dotazník vlastní konstrukce, který byl určen pro rodiče žáků. Zvolená oblast pro sběr dat byl Královéhradecký kraj. Následná data výzkumného šetření jsme statisticky shrnuli, analyzovali, zpracovali a graficky znázornili.

Již zmíněným hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti vyskytující se na 1. stupni ZŠ a ZŠ logopedické. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějším typem narušené komunikační schopnosti u žáků na 1. stupni Základní školy je dyslalie, vyskytuje se u pěti chlapců (tj. 4 %). Dále se vyskytuje

vývojová dysfázie u dvou chlapců (tj. 2 %). S nejmenší četností jsou zastoupeni žáci s huhňavostí, koktavostí a kombinací poruch řeči po jednom žákovi (tj. 1 %).

Na Základní škole logopedické se nejčastěji vyskytuje kombinace poruch řeči. Kombinace se vyskytuje u 11 chlapců (tj. 41 %) a u dvou dívek (tj. 7 %). Dále se vyskytuje vývojová dysfázie u šesti chlapců (tj. 22 %) a u jedné dívky (tj. 4 %). S nižší četností je zastoupen opožděný vývoj řeči u pěti chlapců (tj. 19 %) a u jedné dívky (tj. 4 %). S nejmenší četností se vyskytuje koktavost a to u jednoho chlapce (tj. 4 %). Na závěr jsme statisticky ověřili stanovené hypotézy a předpoklady pomocí statistické metody chí-kvadrát.

Publikace

BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. přel. J. Lorenc. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-955-9.

BENDOVIÁ, P. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-536.

BUBENÍČKOVÁ, M., KUTÁLKOVÁ, D. *Koktavost: metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-721-6145-8.

CLÉMENT, S., PLANCHOU, C., BÉLAND, R., MOTTE, J., & SAMSON, S. (2015). Singing abilities in children with Specific Language Impairment (SLI). *Frontiers In Psychology*, 61-11. doi:10.3389/fpsyg.2015.00420.

DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. Expert (Grada). ISBN 80-7169-988-8.

DLOUHÁ, O. *Vývojové poruchy řeči: [vztah centrálních poruch řeči a sluchu]*. V Praze: Alexej Novák, 2003. ISBN 80-239-1832-x.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 p.

DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902-5360-1.

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

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FROSTOVÁ, J., VANIÁKOVÁ, M. *Základy hlasové výchovy pro učitele*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2316-3.

GEUS, E. *Někdy koktám: knížka pro děti ve věku 7-12 let*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-018-2.

HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.

HARTMANN, B., LANGE, M. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy*. vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným postižením a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. ISBN 978-80-7368-945-2.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Palatolália*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1997. ISBN 80-223-1140-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-802-2325-745.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-859-3141-9.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998. ISBN 80-859-3162-1.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.

KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

K logopedické teorii a praxi: [sborník]. 1. vyd. Praha: SPN, 1977, [7] Knižnice speciální pedagogiky.

KONDÁŠ, O. *Zajakavosť*. 1, vyd. Bratislava: SPN, 1983.

KOŠČ, L. *Vývinová dyskalkulia jako jedna forma narušenia schopnosti učiť sa*. Bratislava: Česká logopedia, 1990.

KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-704-1413-8.

KUČERA, O. Elektivní mutismus u dětí. *Československá logopedie*. Praha: SPN, 1956.

KUTÁLKOVÁ, D. *Dyslalie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-721-6100-8.

KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8667-5.

KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči: Dysfázie : metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-721-6177-6.

LANCIONI, G. E., SINGH, N. N., O'REILLY, M. F., SIGAFOOS, J., BOCCASINI, A., LA MARTIRE, M. L., & LANG, R. (2014). CASE STUDIES OF TECHNOLOGY FOR ADULTS WITH MULTIPLE DISABILITIES TO MAKE TELEPHONE CALLS INDEPENDENTLY. *Perceptual & Motor Skills*, 119(1), 320-331.

LECHTA, V. *Logopédia IV. Rozvíjanie reči*. Trnava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1985.

LECHTA, V. *Logopedické repetitóriium*. vyd. 3., dopl. a přeprac. Bratislava: Slov. ped. nakl, 1990. ISBN 80-080-0447-9.

LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. vyd. 1. překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, V. *Koktavost: komplexní přístup*. vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8867-8.

LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.

LECHTA, V. *Koktavost: integrativní přístup*. vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-438.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-774.

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

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-731-5038-7.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. vyd. 3. upr. a rozš. Jinočany, 1995. ISBN 80-857-8727-X.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: *MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia*. Bratislava, 1993. ISBN 80-900445-0-6.

MLČÁKOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. *Narušení plynulosti řeči - vstup do problematiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3719-4.

MORÁVEK, M. *Lidská řeč*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1969. Malá moderní encyklopedie (Orbis).

MORGAN, A. (2014). Dysarthria in children and adults with TBI. In S. McDonald, L. Togher, C. Code, S. McDonald, L. Togher, C. Code (Eds.) , *Social and communication disorders following traumatic brain injury (2nd ed.)* (pp. 218-257). New York, NY, US: Psychology Press.

NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 1997.

NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, ISBN 978-80-7435-053-5.

NOVÁK, A. *Foniatrie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-7066-071-6.

NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie*. 2. přeprac. vyd. V Praze, 2000.

NOVÁK, J. *Dyskalkulie: specifické poruchy počítání; metodika rozvíjení početních dovedností s přílohou Pracovní listy*. vyd. 2., v nakl. Tobiáš 1. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2000. Logopaedia clinica. ISBN 80-858-0882-X.

PAČESOVÁ, J. *Vývoj dětské řeči v předškolním věku (Logopedická prevence I)*. Brno: Krajský pedagogický ústav v Brně, 1987.

PEŠÁK, J. (2002). Pneumoobstruction of the tracheobronchial tree as a hypothetical cause of balbuties. *Medical Hypotheses*, 59458-461. doi:10.1016/S0306-9877(02)00159-7.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Etiologie a terapie koftavosti*. vyd. 1. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1994. ISBN 80-706-7346-X.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Čtení o koftavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8003-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 8024402580.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-807-3151-980.

PLAMÍNEK, J. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2706-6.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. vyd. 3., rozš. a opr. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1963.

RIVAS, E. Q., & MOLINA, E. S. (2012). A proposal for a virtual world that supports therapy of dyslalia. 2012 6Th Euro American Conference On Telematics & Information Systems (EATIS), 1.

RŮŽIČKOVÁ, V. *Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1738-7.

ŘEPOVÁ, Ps. *Dítě a koktavost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1766-0.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. vyd. 3., přeprac. a dopl., v Grada Publishing vyd. 2. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9512-2.

SALOMONOVÁ, A. *Dyslalie* in ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

SEEMAN, M.: *Poruchy dětské řeči*. Praha, 1955.

SELIKOWITZ, M: *Dyslexie a jiné poruchy učení: specifické poruchy čtení*. vyd. 1., české. Praha: Grada, 2000, Pro rodiče. ISBN 80-716-9773-7.

SHARKEY, L., & MCNICHOLAS, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(5), 255-263. doi:10.1007/s00787-007-0658-4.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, M. *Logopedie*. 2.vyd. Praha: SPN, 1972.

SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1973.

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN, 1978.

SOVÁK, M. *Logopedie: učebnice*. 2. vyd. Praha: SPN. 1981.

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 3.vyd. Praha: SPN, 1984.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. vyd. 1. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-717-8545-8.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia, 2001. ISBN 80-967108-7-X.

VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiientia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. MLČÁKOVÁ, R. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: Základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-86633-22-5.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

ZAALEN, Y., WIJNEN, F., & DEJONCKERE, P. (2011). The assessment of cluttering: Rationale, tasks, and interpretation. In D. Ward, K. Scaler Scott, D. Ward, K. Scaler Scott (Eds.) , *Cluttering: A handbook of research, intervention and education* (pp. 137-151). New York, NY, US: Psychology Press.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-852-6776-4.

ZELINKOVÁ, O. *Cizí jazyky a specifické poruchy učení*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2006. ISBN 80-7311-022-9.

Seznam zkratek

CNS – centrální nervová soustava

EEG – elektroencefalogram

EMG – elektromyografie

NKS – narušená komunikační schopnost

PPP – pedagogicko - psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

SPU – specifická porucha učení

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Léčení pacienti pro vybranou poruchu ve věku 0-18 let, z roku 2012

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Návratnost dotazníků

Tabulka č. 2: Pohlaví žáků

Tabulka č. 3: Věk žáků

Tabulka č. 4: Ročník, který žák navštěvuje

Tabulka č. 5: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči

Tabulka č. 6: Odložená školní docházka z jiných důvodu, než jsou poruchy řeči

Tabulka č. 7: Narušená komunikační schopnost žáků

Tabulka č. 8: Kombinace poruch řeči

Tabulka č. 9: Počátek obtíží v řeči

Tabulka č. 10: Obtíže v předmětu

Tabulka č. 11: Spolupráce žáka se speciálním zařízením

Tabulka č. 12: Individuálně vzdělávací plán

Tabulka č. 13: Zajištění logopedické péče

Tabulka č. 14: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga

Tabulka č. 15: Návštěvnost školního logopeda

Tabulka č. 16: Návštěvnost klinického logopeda

Tabulka č. 17: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka

Tabulka č. 18: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka

Tabulka č. 19: Kombinace specifických poruch učení

Tabulka č. 20 – Skutečná četnost

Tabulka č. 21 – Očekávaná četnost

Tabulka č. 22 – Skutečná četnost

Tabulka č. 23 – Očekávaná četnost

Tabulka č. 24 – Skutečná četnost

Tabulka č. 25 – Očekávaná četnost

Tabulka č. 26 – Skutečná četnost

Tabulka č. 27 – Očekávaná četnost

Seznam grafů

- Graf č. 1: návratnost dotazníků – ZŠ
- Graf č. 2: návratnost dotazníků – ZŠ logopedická
- Graf č. 3: Pohlaví žáků - ZŠ
- Graf č. 4: Pohlaví žáků - ZŠ logopedické
- Graf č. 5: Věk žáků - ZŠ
- Graf č. 6: Věk žáků - ZŠ logopedické
- Graf č. 7: Ročník, který žák navštěvuje – ZŠ
- Graf č. 8: Ročník, který žák navštěvuje – ZŠ logopedická
- Graf č. 9: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči – ZŠ
- Graf č. 10: Odložená školní docházka z důvodu poruchy řeči – ZŠ logopedická
- Graf č. 11: Odložená školní docházka z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči – ZŠ
- Graf č. 12: Odložená školní docházka z jiných důvodů, než jsou poruchy řeči – ZŠ logopedická
- Graf č. 13: Narušená komunikační schopnost žáků - ZŠ
- Graf č. 14: Narušená komunikační schopnost žáků – ZŠ logopedická
- Graf č. 15: Počátek obtíží v řeči – ZŠ
- Graf č. 16: Počátek obtíží v řeči – ZŠ logopedická
- Graf č. 17: Obtíže v předmětu – ZŠ
- Graf č. 18: Obtíže v předmětu – ZŠ logopedická
- Graf č. 19: Spolupráce žáka se speciálním zařízením – ZŠ
- Graf č. 20: Spolupráce žáka se speciálním zařízením – ZŠ logopedická
- Graf č. 21: Individuálně vzdělávací plán – ZŠ
- Graf č. 22: Individuálně vzdělávací plán – ZŠ logopedická
- Graf č. 23: Zajištění logopedické péče – ZŠ
- Graf č. 24: Zajištění logopedické péče – ZŠ logopedická
- Graf č. 25: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga - ZŠ
- Graf č. 26: Zajištění péče ze strany speciálního pedagoga - ZŠ logopedická
- Graf č. 27: Návštěvnost školního logopeda – ZŠ
- Graf č. 28: Návštěvnost školního logopeda – ZŠ logopedická
- Graf č. 29: Návštěvnost klinického logopeda – ZŠ
- Graf č. 30: Návštěvnost klinického logopeda – ZŠ logopedická
- Graf č. 31: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka – ZŠ

Graf č. 32: Nejvýraznější obtíže při komunikaci žáka – ZŠ logopedická

Graf č. 33: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka – ZŠ

Graf č. 34: Diagnostikovaná specifická porucha učení žáka – ZŠ logopedická

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče žáků

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče žáků

Dotazník:

Vážený a milí rodiče,

jmenuji se Veronika Peštová a jsem studentkou Pedagogické fakulty na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor Učitelství pro 1. stupeň základní školy a speciální pedagogika.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, na základě kterého bude vyhodnoceno mé výzkumné šetření na téma: „Výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické“. Dotazník je anonymní a poslouží jen pro zpracování výsledků na výše uvedené téma.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

1. Pohlaví dítěte:

- a. chlapec
- b. děvče

2. Napište prosím věk dítěte:

3. Který ročník vaše dítě navštěvuje?

4. Mělo dítě odloženou školní docházku z důvodu poruchy řeči? Pokud ano, prosím vypište:

5. Mělo dítě odloženou školní docházku z důvodu jiných, než jsou poruchy řeči? (problémy se soustředěním, nedostatky v oblasti jemná motorika, problémy s navazováním kontaktů a další). Pokud ano, prosím vypište které:

6. Napište, prosím, narušenou komunikační schopnost (vadu řeči) Vašeho dítěte pokud má nějakou diagnostikovanou:

- a. dyslalie (*vadná výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka*)
- b. opožděný vývoj řeči (*dítě výrazně zaostává ve svém řečovém vývoji*)
- c. vývojová dysfázie (*vzniká při organickém poškození mozku dítěte během těhotenství, při porodu nebo po narození do 1. roku věku dítěte – vývoj řeči je vždy opožděný, výrazně je narušena schopnost sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět*).

- d. dysartrie (*narušena schopnost tvořit artikulovanou řeč*)
- e. huhňavost (*porucha nosní rezonance při řeči*)
- f. kockavost (*projevuje se opakováním prvních hlásek a slabik ve slově*)
- g. breptavost (*zrychlené tempo řeči*)
- h. jiné, uveďte jaké.....
- i. žádnou

7. Uveďte, kdy se začaly projevovat obtíže v řeči:

- a. 2. -3. rok
- b. 3. - 4. rok
- c. předškolní věk
- d. školní věk
- e. dítě je bez obtíží

8. Má dítě v nějakém předmětu potíže?

- a. český jazyk
- b. cizí jazyk
- c. matematika
- d. v žádném
- e. kombinace
- f. dítě je bez obtíží

9. Spolupracujete s některými z níže uvedených zařízení? Pokud ano, prosím, zaškrtněte.

- a. Pedagogicko-psychologická poradna
- b. Speciálně pedagogické centrum
- c. s žádným
- d. jiné zařízení, uveďte.....

10. Má dítě ve škole individuální vzdělávací plán?

- a. ano
- b. ne
- c. dítě je bez obtíží

11. Je ve škole vašeho dítěte zajištěna logopedická péče?

- a. ano
- b. ne
- c. dítě je bez obtíží

12. Je ve škole vašeho dítěte zajištěna péče ze strany speciálního pedagoga?

- a. ano
- b. ne
- c. dítě je bez obtíží

13. Navštěvujete školního logopeda. Pokud ano, vypište prosím, jak dlouho?

14. Navštěvujete klinického logopeda. Pokud ano, vypište prosím, jak dlouho?

15. Vypište, prosím, kdy jsou obtíže vašeho dítěte nejvýraznější:

- a. při kontaktu s rodinnými příslušníky (blízkou osobou)
- b. při kontaktu s vrstevníky
- c. v základní škole
- d. v zájmovém kroužku, uveďte, v jakém:.....
- e. s dospělou osobou
- f. v logopedické ordinaci (u lékaře)
- g. jiné, uveďte:
- h. žádné obtíže

16. Napište, prosím, specifickou poruchu učení Vašeho dítěte, pokud má nějakou diagnostikovanou:

- a. dyslexie:
- b. dysgrafie:
- c. dyskalkulie
- d. dysortografie:
- e. dyspraxie:
- f. dyspinxie:
- g. dysmúzie:
- h. kombinace, prosím uveďte jaká:
- i. žádnou

Anotace

Jméno a příjmení:	Veronika Peštová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Výskyt nejčastější narušené komunikační schopnosti na 1. stupni ZŠ a základní školy logopedické
Název v angličtině:	The occurrence of the most frequent communication disorders at the first stage of basic and speech therapy schools
Anotace práce:	Teoretická část diplomové práce se věnuje obecné problematice jako je terminologie, etiologie, klasifikace, symptomatologie, diagnostika a terapie jednotlivých typů narušené komunikační schopnosti souvisejících s dětským věkem. Praktická část diplomové práce je postavena na kvantitativním šetření. K realizaci výzkumného šetření byl využit dotazník vlastní konstrukce. Výsledkem výzkumného šetření je shrnutí získaných dat, jejich analýza a grafický záznam.
Klíčová slova:	komunikace, řečový vývoj, vývojová dysfázie, mutismus, elektivní mutismus, palatolalie, rinolálie, koktavost, breptavost, dyslalie, dysartrie, specifické poruchy učení, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady řeči, narušená komunikační schopnost
Anotace v angličtině:	The theoretical part of this thesis is focused on terminology, etiology, symptomatology, classification, diagnosis and therapy of each type of impaired communication abilities associated with children's age. The practical part of this thesis

	is based on quantitative investigation. Own design questionnaire was used to implement research. The realization of the research was used a questionnaire of our own design. The result of the research is a summary of the data, analysis and graphic record.
Klíčová slova v angličtině:	communication, speech development, developmental dysphasia, mutism, elective mutism, palatolalia, rhinolalia, stuttering, cluttering, dyslalia, dysarthria, specific learning disability, symptomatic speech disorders, voice disorders, multiple disabilities, impaired communication ability
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče žáků
Rozsah práce:	138 stran
Jazyk práce:	Český jazyk