

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2018–2021**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Kateřina Janíková**

**Logopedická prevence u dětí v mateřské škole při Olivově  
dětské léčebně v Říčanech u Prahy**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Jůzlová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

**2018–20201**

**BACHELOR THESIS**

**Kateřina Janíková**

**Speech therapy prevention for children in kindergarten at the  
Olivova children's Sanatorium in Říčany near the Prague**

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Hana Jůzlová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 19. 2. 2021

.....  
Kateřina Janíková

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Haně Jůzlové za její odborné vedení, cenné připomínky, vstřícnost a plnohodnotnou podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu zpracování bakalářské práce. Dále děkuji Bc. Aleně Zerzáňové, asistenci logopeda působící v MŠ při Olivově dětské léčebně za její ochotu, čas a cenné konzultace.

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na logopedickou prevenci dětí předškolního věku. Logopedická prevence je prováděna v mateřské škole při Olivově dětské léčebně, kde ji vede speciální pedagožka u dětí na zdravotním pobytu spolu s dětmi z denního stacionáře. Součástí práce je teoretická část, zabývající se ontogenezí řeči, aspekty logopedické prevence a způsoby logopedické prevence v MŠ. Druhá část práce je zaměřena prakticky. Zabývá se sledováním konkrétního výzkumného vzorku při prováděné logopedické prevenci v MŠ dle ŠVP.

## **Klíčová slova**

Logopedie, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, ontogeneze řeči, prevence, předškolní vzdělávání, rámcově vzdělávací program, školní vzdělávací program.

## **Annotation**

The bachelor thesis is focusing on speech therapy prevention of preschool children. Speech therapy prevention is based in the kindergarten at the Olivova Children's sanatorium. It is led by a special pedagogue and the attendees are children on a medical stay or from daycare. The theoretical part of this work introduces what is the ontogenesis of speech, what are the aspects of speech therapy care, and how speech therapy prevention in kindergarten takes place. The practical part of this work deals with the monitoring of a specific research sample in the performed speech therapy prevention in this kindergarten according to the school educational program.

## **Keywords**

School education program, framework education program, speech therapy, speech therapy intervention, impaired communication ability, ontogenesis of speech, prevention, preschool education.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 JEDNOTLIVÁ STÁDIA V ONTOGENEZI DĚTSKÉ ŘEČI.....</b>	<b>10</b>
1.1 Prelingvální stádia řeči .....	11
1.2 Stádium vlastního vývoje řeči .....	15
<b>2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....</b>	<b>21</b>
2.1 Etiologie a klasifikace narušené komunikační schopnosti .....	21
2.2 Kategorie narušených komunikačních schopností .....	23
2.3 Popis jednotlivých kategorií NKS.....	24
<b>3 METODY LOGOPEDICKÉ INTERVENCE .....</b>	<b>32</b>
3.1 Diagnostika.....	32
3.2 Terapie.....	35
3.3 Prevence .....	38
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE V MŠ PŘI ODL .....</b>	<b>42</b>
4.1 Cíl výzkumu, metodologie .....	42
4.2 Charakteristika místa výzkumu .....	43
4.3 Charakteristika vzdělávacího programu .....	45
<b>5 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU .....</b>	<b>48</b>
5.1 Klient č. 1 .....	48
5.2 Klient č. 2 .....	51
5.3 Klient č. 3 .....	55
5.4 Shrnutí výsledků šetření .....	59
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>65</b>

## ÚVOD

Jako jednu ze základních vlastností živočišných druhů označujeme proces dorozumívání. Mluvíme o komunikaci mezi jednotlivými jedinci, kdy dochází k předávání informací. U druhotně vyšších živočichů dochází k předávání informací především zvukovými či optickými signály. Ovšem v procesu dorozumívání jsou mnohdy důležité i jiné smyslové vjemy jako jsou čichové, chuťové nebo hmatové. Všechny smysly mohou zastupovat určitou roli v procesu dorozumívání.

Pokud budeme hovořit o té nejdokonalejší formě komunikace, zaměříme se především na řeč. Specifickou lidskou schopnost, kterou lze vyjádřit své pocity, myšlenky a emoce. Tato schopnost je zároveň velice důležitá v procesu socializace a v mezilidských vztazích. Protože je řeč natolik významná, je zapotřebí se jí náležitě věnovat. Z tohoto důvodu si bakalářská práce klade za cíl poukázat na důležitou roli logopedické prevence, a to jako součást vzdělávacího procesu. Teoreticky jsme objasnili vývojová stádia řeči a poukázali na jednotlivé vady řeči, k nimž může docházet.

Nejdůležitějším obdobím pro vývoj řeči je předškolní věk dítěte. Z tohoto důvodu bychom měli vývoji řeči v této fázi věnovat nejvyšší pozornost. A právě touto problematikou se téma bakalářské práce zabývá, tj. prováděním logopedické prevence v mateřské škole. Protože právě v tomto období má logopedická intervence na dítě největší vliv. Logopedická prevence je velmi důležitou součástí pedagogické činnosti, která vede k jazykovému rozvoji dětí a předchází vzniku narušené komunikační schopnosti. Na tento fakt, a mnoho dalších, jsme se zaměřili v mateřské škole při Olivově dětské léčebně v Říčanech u Prahy. V praktické části jsme si stanovili cíl poukázat na důležitost efektivního provádění logopedické prevence v předškolním vzdělávání. Do mateřské školy docházejí děti z léčebného pobytu, ale také děti z denního stacionáře, jenž je určen pro děti z Říčan a okolí.

Do léčebny jsou přijímány děti především s diagnózou astma bronchiale a obezitou, ale také s dalšími onemocněními, jako je atopický ekzém, podváha, gastroezofageální reflux (GER) a děti s různými skoliózami, i po úrazech. Součástí běžné pedagogické činnosti v této mateřské škole jsou v průběhu dopoledních hodin navíc léčebné procedury jako je inhalace, dechová rehabilitace, muzikoterapie, vodoléčba, saunování, léčebná rehabilitace či léčebné cvičení. Děti jsou pod neustálým dohledem



lékařů, rehabilitačních pracovníků, zdravotních sester a pedagogů, dochází tak ke komplexní péči o děti.

Děti z denního stacionáře do mateřské školy dochází v průběhu celého roku, zatímco děti z léčebného pobytu jen po dobu 4–6 týdnů. Během těchto týdnů děti pracují dle RVP, ŠVP, zahrnující logopedickou prevenci prováděnou logopedickou asistentkou. Pro účely této bakalářské práce byly zvoleny tři po sobě jdoucí skupiny dětí na léčebném pobytu, u těchto dětí byla sledována prováděná logopedická prevence, protože právě komunikace je zásadní pro správný vývoj a socializaci jedince.

V současné době bohužel můžeme pozorovat výrazně vyšší výskyt poruch souvisejících s řečovým projevem. Na tomto faktu se podílí i skutečnost, že děti již od útlého věku věnují mnoho času komunikaci přes sociální sítě. Vyšší výskyt mluvních poruch často úzce souvisí s velice zaneprázdněnými rodiči, ve výchově často chybí např. rodinné povídání a čtení knih. Děti se často posazují k televizi či počítačovým hrám, aby se zabavily, mluvní komunikace se tímto způsobem odsouvá do pozadí, a právě proto dětem často chybí dostatečná slovní zásoba, čímž se přestávají umět správně dorozumívat.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 JEDNOTLIVÁ STÁDIA V ONTOGENEZI DĚTSKÉ ŘEČI

Pro obor logopedie je velice důležité dobře znát a chápat správný vývoj řeči. Vyvíjí se na základě funkcí mozku, a to od nejnižších vývojových funkcí po nejvyšší (Sovák, 1989). Jedná se o velmi složitý proces. Řeč se začíná utvářet již v prenatálním období splnutím pohlavních buněk a vyvíjí se po celou dobu dětství, dospívání, až do období dospělosti a stáří. Můžeme tedy říci, že nás vývoj řeči provází celým životem.

Jedná se o individuální a zcela spontánní proces, o kterém hovoříme jako o ontogenetickém (Kejklíčková, 2016). A právě z toho důvodu je ontogeneze řeči, z řeckého slova *ontos* = jedinec a slova *genesis* = původ, natolik významná, protože určuje jednotlivé vývojové stupně řeči.

Na utváření řeči se podílí hned několik hledisek. Nejdůležitější z nich označujeme termínem *respirace*, jedná se o biologicky podmíněnou funkci, zajišťující výměnu plynů v těle. Bez dýchání by tělo nebylo okysličováno, do hrtanu by neproudil vzduch a nedocházelo by k rozvibrování hlasivek. Právě na základě správné funkčnosti hlasivek dokážeme tvořit zvuk (Van Riper, 1954). Na tvorbě řeči se dále podílí myšlení, motorika, smyslové vnímání a především sluch. Pokud je sluchové vnímání poškozeno, dochází k narušení vývoji řeči. Musíme ovšem akceptovat skutečnost individuálnosti každého jedince, proto i samotná ontogeneze řeči je u každého do jisté míry individuální. Z tohoto důvodu nelze určit striktní normy, či etapy řeči. Klenková (2006) dělí vývoj dětské řeči v české logopedii na dvě zásadní schémata:

- přípravné stádium řeči,
- vlastní vývoj řeči.

Na tomto rozdělení se shodlo hned několik autorů. Jednotlivá stádia vývoje dětské řeči na sebe plynule navazují, ale nejsou přesně časově určena. Sovák (1981) rozděluje stádia vývoje řeči na:

## **1. Přípravná stádia:**

- a) období křiku,
- b) období žvatlání.

## **2. Období porozumění řeči:**

- a) stádium emociálně-volní,
- b) stádium asociálně-reprodukční,
- c) stádium logických pojmů,
- d) stádium intelektualizace řeči.

### **1.1 Prelingvální stádia řeči**

Vývoj řeči, jako veškerý lidský vývoj, začíná již v prenatálním období. V nitroděložním vývoji se odehrávají velmi důležité anatomické změny, ovlivňující další vývoj jedince. Z embrya, podobného spíše vodnímu živočichovi, se pomalu vytváří plod stále více podobný lidské bytosti. V desátém týdnu již embryo nazýváme plodem. Plod postupně získává úplnou lidskou podobu, začínají se mu utvářet buňky pro chuť a diferencovat pohlavní ústrojí. Kolem dvanáctého týdne se plodu začíná utvářet vnitřní ucho. Již kolem dvacátého týdne plod zaznamenává zvuky. Takto může plod slyšet první zvukové fenomény, tlukot srdce matčina těla, její hlas či zpěv. Zaznamenává hlasy z okolí a vnímá příjemné i nepříjemné zvuky. Tyto zvuky jsou tlumeny břišní stěnou a plodovou tekutinou.

Právě sluch je důležitou podmínkou pro pozdější osvojení řeči. Je-li sluch poškozen, dochází k narušení vývoji řeči (Kejklíčková, 2016). Vývoj plodu pokračuje utvářením podkožního tuku a dotvářením jednotlivých orgánů. Ve dvacátém šestém týdnu těhotenství plod reaguje na nepříjemné zvuky škubnutím či kopnutím. V těle plodu se uzavírá spousta nervových zakončení a váží téměř jeden kilogram. Do konce těhotenství plod stále sílí, rostou mu nehty, vlasy, ztrácí ochlupení, a mimo jiné dochází také k dozrávání plic, svalů a mozku.

Nejdůležitější část vývoje řeči přichází po narození dítěte na svět. Sovák (1989) udává, že již první nádech dítěte je doprovázen hlasem. Novorozenec se ihned po porodu začne projevat křikem. Jedná se o reflexní, biologicky podmíněný pláč, který má spíše monotónní podobu. Sluchové a frekvenční vnímání novorozence je do jisté míry omezeno. Průměrně je schopen sluchem zaznamenat přibližně dvě stě až pět set hertzů (Keister a Keister, 2011).

Klenková (2006) období do 1 roku života, tedy prelingvální období, nazývá předřečovým stádiem vývoje řeči.

Červenková (2019) charakterizuje preverbální vývoj jedince od 0-12 měsíců několika obdobími a to na:

- a) období křiku,
- b) období broukání,
- c) období žvatlání,
- d) dětský žargon,
- e) protoslova.

Po narození novorozenec zprvu komunikuje nezáměrně, na podněty reaguje neutrálně, postupně se jeho reakce stávají záměrnějšími. Od prvního dne do šestého týdne života jedince hovoříme jako o období křiku. Dorozumívá se dle polohy svého těla, jeho napětím, nebo pohyby očí a hlavy. Dochází tedy k předverbálním i neverbálním projevům. Sledováním dítěte můžeme rozpoznat, zda je spokojené, či ne (Červenková, 2019). Nejvíce je v procesu komunikace zastoupen pláč. Dítě pláče v případě, kdy má hlad, pociťuje vztek, něco ho bolí apod. Na základě tohoto faktu se také mění délka jeho pláče. Dítě dokáže plakat při nádechu, ale i při výdechu, kdy je jeho pláč dokonce delší.

*„Při pláči můžeme rozpoznat produkci prefonemů, tedy zvuků podobajících se lidské řeči. Nejčastěji jsou to přední vokály (i, e, a)“* (Červenková, 2019, s. 25). Během prvního měsíce života novorozenec sleduje především lidský obličej. Na základě tohoto pozorování se snaží napodobovat mimiku. Ke konci novorozeneckého období, které trvá přibližně jeden měsíc, můžeme pozorovat již první známky zdvihnutí úst v podobě

úsměvu. Dokáže opakovat vypláznutí jazyka či otevírání úst. Právě tyto neverbální projevy jsou důležité k procvičování artikulačního aparátu, později sloužícího k tvorbě hlásek (Klenková, 2006). Koncem šestého týdne života lze u dítěte pozorovat diferenciaci křiku. Jeho pláč již nemá pouze negativní kontext, ale také citové zabarvení.

Od šestého týdne do čtyř měsíců života dítěte hovoříme o období broukání. Klenková (2000) o tomto období hovoří jako o období pudového žvatlání, kdy dochází ke hře s mluvidly. Dítě artikulačním aparátem provádí pohyby obdobné těm, které provádí, když přijímá stravu. Tyto pohyby doprovází zvuky.

Broukáním dítě projevuje svoji spokojenost. Dítě ve výrazu tváře dokáže již projevit štěstí. Reagovat na úsměv úsměvem, ale dochází také k rozvoji široké škále pláče. Pláč lze diferencovat dle neuspokojené biologické potřeby jako je spánek, hlad, pokud je dítě vyděšené, má pocit diskomfortu, potřebuje přebalit, pokud vyžaduje pozornost a mnoho dalších. Matka se naučí jednotlivé druhy pláče postupně rozeznávat.

Takto probíhá komunikace mezi dítětem a matkou. Dítě s matkou komunikuje také neverbálně, a to pomocí pohybů svého těla. Během druhého a třetího měsíce života dochází k vokalizaci. Děti reagují na lidský hlas. Pokud je dítě spokojené, vydává vokály (*e, i, u, a, o*), naopak ve stresu vydává zvuk hlasitého „a“ (Červenková, 2019). Ve třetím měsíci života kojence dochází k zásadnímu rozvoji zraku. Dítě dokáže zpracovávat vjem z obou očí současně. Tento fakt vede k tomu, že dítě po předmětu sahá, snaží se ho uchopit. Sleduje ho pohybem hlavičky i očí. Zaměřuje se na barevně výrazné předměty a na předměty ohraničené či jednoduché (Keister a Keister, 2011).

Právě tento vizuální vývoj ovlivňuje také jeho vokalizaci. Dítě poslouchá hlas matky, na který následně reaguje svým broukáním. Jedná se o první střídání rolí v procesu komunikace. Využívá především dlouhé *e* a *a*, ovšem v broukání se objevují i první preferenční *p, b, m* (Keister a Keister, 2011).

Červenková (2019) udává další stupeň vývoje řeči jako období vokální hry. O tomto období hovoříme mezi čtvrtým až šestým měsícem života dítěte. Toto období je dáno anatomickými změnami, které ve vývoji orofaciální oblasti nastávají. Dítěti roste spodní čelist a jeho jazyk mění své pohyby. Nyní dítě zvládá jazykem pohybovat nahoru a dolů. Dochází k ovlivňování rezonance hlasu dítěte, a tak je ovlivněna i výška a síla hlasu. Dle polohy, kterou kojeneček zaujímá můžeme rozlišovat produkované hlásky. Leží-

li na břiše, vydává první hlásky *b, p, m*, pokud sedí s oporou objevují se hlásky *d, t, n*. Je-li kojeneček na zádech, produkuje hlásky *k, g, n*. Nejčastější hlásky, které dítě realizuje jsou hlásky *i, e, a*. Po osvojení jednotlivých hlásek dítě začíná tyto zvuky spojovat a reprodukovat (*paa, bee, daa, maa*) (Bahr, 2010). Kojeneček vokalizuje v průběhu denních činností jako je přebalování, krmení atd. V pátém měsíci života se dítěti velmi významně vyvíjí koordinace ruka – oko. Kojeneček již dokáže sledovat objekt, aniž by musel pohybovat hlavou. Dítě také získává schopnost sledovat pohled svých rodičů, což mu umožňuje sdílenou pozornost s rodiči (Červenková, 2019). Ve věku čtyř až šesti měsíců tedy zvládá vydávat broučkové zvuky, pokud si hraje, či je sám. Díky zvukům, které vydává, umí projevit nespokojenost nebo radost. Zajímá ho hudba a hračky vydávající zvuky. Dokáže pohybovat očima ve směru zvuku (Kejklíčková, 2016).

Období od šestého měsíce do jednoho roku života dítěte, charakterizujeme jako „*intenzivní vokální hru. Děti experimentují s vokálními i nevokálními zvuky, experimentují s výškou hlasu i rytmem*“ (Červenková, 2019, s. 28). Toto období označujeme jako období dětského žargonu. Tímto termínem rozumíme delší dětskou promluvu obsahující pseudoslova či náhodně reprodukováná slova. V šestém měsíci děti začínají více žvatlat. Již mají osvojené téměř všechny vokály a konsonanty. Děti používají při svém žvatlání prodloužené dvojhlásky a učí se pojmenovávat předměty zvukem (Červenková, 2019).

V sedmém měsíci dochází k prořezávání horních řezáků, napomáhajících při koordinaci rtů. Dítě je schopno koordinovat otvírání a zavírání úst, a to vede k vytváření slabik. v devátém měsíci dítě realizuje hlásky *m, n, k, g, j*. Vzdělává jeho zájem o okolí. Na hračky se dítě dívá, ale také po nich sahá a uchopuje. Pokud mu hračka zmizí ze zorného pole, zapomene na ni (Keister a Keister, 2011).

Dle Klenkové (2006) v desátém měsíci dochází ke stádiu rozumění. Dítě nerozumí konkrétním slovům, ale dokáže je spojit s konkrétní situací (*např. dětská hra „paci, paci“*). V tomto období dochází k určitému experimentování s dětskou řečí. Dítě zkouší sílu hlasu, jeho rytmus, rychlost, délku, intonaci atd.

Imituje zvuky a opakuje stejné hlásky (*ba-ba, pá-pá*) (Kejklíčková, 2016). Poznává, kdo je táta, poznává boty atd. Vznikají první protoslova. Charakterizujeme je jako předchůdce prvních slov. Dítě musí žvatlat, aby bylo možné protoslova vyjádřit.

Jedná se o zvukové komplexy doplněné o pauzy. Takto dítě vstupuje do verbální interakce se svým okolím (Keselová, 2008). Tato interakce je pro příjemce nesrozumitelná, ovšem připomínající již lidskou promluvu (Červenková, 2019). Do jednoho roku stáří dítě zvládá rozumět stále se opakujícím slovům, hrát melodické hry, dokáže se otáčet za zvuky, dokáže poslouchat a různé zvuky napodobovat. Zvládá používání jednoho či dvou slov jako je máma, táta, bába a již reaguje na pokyny „*pojď sem*“ (Kejklíčková, 2016).

## 1.2 Stádium vlastního vývoje řeči

### Vývoj řeči mezi 1. – 2. rokem života dítěte

Období prvního až druhého roku batolete z pohledu fonace definujeme jako období vlastního vývoje řeči. Můžeme jej dělit na určitá stádia, která na sebe v průběhu vývoje plynule navazují.

Klenková (2006) uvádí 4 postupná stádia vlastního vývoje řeči:

- a) stádium emocionálně-volní,
- b) stádium asociačně-reprodukční,
- c) stádium logických pojmů,
- d) intelektualizace řeči.

Vlastní vývoj řeči začíná stádiem emocionálně-volním. Pro vyjadřování svých potřeb, citů a přání dítě používá svoje první osvojená slova. Ovšem stranou nezůstává ani neverbální komunikace. K verbálnímu projevu stále ve velké míře využívá také gestiku, haptiku, mimiku aj.

Období egocentrismu volně navazuje na stadium emocionálně-volní. Batole napodobuje své rodiče a samo opakuje slova. Toto období pozorujeme zhruba od roku a půl do dvou let (Klenková, 2016). V roce a půl dítě zvládá rozumět otázce „*Co je to?*“, postupně slábne množství použitých gest a dítě stále více spoléhá na řečový projev. Ve dvanáctém měsíci zvládne reprodukovat šest slov, v šestnáctém dokonce čtyřicet. Dětský žargon postupně vymizuje kolem šestnáctého měsíce (Červenková, 2019).

Do roku a půl stáří batolete je již dítě schopno ukázat na tu část těla, na kterou se ptáme, dokáže pít bez pomoci z hrnečku. Pomalu se osamostatňuje v sebeobslužných činnostech, zuje si boty, nají se, dokáže chodit bez pomoci. Intonačně napodobuje dospělé, dokáže poslouchat jednoduché příkazy a při prohlížení knížky správně ukazuje na obrázky (Kejklíčková, 2016).

Dle Kesselové (2008) můžeme první slova charakterizovat jako:

- onomatopie,
- jednovýznamová slova,
- mnohovýznamová slova,
- homonyma.

Kesselová (2008, s. 131) definuje první slova jako onomatopie „*tzv. zvukomalebné slova s vysokým stupňem ikonickosti, a tím aj prirodzenosti*“. Jedná se především o slova, kterými dítě napodobuje zvuky zvířat či věcí (např. *bů, mé, brr, vrr*). První slova jsou pro okolí stále neurčitá a proměnlivá. Tento fakt platí i pro další skupinu slov, a to slova jednovýznamová, která jsou často kombinovaná s gesty (např. *dítě řekne slovo „papa“ a podívá se směrem ke dveřím. Vyjadřuje tak, že chce, aby s ním otec šel ven.*). Pokud dítě použije toto označení *papa*, lze ho chápat v širším pojetí (*dej mi to, pochovej mě, pojd' se mnou*). Tímto faktem je podložena proměnlivost dětské promluvy (Kesselová, 2008).

Jako další skupinu prvních slov Kesselová (2008) označuje mnohovýznamová slova. Dítě jedním zvukem označuje více předmětů, přisuzuje mu zvuk na základě vnější či vnitřní podobnosti. Poslední skupinu těchto slov nazýváme zvukovými homonymy. Jedná se o slova, mající stejnou podobu, ale jiný význam a vzájemně spolu nesouvisí.

Z pohledu sémantiky dítě do roku a půl stáří umí pojmenovat nejbližší osoby, ale také části těla či věci z okolí, především věci upoutávající jeho pozornost. Postupně zjišťuje, že věci nejsou stálé, ale dokážou také zmizet. Tento fakt si dítě může uvědomovat až poté, co si dostatečně uvědomí skutečnost, že věci existují, jsou. Na mizející, neexistující předměty reaguje jednoslovně (*pá-pá, pryč, ne-e, e-e*). Tím, jak dítě manipuluje s předměty, získává představu o tom, že se věci nacházejí na různých



místech. Tento fakt je pro něj velice důležitý pro rozvoj orientace v prostoru. První slova související s orientací doplňuje gesty (*tam, dolů, tady*).

Mezi další velmi důležité pojmenování zahrnujeme pojmenování činností. Zpočátku se v dětské řeči vyskytuje jen výjimečně, postupně se míra používání zintenzivňuje (*ham, hop, haji*). Po prvním roce života se dítě učí dávat najevo také své odmítnutí. Na tuto skutečnost reaguje jednoslovně (*e-e, ne-e, ne*). Pozvolna si všímá, že věci mají své majitele, někomu patří (Červenková, 2019). Ovšem přivlastňovací zájmena používá spíše až v pozdějším věku.

Gramatická stránka řeči v období po prvním roce života obsahuje první podstatná jména. Dítě používá první pád jednotného čísla (*máma*), v promluvě se objevuje i čtvrtý pád (*mámu*). Používá infinitivy sloves (*papat, spát*), u sloves využívá jednotné číslo času přítomného (*papá*).

Syntaktická stránka řeči je velmi primitivní. Téměř každá výpověď dítěte je jednoslovná, jen ojediněle se objevují i dvouslovné promluvy (Červenková, 2019).

### **Vývoj řeči mezi 2. – 3. rokem života dítěte**

Ve věku do dvou let dítěte nehovoříme pouze jako o období egocentrickém, ale také o období dvouslovných výpovědí. Je charakterizováno zvětšující se slovní zásobou, zájmem o okolí a schopností dítěte komunikovat. Nejprve používá slovo a gesto. Oba tyto prvky mají stejný význam (*např. dítě řekne ano, zakývá u toho hlavou*). Následně komunikuje pomocí dvou gest, poté zvládá dvouslovnou výpověď.

Schopnost používání gest a promluvy plynule přechází ke dvouslovní výpovědi. Zprvu dítě může využívat slova pro něj důležitá a teprve následně získává správný slovosled. V tomto období děti začínají časovat slovesa a skloňovat podstatná jména. Dítě pomocí pozorování okolí začíná chápat zájmena (*já, ty*) (Červenková, 2019). Srozumitelnost řeči pro okolí činí dvacet pět až padesát procent. Dítě zvládá poslouchat jednoduché příkazy, rád poslouchá pohádky a písničky, které mu zpíváme, nebo které vychází ze zvukových hraček. U dítěte můžeme pozorovat tzv. symbolickou hru, kdy pro něj určitý předmět znázorňuje předmět úplně jiný.

Z pohledu sémantiky si dítě do dvou let života osvojuje další termíny sloužící k pojmenování věcí. Jeho slovní zásoba se rozšiřuje až na tři sta slov. Dokáže používat čtvrtý pád nejprve v odpovědích na otázky, posléze ho využívá i aktivně. Při rozmluvě používá jednoslovné i dvouslovné výpovědi, ojedinele již i tříslovné. Při činnostech používá slovesa, popisuje tak skutečnosti, odehrávající se v jeho okolí. Na popis činnosti používá třetí osobu jednotného čísla přítomného času (např. *papá, jede*). Slovesa také vyslovuje v podobě dětských infinitivů (*boty nazout, máma běhat*).

Pomocí infinitivů jedinec vyjadřuje tvary sloves, které ještě neumí použít. Ve dvou letech se poprvé vyskytuje použití minulého času, tato skutečnost napomáhá k prvním pokusům o utvoření času budoucího. Toto období vývoje je charakteristické projevem záporu. Batole zápor v mluvě staví až za sloveso (*hají ne*). Mimo jiné se v tomto období učí dobře chápat prostorovou orientaci a dokáže používat pojem dovnitř a ven. Díky prostorové orientaci si dítě osvojuje předložky (*v, na, do*). Nejprve je používá při rozhovoru s dospělým pasivně, kdy často jen doplňuje věty (př. „*Na pavučině leze?*“ a dítě doplní „*pavouk*“. „*Na čem leze?*“ a dítě doplní „*Na pavučině*“). Postupně si osvojuje používání předložek i aktivně.

V oblasti vnímání času hraje velkou roli schopnost užívat aktivně slovesa a schopnost vyjádřit opakování skutečnosti označením *ještě, už*. Nejdříve slovo používá samostatně, například pokud dítě chce, aby mu matka *ještě* zazpívala, či *už* šlo domů. Následně ho využívá ve dvouslovných větách. Červenková (2019, s. 110) uvádí, „*teprve poté, co si děti aktivně osvojí výše jmenované kategorie řeči, začínají používat minulý čas sloves*“ Batole si postupně začíná osvojovat používání sloves ve třetí osobě minulého čase ukončením *-l, -la, -lo*. Pokud chce popsat vnitřní nebo vnější stav používá k tomu sloveso *chtít. Chci to* (Červenková, 2019).

Dítě v období roku a půl až dva roky, tvoří věty z hlediska gramatické stránky v první a třetí osobě jednotného čísla. Stále používá převážně přítomný čas, k vyjádření budoucího času používá dětský infinitiv. Bez obtíží zvládá také rozkazovací způsob (*běž!*). Až na konci batolecího období zvládá tvořit minulý čas pomocí připojováním koncovek *-l, -la, lo*. U podstatných jmen, dítě do dvou let stárí, zvládá první pád čísla jednotného i množného, čtvrtý pád jednotného, výjimečně i množného čísla. Na konci tohoto stádia se může objevovat i čtvrtý, šestý i sedmý pád s předložkami ovšem

v jednotném čísle. Dochází také k osvojování prvních příslovčí (Kde?) a používání tázacích zájmena (*kdo? Co? Jaký?*) (Červenková, 2019).

Na období egocentrismu volně navazuje období asociálně-reprodukční. V tomto stádiu již batole vyžívá slova k pojmenování předmětů. Začíná používat asociace na základě výrazů, které slyšelo v určité situaci (Sovák, 1972). Ve věku druhého až třetího roku života dochází k velmi významnému vývoji řeči. Řeč začíná být využívána pro dosahování cílů a stále častěji jedinci slouží ke komunikaci s rodiči (Klenková, 2016). Dítě ve věku dvou až tří let rozumí významu mnoha vět, jeho aktivní slovní zásoba obsahuje padesát až sto padesát slov. Dokáže se jednoduše orientovat v čase, rozumí tomu, co bude, a také tomu, co bylo před dlouhou dobou. Zvládá pochopit příkaz o dvou částech (*např. „Vezmi papír a dej ho do koše“*). Dítě se samo ptá na předměty, chce je pojmenovat.

V jeho řečovém projevu je stále dostatek gramatických chyb, ale zvládá tvořit množné číslo, časovat slovesa či skloňovat podstatná jména. Srozumitelnost dětské promluvy pro okolí činí padesát až sedmdesát pět procent (Kejklíčková, 2016). Do konce batolecího období zvládá recitovat krátké dětské říkanky či písničky, a tím se rozvíjí i jeho slovní paměť. V řečovém projevu používá předložky (*na, v, do, před atd.*). Dokáže rozeznat základní barvy, chodit po schodech bez pomoci, jezdit na tříkolce. Batole zvládá popsat činnost, kterou vidí. Hraje si s ostatními dětmi. Třetí rok dítěte charakterizujeme obdobím logických pojmů *„označení, dosud úzce spjatá s konkrétními jevy, se postupně pomocí abstrakce, zevšeobecňování stávají všeobecným označením čili slovem s určitým obsahem“* (Klenková, 2006, s. 37).

Dítě dokáže správně pojmenovávat předměty a zároveň pojmy pomocí abstrakce zevšeobecňovat. Pro dítě tato skutečnost znamená náročnou myšlenkovou operaci. Z tohoto důvodu při ní může docházet k vývojovým obtížím v řeči, jako je zadrhávání, opakování hlásek či slov.

### **Vývoj řeči mezi 3. – 4. rokem života dítěte**

Po dosažení třetího roku života se dítě dostává do období předškolního věku. Rodina hraje velkou roli ve stimulaci řečového vývoje. V tomto období dochází

k nejrychlejšímu tempu vývoje dětské řeči. Pokud se dítěti nedostává dostatek řečových podnětů hrozí stagnace jejího vývoje.

Výrazně v dětské promluvě mizí dysgramatismy a narůstá počet gramaticky správných řečových výpovědí. Při zdravém vývoji jedinec dokáže poslouchat pohádku a zapamatovat si z ní několik položek. Do čtyř let stáří dítěte významně narůstá také počet nových používaných slov, a to na osm set až tisíc pět set slov. Dítě naslouchá pokynům a dokáže vykonávat příkaz složený, nyní již i ze tří částí. Sám používá otázky „Proč? Kam? Jak? Co?“. Při tvoření vět děti používají čtyř a více slovních spojení. Po třetím roce děti používají i první větná souvětí. Dokáže krátce vyprávět příběh, chápe pojem dva, jeho řečový projev je pro okolí srozumitelný již na osmdesát procent (Kejklíčková, 2016). V tomto období dítě zvládá samoobslužné činnosti, nají se, rozepne si knoflíky, obuje se atd. Jeho hrubá i jemná motorika se významně vyvíjí. Dítě dobře běhá, umí držet tužku, staví kostky na sebe a dokáže otáčet listy knihy jednu po druhé.

Dle Klenkové (2006) dítě na přelomu třetího a čtvrtého roku života prochází obdobím intelektuální řeči. Dítě své myšlenky vyjadřuje s dostatečnou přesností. Toto období je význačné dalším rozšiřováním slovní zásoby, osvojováním jednotlivých slov, zpřesňováním grafické podoby i obsahu slov. Zaměřuje se tedy především na kvantitativní stránku řeči. Tato etapa čtvrtým rokem dítěte nekončí, ale probíhá v průběhu dětství, dospívání až do dospělosti.

## 2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Narušená komunikační schopnost označována zkratkou NKS, je hlavním předmětem vědní disciplíny zvané logopedie. Jedná se o relativně mladou vědní disciplínu (IRWIN, 1953). Vymezení této disciplíny není zcela jednoznačné, protože již samotnou normalitu řeči lze jen špatně definovat. Záleží nejen na kulturním a geografickém prostředí, ale také na vlastním vzdělání a schopnostem jedince (Klenková, 2006). Mezi poruchy řeči můžeme řadit různé odchylky v mluveném projevu, neschopnost mluvený projev prakticky využívat či mu správně rozumět. Narušená komunikační schopnost nastává tehdy, je-li narušena jedna či více jazykových rovin, verbální, neverbální či grafická stránka řeči. Nápravou poruch, zmírněním dopadů či předcházením NKS se zabývá logopedická intervence, kterou realizujeme ve třech rovinách, a to jako diagnostiku, léčbu a prevenci.

### 2.1 Etiologie a klasifikace narušené komunikační schopnosti

Předpokladem pro správný vývoj řeči je dostatečně podnětné okolí, z kterého si dítě formou nápodoby jazyka osvojuje řeč. Neodmyslitelnou součástí pro normální vývoj řeči je také správný psychomotorický a fyziologický vývoj. Pokud nedochází ke správnému vývoji hrozí vznik NKS.

Poruchy řeči můžeme rozlišovat dle závažnosti na různé stupně. Tyto stupně se odrážejí na celkovém stavu jedince, Kejklíčková (2016) rozděluje stupně poruch řeči na:

- lehké,
- obtížnější,
- velice závažné.

Etiologie vzniku narušené komunikační schopnosti není jednotná. Klenková (2006) dělí příčiny vzniku NKS dle lokalizačního a časového hlediska. Dle lokalizačního hlediska označuje jako nejpočetněji se vyskytující genové mutace, chromozomové

aberrace, odchylky ve vývoji, receptivní či expresivní poškození řeči, porušení efektor, špatný řečový vzor a nepodnětné prostředí, ve kterém se dítě nachází.

Dle časového hlediska Klenková (2006) dělí etiologii na:

- prenatalní,
- perinatální,
- postnatální.

K prenatalnímu poškození dochází před narozením. Na vzniku NKS se podílí mnoho negativních vnějších faktorů jako je špatná výživa matky, konzumace alkoholu či jiných návykových látek během těhotenství, infekce, škodlivé záření, stres matky aj. Pokud příčina vzniká v průběhu porodu, poté o ní hovoříme jako o etiologickém hledisku perinatálním. Dítě je nejvíce ohroženo hypoxií a poraněními vzniklými během porodu. v postnatálním období vzniká narušená komunikační schopnost na základě úrazu či nemoci.

Tyto všechny příčiny mohou vést k narušené komunikační schopnosti. Dle míry postižení rozlišujeme stupně NKS na totální, kdy dochází k úplnému narušení komunikační schopnosti či parciální, tedy částečné. Existuje velké množství vad řeči. Některé mohou být vrozené, jiné mohou vzniknout v průběhu dětství. Ke vzniku ovšem může dojít i v průběhu dospělého života, kdy je řeč již plně vyvinuta. Lechta (2003) uvádí klasifikaci NKS dle symptomů na deset základních oblastí:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie),
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie),
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus),
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie),
5. narušená fluence, neboli plynulost 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.

## 2.2 Kategorie narušených komunikačních schopností

Kapitola kategorií narušených komunikačních schopností pojednává o velmi rozsáhlé problematice, která lze jen těžko obsáhnout celá. NKS jsou rozlišovány velkým množstvím příčin a bohatým způsobem jejich projevů. Tato kapitola si klade za cíl vytvořit představu o jednotlivých poruchách řeči, s kterými se v oblasti logopedie můžeme setkat.

Pokud budeme NKS rozlišovat z hlediska míry postižení, budeme hovořit o lehkých, obtížnějších a závažných poruchách řeči. Lehké poruchy řeči můžeme označovat jako *patlavost*, poruchu produkce hlásek. Mezi obtížnější poruchy řadíme *brebtavost* či *koktavost*, jedná se o tzv. poruchu plynulosti řeči. Do skupiny závažných poruch můžeme zařadit *mutismus* neboli oněmění. Tyto stupně poruch jsou rozlišovány dle náročností terapie a dle dopadu na celkový zdravotní stav jedince (Kejklíčková, 2016).

NKS můžeme dělit dle doby jejího vzniku. Mluvíme o poruchách vzniklých od narození jedince, vady vzniklé v průběhu dětství, i poruchy, které vznikají, pokud je řeč již plně vyvinuta. K takovým dochází na základě onemocnění, operace či úrazu. Dále můžeme NKS rozlišovat na základě frekvence výskytu. Nejčastěji se objevují vady postihující výslovnost.

Kejklíčková (2016) klasifikuje poruchy řeči na základě narušeného vývoje na:

- opožděný vývoj řeči prostý,
- opožděný vývoj řeči se zřetelnou příčinou.

Při opožděném vývoji prostém vzniká určité zdržení při vývoji řeči. Dochází k opoždění sdělovací schopnosti, zatímco porozumění odpovídá věku jedince. Výjimečně můžeme sledovat projevy opožděné motoriky, ovšem celkový zdravotní stav je dobrý. V tomto případě může dojít k samovolné úpravě řeči, a to nejčastěji kolem třetího až pátého roku života.

Pokud budeme hovořit o opožděném vývoji řeči se zřetelnou příčinou, zaměříme se na NKS, u které je nutná terapie. Zde můžeme rozlišovat řadu závažností, a to na základě primární poruchy.

O opožděném vývoji se zřetelnou příčinou hovoříme tehdy, má-li jedinec primární onemocnění, díky kterému vzniká porucha řeči. Tato opoždění vznikají z řady příčin, u jedinců s NKS se může projevovat i v pokročilém věku. Kejklíčková (2016) udává nejčastější příčiny vzniku:

- poruchy zraku,
- poruchy sluchu,
- poruchy mluvidel,
- poruchy intelektu,
- poruchy jemné motoriky,
- onemocnění CNS
- mluvně nepodnětné prostředí.

## **2.3 Popis jednotlivých kategorií NKS**

### **Vývojové poruchy dětské řeči**

K vývojovým poruchám dětské řeči může docházet z mnoha příčin. Jednou z nich je opožděný vývoj řeči při poruchách sluchu. Sluch a řeč spolu neodmyslitelně souvisí. Z tohoto důvodu dochází při poruchách sluchu k opoždění vývoji řeči, protože právě sluch má na utváření řeči velký vliv. Zvuk je veden přes zevní ucho středoušní dutinou až do vnitřního ucha. Pokud je tento převod zvuku nějakým způsobem omezen, dochází ke vzniku narušené komunikační schopnosti. Pokud je dítě nedoslýchavé, stále může probíhat relativně normální vývoj řeči, ovšem závisí na stupni jeho nedoslýchavosti. Při lehkém stupni může nastat opožděný vývoj řeči či narušená výslovnost některých hlásek. U závažnějších poruch sluchu se řeč nemůže vyvíjet správně, proto bývá nesrozumitelná a velice zkreslená (Kejklíčková, 2016). Pokud došlo k poruchám převodního systému, je možnost kompenzace pomocí chirurgického zákroku nebo protetiky. Poté si lze řeč osvojit alespoň částečně. Ovšem při úplné ztrátě sluchu se jedinec nemůže naučit normálně mluvit.

Při poruchách mluvidel dochází k nesprávnému vývoji řeči. Mluvidly rozumíme orofaciální ústrojí, které zahrnuje jazyk, rty, měkké a tvrdé patro, zuby, hrtan i hltan. Pokud dojde k závažnější deformaci orofaciálního ústrojí, řeč se nevyvíjí normálně.



V dětském věku nejčastěji hovoříme o vrozených vadách (*např. rozštěp patra, rtu*), vrozené atrofii či obrně jazyka. K získaným deformacím dochází jen ojediněle, a to příčinou úrazu, následkem nádorového onemocnění či chirurgického zákroku.

K opožděnému vývoji řeči dochází také v případech, kdy je narušen intelekt jedince. Intelekt je velmi zásadní podmínkou pro tvorbu řeči. K narušení dochází při mentální retardaci. Kejklíčková (2016) dělí míru defektu dle hodnoty IQ jedince. Při lehké mentální retardaci je hodnota IQ mezi 50-70. Vývoj řeči je opožděný, ovšem lze dosáhnout až normální výslovnosti. U středně těžkých defektů intelektu, kdy se míra IQ pohybuje mezi 35-49, je komunikační schopnost výrazně narušena. Jedinec používá jednoduchou mluvu s malou slovní zásobou, řeč je huhňavá a patlavá. Pokud se hodnota IQ pohybuje pod 35, hovoříme o těžké až velmi těžké poruše intelektu. Řeč je natolik postihnutá, že hrozí její nevyvinutí.

Při poruše jemné motoriky dochází k dyspraxii. Dyspraxie se projevuje zhoršenou motorickou koordinací. Pohyby mluvidel můžeme zařadit do skupiny jemné motoriky. Pro správné použití mluvidel je zapotřebí dokonalá mimická, artikulační a fonační koordinace. U dítěte s narušenou jemnou motorikou dochází k obtížím s osvojením komplexní pohybové schopnosti. Souhra pohybů artikulačního aparátu není ideální, z tohoto důvodu dochází k opožděnému vývoji řeči.

Další skupinu příčin Kejklíčková (2016) uvádí onemocnění CNS. Tato onemocnění způsobují řadu poruch, vznikající na základě narušené recepce, chybným zpracováním řečového impulzu v mozku, traumatu vzniklým působením toxických látek aj.

Kejklíčková (2016) poruchy CNS rozlišuje:

- a) afázie,
- b) vývojová afázie,
- c) fetální, alkoholový syndrom,
- d) dětská mozková obrna,
- e) neurologické onemocnění.

V případě těžké poruchy zraku dítě nevnímá dostatek podnětů z okolí. Není mu umožněno zrakovým vnímáním sledovat pohyby těla a napodobovat artikulační pohyby. Pokud k narušení zraku dochází od narození, projeví se tento fakt v opožděném osvojení řeči. Tento opožděný vývoj je nejvýraznější mezi 2. až 3. rokem života. Normy dosahuje až kolem 8. roku života. Tato mluva je z důvodu nedostatečných zrakových podnětů chudá na mimiku a doprovodná gesta. Naopak artikulace je nápadná a výrazná.

K vývojové poruše řeči dochází při nedostatku řečových podnětů nebo z důvodu působení negativních vlivů z okolního prostředí. Dítě již od útlého věku napodobuje řeč a tímto způsobem se jí také učí. I v případě zcela zdravého jedince může dojít k poruše vývoje řeči, v případě, kdy není dostatečně řečově stimulováno. Tato skutečnost může nastat, jsou-li rodiče dítěte neslyšící a komunikují především znakovou řečí. K narušené komunikační schopnosti může také dojít, je-li jedinec před osvojením řeči vystaven zásadní změně. V případě, kdy se nachází pouze v dětském kolektivu či z důvodu přílišného opravování, v této situaci může docházet až k odporu v řečovém projevu (Kejklíčková, 2016).

## **Afázie**

Afázii řadíme k organické, získané poruše řeči. Dochází k ní na základě poškození dominantní mozkové hemisféry. Vzniká tehdy, pokud byla řeč již osvojena. Je způsobena poškozením CNS, toto poškození může být ohraničené či difuzní. Na základě tohoto klinického obrazu způsobu poškození je afázie určovaná. Příčina afázie může vznikat na základě *např. nádorového onemocnění, infekcí, náhlé příhody mozkové, ischemie, degenerativního onemocnění, úrazů hlavy aj.*

Příznaky afázie jsou různorodé a jejich projevy se různě kombinují. Klenková (2006) uvádí základní příznaky:

*Parafázie* – při parafázii dochází k deformaci slov. K deformaci dochází různými typy a stupni. Při fonemické parafázii slovo neobsahuje správné prvky (*např. kvat – květ*). U žargonové parafázie dochází k silné deformaci slova, v tomto případě porozumění není zachováno (*např. kulidla – sklenice*). Poslední typ parafázie nazýváme sématická, jedinec není schopen slovo říci, proto se snaží jeho význam vysvětlit (*např. to je to, jak svítí, když si čtu – lampa*).

*Parafrázie* – se vyznačuje neschopností vyjádřit větní spojení (*např. Ty tam. – Sedni si na postel.*).

*Perseverance* – neboli ulpívání. Jedná se o typ řeči, u které se jedinec nemůže odpoutat od tématu, i v případě, kdy je téma konverzace již jiné.

*Logorhea* – chápeme jako překotnou mluvu, projevující se sníženou srozumitelností.

*Anomie* – je porucha řeči, při které dochází k nesprávnému pojmenování. Jedinec nedokáže předmět pojmenovat správným termínem.

*Neologismy* – vznikají gramaticky nesprávným tvořením slov, vynecháváním hlásek či záměnou slabik. Mluva je nesrozumitelná.

*Poruchy rozumění* – způsobují nesprávné porozumění příkazu, i když to nemusí být na první pohled patrné.

Afázie je narušená komunikační schopnost, kterou se zabývá řada odborníků (*logopedi, psychologové, lingvisti, neurologové a další*). Vzniká také u dětí, v tomto případě ji označujeme *dětskou vývojovou afázií* neboli *afázií infantilní*. Vzniká v rozmezí 2. a 3. roku života. Dítě si po uplynutí určité doby dokáže řeč opět osvojit, a to získáním schopností v druhé hemisféře.

## **Mutismus**

Mutismem rozumíme ztrátu schopnosti verbálně komunikovat. Tuto skutečnost můžeme označit pojmem *oněmění*. Mutismus není zapříčiněn organickým poškozením CNS. Nejčastěji vzniká na podkladu psychogenních příčin. V psychiatrii je považován za součást depresivního syndromu. Touto problematikou se zabývá mnoho oborů, a to zejména psychiatrie, psychologie, foniatry, logopedie atd. Klenková (2006) uvádí řadu typů mutismu, ovšem nejznámější a nejpoužívanější je tzv. *selektivní mutismus*. Vyznačuje se *oněměním* v určitých situacích, v mezinárodní klasifikaci nemocí je označován pod číslem F94. Ke vzniku mutismu dochází jak v dětském věku, tak i v období dospělosti. V případě dospělého jedince se etiologie vzniku od dětského mutismu liší. U dětí se nejčastěji objevuje v období předškolního a mladšího školního věku jako odpověď na velice traumatizující událost či dlouhodobou frustraci.

## Narušená plynulost řeči

Nepatologická řeč se vyznačuje mimo jiné určitým tempem, mluva by měla být přirozeně plynulá. V případě, kdy k plynulosti řeči nedochází, hovoříme o tzv. *narušené plynulosti řeči*. Ta se vyznačuje dvěma hlavními poruchami, a to *breptavostí* a *koktavostí*.

**Koktavost** – (*balbuties*) je „porucha plynulosti mluvy způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva“ (Kejklíčková 2016, s. 90).

Vyznačuje se nápadnými opakujícími se zvuky či slabikami. Často bývá doprovázena pohyby obličeje či jinými částmi těla, sloužící jako dopomoc při vyjadřování (Svoboda, 2001). Tato porucha vzniká nejčastěji v dětství. Na vzniku se podílí negativní vlivy z prostředí, změna místa bydliště či změna komunikačního prostředí, dlouhodobé odloučení dítěte od rodiče nebo narození sourozence. Koktavost může být zapříčiněna také psychickým úrazem jako je napadení zvířetem, úmrtí v rodině, autonehoda, dlouhodobý pobyt v nemocnici aj. Při terapii koktavosti je zásadní komplexní přístup zahrnující léčbu medikamenty, psychoterapii a nácvikovou terapii.

**Breptavost** – chápeme jako NKS, při které je nápadně zrychlené tempo řeči. Jedinec se vyznačuje rychlým a trhavým verbálním projevem. Taková řeč bývá pro okolí těžko srozumitelná, jedinec se často přeříkává a jeho artikulace není zřetelná (Svoboda, 2001). Terapie této poruchy se zaměřuje upravení tempa řeči a osvojení zřetelné artikulace.

## Narušené článkování řeči

Tato porucha se projevuje odchylkami při tvorbě základních prvků řeči. Dochází k poruše artikulace. Narušené článkování řeči se projevuje *dyslalií* a *dysartrií*. Obě tyto poruchy řeči mají stejný symptom, tj narušené článkování řeči, ovšem vyznačují se rozdílnou etiologií.

**Dyslalie** – označujeme ji pojmem *patlavost*. Jedná se o nejčastěji se vyskytující poruchu řeči. Vyznačuje se chybným vyslovováním jedné nebo více skupin hlásek ve slově.

Klenková (2006) udává dva základní typy dyslalie:

- a) dyslalie způsobená vadou výslovnosti,
- b) fyziologická dyslalie.

Příčina dyslalie je různá. *Fyziologická dyslalie* se objevuje v raném dětském věku a sama spontánně vymizí. *Organická dyslalie* je způsobena změněnou podobou mluvního orgánu, poruchou sluchových drah, dědičností, vlivem z prostředí, nedostatkem citu u dětí, poruchami CNS, poruchami analyzátorů a poruchou dostředivých a odstředivých drah. *Funkční dyslalie* vzniká na podkladě neobratnosti mluvidel či z důvodu nesprávného vnímání a rozlišování zvuků (Klenková, 2006).

**Dysartrie** – je porucha vznikající poškozením CNS. Projevuje se poruchou motorické realizace řeči. Symptomy se vyznačují na základě lokalizace místa poškození. K těmto poruchám může docházet v průběhu celého života. V prenatálním období hrozí vznik dysartrie zejména z důvodu úrazů, infekcí, nedostatku vitamínů, předčasného porodu atd. V postnatálním období může vznikat na podkladě meningitid, encefalitid, horečnatých onemocnění, intoxikací aj. V pozdějším věku příčinou vzniku dysartrie označujeme cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění, nádorová onemocnění, roztroušenou sklerózu a jiná degenerativní onemocnění mozku.

Při korekci dysartrie je potřeba rozlišovat, zda se jedná o vrozenou či získanou formu. Při léčbě dospělých se využívají rytmizační postupy, dechová, artikulační, fonační a rezonanční cvičení, skupinové formy terapií aj. U dětí s dysartrií se využívá tělesná a jazyková metoda rehabilitace. Klenková (2006) udává několik metod léčby dětské dysartrie *např. metodika manželů Bobathových, synergetická reflexní terapie, Kabatova metoda, Vojtova metodika aj.*

### **Narušení zvuku řeči**

Do kategorie NKS vyznačující se narušením zvuku řeči řadíme rinolalii a patolalii.

**Rinolalie** neboli *huhňavost* se vyznačuje patologicky změněnou nosovostí, způsobující deformaci hlásek. Nazalitu považujeme za fyziologický jev, doprovázející

tvorbu hlásek různou mírou, hlásky *m, n* nejvýrazněji, zatímco *a, e* nejslaběji. Balašová (2003) rozděluje rinolalii na otevřenou, uzavřenou a smíšenou.

- *Rinolalie otevřená (hypernasilita)* je charakteristická zvýšenou nosovostí, při tvorbě jednotlivých hlásek dochází k zvýšené rezonanci. Příčiny vzniku této narušené komunikační schopnosti jsou zejména vrozené rozštěpy a obrny patra. K zvýšené nazalitě může dojít i během dospělého života, a to na základě úrazů, operací v oblasti patra apod.
- *Rinolalie uzavřená (hyponasilita)* představuje patologické snížení nazálnosti. Vzniká chronickým zbytněním sliznice, které je způsobeno častými rýmami, záněty nosohltanu, středoušními infekcemi či zbytněním nosních mandlí.
- *Rinolalie smíšená* vzniká na základě kombinace výše zmíněných typů. Dochází ke kombinaci snížené a zvýšené nosovosti.

Na léčbě *huhňavosti* se podílí odborníci z řady oborů (*pediatři, foniatři, logopedi atd.*). Terapie nejčastěji spočívá v operativním zákroku a následném nácviku správného dýchání a artikulaci nosovek. Cvičení probíhá v aktivní a pasivní formě.

***Palatolalie*** je porucha řeči způsobená orofaciálními rozštěpy. Tyto rozštěpy se mohou objevovat v oblasti rtu, alveolárního výběžku, tvrdého a měkkého patra. Klenková (2006) uvádí termín *primární rozštěp a sekundární rozštěp*. Primární vzniká na podkladě rozštěpu rtu a alveolárního výběžku. Sekundární v oblastech měkkého a tvrdého patra.

Rozlišujeme několik základních symptomů, kterými se palatolalie vyznačuje. Mezi ně patří poruchy rezonance, poruchy artikulace souhlásek a samohlásek, poruchy mimiky a převodní nedoslýchavost (Balašová, 2003). Převodní nedoslýchavost vzniká na základě infekcí dýchacích cest, porušením Eustachovi trubice či nahromaděním sekretu ve středoušní dutině.

Sovák (1978) uvádí čtyři stupně rinolalie:

1. stupeň charakterizuje řeč, ve které jsou nepatrné znaky rinolalie.
2. stupeň se projevuje výraznějšími projevy huhňavosti, ovšem komunikace zůstává srozumitelná.

3. stupeň palatolalie je již nápadně huhňavý, ovšem řeč je stále srozumitelná.
4. stupeň je nejtěžší forma, řeč se stává nesrozumitelnou.

Terapie rinolalie spočívá v komplexní rehabilitaci. Cílem léčby je snížit dopad vrozeného defektu a předcházet sociálnímu vyloučení. Terapií se zabývá celá řada odborníků, kteří se snaží o úplnou integraci jedince do společnosti.

### 3 METODY LOGOPEDICKÉ INTERVENCE

Pojem *intervence* můžeme definovat jako *zárok*, který vede k určité změně. V rámci logopedie se zaměřujeme na logopedickou intervenci, která je charakteristická pro komplexní práci logopeda. Cílem této intervence je identifikovat, tedy diagnostikovat, narušenou komunikační schopnost, vyloučit či alespoň minimalizovat jazykové obtíže pomocí terapie a předejít vzniku, tedy provádět prevenci.

#### 3.1 Diagnostika

Logopedická diagnostika během posledních let prošla významnými změnami, a to převážně postupem diagnostiky zabývající se pouze primární poruchou po komplexní chápání a péči o jedince s NKS. S tímto souvisí také fakt, kdy samotná diagnostika již netrvá pouze *pár minut*, ale stává se součástí komplexního vyšetření odborníků. Logopedická diagnostika si klade hned několik cílů, a to zjistit přítomnost NKS, vyloučit, zda se jedná o fyziologický jev, odhalit příčinu jeho vzniku. Dále stanovit, zda se jedná o jev trvalý, dočasný, dominantní, jedná-li se o příznak jiného onemocnění. Zjišťuje, zda si osoba svoji narušenou komunikační schopnost uvědomuje či ne, stanovuje stupeň poškození a navrhuje terapeutické řešení (Lechta, 2003).

Diagnostiku lze definovat jako „*činnost směřující ke zjištění diagnózy, projevu a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny, způsob léčby a prognózu vyléčení*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 99). Diagnostiku chápeme jako velmi složitý a dlouhodobý proces. Lze ji provádět jako diagnostiku vstupní, průběžnou či výstupní. Šauerová (2012) uvádí základní rozdělení druhů diagnostiky na:

- a) lékařská diagnostika,
- b) sociální diagnostika,
- c) speciálně-pedagogická diagnostika,
- d) psychologická diagnostika,
- e) pedagogická diagnostika.



Šauerová (2012) rozlišuje diagnostiku několika typy:

- *Interindividuální srovnání* – jedná se o porovnání jedince s většinou společností na základě předem určené veličiny.
- *Intraindividuální srovnání* – v této situaci dochází k porovnávání schopností jedince na základě předem určené veličiny. Tento typ diagnostiky si klade za cíl zjistit míru zlepšení jedince bez ohledu na většinou společnost.
- *Kombinace interindividuálního a intraindividuálního srovnání* – spočívá v kombinaci výše uvedených typů, tj. srovnává jedince v rámci společnosti na základě předem zvoleného kritéria spolu s předchozími dovednostmi posuzovaného.

V diagnostickém procesu rozlišujeme tři fáze, které nám napomáhají objasnit otázky typu: (*Kdy? Kde? Jak? Co? Proč?*). První fáze spočívá v získání vstupních diagnostických dat. Vstupní data spočívají ve sběru informací vyšetřovaného jedince. K získávání informací nám napomáhá stanovení anamnézy. Anamnézu sestavujeme osobní, rodinnou či katamnézu.

Ke sběru dat nám mimo jiné velice dobře slouží vyšetřovací metody, kterých známe celou řadu. Jedna z metod je pozorování. Jedná se o vyšetřovací metodu, zabývající se sledováním jedince při různých činnostech, které objasňují jeho schopnosti, dovednosti, vztahy mezi vrstevníky atd. U této metody je důležité stanovit si předem cíl pozorování, z důvodu možného ovlivnění subjektivním cítěním.

Mezi další vyšetřovací metodu může zařadit rozhovor. Jedná se o řízené získávání informací pomocí komunikace. Výhodou je časová a finanční nenáročnost, osobní kontakt s jedincem a možnost posuzování i neverbální komunikace.

Dotazníkem rozumíme vyšetřovací metodu, díky které lze získat v relativně krátkém čase informace od větší skupiny lidí. Mezi další vyšetřovací metody můžeme řadit testy, rozborů výsledků lidské činnosti, přístrojové metody aj.

Další fází diagnostického procesu je interpretace dat. Tímto pojmem rozumíme skutečnost, kdy dochází k objasnění faktů, analyzování schopností, stavů a procesů na základě sběru dat. Tato data jsou názorně porovnávána v rámci interindividuálního, intraindividuálního a pedagogicko-sociálního pohledu. Na tuto fázi interpretace navazuje poslední fáze diagnostického procesu, stanovení prognózy (Šauerová, 2012).

Diagnostika v oboru logopedie slouží k rozpoznání druhů či příčin defektu a napomáhá sledovat jeho průběh v rámci sdělovacího procesu. K hodnocení dochází na základě receptivní, expresivní i centrální složky řeči. Při diagnostice nedochází pouze k soustředění na individuálního jedince, ale k celkové péči zahrnující zmírnění společenských dopadů (Lechta, 1978). Diagnostiku lze provádět v určitých úrovních. Lechta (1978) stanovuje tři úrovně logopedické diagnostiky:

- a) *Orientační vyšetření* je realizováno v rámci screeningu či depistáže, dochází k vyhledávání a zjišťování, zda vyšetřovaná osoba NKS má či ne.
- b) *Základní vyšetření* spočívá ve zjištění konkrétního typu NKS a stanovení diagnózy.
- c) *Speciální vyšetření* se snaží co nejpřesněji určit zjištěnou NKS a stanovit její následky a zvláštnosti.

Lechta (1978) uvádí jako předmět logopedické diagnostiky *logopatii*. Charakterizuje stav, kdy se v mateřském jazyce objevují odchylky. Jedná se o mluvu či písemnou podobu řeči, lišící od nepatologické řeči. Při posuzování je důležité zohlednit používání spisovné mluvy i národnostních žargonů. Jedince s *logopatii* je označován jako *logopat*.

Velmi důležitou součástí logopedické diagnostiky je vyšetření orofaciálního ústrojí (Kejklíčková, 2016). Toto vyšetření posuzuje předpoklad pro normální vývoj řeči. Zabývá se především stavem mluvidel. Při vyšetření se zaměřujeme na asymetrii, pokles části obličeje (*koutku, víčka, tváře*) a na dýchání jedince, které je velmi důležité pro fonaci. Mimo jiné se toto vyšetření zaměřuje také na sílu rtů. Tato zkouška je prováděna několika aktivitami *např. semknuté rty a nafouknuté tváře, zeširoka otevřené rty, protáhnutím rtů, vyslovováním puh atd.* Významnou roli v orofaciálním vyšetření má

vyšetření jazyka, spočívající ve sledování jeho síly a rozsahu pohybu. Při posuzování tvrdého patra si všímáme zejména výšky, šířky či zjizvení. U tohoto vyšetření dochází ke sledování zubů a všech zubních pomůcek. V neposlední řadě sledujeme měkkého patro a dutinu ústní. Tímto vyšetřením lze zjistit zvětšené mandle, přílišnou hypertrofii mandlí, chybějící dávivý reflex, změněnou nosovost aj.

## 3.2 Terapie

Terapií rozumíme korekci, stimulaci či léčbu defektů v řečových funkcích, jedná se o nápravu NKS, zaměřující se na co nejefektivnější rozvoj jedince (IRWIN, 1953). Touto problematikou se zabývá řada vědních oborů: *psychologie, psychiatrie, foniatrie, neurologie, chirurgie a cíleně zejména logopedie*. Logopedie tedy jako multidisciplinární obor řeší problematiku vzniku, eliminaci a prevenci NKS. O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, je-li narušená některá ze čtyř jazykových rovin, Lechta (2011) označuje jazykové roviny:

- foneticko-fonologická,
- morfologicko-syntaktická,
- lexikálně-sémantická,
- pragmatická.

Lechta (2003) uvádí tři využívané terapeutické metody v logopedii:

- a) Stimulující**, která se snaží o rozvinutí opožděných a nerozvinutých řečových funkcí.
- b) Korigující** se snaží narušené funkce řeči správně řídit.
- c) Reedukující** spočívá ve snaze znovuzískání ztracené či dezintegrované funkce.

Terapii definujeme jako „*aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení*“ (Lechta, 2003, s. 39). Jedná se o záměrné učení

pod vedením logopeda, prováděné ve specializovaném zařízení či mimo něj pod supervizí logopeda. Moderní logopedie zdůrazňuje přenesení předmětu logopedie z individuálního na interindividuální. Tímto chápeme skutečnost, kdy se obor nezabývá „pouze“ určitou poruchou, ale komunikačním procesem jako celek. Zaměřuje se tedy na člověka holistickým přístupem, tzn. respektuje biopsychosociální potřeby jedince. Logopedie jako multidisciplinární obor využívá mnoho poznatků také z hraničních věd (*např. lékařství speciální pedagogika, lingvistika, pedagogika atd.*).

Logopedická terapie si klade za cíl eliminovat, zmírnit či překonat NKS. Struktura a mechanismus mluveného projevu se projevuje v oblastech dýchání, artikulace, fonace a rezonance (Van Riper, 1954). Terapie se nezaměřuje se pouze na jazyk a řeč, ale na co nejvíce možné zkvalitnění komunikačních schopností. Realizuje se pomocí terapeutického plánu, kterým logoped vede jedince k reedukaci.

Během terapie se využívají různé způsoby učení převzatých z jiných oborů. Mezi některé patří *např. metoda podmiňováním, percepčně motorické učení, verbální učení, pojmové učení, sociální či pomocí řešení problémů.*

Pro nápravu NKS jsou zapotřebí nejen metody, ale také strategie, kterými lze této nápravy dosáhnout. Strategiemi rozumíme určitý pracovní postup, pomáhající nám ke korekci. Tyto metody nazýváme *metodou reedukace a metodou korekce.*

Při provádění logopedické terapie lze využívat všeobecné principy z jiných oborů, jako je princip motivace, zpětné informace, opakování, princip transferu atd. Z oboru pedagogiky se mohou uplatňovat principy uvědomění, názornosti, soustavnosti, individuálního přístupu, trvalosti aj. Z pohledu speciálně-pedagogického lze uplatňovat princip komplexnosti, resocializace, dispenzarizace atd. Obor logopedie je charakteristický několika specifickými principy, napomáhající ke korekci NKS. Lechta (2003) některé z nich uvádí:

- princip minimální akce,
- princip relaxace,
- princip komplexního přístupu,
- princip holistického přístupu,

- princip včasné stimulace,
- princip krátkodobého cvičení,
- princip funkčnosti.

Při korekci NKS se využívají různé metody a principy, které lze různě kombinovat. Je zapotřebí respektovat individuálnost každého jedince a zohledňovat jeho schopnosti a biopsychosociální potřeby.

Lechta (2011) uvádí několik forem vedení logopedické terapie.

- *Forma individuální* se vyznačuje různě dlouhými sezeními. Sezení je rozlišováno dle věku jedince a druhu narušené komunikační schopnosti.
- *Forma skupinová* je charakteristická sezením s početnější skupinou jedinců s NKS. Tato forma terapie se realizuje v počtu tří až šesti jedinců.
- *Forma intenzivní* spočívá v terapii probíhající několikrát denně.
- *Forma intervalová* je terapie prováděná s odstupem delšího časového úseku s následnou intenzivní terapií.

Logopedickou terapii můžeme také rozlišovat dle druhů užívané terapie na rodinnou, ergoterapii, fyzioterapii, muzikoterapii, bibliografii, terapii hrou, cvičnou atd. Dále ji lze členit dle věku jedince. V současné době se výčet druhů terapií stále rozšiřuje díky novým poznatkům ve vývoji oboru logopedie.

Logopedickou péči tedy charakterizujeme jako specializovanou činnost, která je poskytována jedincům s narušenou komunikační schopností. A to s co nejvčasnějším poskytnutím od zjištění specifických poruch. Terapie spočívá ve zjištění příčin vzniku, projevu i důsledků narušené komunikační schopnosti, její diagnostiky, léčby, prevence i zjištění prognózy s ohledem k individuálním potřebám a sociální integraci jedince (Zezulková, 2014).

### 3.3 Prevence

Neodmyslitelnou součástí logopedické intervence tvoří prevence. Chápeme ji jako předcházení vadám či poruchám v řeči jedince i širší společnosti. V logopedické terapii lze aplikovat metody prevence *primární*, *sekundární* a *terciární* (Lechta, 2003).

**Primární** – předchází vzniku v rámci celé populace. Všeobecným způsobem utváří žádoucí formu chování a zároveň specificky působí proti vzniku konkrétní NKS.

**Sekundární** – prevence se zaměřuje na již ohroženou skupinu, u které hrozí vznik narušení komunikační schopnosti (*např. předčasně narozené děti, děti s vývojovou neplynulostí řeči, děti v sociálně znevýhodněném prostředí atd.*).

**Terciární** – prevence se využívá v případech, kdy ke vzniku narušené komunikační schopnosti již došlo. Tento typ prevence se snaží o co nejefektivnější zmírnění dalších negativních dopadů, a tím předcházet důsledkům spojených s NKS.

Logopedickou prevenci můžeme zahrnovat od nejranějších stádií dětského vývoje. Již v batolecím období lze NKS předejít, a to jasnou a nepřehnanou mluvou. Sama matka tedy komunikací s dítětem určuje jeho mluvní základ. Přehnaná a zdobnělá mluva deformuje základ daného slova, stejně tak i *šišlání*, tento způsob komunikace s dítětem není vhodný jako správný řečový vzor. V případě, kdy dítě nezačíná komunikovat v obvyklou dobu, můžeme začít řeč stimulovat nenásilnou formou. Je ovšem důležité mít na paměti, že každý jedinec je individuální. Tedy pozdější nástup mluvy při zdravém vývoji dítěte nemusí vzbuzovat žádné znepokojení. K stimulaci řeči můžeme přistupovat také tak, že dítěti předvedeme výhody, které komunikace obnáší. Dalším způsobem stimulace řeči jsou různé knížky a správný řečový vzor.

Sovák (1978) uvádí předškolní období jako nejkritičtější ve vývoji řeči, vznikají základní řečové spoje a dochází k rozvoji slovní zásoby. Zároveň je toto období nejnáchylnější na vznik vývojových poruch řeči, a to zejména mezi 3. a 4. rokem života. Objevují se zde fyziologicky podmíněné defekty v mluvě, které spontánně vymizí. Pokud k vymizení nedojde, je zapotřebí tuto skutečnost řešit s odborníkem. Právě z důvodu náročnosti toto období je důležitá primární prevence. Pro rozvoj řeči v tomto období velice dobře slouží knihy s obrázky, které poskytují dětem dostatek potřebných podnětů a rozšiřují slovní zásobu. Pro správný vývoj dětské řeči je velmi důležité období dětských

otázek. Objevují se kolem 3. roku života dítěte. Na otázky (*Proč? Kde? Jak? Co?*) je zapotřebí odpovídat trpělivě a srozumitelně, nikoliv je považovat za obtěžování. Pro dítě mají tyto otázky důležitý význam psychického rozvoje a napomáhají mu k poznávání okolí. Při známkách nesprávné výslovnosti je vhodné s dětmi nenásilným způsobem cvičit říkanky, básničky a zpěv (Sovák, 1978). K předejití breptavosti je důležitá klidná a vyvážená mluva, kterou dítě napodobuje, a tím si ji i osvojí. Není vhodné dítě okřikovat, ale svým řečovým vzorem ho učit správnému projevu.

Přestupem dítěte do školního zařízení se jedinec dostává do náročného sociálního prostředí. Školní prostředí je pro dítě velmi náročnou a stresující situací, zvyšují se na něj nároky v komunikační dovednosti. Je zapotřebí dítě školou nestrašit, naopak poskytovat mu dostatek motivace. Dlouhodobý stres dítěte vede k neurózám, koktavosti či úplné ztrátě řeči tedy *mutismu*. Prevence vzniku těchto negativních důsledků spočívá v posilování a podporování jedince ve školní práci, umožnění pocítění školní úspěšnosti a tyto úspěchy vhodně odměňovat. Protože především první rok povinné školní docházky je pro dítě natolik rizikový a náročný, je zapotřebí vhodně zařadit preventivní logopedickou intervenci nejen ze strany pedagoga, ale také rodičů.

### **Logopedická prevence v předškolním vzdělávání**

Základním úkolem předškolního vzdělávání je vytvoření vhodných podmínek pro navazující vzdělávání na základní škole. Tyto podmínky jsou určovány maximálním rozvojem individuálních schopností dítěte na základě jeho přirozeného vývoje. K tomuto rozvoji dochází na základě rámcově vzdělávacího programu dané mateřské školy. Jedná se o dokument státní úrovně. RVP předškolní výchovy poskytuje ucelený souhrn cílů vzdělávání, obsah a vymezení oblasti vzdělávání, podmínky vzdělávání a určuje způsob vzdělávání žáků se speciálními potřebami a žáků mimořádně nadaných.

Celá předškolní výchova spočívá v interakci mezi pedagogy a rodiči. Předškolní vzdělávání si klade za cíl správný rozvoj jedince, ten se postupně stává samostatnou bytostí zvládající veškeré požadavky školního vzdělávání.

Obsah vzdělávání je rozdělen do pěti vzájemně se prolínajících oblastí. Jedná se o oblast biologickou, psychologickou, interpersonální, sociálně-kulturní a v poslední řadě enviromentální. Z těchto oblastí jsou vyvozeny dílčí cíle, uvedené v RVP PV jako:

*dítě a jeho tělo, dítě a společnost, dítě a psychika, dítě a ten druhý, dítě a svět* (Bytešnicková, 2012).

Součástí vzdělávacího programu je mimo jiné velmi důležitý rozvoj komunikačních schopností. Jedná se o prevenci vzniku narušené komunikační schopnosti spolu s rozvojem řečových schopností. Pro tento rozvoj je důležitý tzv. *ranní kruh*. Jedná se o místo, kde dochází ke komunikaci mezi dětmi a pedagogem. Děti se dozví informace užitečné k tématu a zároveň mají možnost se k tématu také vyjádřit.

Pro správný vývoj komunikační schopnosti je zapotřebí cílený rozvoj v oblasti vnímání, zraku, motoriky, sluchu, rytmu a řeči. Bytešnicková (2012) popisuje rozvoj vnímání:

**Sluchové vnímání** je zapotřebí správně rozvíjet, protože řeč a sluch spolu úzce souvisí. Pokud nedochází ke správnému rozvoji sluchového vnímání, je ohrožený normální vývoj řeči. Sluchová percepce umožňuje naslouchat a rozlišovat sluchové podněty. Zahrnuje také sluchovou paměť, schopnost sluchové syntézy a analýzy. V předškolním vzdělávání je velmi důležité zaměřit se na fonemický sluch. Předškolní vzdělávání poskytuje dostatek systematického tréninku sluchového vnímání. Vnímání lze rozvíjet pomocí poslechů zvuků a písní, u kterých dítě rozlišuje jejich výšku a kvalitu. Dále dotvářením příběhů na základě čteného textu, počítáním či vytleskáváním slabik v jednotlivých slovech, určování počátečních hlásek ve slově atd.

**Stimulace řeči** je prováděna pomocí rozvoje orofaciální oblasti. Jedná se o jemnou motoriku mluvidel, která je rozvíjena pomocí vyvozování zvuků (*např. ssss, bůů, fůůů, fííí, aj.*). Dále k rozvíjení dochází pomocí dechového cvičení a pomocí rozvoje obsahové stránky řeči. V předškolním programu se zaměřujeme se na krátké, dlouhé, měkké a tvrdé hlásky.

**Vnímání rytmu** je důležité dostatečně rozvíjet, protože jeho nedostatky mohou negativně ovlivňovat řeč a pohyby dítěte. Následně se tyto poruchy mohou prolínat až do procesu psaní a čtení. Pro předcházení těchto obtíží je vhodné do vzdělávacího programu zařadit rytmická či pohybová říkadla, ukotvená v každodenních činnostech.

Protože spolu dech a fonace úzce souvisí, je žádoucí do předškolního vzdělávání zahrnout také cvičení na podporu těchto prvků. Pomocí dechových cviků se dítě učí správně používat dýchání a hlas. Nádech je proveden nosem a výdech je veden mírně



pootevřenými ústy, která jsou připravena k artikulaci. Při výdechu se zaměřujeme na jeho plynulost, nepřerušovanost a pozvolnost. Správné dýchání nejen předchází vzniku NKS, ale také napomáhá u dětí, kterým byla narušená komunikační schopnost již diagnostikována. K nácviku správného dechu a fonace dochází v různých polohách, v leže, sedu na židli či stojí. Jako pomůcku k nácviku správné síly dechu je možné využít *např. větrník, peříčko, píšťalku, flétnu, aj.*

Součástí předcházení NKS je také rozvoj jemné motoriky mluvidel. Pokud nedochází k odpovídající hybnosti orgánů orofaciální oblasti, hrozí vznik deficitu ve tvorbě jednotlivých hlásek. Ke správnému tvoření hlásek je potřeba dostatečná obratnost mluvidel zahrnující dutinu ústní, jazyk, měkké a tvrdé patro a rty. K rozvoji motoriky mluvidel slouží určitá cvičení a hry cílené na rozvoj pohyblivosti rtů, jazyka a čelisti.

Při rozvoji nesmíme opomíjet ani hrubou motoriku. Jeví se dojem, že s řečí nemá mnoho společného, ovšem právě z hrubé motoriky vychází jemná motorika potřebná k tvorbě řeči. K ovlivnění hrubé motoriky může docházet při chůzi, běhu, stojem na jedné noze, skákáním přes překážky, tancem atd.

Jak je patrné z výše uvedeného, součástí správného vývoje řeči je také správný vývoj jemné motoriky. Pokud během vývoje dochází ke vzniku defektů, projeví se tento problém i na řeči. K rozvoji jemné motoriky můžeme využít různé skládačky, korálky, malování, hru s provázky atd.

Rozvoj jednotlivých oblastí cíleně působí na získání správných řečových kompetencí. Je žádoucí, aby se těmto oblastem v předškolním vzdělávacím programu dostatečně věnovalo. Utváří adekvátní verbální úroveň jedince, zároveň působí preventivně a předchází vzniku narušené komunikační schopnosti (Bytešníková, 2012).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE V MŠ PŘI ODL

### 4.1 Cíl výzkumu, metodologie

Výzkumným cílem této bakalářské práce je sledování prováděné logopedické prevence u dětí předškolního věku v MŠ při Olivově dětské léčebně. Součástí prováděného výzkumu je následná analýza zdravotnické dokumentace konkrétního výzkumného vzorku.

**Dílčím cílem** bakalářské práce je:

- zpracování kazuistiky konkrétního výzkumného vzorku,
- pozorování průběhu prováděné logopedické prevence,
- zhodnocení rozvoje výzkumného vzorku.

Pro dosažení výzkumného šetření byla použita metoda pozorování. Výzkumná činnost je prováděna v přirozených podmínkách, doplněna o analýzu textů a názory účastníků (Creswell, 1998 in Hendl. 2016). Metoda pozorování je jedna z nejvýznamnějších vyšetřovacích metod. Tato vyšetřovací metoda není vázána přísnými pravidly a podmínkami, proto nám umožňuje individuální přístup při pozorování jedince. Výsledky tohoto šetření mohou být ovlivněny subjektivním cítěním. Z tohoto důvodu je důležité si předem zvolit cíl pozorování.

Vyšetřovací metoda je doplněna o analýzu zdravotnické dokumentace a konzultaci s logopedickou asistentkou v MŠ. Jedná se o pružný typ výzkumu, v průběhu jeho provádění lze modifikovat či doplňovat výzkumné otázky. Tento výzkum je prováděn v delším časovém intervalu, kdy dochází k intenzivnímu kontaktu. Výzkumník se stává součástí zkoumaného prostředí.

Pozorování řadíme mezi kvalitativní metody výzkumu, které lze stanovit na základě holistického, komplexního obrazu zkoumané problematiky. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je zjištění interakce a organizace denních aktivit jedinců. Tato

skutečnost napomáhá zjistit, jak zkoumaný vzorek tyto činnosti provádí a jakým způsobem jim rozumí (Hendl, 2016).

Pozorování probíhalo v harmonogramu po sobě tři navazujících skupin dětí. Z každé skupiny byl zvolen jeden klient, na kterého jsme se v průběhu prováděné logopedické prevence v MŠ zaměřili. Třída, v níž se výzkum odehrává, se nazývá „*Srdíčko*“. Dochází zde ke vzdělávání za pomoci zdravotního zaměření MŠ, a to spolu s individuální péčí pedagogů. Děti provádějí pod vedením logopedické asistentky logopedickou prevenci v rámci ŠVP pod názvem „*Rok v přírodě*“.

## 4.2 Charakteristika místa výzkumu

Olivova dětská léčebna vznikla roku 1896 jako Vychovatelna Olivových. Založil ji Alois Oliva jako Ústav manželů Olivových. Zprvu toto zařízení sloužilo pro děti, které nebyly vzdělavatelné v normálních základních školách. Děti z bohatších rodin zde byly přijímány za poplatek, ovšem děti z chudých rodin mohly nastoupit bezplatně. Výuka byla prováděna v českém jazyce, mimo jiné se zde vyučovalo i náboženství. Děti zde mohly pobývat do svých osmnácti let, výjimečně mohli nadaní žáci zůstat déle, ale nejvýše do jejich třiaadvaceti let.

Odkaz Olivových přetrval i do dnešních dnů. V současné době institut existuje jako obnovená Olivova nadace, tj. Olivova dětská léčebna. Léčebna se zaměřuje na léčbu dýchacího ústrojí, atopického ekzému, obezity a pohybového ústrojí. Nachází se poblíž Prahy ve městě Říčany, blízko rozlehlého lesa. Součástí léčebny je veliký park tvořící celý areál. Součástí areálu mimo hlavní budovu je několik menších staveb sloužících jako vývažovna, ředitelství, marketing, pneumologická, obezitologická či endokrinologická ambulance. Dominanci celého parku tvoří zámeček s věží, sloužící jako hlavní budova. Nachází se v něm několik oddělení. Dvě oddělení dětí bez doprovodu, dvě oddělení dětí s doprovodem rodičů a oddělení akutní péče nazývané Izolace, kde je kapacita lůžek omezená a využívá se minimálně. Dále se v budově nacházejí tělocvičny, ambulance, rehabilitační místnosti, vodoléčba, sauna, místnost muzikoterapie, kaple, recepce, jídelna, mateřská a základná škola.

Toto zařízení poskytuje nepřetržitou zdravotnickou péči 24 hodin denně pro děti od jednoho roku do osmnácti let. V léčebně působí přibližně 80 zaměstnanců (*lékaři, zdravotní sestry, sanitární sestry, fyzioterapeuti, nutriční poradci, psychologové, údržbáři, uklízečky, kuchařky, ale také učitelé a vychovatelé, zajišťující dětem volnočasové aktivity a výuku*).

Pobyt v Olivově dětské léčebně je hrazen zdravotní pojišťovnou v délce 4-6 týdnů. Po tuto dobu je o děti v léčebně komplexně pečováno a jejich denní program je vyplněn léčebnými a volnočasovými aktivitami. Součástí léčebného pobytu je také výuka, která probíhá v MŠ a ZŠ při Olivově dětské léčebně. Výuka probíhá ve třídách nacházejících se přímo v hlavní budově léčebny. Vzdělávací program je doplňován o léčebné procedury.

Samostatný výzkum je prováděný v MŠ, ve třídě nazývané „*Srdíčko*“. Třída je určena pro děti na léčebném pobytu ve věku 3–6 let. Mateřská škola má celodenní provoz od 7:00 do 16:30 hod. Maximální kapacita třídy je 14 dětí.

### **Organizační podmínky**

V mateřské škole se nachází dvě třídy *Srdíčko* a *Motýlci*. Třída *Motýlku* slouží dětem z denního stacionáře, tedy dětem z okolí léčebny, kterým nástup do mateřské školy doporučil pediatr. Tyto děti institut navštěvují denně ovšem, v léčebně hospitalizování nejsou. Druhá třída *Srdíčko* slouží právě dětem absolvující léčebný pobyt.

### **Režim dne třídy „Srdíčko“**

7:00	příchod dětí do školní jídelny, hygiena, snídaně
7:30 - 9:30	ranní kruh, řízená činnost, spontánní hry, léčebné procedury, skupinové či individuální činnost
9:30 - 9:45	dechová rehabilitace
9:45 - 10:00	hygiena, dopolední svačina
10:00 - 11:30	pobyt venku
11:30 - 12:00	hygiena, oběd

12:00 - 14:30 příprava na odpočinek, odpočinek, individuální činnost

14:30 -15:00 hygiena, odpolední svačina

15:00 -16:30 pobyt venku, předání dítěte zdravotnímu personálu

Denní harmonogram mateřské školy je pružný. Umožňuje tak realizovat průběžné zdravotní prohlídky, realizovat poskytování individuálních a zdravotních potřeb dětí. Neodmyslitelnou součástí MŠ představuje spolupráce se zdravotním úsekem léčebny.

### **4.3 Charakteristika vzdělávacího programu**

Mateřská škola se zaměřuje na všestranný rozvoj jedince. Vzdělávací program ovlivňuje osobnost dítěte s ohledem na specifčnost zařízení, ve kterém je nejzásadnějším hlediskem zdravotní stránka, ta může být negativně ovlivněna adaptací na neznámé prostředí. Tyto potřeby jsou zohledněny v režimu celého dne. Vzdělávací program se snaží poskytnout maximální motivaci, získat adekvátní zkušenosti a rozvíjet jedince se zohledněním jeho potřeb a možností tak, aby se v mateřské škole cítil dobře, spokojeně a v bezpečí.

Mateřská škola vytváří zdravé a podnětné prostředí, jenž v dětech rozvíjí zdravé sebevědomí a samostatnost. Vzhledem k málo početné třídě lze vzdělávací obsah přizpůsobit jedincům se specifickými potřebami.

Cílem vzdělávání je propojení výchovně-vzdělávacího procesu s přirozenými podmínkami vývoje tak, aby výsledný efekt pedagogických pracovníků pozitivně ovlivnil osobnost jedince.

#### **Obsah vzdělávání**

Obsah vzdělávání vychází ze školního vzdělávacího programu, který je v souladu s rámcově vzdělávacím programem. Ve školním roce 2020/2021 škola pracuje dle čtyř tematických bloků, tyto bloky jsou v ŠVP uvedeny pod názvem „*Rok v přírodě*“.

**Podzim:** září, říjen, listopad – prioritní hodnota (časová dotace 13 týdnů)

- třída plná kamarádů,
- změny v přírodě, počasí, oblékání,
- houby,
- práce na zahradě,
- ovoce a ovocné stromy,
- kouzelný podzim,
- jehličnaté stromy,
- sběr přírodnin, listy,
- volně žijící zvířata.

**Zima:** prosinec, leden, únor – posilování zdraví a duševní (časová dotace 11 týdnů)

- změny v přírodě, počasí, oblékání,
- čert a Mikuláš,
- vánoční zvyky a tradice,
- Tři králové,
- zimní sporty a pobyt na horách,
- stopy ve sněhu,
- masopustní veselí,
- přezimující volně žijící zvířata,
- ladovská zima,
- připravujeme se k zápisu.

**Jaro:** březen, duben, květen – společná aktivita na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví  
(časová dotace 13 týdnů)

- změny v přírodě, počasí, oblékání,
- květiny, MDŽ,
- stromy a keře,
- Velikonoce,
- jídlo,
- hospodářská domácí zvířata a mláďata,
- dny v týdnu, časové pojmy, Den matek,
- Den země, čarodějnice,
- jednotlivá roční období.

**Léto:** červen, červenec, srpen – máme odpovědnost za vlastní chování a způsob života  
(časová dotace 13 týdnů)

- změny v přírodě, počasí, oblékání,
- Den dětí,
- zvířata v ZOO,
- letní sporty,
- doprava/dopravní značení,
- cestování,
- poznáváme cizí země a jinou kulturu,
- prázdniny,
- pobyt u vody,
- těšíme se na školku.

## 5 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

### 5.1 Klient č. 1

Eva je pětiletá dívka. Do Olivovy dětské léčebny byla přijata na základě diagnózy obezity, způsobené nadměrným příjmem kalorií. Dále s diagnózou astma bronchiále, atopickým ekzémem a pro další sledování arteriální hypertenze. Dívka má diagnostikovanou dyslálii spolu s artikulační neobratností. Léčebný pobyt byl realizovaný od 3. 1. 2020 do 5. 2. 2020.

#### *Osobní anamnéza*

Eva je dívka pocházející z Prahy. Narodena jako první těhotenství své matky, těhotenství probíhalo rizikově. Narodena jeden týden po termínu plánovaného porodu běžnou cestou. Při narození vážila 3 180 g a měřila 50 cm. Byla kojena 3 měsíce. Již od kojeneckého věku se u ní projevil atopický ekzém, nejdříve toxoalergický, poté plynule přešel do ekzému. V současné době se projevuje ojediněle. Od dvou let dívka navštěvuje alergologii pro častou nemocnost a bronchitidy. Eva má alergii na bílek, břízu, pelyněk žito a trávy. Do obezitologické ambulance dochází od 2,5 let pro obezitu, dále navštěvuje ORL pro časté rýmy a zalehlé uši. Na kožní vyšetření dívka dochází od roku 2018 pro ekzém a hyperpigmentaci pravé horní končetiny. V témže roku ji byla v této ambulanci odstraněna moluska. Dívka dochází od čtyř let na logopedii. Zde ji byla diagnostikována dyslalie multiplex a artikulační neobratnost. Dívka neprodělala žádná závažná poranění ani operace, v šestém měsíci byla hospitalizována pro koliku s úbytkem na váze. Absolvovala léčebný pobyt v lázních Luhačovice v roce 2018. V současné době neužívá žádnou trvalou medikaci. Dívka měří 122 cm a váží 48,2 kg, má obezitu třetího stupně. Od malička ráda jí, sladkosti dostává ojediněle, pije vodu a lehce slazený čaj. Dívka navštěvuje MŠ od roku 2019, kde se jí líbí, ale děti mají vůči její nadváze předsudky.

Motorika: Hrubá motorika nevykazuje známky nerovnoměrného vývoje, ovšem vzhledem k dívčině výrazné obezitě je ovlivněna její koordinace a tělesná obratnost.



Jemná motorika se vyznačuje drobnými nedostatky, projevující se v úchopu psací potřeby, grafomotorice a v artikulační neobratnosti.

Řeč: První slova dívka začala produkovat v 10. měsíci života. Věty již kolem druhého roku. Prvních příznaků nesprávného řečového projevu si matka začala všimnout po 3. roce života. Dle logopedického vyšetření byla u dívky zjištěna dyslalie multiplex a nedostatečná motorika jazyka. Chybí vyvození hlásek *f, v, k, g, l*. Během komunikace se projevuje nesprávné vyslovování sykavek *c, s, z, č, š, ž*. Hlásky *r, ř* ve slově vynechává úplně, nebo je nahrazuje hláskou jinou. Artikulační neobratnost způsobuje vadnou výslovnost, ovšem srozumitelnost řeči je zachována. Slovní zásoba odpovídá věku dítěte.

### ***Rodinná anamnéza***

Matka se narodila v roce 1980, má polyvalentní alergie včetně potravinových. Má diagnostikované astma bronchiale, diabetes mellitus druhého typu. Užívá PAD (*perorální antidiabetika*). Má arteriální hypertenzi, atopický ekzém a obezitu. Pracuje jako asistentka a má naslouchátka na obě uši. V dětství docházela na logopedii pro úpravu správné artikulace a vyslovování sykavek. Je nekuřačka. Otec je také nekuřák, narozen 1964, pracuje jako OSVČ a je zdravý. Eva nemá žádné sourozence, je jedináček. Bydlí v bytě spolu s rodiči matky. Zvířata nechovají.

### ***Průběh léčebného pobytu***

Pětiletá dívka s diagnózou obezity a recidivujících infekcí DC byla přijata do ODL k redukčnímu a respiračnímu programu. Předepsané procedury zvládala bez problémů, adaptace na režim léčby byla výborná. Provedená spirometrie prokázala patologický nález, pneumologické konzilium potvrdilo suspekce na astma bronchiale a doporučilo nasazení Flutiformu do chronické medikace. Po nasazení Flutiformu vykazuje kontrolní spirometrie zlepšení ventilačních parametrů. V průběhu pobytu proběhlo také dermatologické konzilium s doporučením o péči o pokožku. Atopický ekzém byl po celou dobu pobytu v klidovém stádiu. Během pobytu byl opakovaně naměřen zvýšený krevní tlak, lékař doporučil pravidelné kontroly u PLDD.

Dívka je velmi akční a živá. Na vlastní žádost matky byla dívce poskytnutá psychologická konzultace s dětským psychologem. Během pobytu měla dívka sezónní rýmu, která byla dobře zaléčena. V redukčním programu dívka ubyla na váze 1 kg. Na základě výstupu lékaře je doporučeno opakovat léčebný pobyt. Během pobytu dívka absolvovala procedury: bublání, míčkování, skupinové rehabilitační cvičení, odpolední skupinové cvičení, individuální rehabilitační cvičení, otužování, vodoléčbu, saunování, muzikoterapii a psychoterapii.

### ***Průběh prováděné logopedické prevence***

Během pěti týdnů byla dívka sledována při prováděných aktivitách pro rozvoj správného dýchání, při aktivitách na rozvoj jemné motoriky mluvidel, rytmického cítění, aktivit pro rozvoj jazykového citu, činnosti pro rozvoj sluchového vnímání a vlastního rozvoje řeči. Některé z těchto aktivit byly prováděny v rámci ranního kruhu započaty tzv. jazykovou rozevičkou, procvičením mimických svalů a doplněny o dechová cvičení. V průběhu vzdělávacího programu byla prováděna dechová cvičení formou kroužku „Flétnička“, dále formou řízené činnosti a pomocí dechové rehabilitace. Evě byla také pravidelně v odpoledních hodinách poskytována individuální logopedická intervence.

Během prvních dní dívka působila ostýchavě a příliš nespolupracovala. Po adaptaci se dívka začala přátelit s ostatními dětmi, spolupracovat s pedagožkou a projevoval se vesele a živě. V prvních týdnech prováděnou logopedickou prevencí dívka nezvládala příliš dobře. U jazykové rozevičky nezvládala práci s jazykem. Dechová cvičení a hra na flétnu dívku bavily, ovšem zprvu je neprováděla správně. Vyvozování jednotlivých zvuků *fi, fi, bu, mé, ss atd.* dívce činilo obtíže. Z tohoto důvodu se na tuto problematiku logopedická asistentka zaměřila i v individuální činnosti. Činnosti na rozvoj sluchu dívka zvládala bez obtíží. Nejvíce ji bavilo zvukové pexeso, ale také hra *Šeptaná*. Při prováděných činnostech na rozvoj rytmu dívka spolupracovala velmi dobře, zpěv byl díky jazykové neobratnosti místy nesrozumitelný, ovšem vytleskávání slabik dívka prováděla velice dobře.

Během pěti týdenního pobytu je evidentní výrazné zlepšení, a to především v oblasti artikulační obratnosti. Jemná motorika mluvidel se výrazně rozvinula na základě pravidelného cvičení. K pozitivní změně také došlo u vyvozování hlásek.

Dívka si pomocí zrcadla a pravidelného cvičení vyvodila hlásku „F“. Tuto hlásku je třeba důkladně procvičovat, aby došlo k plnému osvojení. Logopedická péče asistentky logopeda má tedy velmi kladné a efektivní účinky.

### ***Prognóza***

Dívka má intelekt na velmi dobré úrovni. Má tedy vhodné předpoklady k osvojení jemné motoriky mluvidel a vyvození zbylých hlásek. Tento fakt ovšem závisí na míře zapojení rodičů do procesu reedukace osvojení hlásek a jazykové dovednosti. Bylo by vhodné dívku zařadit do MŠ s logopedickým zaměřením, aby mohlo dojít k co nejefektivnějšímu rozvoji.

## **5.2 Klient č. 2**

Lucie je čtyřletá dívka, která byla do Olivovy dětské léčebny přijata pro opakované onemocnění horních cest dýchacích. Dívka pochází z vietnamsky hovořící rodiny. Jedná se o dívku s opožděným vývojem řeči z důvodu málo podnětného prostředí. Pobyt byl v léčebně realizovaný od 6. 2. 2020 do 11. 3. 2020.

### ***Osobní anamnéza***

Lucie je dívka pocházející z Prahy 9. Narodila se z prvního těhotenství matky. Byla porozena v 39. týdnu z rizikového těhotenství. Při narození vážila 3 380 g a měřila 51 cm. Narodena byla v České republice vietnamsky hovořícím rodičům. Matka nemluví ani nerozumí česky, otec si několik českých slov osvojil. Kojena byla téměř sedm měsíců. Prodělala plané neštovice v 4/2019. Jiná závažná onemocnění ani operace neprodělala. Hospitalizována byla jednou pro akutní generalizovanou epilepsii. Od tří let dochází na alergologii pro častou nemocnost horních cest dýchacích, opakující se angíny a intoleranci laktózy. Dívka je tedy alergická na laktózu, Augmentin a inhalačně na pyly, trávy a břízu. Alergie na ATB se projevuje exantémem, inhalační se projevuje slzením a svěděním očí a rýmou. Během podzimu 2018 prodělala dvakrát impetigo. V současné době měří 100,5 cm a váží 16,1 kg. Dívka pro poruchy řeči dochází prvním rokem

na logopedii. Byl u ní zjištěn opožděný vývoj řeči z důvodu málo podnětného prostředí. Sluch a zrak má dívka v normě. Od 9/2019 dochází do logopedické mateřské školy. Zde se projevuje hyperaktivně, příliš nespolupracuje. Problémy nastávají při řízených činnostech. Dívka nerozumí pokynům, hraje si převážně sama. Zvukově se projevuje především skřeky. Jako trvalou medikaci dívka užívá Dasselta 5mg 1-0-0, Mammox spray1-0-1, při alergické reakci očí Allergodil očí kapky 1-1-1.

Motorika: Hrubá i jemná motorika odpovídají věku dítěte. Dívka je velmi živá, pozornost u řízených činností jí příliš nevydrží. Často nespolupracuje, protože nerozumí, co se po ní vyžaduje. V sebeobslužných činnostech vyžaduje minimální dopomoc. Ukazuje na předměty bez slovního pojmenování.

Řeč: První slova si dívka osvojila kolem druhého roku života. Jedná se o vietnamské slovo máma, táta. K zásadnějšímu rozvoji řeči dále nedošlo. Dívka ke komunikaci řeč nepoužívá, výjimečně produkuje jednoslovné výpovědi či slova podobná vietnamštině. Nedokáže říct své jméno, klást otázky, nedokáže pojmenovat základní předměty a barvy. Projevuje se především skřeky a pláčem. Komunikuje pomocí neverbální komunikace.

### ***Rodinná anamnéza***

Dívka žije v úplné rodině. Matka je nekuřačka narozena v roce 1985. Jedná se o vietnamsky hovořící ženu, česky mluvit neumí. S děvčetem doma komunikuje výhradně vietnamštinou. Využívá služby tlumočnicka v případech odvádění dcery do MŠ, k lékaři atd. Pracuje jako prodavačka v rodinné večeře. Má dlouhou pracovní dobu od 6 ráno do 21 hodiny večer. Dívka bývá s rodiči často dlouho vzhůru a následující den v MŠ bývá unavená, často v MŠ usíná před obědem. Otec je muž vietnamské národnosti, má velmi špatně osvojený český jazyk. Spouště slov nerozumí a většinu ani nevyslovuje správně. Narodil se v roce 1982, pracuje se svou manželkou jako prodavač v obchodě. Je to nekuřák. Lucie žije se svými rodiči ve 2. patře domu, v jehož přízemí se nachází obchod, ve kterém dívka s rodiči tráví většinu dne. V obchodě má dívka svůj koutek, kde tráví většinu času, zatímco se rodiče věnují obchodu. Dívka je jedináček, pochází z málo podnětného prostředí, výchova ze strany rodičů je zanedbaná.

### ***Průběh léčebného pobytu***

Během pobytu se dívka dobře zadaptovala na režim léčebny. U předepsaných procedur příliš nespolupracovala a nerozuměla pokynům. Vstupní plicní vyšetření neprokázalo ventilační poruchu. Krátce po přijetí se u dívky objevil infektní zánět horních cest dýchacích a subfebrilie. Po odeznění obtíží dívka pokračovala v léčebném programu. Matka je poučena v pokračování nastaveného režimu fyzioterapie a otužování. Z hlediska přirozeného posílení imunity lékař doporučuje dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu a zdravou stravu s dostatkem vitamínů a minerálů. Během pobytu byla dívka spolu s matkou doprovázena tlumočnicí.

Během pobytu dívka absolvovala v rámci léčebných procedur otužování, vodoléčbu, koupele v solné lázni, saunování, muzikoterapii, inhalace roztoku s Vincentkou, bublání, míčkování, skupinové rehabilitační cvičení a odpolední skupinové rehabilitační cvičení.

### ***Průběh prováděné logopedické prevence***

Lucie byla sledována v MŠ při prováděné logopedické intervenci po dobu pěti týdnů. První dny byly pro dívku i pro pedagožku velice náročné. Dívka odmítala spolupracovat, MŠ opouštěla již před obědem z důvodu pláče a obtížné adaptace. V MŠ odmítala jíst i pít. Po více než týdnu se situace zklidnila. Dívka přestala plakat a postupně se s prostředím zadaptovala. Ovšem ani následující dny s dívkou nebyly jednoduché. Po celou dobu pobytu dívka spolupracovala pouze částečně, opakovaně docházelo ke vztekání. Pokud měla odložit hračku a věnovat se řízené činnosti. Dívka byla zapojována do aktivit na procvičení motoriky mluvidel, dechové cvičení, rytmizaci, sluchového vnímání a vlastního rozvoje řeči.

Jemná motorika mluvidel byla pravidelně procvičována pomocí jazykové rozvíčky v rámci ranního kruhu. Dívka zprvu nerozuměla, co má dělat, ovšem postupně začala ostatní děti napodobovat a pohyby jazyka začala zvládat dobře. Nafukování tváře ji velice bavilo, zejména pokud děti nafouknuté tváře splaskávaly dlaněmi jako bubliny. Střídavě pedagožka do ranního kruhu zařazovala i dechová cvičení. Lucie sílu dechu dokázala dobře využít, především v aktivitách, kdy děti foukaly do bublifuku či třásní. K procvičování dechu docházelo také v rámci dechové rehabilitace foukáním proti

odporu a bublinkováním. Tuto dechovou rehabilitaci prováděla pedagožka za pomoci sanitární sestry. Lucie často odmítala spolupracovat, z tohoto důvodu k ní bylo často přistupováno individuálně.

Na začátek každé řízené činnosti pedagožka zařadila cvičení na procvičení rytmizace. Rytmizační hra dívku zaujala a snažila se alespoň částečně broukat a přidávat se ke zpěvu dětí. Problém nastával, když se děti měly posadit na koberec a vzít si dřevěná dřívka, či používat své dlaně. Dívka během práce odhazovala pomůcky a zvedala se z podložky. Jednoduché dětské písničky neznala. Vytleskávání slov a jmen nedokázala napodobit. Rytmizace se pro ni stala stěžením po celý pobyt. Pedagožka do aktivit zařazovala činnosti na procvičování pojmenování, rozšiřování slovní zásoby a obsahové stránky řeči. Často pracovala s didaktickými pomůckami a obrázkovými knihami. S těmito pomůckami se následně dívce věnovala i v odpoledních hodinách v rámci individuální práce. Zprvu dívka nevydržela udržet pozornost a svojí jednoslovnou odpovědí často ani nepopsala obrázek správně. Konkrétně s Lucií pedagožka procvičovala dvacet didaktických karet o dvouslovné výpovědi (*kočka spí, myš běhá, pes štěká, pták létá atd.*). Tyto karty s dívkou procvičovala v rámci řízené činnosti i při individuální logopedické intervenci. Během denních aktivit pedagožka často četla různé příběhy a po dětech vyžadovala jejich doplnění. Dívce i ostatním dětem tak poskytovala dostatek řečových podnětů a rozvíjela slovní zásobu spolu s poskytováním správného řečového vzoru. Na konci pobytu dívka zvládala pojmenovat pár základních zvířat a přiřadit k nim zvuky (*haf, mňau, bů, ss*).

Během pobytu trvajícím pět týdnů bylo pozorováno mírné zlepšení. Je zřejmé, že se dívce v její logopedické MŠ dostatečně věnují, protože aktivity na rozvoj jemné motoriky mluvidel i dechová cvičení zvládala dobře. Problém nastal zejména v těžké adaptaci. Z tohoto důvodu dívka první dny nespolečně pracovala vůbec. K pozitivní změně došlo při rozšiřování slovní zásoby. Dívka se první dny vyjadřovala pláčem a skřeky, popřípadě jednoslovnou odpovědí (*jo, ne*). V této oblasti během pobytu došlo k rozvoji, dívka stále používala jednoslovné odpovědi, ale dokázala pojmenovat základní zvířata, popřípadě k nim přiřadit zvuk. Porozuměla několika dalším slovům, i když je stále nedokázala aktivně použít.

### ***Prognóza***

Lucie je dívka s dobrým intelektem, bohužel pochází z málo podnětného prostředí. Opožděný vývoj řeči je zřejmý a pokud nedojde ke změně přístupů rodičů, jeho náprava bude obtížná. Logopedická intervence má u dívky velice kladné účinky. Zařazení dívky do logopedické mateřské školy poskytuje vhodný přístup předškolního vzdělávání. Je ovšem zapotřebí začlenit do procesu osvojení řeči i rodiče, popřípadě využívat častěji služby tlumočnicka a s dívkou v odpoledních hodinách trávit čas podnětněji.

### **5.3 Klient č. 3**

Jakub je pětiletý chlapec. Do Olivovy dětské léčebny byl přijat pro časté záněty středního ucha, opakující se infekty horních cest dýchacích a atopický ekzém. Léčebný pobyt byl realizován v období od 14. 3. 2020 do 16. 4. 2020. Jedná se o chlapce, který je v SPC vyšetřován pro smíšenou dysfázi.

### ***Osobní anamnéza***

Jakub je chlapec pocházející z Proboštova. Narodil se z druhého těhotenství v 37. týdnu, tedy předčasně. Po porodu vážil 2 700 g a měřil 47,5 cm. Chlapec byl kojen do desátého měsíce, poté dokrmován příkrmy. Od narození se u chlapce projevil atopický ekzém, který přetrvává do současnosti. Chlapec byl očkovaný dle očkovacího kalendáře. V roce 2018 mu byla operativně provedena plastika předkožky. Chlapec prodělal tržnou ránu na čele a mírný otřes mozku po pádu ze dvou metrů, následně byl spolu s matkou hospitalizován. Hospitalizován byl tedy dvakrát, a to v rámci operace a z důvodu sledování otřesu mozku. V 12/2019 prodělal těžký zápal plic se zánětem pohrudnice. Plané neštovice prodělal v 2020. Chlapec od jednoho roku života opakovaně prodělavá záněty středouší, které jsou řešeny na ORL perforací bubínku a nasazením ATB léčby. Opakovaně prodělavá záněty horních cest dýchacích a rýmy. Od tří let dochází na alergologii pro časté infekty. Do kožní ambulance dochází od jednoho roku života. Ke klinickému psychologovi dochází od dvou let pro opožděný vývoj řeči a poruchy chování. Ve třech letech proběhla intenzivní logopedická péče trvajícím šest měsíců. Od 3,5

let dochází do SPC, kde je vyšetřovaný pro smíšenou dysfázii. Na základě vyšetření ze SPC bylo Jakobovi zjištěno afektivní chování s projevy agresivity. Chlapci bylo doporučeno podpůrné opatření 4. stupně. V současné době navštěvuje MŠ speciální, zaměřující se na děti se speciálními potřebami. Do této MŠ dochází od 9/2019.

Chlapec celkově neprospívá, má podváhu. Občas se v noci pomočuje, během noci se opakovaně budí, přesouvá se po posteli, ve spánku jsou patrné apnoické pauzy a chrápe. Špatně jí a nedostatečně pije. Jedná se o chlapce s celiakií, je výbušný a samotářský, má obavy z cizích lidí a lékařů. Jakub v současné době měří 104,5 cm a váží 17,5 kg. v ODL je na prvním léčebném pobytu. Na atopický ekzém užívá Lipobasy cream 1-0-1, Ambiderman cream 0-0-1 a v případě zhoršení na ložiska ekzému Locoid 1-0-1. Ve stravě vynechává lepek a dráždivá jídla jako je kakao, citrusy, rajčata, kyselé ovoce atd.

Motorika: Vývoj motoriky probíhal opožděně, lézt začal v 9. měsíci života a chodit v roce a půl. V současné době je chlapec motoricky šikovný. Zvládá samoobslužné činnosti pouze s mírnou dopomocí, zejména na toaletě a při oblékání. Rád maluje a běhá. V procesu komunikace používá velké množství gest. Jemná motorika mluvidel je výrazně neobratná. Výrazné opoždění se projevuje také v grafomotorice.

Řeč: První slova si chlapec osvojil kolem 2. roku života. Vývoj řeči byl tedy znatelně opožděn. V současné době má chlapec malou aktivní i pasivní slovní zásobu. Často chybuje ve tvaru slov. Objevují se obtíže při porozumění, ale také v samotné reprodukci slov, a to díky znatelné neobratnosti mluvidel. Dochází k poruše slovosledu, delší slova chlapec nedokáže vyslovit. V jednoduchých větách, které chlapec tvoří se často objevují dysgramatismy. Poruchy komunikace se projevují ve všech stránkách řeči.

### ***Rodinná anamnéza***

Chlapcova matka je nekuřačka, narodila se v roce 1983. Pracuje jako nukleární genetik při kriminální policii České republiky. Má potravinové alergie na citrusy, rajče a sóju. Má zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi a trpí psychiatrickým onemocněním. Je sledovaná na psychiatrii pro deprese, byla jí předepsaná medikamentózní léčba. Chlapcův otec je také nekuřák. Narodil se v roce 1982, otec je zdravý. Pracuje jako podnikatel.



Jakub má staršího sourozence, sestru narozenou v roce 2011. Sestra navštěvuje ZŠ a nemá žádné zdravotní obtíže. Rodina žije v rodinném domě a chová několik zvířat.

### ***Průběh léčebného pobytu***

V začátku pobytu se vyskytla problémová adaptace, chlapec nespolupracoval. Z nového prostředí a neznámých lidí byl bázlivý, nejistý, často výbušný. Během pár dní se ovšem plně zadaptoval. Bez problémů plnil předepsané procedury. Na základě plicního vyšetření nebyly zjištěny žádné ventilační poruchy. Během pobytu se zhoršil chlapcův ekzém. Na základě kožního vyšetření byla doporučena péče o kůži a doplněna medikace. Celkový program léčebných procedur byl omezen epidemiologickým opatřením COVID – 19. K největšímu omezení došlo v rámci rehabilitační péče. Z důvodu absence fyzioterapeutů probíhala rehabilitační péče v plném rozsahu pouze po dobu 2/3 pobytu.

Chlapci je doporučeno léčebný pobyt zopakovat. Z důvodu podezření na spánkovou apnoe je vhodné navštívit PLDD a zajistit vyšetření ve spánkové laboratoři. Na základě častých otitis je vhodné anamnézu doplnit o ORL vyšetření a podstupovat pravidelné prohlídky.

Jakub během pobytu absolvoval léčebné procedury: bubláni, míčkování, rehabilitační skupinové cvičení, odpolední rehabilitační skupinové cvičení, individuální rehabilitační cvičení, otužování, vodoléčbu, koupele ve škrobové a olejové lázni, saunování a muzikoterapii.

### ***Průběh prováděné logopedické prevence***

V průběhu chlapcova pobytu docházelo v MŠ k intenzivní logopedické péči. Během adaptačního týdne Jakub příliš nespolupracoval. Seznamoval se s novým prostředím, pedagožkou a dětmi. Během aktivit často odbíhal a chtěl si hrát s hračkami. Pedagožka musela vynaložit velké úsilí při motivaci chlapce, aby byl schopný spolupracovat. Byl samotářský a často agresivní vůči ostatním dětem, především pokud měl půjčit hračku. Toto chování se projevovalo v průběhu celého pobytu. Asistentka logopeda s chlapcem prováděla skupinovou i individuální logopedickou péči. Především

v oblasti rozvíjení jemné motoriky mluvidel, správného dýchání, rytmizace, rozvíjení slovní zásoby, analýzy slov a souvislého vyjadřování.

Procvičování jemné motoriky mluvidel pedagožka zařazovala vždy na začátek ranního kruhu. Po příchodu do MŠ se děti nejprve „rozmluvily“ pomocí jazykové rozcvičky a procvičením orofaciálních svalů. Tato cvičení zprvu Jakuba příliš nebavila. Z tohoto důvodu pedagožka obměnila podobu jazykové rozcvičky za hru na zvířátka. Obměna Jakuba zaujala a dále spolupracoval. Tomuto cvičení se pedagožka věnovala i v rámci individuální odpolední péče. Matka souhlasila s dobrovolným „*Logokroužkem*“, který asistentka logopeda vede každé úterý a čtvrtek. V rámci těchto hodin se chlapec věnovala intenzivně.

Za pomoci dechové rehabilitace chlapec procvičoval správné dýchání. U dechových aktivit spolupracoval dobře, zaujaly ho barevné třásně, nádoba, do které trubičkou foukal bubliny i dopolední kroužek „Flétnička“. Hra na flétnu chlapce velice bavila, zejména měl radost ze vzniklých tónů. Pedagožka kroužek vedla jednou týdně především u dětí s NKS či diagnózou astmatu. Chlapec se vždy těšil na příští „*pískání*“. Činnosti na rozvoj správného dýchání Jakobovi nečinily potíže, relativně dobře spolupracoval a úkoly zvládal dobře.

Obtíže se projevily v aktivitách na procvičení rytmizace. Nedostatečně rozuměl slovům i pokynům k činnostem. Hry se slovy a slabikami chlapce nebavily, odbíhal, či vůbec nespupracoval. Často nebylo zřejmé, zda chlapec pokynům nerozumí nebo pouze odmítá spolupracovat. Při používání pomůcek, zejména pak hudebních nástrojů, chlapec dětem nástroje bral, a tím vznikaly nepříjemné situace, kdy se chlapec projevoval výbušně a vůči ostatním dětem agresivně. Při pohybově-rytmických hrách chtěl být chlapec opakovaně středem pozornosti. Tato skutečnost mu nebyla dopřána, proto často odcházel stranou, vztekal se a ke skupině dětí se již nepřidal.

Chlapcova pozornost je velmi krátkodobá, z tohoto důvodu vyžadoval časté střídání činností a dostatek odpočinku. Vzhledem k málo početné třídě se pedagožka mohla chlapci věnovat dostatečně individuálně. U řízených činností, poslechu vyprávění či skupinového povídání vydržel pouze za předpokladu silné motivace, a i tak chlapec spolupracoval dle své aktuální nálady. Přesto se během průběžného pozorování chlapce projevila pozitivní změna, a to především v jemné motorice mluvidel. Dokázal dobře

pracovat s jazykem, rty a mimikou. Chlapcova mluva byla stále silně nesrozumitelná, ovšem došlo k rozvoji pasivní slovní zásoby. Chlapec rozpoznal činnosti vyobrazené na didaktických kartách, mezi nimi dokáže určit nesmyslné obrázky. Logopedická intervence má na chlapce velmi pozitivní vliv, zejména její častost a pravidelnost, která vede k pozitivním změnám.

### ***Prognóza***

Jakub je chlapec s poruchou chování spolu s poruchou řeči projevující se ve všech jazykových rovinách. Na základě vyšetření ze SPC mu byl doporučen 4. stupeň PO, a to poskytnutím osobního asistenta. Chlapec je šikovný, ale aby mohlo dojít k co nejlepšímu rozvoji, potřebuje individuální přístup. Ideálně v málo početné třídě za pomoci osobního asistenta a pedagoga se zaměřením na děti se SPUCH.

## **5.4 Shrnutí výsledků šetření**

Na základě výzkumného šetření byla prokázána důležitost zařazení logopedické prevence v MŠ v rámci ŠVP. Jedná se o nedílnou součást vzdělávacího procesu. Důležitost spočívá především v pravidelném a cíleném provádění této prevence. Logopedickou prevenci, zde v MŠ při Olivově dětské léčebně, provádí asistentka logopeda, která je zároveň kmenovou pedagožkou ve třídě *Srdíčka*. Někdy spolupracuje přímo s klinickým logopedem, a s dítětem pracuje dle předepsaných pokynů z logopedického deníku. Třída disponuje omezeným počtem míst, a právě takto málo početná třída umožňuje pedagožce, aby se dětem věnovala dle jejich individuálních potřeb. Během šetření třída nepřekročila počet deseti dětí a pedagožka spolu se sanitární sestrou mohly poskytovat dětem dostatek individuální péče. Logopedickou prevenci pedagožka zařazovala do každodenních aktivit v rámci individuální i skupinové činnosti. V úterý a čtvrtek odpoledne v rámci „Logo-kroužku“ prováděla intenzivní logopedickou intervenci u dětí, u kterých rodiče s intenzivní péčí souhlasili. Tento způsob logopedické intervence přináší pozitivní výsledky, ale také kladné ohlasy u rodičů. Oceňují časovou a finanční nenáročnost.

Ve výzkumném šetření došlo ke sledování jednotlivých klientů v časovém horizontu pěti týdnů. U těchto dětí docházelo k provádění terciární logopedické prevenci, tedy takové prevenci, která si klade za cíl zmírnit dopady u již vzniklých NKS. Z pohledu logopedické terapie se jedná o krátký časový interval. Ovšem z pohledu logopedické prevence, která se snaží o předcházení NKS či o zmírnění dopadu u již vzniklé poruchy řeči, dochází k pozitivnímu působení již za tento časový úsek. Během sledování byly zaznamenány pozitivní účinky u všech zkoumaných jedinců na základě prováděné logopedické prevence. Došlo především k rozvoji jemné motoriky mluvidel vzhledem k pravidelnému a cílenému cvičení. Dále se projevíly pozitivní změny v rozvoji slovní zásoby, které vedou ke zlepšení komunikační schopnosti.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na logopedickou prevenci u dětí v MŠ při Olivově dětské léčebně. V souvislosti s vybraným tématem jsme byli v teoretické části seznámeni s problematikou dětské ontogeneze řeči, pochopili jsme složitý proces vývoje i jeho případné narušení. Pomocí jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti jsme klasifikovali obtíže a seznámili se s jejími hlavními projevy a příčinami vzniku. Obohatili jsme se o teoretické vědomosti logopedické intervence související s logopedickou prevencí, diagnostikou a terapií. Popsali jsme druhy logopedické prevence a způsoby, kterými je prováděna v předškolním vzdělávání.

V praktické části jsme se s touto problematikou seznámili u konkrétních jedinců. Zpracováním kazuistiky jsme získali nástin problematiky, která byla následně doplněna o rozhovor s asistentkou logopeda a analýzou zdravotnické dokumentace. Ke zkoumání byly vybrány tři děti předškolního věku s rozličnými diagnózami. U těchto dětí formou logopedické prevence docházelo k individuální i skupinové péči. Trpělivou a intenzivní péčí pedagožky docházelo k postupným pozitivním změnám. Na základě pozorování došlo k jasné představě o provádění logopedické prevence a utvrzení v názoru potřeby začlenit ji do předškolního vzdělávání. Protože právě předškolní věk dítěte je nejnáchylnější na vznik narušené komunikační schopnosti. V tomto období dochází k významnému rozvoji verbální komunikace, a proto je důležité tento proces správně rozvíjet. Na základě výzkumného šetření byly pozorovány pozitivní změny, které se během léčebného pobytu odehrály. Je zřejmé, že péče logopedické asistentky má dobrý vliv na rozvoj komunikačních schopností v předškolním věku dítěte, a stává se tak nedílnou součástí vzdělávacího programu v MŠ. Tato činnost utváří dobré předpoklady pro bezproblémový vstup dítěte do základní školy a napomáhá předcházet školní neúspěšnosti. Výzkum probíhal bez větších obtíží v příjemných podmínkách málo početné třídy, která umožnila komplexní a individuální přístup.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

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

BAHR, D. Nobody ever told me (or my mothet) that. In: Červenková, B., al: *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2054-3.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. In: HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

*Česká logopedie*. Praha: Česká logopedická společnost, 1972. Makropulos. ISSN 0862-1950.

ČERVENKOVÁ, B. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2054-3.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. (1. v Portálu). Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

*Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. ISBN 978-80-7452-106-5.

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

KIESTER, S. V. a E. KIESTER. *Kdopak to mluví: tajemství řeči kojence*. Praha: Ikar, 2011. ISBN 978-80-249-1542-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.

LECHTA, V. *Metody logopedické intervence*. In: Škodová, E. a I. Jedlička. *Klinická logopedie*. Praha, Portál 2003, s. 37-43. ISBN: 978-80-7367-340-6.

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

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

*Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, č. 0-72-19/3. ISSN 14-749-89.

*Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974, č. 40-00-00. ISSN 14-384-74.

SVOBODA, M, D. KREJČÍŘOVÁ a M. VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

ŠKODOVÁ, E. a I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., K. ŠPAČKOVÁ a E. NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.

## **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

IRWIN, R. B. *Speech and hearing therapy: Clinical and Educational Principles and Practices*. New York: Prentice-Hall, 1953. ISBN 9780870768200.

VAN RIPER, C. *Speech correction: principles and methods*. New York: Prentice-Hall. 1978. ISBN 978-0138295233.

## Seznam použitých internetových zdrojů

KESSELOVÁ, J. Sémantické kategórie v ranej ontogenéze reči dieťaťa. In: SLAVÍČKOVÁ, D. *Štúdie o detskej reči*. Prešov: Prešovská univerzita, 2008, s. 121-167. ISBN 978-80-8068-4. Dostupné z:

<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Slancova3/subor/Kesselova.pdf/>.

ZEZULKOVÁ, E. *Logopedická prevence v předškolním věku*. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2014. ISBN 978-80-7368-562-1. Dostupné z:

<https://docplayer.cz/6326105-Logopedicka-prevence-v-predskolnim-veku.html/>.



## SEZNAM ZKRATEK

aj.	- a jiné
apod.	- a podobně
ATB	- antibiotika
atd.	- a tak dále
Bc.	- bakalářský titul
CNS	- centrální nervová soustava
DC	- dýchací cesty
F94	- poruchy sociálních funkcí s nástupem dětství a dospívání
GER	- gastroezofageální reflux
IQ	- inteligenční kvocient
MDŽ	- mezinárodní den žen
MŠ	- mateřská škola
např.	- například
NKS	- narušená komunikační schopnost
ODL	- Olivova dětská léčebna
OSVČ	- osoba samostatně výdělečně činná
ORL	- otorinolaryngologie
PAD	- perorální antidiabetika
PhDr.	- philosophiae doctor, humanitní a společenské vědy
PLDD	- praktický lékař pro děti a dorost
PO	- podpůrná opatření
př.	- příklad
RVP	- rámcově vzdělávací program
RVP PV	- rámcově vzdělávací program předškolního vzdělávání

SPC	- speciálně pedagogické centrum
SPUCH	- speciální poruchy učení a chování
ŠVP	- školní vzdělávací plán
tj.	- to je
TVP	- třídní vzdělávací plán
tzn.	- to znamená
tzv.	- tak zvaný
ZŠ	- základní škola

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Kateřina Janíková**

**Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Logopedická prevence u dětí v mateřské škole při Olivově dětské léčebně v Říčanech u Prahy**

**Rok: 2021**

**Počet stran textu bez příloh: 54**

**Celkový počet stran příloh: 0**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 21**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 2**

**Vedoucí práce: PhDr. Hana Jůzlová**