



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Kateřina Trojanová

Obor: logopedie

**ZEFEKTIVNĚNÍ LOGOPEDICKÉ OSVĚTY VE VZTAHU
K PEDIATRŮM**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 1. dubna 2010

.....

Kateřina Trojanová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení v průběhu zpracovávání diplomové práce a za cenné rady, které mi v souvislosti s tímto vedením poskytovala.

ÚVOD	6
1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ OBORU LOGOPEDIE	8
1.1 DEFINICE LOGOPEDIE	8
1.2 KOMUNIKACE, JAZYK A ŘEČ	10
1.3 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	11
1.4 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	12
1.5 ORGANIZACE LOGOPEDICKÉ PÉČE	14
1.6 LOGOPEDICKÁ OSVĚTA	16
2 ONTOGENEZE ŘEČI	19
2.1 PŘÍPRAVNÁ STÁDIA VÝVOJE ŘEČI	19
2.2 VLASTNÍ VÝVOJ ŘEČI	24
2.3 JAZYKOVÉ ROVINY V ONTOGENEZI ŘEČI	25
2.4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE Z ONTOGENETICKÉHO HLEDISKA	27
2.5 SHRUTÍ.....	31
3 LOGOPEDICKÁ PREVENCE	32
3.1 PREVENCE V OBECNÉM POJETÍ	32
3.2 PRIMÁRNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE	34
3.3 SEKUNDÁRNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE	35
3.4 TERCIÁLNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE	36
3.5 MOŽNOSTI LOGOPEDICKÉ PREVENCE	36
3.6 METODY A TECHNIKY LOGOPEDICKÉ PREVENCE	37
3.7 LOGOPEDICKÁ PREVENCE JEDNOTLIVÝCH NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	37
3.7.1 PREVENCE OPOŽDĚNÉHO VÝVOJE ŘEČI	38
3.7.2 PREVENCE NARUŠENÉHO VÝVOJE ŘEČI	39
3.7.3 PREVENCE DYSLÁLIE	40
3.7.4 PREVENCE DYSARTRIE	41
3.7.5 PREVENCE PORUCH HLASU	42
3.7.6 PREVENCE PALATOLÁLIE	43
3.7.7 PREVENCE RINOLÁLIE	45
3.7.8 PREVENCE BALBUTIES	46
3.7.9 PREVENCE TUMULTU SERMONIS	47
3.7.10 PREVENCE MUTISMU	48
3.7.11 PREVENCE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ	49

3.7.12 PREVENCE AFÁZIE	50
3.8 DODATEK	50
4 LÉKAŘSKÁ PREVENCE	52
4.1 DĚLENÍ LÉKAŘSKÉ PREVENCE	52
4.2 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY	53
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	56
5.1 CÍL ŠETŘENÍ	56
5.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ	56
5.3 METODY ŠETŘENÍ	57
5.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	57
5.5 PRŮBĚH ŠETŘENÍ	57
5.6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	58
5.7 DISKUZE A DÍLČÍ ZÁVĚRY	80
5.8 NÁVRH EFEKTIVNÍHO ŘEŠENÍ	82
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	86
ANOTACE	93
SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

„Sami toho zvládneme tak málo, ale když se spojíme, zvládneme cokoliv.“

Helen Kellerová (27. června 1880 – 1. června 1968)

Již Helena Kellerová poukazovala na hodnotu schopnosti spolupracovat. Pokud je jí člověk obdarován, naučí se jí, dosáhne takových skutků, o kterých by ani nesnil. Nepochybně spolupráce souvisí s úspěšností dosahovaných cílů. Pokud bychom aplikovali tuto historicky danou zákonitost do oblasti logopedie, znamenalo by to spolupráci na více frontách – spolupracovat s rodinou, odborníky z řad lékařů, speciálními pedagogy, psychology, právními specialisty, organizacemi, sdruženími, aj.

V současné logopedické literatuře se dočítáme o doporučení pracovat v interdisciplinárních týmech, mít transdisciplinární přístup k intervenci narušené komunikační schopnosti (viz kapitola 1.4). Lechta (2007a) uvádí, že emancipace oboru logopedie nutí logopedy pronikat do příbuzných medicínských oblastí, jejich terminologie a přístrojových vyšetřovacích technik. Otázkou je, zda proces emancipace funguje i z druhé strany. Pronikají rodiče, odborníci z řad lékařů, speciální pedagogové, psychologové, právní specialisté do logopedické problematiky?

V předkládané práci, v její teoretické části (kapitoly 1 - 4), jsme se zaměřili na několik oblastí. Zprvu jsme vymezili pojmy vztahující se k problematice logopedie jako oboru, mezioborové spolupráci a logopedické osvětě, v dalších částech práce jsme se zabývali prací pediatriů v souvislosti s logopedií – ontogenezí řeči, logopedickou a lékařskou prevencí (jako součást osvětové činnosti logopedů).

V praktické části (kapitola 5) jsme se snažili zanalyzovat kooperaci logopedů s pediatri v Pardubickém kraji a nastínit problematické oblasti spolupráce. Předpokládali jsme, že lékaři pro děti a dorost budou mít nedokonalé vědomosti v oblasti vývoje řeči a diagnostiky narušeného vývoje řeči, budou si vědomi tohoto nedostatku, a proto budou požadovat více znalostí z logopedické oblasti.

Hlavním cílem teoretické části práce je vymezit logopedickou osvětu, logopedickou prevenci jednotlivých narušení komunikační schopnosti, lékařskou prevenci a popsat ontogenetický vývoj řeči. V praktické části je hlavním cílem poukázat na nedostačující aktivity logopedů v osvětové činnosti, neuspokojivé znalosti pediatrů v oblasti logopedické problematiky a zároveň potvrdit neexistenci diagnostických materiálů pro pediatri hodnotících vývoj řeči. Podle požadavků lékařů pro děti a dorost se pokusíme nastínit možné řešení, které by mohlo zefektivnit dosavadní bídou spolupráci mezi logopedy a pediatri.

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ OBORU LOGOPEDIE

Logopedie je relativně mladá vědní disciplína, a to může být důvodem, že v laické veřejnosti, zejména u rodičů, je chápána velmi úzce, pouze jako náprava vadně artikulovaných hlásek. Zabývá se komunikací, tedy jednou z nejdůležitějších lidských schopností. Aby člověk mohl komunikovat, konverzovat, sdílet své myšlenky, postoje, názory, tužby, dojmy aj., potřebuje dobře rozvinutou komunikační schopnost. Její narušení jsou mnohdy překážkou v socializaci a edukaci jedince.

1.1 DEFINICE LOGOPEDIE

Název logopedie je složen ze dvou řeckých slov – *logos* (slovo) a *paidea* (výchova). V zahraniční literatuře se český pojem logopedie shoduje s pojmy *Logopédia* (sk), *Speech Therapy*, *Speech Correction*, *Speech and Language Therapy* (angl.), *Ortophoniste*, *Logopède* (fr.), *Sprachheilpädagogik*, *Logopädie*, *Rehabilitationspädagogik für Sprachgeschädigtem*, *Sprachbehindertenpädagogik* (něm.), *Logopedia* (pl.), *Logopedija* (rus.).

V současnosti v českých zemích pojem logopedie označuje vědní disciplínu, studijní obor, profesi a povolání. V povědomí laické veřejnosti je logopedie chápána velmi úzce a to jako pouhá náprava vadné výslovnosti (Peutelschmiedová, 2008). Definice logopedie se neustále mění a rozvíjí. V roce 1924 byla definována **Emilem Fröschelsem** (lékařem-foniatrem) jednoznačně jako věda lékařská, za čtvrt století se však našel jiný lékař-foniatr, **Miloš Sovák**, který ji pokládal za vědu speciálně pedagogickou (Lechta, 2007a). V českých zemích dlouho přetrvávalo Sovákovo pojetí logopedie jako „nauky o výchově řeči (tj. všech složek sdělovacího procesu) a o předcházení a odstraňování poruch řeči“ (Sovák, 1965, s. 8). Méně známé je pojetí **Huberta Synka**: „Logopedie jest soubor nauk, které si všímají všech složek lidské řeči a všemi prostředky pečují o její zdokonalení, zušlechtnění, zkrátka o její kulturu“ (Synek in Peutelschmiedová, 2008, s. 7).

V dnešní době je dosti užívaná **Lechtova definice** logopedie: „Logopedie (z grec. *logos* = slovo, řeč, *paideia* = výchova) je speciálně pedagogická věda. Zabývá se výchovou osob s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení¹“ (Lechta, 1990, s. 15). Poněkud modernější je Lechtovo vyjádření definovat logopedii „... jako interdisciplinární vědní obor zkoumající zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti... Logopedie je tedy věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence a prognózy“ (Lechta, 2007a, s. 22). Ve slovnících se pojem logopedie také objevil – v defektologickém slovníku (Sovák, 1978) se můžeme dočíst, že logopedie (z řec. *logos*=slovo, *paideia*=výchova) se rovná výchova řeči. **Dvořák** (2007, s. 112) píše, že zaprvé „...jde o zdravotnický obor, zabývající se fyziologií a patologií mezilidské komunikace (rozvoj různých forem komunikace, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) ve všech aspektech, který se opírá o nozologické jednotky Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)“, za druhé jde o „speciálně-pedagogický obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním osob s poruchami komunikace“ (in *ibid.*). **Peutelschmiedová** srovnává české definice se zahraničím: „International Association of Logopedics and Phoniatrics (dále I. A. L. P) se sídlem v Lausanne definuje logopeda v závěru 20. století následovně: Logoped je odborník, jehož hlavní angažmá spočívá v prevenci, posouzení, intervenci a organizaci zajištění péče v oblasti poruch lidské komunikace, včetně příslušného vědeckého bádání. Lidská komunikace v tomto kontextu zahrnuje všechny procesy a funkce sdružené s produkcí a rozumění řeči a psanému jazyku, stejně jako všech forem nonverbální komunikace. V současnosti se úloha logopeda rozšiřuje a zahrnuje rovněž i péči o osoby s poruchami polykání“ (Peutelschmiedová, 2008, s. 7-8). Současná logopedie se nezabývá jen problematikou narušené komunikační schopnosti u dětské populace, ale orientuje se na osoby všech věkových kategorií – děti, adolescenti, dospělí a lidé ve stáří.

¹ Přeloženo: „Logopédia (z grec. *logos* = slovo, řeč, *paideia* = výchova) je špeciálnopedagogická věda. Zaoberá sa výchovou osob s narušenou komunikačnou schopnosťou a prevenciou tohoto narušenia.“

1.2 KOMUNIKACE, JAZYK A ŘEČ

Pro dobrou orientaci v problematice logopedie je potřeba vymezit několik základních pojmů. **Komunikace** – pojem, který je dnes pojmem nadužívaným – v rámci speciálněpedagogických disciplín můžeme vysvětlit jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka“ (Dvořák, 2007, s. 102). Klenková (2007, s. 25) uvádí: „Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ Mikuláščík (2003, s. 19) píše, že „komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování. Je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě, která se realizuje mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem. Je výměnou významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů.“ „Má velkou sociální relevanci – inteligence člověka se manifestuje zejména ve slově a písmu“ (Klenková, 2007, s. 27). Dochází tak k výměně informací, sdělování a dorozumívání. Komunikaci jsme schopni realizovat ve třech formách: ve formě mluvené, psané a znakové (gestické, manuální), (Vitásková, 2005a).

Řeč chápeme jako formu sdělování a dorozumívání založenou na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních výrazových prostředků komunikace (Dvořák, 2007). To, co velice často označujeme jako řeč, je z odborného hlediska mluva, neboli zvukově realizovaná řeč, řeč mluvená. „Řeč je specificky lidskou vlastností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek“ (Klenková, 2007, s. 27). Řeč může být čtená a psaná, vnitřní (chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, nejen verbálně, ale i graficky – četba, písmo) a vnější (mluvená řeč, mluva, schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly), zahrnuje i dorozumívání prostřednictvím neverbálních prostředků komunikace (pohled, gestika, haptika), (in ibid.). „Význam verbální

komunikace je nepopíratelný. Je nezbytnou součástí sociálního života, je nezbytnou podmínkou myšlení. Ale i jinak je téměř pro každého člověka těžké být jen jeden den bez verbální komunikace. Kdokoliv je delší dobu nějakým způsobem separován, bez možnosti komunikace s jinými lidmi, prožívá to jako deprivaci“ (Mikuláščík, 2003, s. 19).

Jazyk je „soustava druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, zprostředkující dorozumívání lidí. Je to kód, který se učíme používat při sdělování myšlenek a vyjádření svých požadavků a potřeb“ (Dvořák, 2007, s. 97). Slouží určitému etnickému kolektivu a má svou kulturní, psychickou a neurofyziologickou stránku. Řeč je tedy realizace, použití jazyka (in ibid.).

1.3 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Předmětem zájmu logopedie je osoba s narušenou komunikační schopností. Tento termín obsahuje více než jen pouhou poruchu řeči. V roce 1990 byly poruchy nebo vady řeči nahrazeny termínem narušená komunikační schopnost. Zavedl ho profesor Lechta, vycházel z anglického *communicative disability*, z francouzského *trouble de la capacité communicative*. „Slovo narušení naplňuje zdravým a potřebným optimismem, že výchozí stav není konečný, bezperspektivní, determinující“ (Peutelschmiedová, 2008, s. 9). Komunikační schopnost je sousloví, které upozorňuje, že zásadním problémem je komunikace, která neprobíhá jen orální cestou. „Komunikační schopnost je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Přitom může jít o rovinu foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou nebo pragmatickou, resp. může jít o verbální i neverbální, grafickou nebo mluvenou formu interindividuální komunikace, její expresivní i impresivní složku“ (Lechta, 2007a, s. 24).

Narušenou komunikační schopnost dělíme do deseti okruhů (Lechta, 2007a, s. 25):

Tab. 1 Okruhy narušené komunikační schopnosti

1. Vývojová nemluvnost (dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná neurotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus)
4. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
5. Narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis)
6. Narušení grafické stránky řeči (specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)
7. Narušení zvuku řeči (palatolalie, rinolalie)
8. Poruchy hlasu (dysfonie)
9. Symptomatické poruchy řeči
10. Kombinované vady řeči

Za narušenou komunikační schopnost nepokládáme fyziologickou nemluvnost (nemluví-li dítě do 1. roku života, jde o přirozený jev), vývojovou dysfluenci (normální jsou okolo 3. roku života), fyziologickou dyslálii (před dovršením 5. roku života - nepřítomnost poruch sluchu apod.), fyziologický dysgramatismus (do 4. roku života - nesprávnosti v morfologické rovině) a nemluvíme o ní ani tehdy, když některá rovina jazykových projevů působí rušivě, ale produktor a recipient nepoužívají stejný kód (komunikace v cizím jazyce), (Klenková, 2007).

1.4 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Logopedie jako studijní obor je v různých zemích zařazena odlišně – v Polské republice je logopedie pojímána jako aplikovaná fonetika, ve Francii je řazena do paramedicínských disciplín studovaných na lékařských fakultách, ve Švýcarsku se studuje na různých univerzitách v rámci studia psychologie nebo lingvistiky (Klenková, 2007).

„V počátcích formování oboru měli výrazný vliv lékaři (Sovák, Seeman, Mašura, Lesný), později i odborníci oborů nemedicínských (Kábele, Gaňo, Veselý). Ve druhé polovině minulého století byl významný vliv jazykovědců (Janota, Liška, Ohnesorg)“ (Klenková, 2007, s. 12). Logopedie tedy navazuje na medicínské vědy (pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie,

stomatologie, plastická chirurgie, ortodoncie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie), psychologické obory (vývojová psychologie, patopsychologie) a také jazykovědné obory (fonetika a fonologie). Proto se o logopedii hovoří jako o interdisciplinárním oboru (in ibid.).

V současné literatuře se setkáváme s termíny interdisciplinární a transdisciplinární přístup, Lechta (2009) popisuje přístup nazvaný „Arena – style approach“. V **interdisciplinárním týmu** pracují jednotliví odborníci nezávisle na ostatních členech týmu, setkávají se při plánování intervence, informují se navzájem o výsledcích péče a společně připravují závěrečnou zprávu. Tento způsob představuje vyšší stupeň interakce, stojící na zdravé komunikaci, koordinaci a kooperaci. Pokud mluvíme o **transdisciplinárním přístupu**, můžeme ho identifikovat podle krátkodobé nebo dlouhodobé společné práce členů týmu. Tito členi týmu velice dobře znají problematiku jiných oborů, které se podílejí na intervenci narušené komunikační schopnosti. Lechta popisuje nejmodernější model týmu, který je realizován „... na jednom místě a v jednom čase“² (Kerekrétiová, 2009, s. 87). V týmu je vždy jeden nebo dva koordinátoři (facilitátoři), každý odborník v týmu je zodpovědný za svoji diagnostiku, terapii i prognózu, s výsledky své práce pak seznámí ostatní členy týmu. Po vzájemné dohodě o další intervenci koordinátor seznámí ve verbální, ale i v písemné podobě (formou závěrečné zprávy) rodiče. Rozšířením transdisciplinárního přístupu se dostáváme k objasnění pojmu „**Arena – style approach**“. Koordinátor naváže kontakt s klientem a v přítomnosti ostatních odborníků začne vyšetřovat. Jednotliví členové týmu mohou vstupovat do interakce, v jakékoliv míře, stupni, ale také různým způsobem. Tento přístup má výhodu, protože zabrání redundantním otázkám a redukuje přímou práci. Každý člen týmu je schopný si vytvořit celkový obraz o klientovi, který doplní svým specifickým vyšetřením. Tím také získává vědomosti a poznatky z ostatních oborů, které odborníci používají v rámci společné intervence. Nejvíce z toho profituje klient, kterému se dostává nejefektivnější komplexní intervence (in ibid.). Tento způsob je jakýmsi

² Přeloženo: „... na jednom mieste a v jednom čase.“

ideálem popisovaným slovenskými autory a jeho aplikací v České republice si nejsme jisti. Přesto ho uvádíme jako zajímavost, popřípadě jako příklad dobré praxe.

V současnosti je logopedie v České republice zařazována mezi speciálněpedagogické disciplíny a má velice těsný vztah k obecné pedagogice i k ostatním oborům speciální pedagogiky (etopedii, psychopedii, somatopedii, surdopedii a tyflopeditii). U všech jedinců s mentálním, tělesným nebo smyslovým postižením (osoby se speciálními vzdělávacími potřebami) se projevuje v různé míře narušení komunikační schopnosti. Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu a její přístup je více pedagogický (Klenková, 2007). Patologickou stránkou komunikačního procesu se zabývá i obor lékařský, foniatric. Její přístup je ale více medicínský. Oba obory se však navzájem prolínají a doplňují (Peutelschmiedová, 2005a).

1.5 ORGANIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE

Organizace logopedické péče se značně odlišuje v pojetí dvou období – do roku 1989 a po tomto roce, a to v souvislosti s celospolečenskými změnami (ekonomického i politického rázu). Pozůstatkem je zakotvenost dvoukolejnosti péče – poskytování logopedické intervence v rámci dvou resortů, zdravotnictví a školství. Musíme podotknout, že částečně je logopedická péče poskytována i v resortu práce a sociálních věcí, avšak velmi sporadicky a také v neziskovém sektoru v rámci soukromých, nadačních a charitativních organizací (Peutelschmiedová 2005b; Klenková, 2007).

Logopedická intervence **v resortu ministerstva zdravotnictví** je poskytována všem osobám s narušenou komunikační schopností. Péči v tomto resortu poskytují nejčastěji logopedi v logopedických ambulancích (poradnách), které mohou být soukromého i státního charakteru, případně logopedi na otorinolaryngologických (popř. foniatrických) klinikách a odděleních, na neurologických klinikách nebo na geriatrických, rehabilitačních odděleních. Součástí logopedické intervence je i poradenství poskytované nejen jedincům s narušenou

komunikační schopností, ale jejich rodičům, příbuzným, aj. (Peutelschmiedová 2005b; Fukanová, 2007; Klenková, 2007; Peutelschmiedová 2008; Kerekreťiová, 2009a). „Logopedické ambulance jsou většinou nestátní zařízení při zdravotnických zařízeních, při městských poliklinikách se smluvním vztahem k zdravotní pojišťovně. Předpokladem zřízení soukromé logopedické praxe v rezortu zdravotnictví je úspěšné složení atestační zkoušky, kterou skládají odborníci – nelékaři po splnění podmínek předatestační přípravy“ (Klenková, 2007, s. 212). Po úspěšném složení atestace čekatelé získávají licenční osvědčení k provozování soukromé praxe vydané Asociací klinických logopedů a k titulu logoped získávají přívlasek klinický. Smutnou skutečností je fakt, že počet logopedických ambulancí svým rozšířením a nabídkou nenahrazuje zaniklou síť logopedických poraden (Peutelschmiedová, 2005b).

Dětem s narušenou komunikační schopností, jejichž postižení je takové závažnosti, že nemohou navštěvovat mateřskou školu či základní školu hlavního vzdělávacího proudu, jsou určeny **v rámci resortu školství** mateřské školy logopedické, základní školy logopedické, popř. logopedické třídy a skupiny při školách jiného typu (tj. mateřské a základní školy surdopedické, tyflopeditické popř. mateřské a základní školy hlavního vzdělávacího proudu). Těmto dětem je potřeba zajistit maximálně intenzivní a soustavnou logopedickou intervenci, která je jim poskytována prostřednictvím ILP – individuální logopedické péče – s časovou dotací min. dvě hodiny týdně. Ostatní školská zařízení (tj. pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra logopedická) se podílejí na logopedické diagnostice, intervenci a prevenci. Pedagogicko-psychologické poradny zajišťují ambulantní logopedickou péči, pokud je logoped kmenovým pracovníkem. Avšak je třeba si uvědomit, že zmiňovaná pracoviště se zpravidla orientují pouze na diagnostiku a k následné terapii doporučí odborníka z rezortu zdravotnictví. Speciálněpedagogická centra vznikají při speciálních zařízeních a podle jejich zaměření je lze diferencovat na SPC surdopedická, tyflopeditická, logopedická aj. Jsou součástí pedagogicko-

psychologického poradenství na území ČR (vedle výchovných poradců, školních psychologů a školních speciálních pedagogů, školních metodiků prevence, pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče). Centra se zaměřují na poradenskou činnost (prioritně podporu) dětem a mládeži s určitým druhem postižení většinou ve věku od tří let do nástupu na střední školu (Peutelschmiedová 2005b; Fukanová, 2007; Klenková, 2007; Peutelschmiedová 2008; Kerekrétiová, 2009a).

Logopedická péče v **resortu ministerstva práce a sociálních věcí** je součástí komplexní rehabilitace poskytovatelů sociálních služeb (denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, raná péče aj.). Logopedi provádějí diagnostiku, terapii i prevenci, rozvíjejí komunikační schopnosti podle možností a schopností klientů. Logoped má také možnost zvolit k rozvoji komunikační schopnosti systémy alternativní a augmentativní komunikace (Peutelschmiedová 2005b; Fukanová, 2007; Klenková, 2007; Peutelschmiedová 2008; Kerekrétiová, 2009a).

Pod pojmem **raná péče** chápeme soustavu služeb a programů, které se poskytují ohroženým dětem (v sociálním, biologickém a psychickém vývoji), dětem postiženým a i jejich rodinám. Tato soustava služeb je poskytována dětem od data diagnostikování postižení po zařazení dítěte do vzdělávací instituce (předškolní zařízení). Cílem je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině a dítěti podmínky pro plnohodnotnou sociální integraci. Snahou rané péče je i působení na veřejnost – její program je zaměřen na prevenci vzniku postižení, mezioborovou spolupráci, vzdělávání směrem k toleranci a sociální integraci včetně volby vzdělávací cesty, vzdělávání samotných pracovníků rané péče, laické i odborné veřejnosti (Peutelschmiedová 2005b; Klenková, 2007; Peutelschmiedová 2008).

1.6 LOGOPEDICKÁ OSVĚTA

Logopedická osvěta je součástí speciálně pedagogické osvěty a její cíl lze zjednodušeně popsat: výsledky oboru logopedie (poznatky, zkušenosti, preventivní opatření) se pedagogickými prostředky dostávají do širší veřejnosti (mezi rodiče, lékaře, učitele, apod.) s cílem zvyšovat její znalosti z oboru logopedie a preventivním působením snížit počet narušení komunikační schopnosti (Pavlová-Zahalková a kol., 1976).

Jako každá osvěta má dvě stránky – propagační (která je zaměřena na výklad terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiky, terapie a prevence) a agitační (vyvolává zájem nejširší veřejnosti). Osvětová práce je masově kulturní organizační činnost zaměřující se na veřejnost obecně, preventivně a speciálně na osoby s narušenou komunikační schopností. Je tedy součástí i pediatrické osvěty, kdy je lékař pro děti a dorost (popř. dětská sestra) nositelem logopedické osvěty ve vztahu k rodičům (in ibid.).

Logopedická osvěta je jedním ze základních prvků logopedické prevence a její tematika musí vycházet z analýzy logopedických problémů, úkolů a cílů. Pavlová-Zahalková (1976) popisuje zásady logopedické osvěty, které je vhodné při osvětové činnosti mít na mysli. Přesto, že **zásady** byly sepsány v minulém století, dovolíme si je částečně citovat.

- Optimismus – osvětovou činností působit pozitivně, vyzdvihnout kladné hodnoty a prospěch z dodržování propagovaného. Dodávat víru ve zlepšení, povzbuzovat ve vytrvalosti a vůli. Důležité je zvažovat výběr slov – propagovat výchovu ke správné řeči, nikoliv upozorňovat na nekultivovanost mluvy, apod.
- Srozumitelnost a přiměřenost – vždy si uvědomit, komu jsou informace určeny, na koho mají zapůsobit. Podle cílové skupiny vybírat obsah a vhodná slova. Přiměřenost pak odpovídá úrovni vzdělání těch, komu je osvěta určena.
- Vědecká pravdivost – v souladu se stavem logopedie, s výsledky věrohodných výzkumných činností, se skutečností.

- Soustavnost a plánovitost – žádná osvěta nikdy nekončí a nemůže končit. Logopedická osvěta by měla mít svůj plán zaručující její účinnost.
- Originalita, vtipnost a svěžest – potřebné zásady, kterými se eliminují negativní důsledky zapříčiněné např. nudností a nezajímavostí.

Cílem logopedické osvěty by mělo být vytváření odborných příruček, metodických pomůcek, textů, názorných příkladů a pomůcek, shotů, organizování konferencí, kurzů, přednášek, diskuzí.

2 ONTOGENEZE ŘEČI

Existuje velké množství odborné literatury, která se dotýká vývoje dětské řeči. Každý z autorů má ale jiný pohled na problematiku, můžeme se setkat s publikacemi od lingvistů, psychologů, logopedů, pediatrů, neurologů, fonetiků, aj. Jednotliví odborníci různě člení období řečového vývoje, jedno jim je však společné: Kussmaulovo rozdělení na období přípravné a období vlastního vývoje řeči. Tato období mezi sebou nemají striktně danou věkovou hranici, plynule přechází první do druhého, z části se i překrývají. Autoři se dále shodují na nutnosti zohlednit fakt, že vývoj řeči je značně individuální (Peutelschmiedová, 2008). V každém řečovém období je potřeba připustit určitou časovou variabilitu. Lechta (1985) upozorňuje, že může docházet k obdobím akcelerace nebo retardace ve vývoji, zároveň dodává, že to neznamena, že by mohla být některá stádia vynechána. Individuální je tedy jen jejich délka trvání (Klenková, 2007). To vše ale za předpokladu splnění třech základních podmínek: neporušený sluch, neporušený intelekt a zajištěné podnětné prostředí (Peutelschmiedová, 2005d). Pro logopedickou praxi je proto nesmírně důležité znát vývoj řeči zdravých dětí.

2.1 PŘÍPRAVNÁ STÁDIA VÝVOJE ŘEČI

Přípravné období bývá někdy označováno jako předřečové období. Peutelschmiedová (2005) upozorňuje na nepřesnost termínu, pokud uvažujeme o řečových projevech jako o způsobu komunikace. Vitásková (2004) poukazuje na nejednotnost v oblasti terminologie, klasifikace a typologie preverbálního vývoje řeči. Nejčastější definicí preverbální komunikace je: přípravné období ontogeneze řeči končící vyslovením prvního konvenčního slova (Vitásková, 2008). Mezníkem mezi dvěma stádii bývá udáván první rok života dítěte. V tomto období si dítě osvojuje zručnosti, návyky, na jejichž základě později vzniká skutečná řeč. Tyto činnosti jsou v tuzemské odborné literatuře (logopedické, psychologické, foniatrické) klasifikovány do **třech vývojových stupňů rané vokalizace**: období křiku (reflexního

a diferencovaného), broukání a žvatlání (pudového a napodobivého), (Lejska, 2003; Vitásková, 2008). **Lechta** (2008) kategorizuje tyto aktivity na preverbální (tj. křik, broukání) a neverbální (tj. zrakový kontakt, komunikace na základě tělesného kontaktu). Preverbální aktivity postupně zanikají a jsou nahrazeny verbálním projevem, neverbální aktivity zůstávají po celý život (Lechta, 2008). Společným základem všech klasifikací jsou následující východiska (Vitásková, 2008):

- míra zapojení biologické zpětné vazby (auditivní, vizuální, interoceptivní)
- rozlišení dle emocionálního stavu a volního úsilí dítěte
- slabičný či neslabičný charakter vokalizace

Zahraniční zdroje nám však uvádějí klasifikace mnohem diferencovanější a rozmanitější. Příčinou je nezbytnost klasifikace, která umožňuje snadnější orientaci pro diferenciálně diagnostické a výzkumné účely. V zahraničí se nejčastěji setkáváme s **metafonologickým dělením dle Ollera a Lynche** (1992 in Vitásková, 2008), (adaptované o 10 let později Ertmerem a Starkovou et al.). Můžeme mluvit o kategorizaci na vegetativní a nevegetativní zvuky, které dítě produkuje do čtyř měsíců a na prekanonickou, kanonickou a postkanonickou vokalizaci, která se vyvíjí mezi pátým až desátým měsícem věku dítěte. Z hlediska speciálně pedagogické diagnostiky je kritickým mezníkem vývoje expresivní složky jazyka kanonická vokalizace³ s prevalencí mezi dosaženým šestým až desátým měsícem věku. Dle Thelenové (2000 in Vitásková, 2008) se vznik kanonické vokalizace poutá ke koordinaci rytmických pohybů končetin, rytmických pohybů dolní čelisti a simultánně produkované fonace. Tato teorie tzv. mandibulární oscilace je v zahraničí považována za jeden z milníků motorického vývoje. Vitásková (2008) upozorňuje na tento směr a jeho opomíjené uplatnění v základním učebním plánu logopedů.

³ Za kanonickou vokalizaci je považována repetitivní reduplikace sekvencí CV, ne jejich pouhá kombinace (Gillis et al., 2002 in Vitásková, 2008)

Opoždění nástupu kanonické vokalizace a její kvalitativní nebo kvantitativní odchylky mohou být:

- dle Breunniga et al. (1995 in Vitásková 2008) signifikantním symptomem hypakuze při idiopatickém riziku auditivní senzoneurální ztráty
- dle Pharra et al. (2000 in Vitásková 2008) prvotním symptomem specificky narušeného vývoje řeči (vývojové dysfázie)
- dle Schererové et al. (1999 in Vitásková 2008) projevem skryté velofaryngeální insuficience, která se projevuje opožděným vývojem řeči s kvalitativními odchylkami kanonické vokalizace (převládají nazalizované posteriorně vytvářené vokalické zvuky)
- dle Stoel-Gammonové (1992 in Vitásková 2008) projevem orálně-motorické poruchy plánování a imitace u dětí s vývojovou verbální dyspraxií
- dle Dodda, Thompsona (2001 in Vitásková 2008) důkazem narušení fonologického zpracování řeči u dětí s Downovým syndromem, který se projevuje atypickým pořadím přírůstku hlásek v průběhu kanonického a postkanonického žvatlání

Neverbální aktivity poukazují na proces komunikace mezi dítětem a jeho okolím. U dítěte pozorujeme neverbálně-preverbální projevy, u dospělých pak projevy neverbálně-verbální. Vývoj neverbálních kanálů komunikace začíná již v prvních týdnech života, dle Damborské (in Lechta, 2008) se realizuje především v oblasti taktilní a vestibulární. Jde o somatosenzorickou stimulaci, tedy bohatou škálu dotyků a občasnou změnu polohy. Již v prvních třech hodinách po narození je dítě schopné reakce na matku tzv. příklonem, navázáním zrakového kontaktu, obracením hlavy za příjemnými zvuky. V této fázi příklonu matka hledá pohled dítěte, laská ho, oslovuje a v jejím hlasovém projevu dominuje rytmus, výška a síla zvuku, přízvuk a barva hlasu. V prvním měsíci dítě vnímá odlišnosti hlasu, pozná matku dle zabarvení hlasu a upřednostňuje tóny před šumy. Mezi první neverbální projevy na matčin verbální hlasový projev řadíme neverbální reakci dítěte v podobě sání. Buda (1988)

předkládá výzkumy neverbální komunikace, podle kterých existují zvláštní citové a náladové reakce ve vztahu mezi matkou a dítětem. Kojenec je citlivý na matčiny vegetativní reakce⁴, reaguje na ně pláčem, neklidem, nechutenstvím. Toto vnímání je označováno jako první komunikační pouto spojující matku s kojencem. Postupně se u kojence zapojuje stále více sluchový kanál (matčin hlas poskytuje i neverbální informace), přidává se zrak (reakce úsměvem na úsměv, odezírání), rozvíjí se neverbální komunikace pomocí různých zvuků. S přibývajícím věkem matka dítě pouští stále častěji od sebe, tělesný kontakt jako hlavní komunikační kanál se dostává do pozadí a do popředí se tlačí výměna akustických a optických signálů. Neverbální komunikaci se učíme již v útlém věku z citové vazby k matce, k otci a ostatním lidem. Výsledky z tohoto období se v nás zafixují a vytvoří tak základ pro pozdější schopnost empatie. Ve věku, kdy se rozvíjí řeč, se rozvoj neverbální komunikace výrazně zpomaluje (Buda, 1988). Dále Lechta (2008) popisuje u jednotlivých měsíců projevy dítěte a možnosti stimulace.

Preverbální aktivity jsou přípravou artikulačního aparátu ke skutečné řeči, začínají ještě před narozením. V prenatálním období se objevuje nitroděložní kvílení (vagitus uterinus), dále polykací pohyby, dumlání palce. Po narození se dítě trénuje v aktivitách jako je sání, polykání, žvýkání, teprve jejich ovládnutí umožní vývoj řečových aktivit. Böhme a Crickmayová potvrzují, „... že právě schopnost žvýkání a mluvení spolu souvisí – dítě se nepokusí verbálně používat čelist, jazyk a rty dříve, než se naučí provádět žvýkací pohyby“ (Klenková, 2007, s. 34-35). Tato zjištění jsou důležitá pro logopedickou intervenci u zdravotně postižených dětí, u kterých je nutné se zaměřit na stimulaci těchto primárních činností.

Z jiného pohledu klasifikace se setkáváme s **novorozeneckým křikem**, který je ihned po narození prvním hlasovým projevem dítěte. Křik novorozeněte je reflexem vyvolaným podrážděním dýchacího centra přechodem z placentárního zásobování kyslíkem na plicní

⁴ teplota těla, vlhkost pokožky, neklid, citové změny, napětí, aj.

dýchání (Klenková, 2007). Je charakterizován tvrdým hlasovým začátkem, který postupně přechází v měkký hlasový začátek, charakteristický pro vyjádření libých pocitů (Kutálková, 2009).

Od šestého týdne se charakter křiku dítěte začíná měnit, křik je citově zabarvený. Mezi druhým a třetím měsícem je křik charakterizován měkkým hlasovým začátkem. O těchto hlasových projevech mluvíme jako o **období broukání**, houkání (Klenková, 2007). Dítě tvoří nahodile zvuky (tj. třené, ražené, mlaskavé, sykot), které jsme schopni identifikovat v různých světových jazycích (Peutelschmiedová, 2005d).

S tímto obdobím se prolíná **období žvatlání** – objevuje se větší rozmanitost zvuků v souvislosti se změnami v utváření resonančních dutin, ústní a hltanové dutiny. Žvatlání můžeme diferencovat na **pudové**, kdy dítě při tvorbě hlasu uplatňuje polykací pohyby a sání, i když nepřijímá potravu. Zvuky označujeme jako prahlásky, prafonémy, které nejsou hláskami mateřského jazyka. Druhým stupněm žvatlání je **napodobující**, objevující se v šestém až osmém měsíci věku dítěte. Dítě připodobňuje své vlastní zvuky hláskám mateřského jazyka. Zapojuje i vědomou sluchovou a zrakovou kontrolu, všímá si i pohybů mluvidel nejbližších osob, začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka, opakuje slabiky (Klenková, 2007). Nejpřístupnější jsou dětem hlásky, které jsou jim viditelné (P, B, M na začátku slov), (Krahulcová, 2003; srov. Peutelschmiedová, 2005d; Peutelschmiedová, 2008). K napodobení hlásky dítě potřebuje mnoho pokusů, které označujeme jako fyziologická echolálie. Užívá mnoho modulačních faktorů řeči, své pocity a přání vyjadřuje napodobováním melodie, rytmu řeči, výšky a síly hlasu (Klenková, 2007). Do tohoto stádia nedospívají děti s těžším sluchovým postižením, nemohou napodobovat něco, co neslyší. Jejich napodobování je pouze na zrakové úrovni (Peutelschmiedová, 2008).

Okolo desátého měsíce nastupuje stádium **porozumění řeči**. Dítě obsah slov, která slyší, nechápe, ale vytváří si asociace s vjemem nebo představou konkrétní situace, která se často opakuje. Rozumění se projevuje motorickou reakcí (Klenková, 2007). Nejdůležitější roli má

citové zabarvení proneseného, které nás žene ve vývoji neskutečným tempem kupředu (Peutelschmiedová, 2008).

2.2 VLASTNÍ VÝVOJ ŘEČI

Období vlastního vývoje řeči začíná před dovršením prvního roku života. Toto období charakterizují čtyři na sebe navazující stádia. V prvním stádiu, označovaném jako **emocionálně-volní**, dítě vyjadřuje své pocity libosti i nelibosti, city a prosby jednoslovně. Používá k tomu první skutečný verbální projev ve smyslu jednoslovných vět. Věty jsou ve skutečnosti slova, která mají komplexní význam věty. Tato slova jsou jednoslabičná i víceslabičná a dítě si slovní spojení spojuje s konkrétními osobami i věcmi. Užíváním prvních slov nezaniká žvatlání, dítě i nadále poměrně dlouho užívá gesta, mimiku, pláč. Mezi osmnáctým měsícem a druhým rokem mluvíme o egocentrickém stádiu vývoje řeči, dítě objevuje mluvení jako činnost, opakuje slova, napodobuje dospělé (Klenková, 2007).

Ve druhém stádiu, **asociačně-reprodukčním**, prvotní slova začínají mít pojmenovací funkci. Na základě jednoduché podobnosti dítě přenáší slova na obdobné jevy a tím vytváří jednoduché asociace (tj. transfer označení na jevy analogické). Řeč nadále zůstává na prvosignální úrovni⁵, slova má dítě spojeno s konkrétním jevem. Mezi druhým a třetím rokem akceleruje vývoj řeči dítěte, prostřednictvím řeči dítě dosahuje drobných cílů. Chápe, že řeči je schopno ovlivnit dospělé a proto komunikuje stále častěji (Klenková, 2007).

Stádium **logických pojmů**, objevující se okolo třetího roku života, je velice důležité. Označení, která mělo dítě dosud spjata s konkrétními jevy, se postupně pomocí abstrakce stávají slovy s určitými obsahy. Dochází zde k přechodu mezi první a druhou signální soustavou⁶. Při těchto myšlenkových operacích často dochází kolem třetího roku k těžkostem,

⁵ První signální soustava „je společná člověku i vyšším živočichům a je vázána na činnost korovou obou polokoulí“ (Dvořák, 2007, s. 188); „představuje takovou úroveň integrace, kdy jednotlivý organismus může měnit na základě tvorby dočasných spojů své reakce na aktuální přímé vlivy prostředí“ (in ibid.)

⁶ Druhá signální soustava „je vázána převážně na dominantní hemisféru“ (Dvořák, 2007, s. 188), „v jejím rámci slovo zastupuje třídy konkrétních jednotlivých podnětů; umožňuje poznávat rozdíly a shody v jevech, zobrazovat

k fyziologickým obtížím v řeči (Klenková, 2007). V tomto období naprostá většina dětí není schopna vyslovit jednotlivé hlásky podle výslovnostních norem. Dítě patlá, komolí slova, nevyslovuje určité hlásky a nahrazuje je jinými, artikulačně jednoduššími. U podstatně menší skupiny dětí se objevuje fyziologická iterace, jejíž projevy mohou a mnohdy mylně připomínají koktavost. Na rozdíl od koktavosti iterace odeznějí v krátkém časovém období. Rozlišit incipientní (začínající) koktavost od fyziologických iterací je těžký úkol i pro odborníka (Peutelschmiedová, 2008), (srov. Peutelschmiedová, 2005d).

Na konci třetího roku, začátkem čtvrtého dítě poměrně přesně (obsahově i formálně) vyjadřuje své myšlenky. **Intelektualizace řeči** – poslední stádium, ve kterém si dítě osvojuje slova nová, prohlubuje a zpřesňuje obsah slov a rozšiřuje si tak slovní zásobu. Tato etapa pokračuje až do dospělosti člověka (Klenková, 2007).

2.3 JAZYKOVÉ ROVINY V ONTOGENEZI ŘEČI

V průběhu vývoje řeči se jednotlivé jazykové roviny prolínají, jejich vývoj probíhá v jednotlivých časových úsecích současně.

Morfologicko-syntaktická rovina lze zkoumat až okolo prvního roku, kdy začíná období vlastního vývoje řeči. První slova mají funkci vět, jsou „... neohebná, neskloňují se ani nečasují, podstatná jména jsou většinou v prvním pádě, slovesa v infinitivu, případně ve třetí osobě nebo v rozkazovacím způsobu“ (Klenková, 2007, s. 37). Projevy izolovaných slov trvají do osmnácti měsíců až dvou let, poté spojením dvou jednoslovných vět vznikají věty dvouslovné. Z hlediska morfologie dítě nejprve používá podstatná jména, onomatopoická citoslovce a později slovesa. Mezi druhým a třetím rokem stále více používá přídavná jména, osobní zájmena, nejpozději si osvojuje číslovky, předložky, spojky. Po čtvrtém roce života dítě obvykle užívá všechny slovní druhy. Z pohledu syntaxe dítě

obecné, abstraktní, logické; jde o vzájemnou signalizaci interindividuální, především lidskou řeč, vědomí a myšlení“ (in ibid.)

začíná skloňovat mezi druhým a třetím rokem, po třetím roce užívá jednotné i množné číslo. Je typické, že dítě klade na první místo ve větě slova s emocionálně klíčovým významem. Souvětí se objevují mezi třetím a čtvrtým rokem života, nejprve utváří souvětí slučovací, později i podřadná. Dítě se pravidlům syntaxe učí prostřednictvím transferu⁷ – gramatické formy, které slyší v určité situaci, použije analogicky v situacích jiných. Transfer nebere v úvahu gramatické výjimky, je přesný. Proto do čtvrtého roku věku mluvíme o tzv. fyziologických dysgramatismech, po čtvrtém roce by se gramatická stránka měla postupně upravovat a zpřesňovat (in ibid.).

Lexikálně-sémantická rovina se zabývá slovní zásobou, vývojem aktivního i pasivního slovníku. Okolo desátého měsíce dítě začíná rozumět řeči, vytváří se jeho pasivní slovník. Kolem jednoho roku věku se vytváří aktivní slovník, dítě používá svá první slova. Tato první slova ale chápe příliš všeobecně, mluvíme o hypergeneralizaci (pod slovem „hafhaf“ si dítě vysvětluje vše, co má čtyři nohy). Opačnou tendenci, tj. hyperdiferenciaci, pozorujeme, když již ovládá více slov (slova pokládá za názvy jen jediné věci osoby). Je známo několik výzkumných šetření slovní zásoby (Smithová, Kondáš, Stern in Klenková, 2007), ve výsledcích se však rozcházejí a to z toho důvodu, že ne každý autor se zaměřil na aktivní i pasivní slovník. Vytvořením průměru z těchto údajů se dovídáme, že kolem jednoho roku je slovní zásoba dítěte okolo 5-7 slov, dvouleté dítě disponuje se zásobou 200 slov, tříleté téměř 1000 slov, což značí poměrně velký nárůst – pětinasobek slovní zásoby dvouletého dítěte. Ve čtyřech letech je slovní zásoba dítěte asi 1500 slov, před nástupem do školy, kolem šestého roku pak 2500 – 3000 slov (in ibid.).

Rozvoji **foneticko-fonologické roviny** je ze stran odborníků věnováno nejvíce pozornosti. Důležitým mezníkem je přechod ze stádia pudového žvatlání do stádia napodobujícího žvatlání, protože zvuky, které produkovalo dítě do počátku napodobujícího žvatlání, nejsou považovány za hlásky mateřského jazyka. Podle Schulzova pravidla nejmenší námahy dítě

⁷ Transfer = uplatnění naučeného obsahu, určitého způsobu chování v nové situaci (Dvořák, 2007, s. 204)

nejprve vytváří hlásky, které vyžadují nejmenší námahu (samohlásky), až později si osvojuje hlásky artikulačně náročnější. Nejdříve si dítě fixuje samohlásky, poté souhlásky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a nakonec úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Na vývoj působí několik faktorů: obratnost artikulačních orgánů, úroveň fonemického sluchu, intelektu, dále společenské faktory, mluvní vzor, řečové a psychické stimuly. Za ukončení vývoje je považováno rozmezí pátého až sedmého roku věku dítěte (in ibid.).

Poslední **rovina, pragmatická**, byla mnohdy odborníky opomíjená a stavěná mimo oblast zájmu. Již dvouleté dítě dokáže pochopit svou roli v procesu komunikace. Po třetím roce života je u dítěte viditelná snaha komunikovat, navazovat a udržovat hovor. Kolem čtvrtého roku je schopno komunikovat přiměřeně k situaci a využívat tak různé komunikační vzorce. Dochází k regulační funkci řeči – chování dítěte je možné regulovat řečí a dítě je schopné řečí regulovat okolní dění (in ibid.).

2.4 LOGOPEDICKÁ PREVENCE Z ONTOGENETICKÉHO HLEDISKA

Osvojení si jazyka v celé jeho šíři a ve všech jazykových rovinách je složitý úkol, proto bychom se my, ať v roli logopeda nebo rodiče, měli snažit dítěti tuto cestu ulehčit. Podporou, rozvíjením a výchovou řeči předcházíme narušené komunikační schopnosti. Pokud k ní ale dojde, je nejdůležitější včasná a správná diagnóza společně s vhodnou terapií, a to vše ve spolupráci s rodiči.

V **novorozeneckém období** je důležité pamatovat na křik dítěte. Novorozenecký křik je typický tvrdým hlasovým začátkem a každá matka by měla dbát o to, aby dítě své hlasivky příliš nenamáhalo. Zároveň by měla disponovat klidným, vyrovnaným, přiměřeně hlasitým hlasem s měkkým hlasovým začátkem (Peutelschmiedová, 2008). Ve třech měsících, v **období broukání**, dítě vytváří jednoduché zvuky. Blízké okolí by se mělo snažit o opakování těchto zvuků připodobněním k hláskám mateřského jazyka. Jakmile dítě začne **žvatlat**, mluvíme s ním přiměřeně hlasitě, s přiměřenou artikulací a s kvalitním osvětlením

obličej. Dítěti pomáhá zraková, ale i sluchová kontrola. Rozmlouváním utužujeme citové vztahy a o pozitivním působení nás přesvědčí sociální úsměv jako reakce na blízkou osobu. Dítě začne opakovat slova, nejčastěji po matce, proto je potřeba užívat slova jednoduchá, tj. slova krátká, lehce odezíratelná, střídající pravidelně souhlásky a samohlásky (máma, táta, bába). Pomalu dítě učíme slovní hříčky, při kterých se učí reagovat na slovní výzvu. Zpočátku dítě reaguje na melodii, rytmus a přízvuk, postupně na význam jednotlivých slov. Zapojujeme i pohyb, dítě seznamujeme s rytmem, tím rozvíjíme hrubou i jemnou motoriku. Pro lepší motorický rozvoj dítěti zprostředkujeme hračky (bezpečné, přiměřené věku a schopnostem), které dítě ohmatává, manipuluje s nimi a vkládáním do úst rozvíjí oromotoriku. Stimuluje žvýkací a mimické svaly, pohyby jazyka a orální senzitivitu, orosenzoriku (vnímání rozmanitých vjemů v dutině ústní), důležitou pro rozvoj mluvy a zpřesňování artikulace. Proto bychom neměli dítěti zakazovat tyto činnosti, ba naopak (Kutálková, 2009).

Sporné (přesto v literatuře uváděné) je, že v období **napodobivého žvatlání** jsou neúspěšné děti se závažnějším sluchovým postižením, které jim neumožní opakovat slova vyřčená v jejich blízkosti. Dle Cheekové et al. (2001) procházejí i děti s těžkým sluchovým postižením stádiem kanonického žvatlání (v jeho vokalické či manuální podobě) před použitím prvních slov (Vitásková, 2008). Van den Dikkenberg-Potová, Koopmans-van Beinumová a Clement (1998 in Vitásková, 2008) zjistili odchylky v období kanonické vokalizace u dětí s těžkým prelingválním sluchovým postižením. U neslyšících dětí mezi osmým až desátým měsícem vzrůstá variabilita fonace a délka promluv se současným snížením jejich průměrného počtu. Tuto absenci se děti snaží nahradit variabilnější fonací a izolovanou fonací či artikulací. O této skutečnosti by měli být rodiče informováni, aby se zamezilo pozdní diagnostice sluchového postižení. Rodiče by měli sledovat reakce dítěte na zvuky (s různou výškou, hlasitostí, kvalitou), které mohou odhalit sluchovou vadu. Povinné vyšetření sluchu u pediatra je pouze orientační, zaměřuje se pouze na úzkou škálu

zvuků. Proto každé podezření rodičů na sluchovou vadu by mělo být prověřeno odborníkem, aby se včas zahájila lékařská i speciálně pedagogická péče (Peutelschmiedová, 2008).

Otázkou zůstává, zda v současné době existují metody objektivní diagnostiky preverbální řečové produkce. Vitásková (2005e) upozorňuje na možnosti přístrojových metod experimentální fonetiky – např. artikulačních metod (artikulografie, elektropalatografie doplňované elektromyografií pro hodnocení mandibulárních pohybů), akustické a fonetické analýzy využívané v zahraničí. Vitásková (2008) dále uvádí diagnostické programy, kterou jsou vyvíjeny pro automatickou akustickou analýzu digitálních záznamů rané vokalizace (např. EVA – The Early Vocalization Analyzer) umožňující určit tzv. vokální věk dítěte sloužící ke klinické diferenciaci diagnostice fyziologického a narušeného vývoje řeči. V české republice jsou zatím využívány jen části škál týkající se psychomotorického vývoje (např. Bayleyová, Gassel), které vyžadují spolupráci speciálních pedagogů s psychologem a dalšími odborníky na hodnocení psychomotorického vývoje dítěte (in *ibid.*).

Počátek **batolecího období** je typický očekáváním prvního dětského slova. Rodiče by měli mít na paměti, že i přes veškeré touhy a „tabulkování“ nemají své dítě do řeči nutit, jen ho správně motivovat, stimulovat a reagovat na něj. Vhodné je komentování jevů a situací, využití zvukových hraček, obrázkových i zvukových knih, modelů zvířat. Každé zvíře můžeme spojit s citoslovci, která různě zabarvujeme a tím rozšiřujeme dítěti slovní zásobu. Je důležité, aby dítě poznalo, že komunikace má smysl a je radostnou činností, proto reagujeme na jakoukoliv snahu dítěte o komunikaci, smějeme se, povídáme si, podporujeme jej. Dbáme o pragmatickou stránku jazyka, užíváme tedy i jiných komunikačních kanálů, než je mluvená řeč, s cílem domluvit se s dítětem. Podporujeme dítě v chůzi ze schodů a do schodů, v počátcích čmárání, v herních aktivitách, v sebeoblaze (oblékání a svlékání, česání, pití z hrnečku, jezení lžící). Lechta (2008) radí podporovat dítě v samostatném jezení, u kterého zároveň rozvíjí motoriku mluvidel (oblizování lžice, pití brčkem). Koncem druhého roku se dítě dostane do období zjišťovacích otázek. Zkouší

trpělivost rodiny, ale zároveň odpovědi na jeho otázky rozvíjejí jeho slovní zásobu, vědomosti, myšlení a řeč. Posléze si dítě začíná uvědomovat svou osobnost a negativistické a vzdorovité reakce jsou toho důkazem. Je podstatné, aby se dítě křikem nedomáhalo svých tužeb a přání. Křik je namáhavý a může poškozovat dětské hlasivky. Proto bychom měli užít jiné techniky, např. vyzvat dítě ke klidnému vysvětlení, popř. užít techniky vyhasínání, kdy na jeho křik nereagujeme, netrestáme za něj, dítě samo pozná, že křik není nástrojem k vynucení si čehokoliv (Kutálková, 2009).

V **předškolním období** (mezi třetím a čtvrtým rokem) se začínají projevovat fyziologické obtíže v řeči. Pochopení tohoto stádia je základem bezchybného vývoje řeči. Obavy rodičů a jejich snaha o předčasné zahájení logopedické intervence nejsou na místě. Obtíže se projevují v artikulaci (vynechávání artikulačně obtížných hlásek, nahrazování lehčími) nebo v plynulosti řeči. Důležité je jednak odlišit fyziologickou dyslálii (týkající se většinou artikulačně obtížných hlásek) od vadné výslovnosti (tvoření hlásky vadným způsobem, na artikulačně odlišném místě – např. rotacismus), ale také fyziologickou iteraci (opakování slabik a slov) od incipientní koktavosti (projevy přetrvávají delší dobu, neslábnou, zhoršují se), (Peutelschmiedová, 2005d). Vhodnou prevencí je cvičení oromotoriky a fonemického sluchu, obojí formou hry. S nástupem do mateřské školy dochází u dítěte k rozšíření slovní zásoby, zdokonalení se v gramatice, pohotovější komunikaci, ale i k větší samostatnosti a připravenosti na povinnou školní docházku. Proto je vhodné, aby každé dítě alespoň rok před vstupem do základní školy navštěvovalo předškolní zařízení. Rodiče by neměli zapomínat na mluvní vzor (správnou výslovnost, gramatiku, hlasitost i tempo řeči)⁸, pozitivní motivaci (ve formě odměn a pochval), četbu, ale i pohybové aktivity a cvičení jemné motoriky (malování, kreslení, hry s míčem, stříhání, aj.). Měli by být poučeni o lateralitě u dětí a jejím neovlivňování. Netrestat dítě za aktivity prováděné levou rukou by v dnešní

⁸ Pokud jím být nemohou, měli by zabezpečit častou komunikaci dítěte s někým, kdo mluvním vzorem být může.

době mělo být samozřejmostí, dítě může zkoušet jen možnosti a postupně se u něj vyhraněnost ustálí. Po celou dobu je prospěšné, aby se dítěti dostávalo různorodých aktivit a podnětů, které rozvíjejí myšlení, pozornost, paměť, představivost, vnímání. K tomu mohou posloužit hry, hádanky, pohádky (Kutálková, 2009).

Základní vývoj řeči by měl být **ukončen** mezi šestým a sedmým rokem věku dítěte. Mluvená řeč by měla být vybudovaná, fixovaná a dítě připraveno osvojit si řeč psanou. Vývoj řeči i nadále pokračuje, setkáváme se s novými komunikačními situacemi, novými podněty, novým jazykovým materiálem (Peutelschmiedová, 2008).

Dalším mezníkem v životě dítěte je vstup do základní školy. Posouzení školní zralosti je záležitostí odborníků a týká se posouzení kognitivní, emoční, motivační, pracovní, sociální a tělesné zralosti. Osobnost učitele, kolektiv dětí a sama připravenost dítěte je jistou prevencí neurotické nemluvnosti. Logopedická intervence narušené komunikační schopnosti dětí je vhodnou prevencí posměchu spolužáků, osobního studu, pocitů méněcennosti a zábran v komunikaci.

2.5 SHRNUTÍ

Již Jan Amos Komenský věděl, že rozum a řeč odlišuje člověka od zvířat. Rozum má člověk pro svou potřebu, řeč pro své bližní a proto by měl o ně stejně pečovat (Komenský, 2007). V dětském věku se mohutně vyvíjí celý organismus, centrální nervová soustava, rozvíjí se činnost smyslů, pohybů, vznikají citové základy osobnosti dítěte a tvoří se a neuvěřitelným tempem se rozvíjí řeč. Včasné a správné vytváření i následný rozvoj řeči jde ruku v ruce s rozvojem vnímání, paměti, představivosti a myšlení. Vývoj řeči ale neprobíhá vždy jednoduše a hladce. Biologická determinace i prostředí dítěte působí kladně, ale i záporně na vývoj řeči dítěte, a záporné působení může vyvolat různé odchylky od normy.

3 LOGOPEDICKÁ PREVENCE

Logopedická prevence patří do základní triády logopedické intervence (společně s diagnostikou a terapií narušené komunikační schopnosti). Připomeňme si Sovákovo rozdělení úkolů logopedie – výchovně působit na vývoj komunikační schopnosti, výchovnými prostředky odstraňovat různá narušení komunikační schopnosti, odstraňovat psychické i sociální důsledky narušení, zapojit člověka do společnosti a pracovního procesu, „předcházet vzniku nejrůznějších poruch vytvářením podmínek správné výchovy řeči“ (Sovák, 1965, s. 12). **International Association of Logopedics and Phoniatic (I.A.L.P.)** definuje úkoly logopeda následovně: „Logoped je odborník, jehož hlavní angažmá spočívá v prevenci, posouzení, intervenci a organizaci zajištění péče v oblasti poruch lidské komunikace, včetně příslušného vědeckého bádání. Lidská komunikace v tomto kontextu zahrnuje všechny procesy a funkce sdružené s produkcí a rozuměním řeči a psanému jazyku, stejně jako všech forem nonverbální komunikace“ (Peutelschmiedová, 2008, s. 7).

Podle **Sováka** (in Peutelschmiedová, 2008) byl vývoj logopedie charakterizován nejprve mechanistickým obdobím, později obdobím psychologickým, které od konce druhé světové války vystřídalo období preventivní logopedické péče trvajícím dodnes. Pokud chápeme logopedii v širším smyslu jako výchovu k řeči, pak se utvrzujeme v předpokladu, že předcházet poruchám je lepší a snazší než je následně zmírňovat a odstraňovat. Nakolik si je ale odborná společnost vědoma preventivního působení, zůstává otázkou.

3.1 PREVENCE V OBECNÉM POJETÍ

Slovo prevence (preventia) vychází z latinského slova praevenire neboli předcházet.

Dvořák (2007) definuje prevenci z obecného hlediska jako „předcházení, ochranu, opatření k předcházení nemocím, poruchám“ (Dvořák, 2007, s. 158). Poukazuje také na rozdíl ve významu slov prevence a profylaxe – profylaxi chápe jako „konkrétní opatření k ochraně před určitou nemocí, postižením“, nikoliv jako ochranu před rozvojem již existujícího

narušení, protože tak definuje prevenci (in ibid.). Dále dělí prevenci na primární, sekundární a terciární.

Primární prevenci rozděluje na dvě oblasti, oblast biologickou popisuje jako odstraňování biologických příčin nemoci nebo postižení a oblast sociální jako potlačování rušivých sociálních, psychických vlivů a škodlivých okolností (in ibid.).

Sekundární prevenci, která se provádí poté, co nemoc vznikla, ale ještě před tím, než způsobila poškození, definuje ve dvou směrech – jako „včasná diagnostika odchylek, onemocnění, postižení“ nebo jako „poskytnutí odborné pomoci, péče“ (Dvořák, 2007, s. 158).

O prevenci terciární se hovoří od 60. let minulého století a provádí se po vzniku nemoci a způsobení poškození. Jejím cílem je snížit reziduální handicap a předejít tak dalším škodám (in ibid.).

Sovák (1978) definuje v rámci prevence komunikační defekt (dnes narušení komunikační schopnosti) a komunikační defektivitu (termín dnes již zaniklý a v odborné společnosti nepoužívaný). Komunikační defekt chápe jako deformaci vnímání řeči či projevu řeči ať formou mluvenou či psanou. Důležité je, že komunikace je možná a tím nejsou narušeny vztahy ke společnosti. Prevence defektů (jako následků nemoci, úrazů) je záležitostí lékařskou. Sovák dále poukazuje na vývojové defekty, u kterých je potřeba přiměřeného způsobu výchovy, ruku v ruce s vyvarováním se předčasných či násilných vybarování některých funkcí. Prevence funkčních defektů, které nemají anatomicko-patologický podklad, spočívá ve správném mluvním vzoru, taktní pomoci v období vývojových potíží v řeči a neoposilování tvořících se návyků zákazy a tresty. Komunikační defektivita pak tedy znamená omezení až znemožnění sociálních interakcí (vlivem komunikačního defektu). Preventivní působení se zaměřuje na jedince samotného, ale i na celou intaktní společnost. Sovákovo pojetí komunikačního defektu a defektivitu je v dnešní době již překonané.

3.2 PRIMÁRNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE

Sovákovo pojetí rozděluje logopedickou prevenci na primární a sekundární. S tímto dělením se v 90. letech ztotožňuje i Lechta (2008), (dále i Klenková, 2007, aj.) ale v současnosti v souladu s evropským trendem doplňuje terciární stupeň (Peutelschmiedová, 2005b). Aktuálně tedy pojímáme prevenci ve třech stádiích.

Primární stádium preventivní péče zahrnuje nejširší populaci a snahu odborníků poruchám a vadám řeči a jazyka předcházet v pravém slova smyslu. Můžeme se pokusit o srovnání s lékařskou primární prevencí, která je charakteristická poradenstvím, očkováním (lze tak předejít některým dědičným vadám, infekčním chorobám). Proti narušení komunikační schopnosti samozřejmě očkovací látku nemáme (Peutelschmiedová, 2005b). Primární logopedická prevence tedy spočívá v důsledné, kvalitní a široce založené osvětě, která zahrnuje od genetického poradenství přes správný řečový vzor vše, co podporuje a rozvíjí příznivý vývoj řeči a komunikačních dovedností (Peutelschmiedová, 2008). Ve spojitosti s tímto stádiem prevence se uvažuje o screeningu nebo depistáži. Screening chápeme jako metodu vyhledávání časných odchylek od normy (Slovník cizích slov, 2010), tudíž ho nelze považovat za prevenci, ale pouze za velmi časnou diagnózu nebo odhalení nějakého deficitu. Depistáží aktivně vyhledáváme jedince (v celé populaci nebo ve vybraných skupinách) zdravotně ohrožené, s vadou nebo poruchou v časných stádiích (Dvořák, 2007). Depistáž považujeme za formu primární logopedické prevence, se kterou se nejčastěji setkávají učitelky mateřských škol. Výsledkem je pořádání různých vzdělávacích aktivit, zaměřené především na rodiče (Peutelschmiedová, 2006).

Lechta (2007b) dělí primární logopedickou prevenci na specifickou a nespecifickou. Pod pojem nespecifická logopedická primární prevence spadá všeobecná podpora žádoucího chování (všeobecná podpora správné péče o řeč dítěte), specifická logopedická primární prevence je zaměřená proti konkrétnímu riziku, tedy určitému narušení komunikační schopnosti (předcházení balbuties, dysfonii).

Lechta (2009) upozorňuje, že primární prevence může být poskytována i odborníky – nelogopedy, tedy v dětském věku pediatry. Sekundární a terciární prevence je pak na bedrech odborníků, kteří se zaměřují na narušenou komunikační schopnost.

Po úvaze nad řádky Alžběty Peutelschmiedové (2005b, 2007) cítíme jako nutnost podotknout, že ačkoliv se dočítáme o nutnosti preventivní logopedické péče, pojišťovny s touto činností nepočítají. Prevence není bodově ohodnocena, jakákoliv osvěta ze stran logopedů musí být praktikována v jejich volném čase bez jakéhokoliv finančního ohodnocení.

3.3 SEKUNDÁRNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE

Jak jsme již upozornili, sekundární prevence bývá někdy nesprávně označována jako profylaxe. Profylaxi chápeme jako konkrétní ochranu před určitou nemocí, narušením, které by mohlo nastat, sekundární prevenci pak jako předcházení nepříznivému vývoji již existující narušené komunikační schopnosti (Dvořák, 2007).

Peutelschmiedová (2005b) do sekundární logopedické prevence zahrnuje aktivity, které jsou směřovány na specifickou část populace, označovanou někdy jako populace riziková. „Do takto formulované části populace lze zařadit děti předčasně narozené, novorozence s nízkou porodní hmotností, děti s nějakou hereditární (dědičnou) zátěží (např. s rozštěpovými vadami, sluchovým postižením, specifickými komunikačními problémy atd.)“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 150). Může se jednat o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž hrozí větší riziko vzniku incipientní koktavosti, dále pak o předcházení hlasových poruch u hlasových profesionálů, retardaci vývoje řeči u dětí v kojeneckých ústavech atd. „Ve shodě s naší koncepcí se zde například při koktavosti hovoří o preventivní terapii“ (Lechta, 2007b, s. 42).

3.4 TERCIÁRNÍ LOGOPEDICKÁ PREVENCE

Terciární prevence je termín diskutovaný, je na povážení, zda se stále jedná o preventivní působení (tj. prevence dalšího neprohlubování, nezhoršování) nebo je péče součástí terapie. **Peutelschmiedová** (2005b) se zamýšlí nad problematikou terciární prevence v souvislosti se zahraničím. Je potřeba, abychom upustili od tendencí odstranit projevy narušené komunikační schopnosti a po vzoru vyspělých států se více soustředili na psychickou rovnováhu jedince, jazykovou pragmatickou rovinu. Terciární terapii tedy chápeme jako předcházení negativním následkům vyskytnuté narušené komunikační schopnosti (Lechta, 2007b, s. 42).

3.5 MOŽNOSTI LOGOPEDICKÉ PREVENCE

Peutelschmiedová (2005b) zdůrazňuje rozdíl mezi Sovákovým termínem „logopedická prevence“ a Lechtovým „možnosti logopedické prevence“. Ač se může zdát, že tyto termíny se liší jen nepatrně, odlišnost významu obou slov je mnohem zásadnější. Sovákovy práce se týkají prevence defektu a defektivy (viz s. 33), tedy prevence všech narušení komunikační schopnosti. Lechta (2008) pak poukazuje na nutnost vnímat některé oblasti narušení komunikační schopnosti za anatomicko-patologicky podmíněné a tedy primární preventivní péče je zde výrazně omezena a vyhovující se proto zdá pojem „možnosti logopedické prevence“.

Vlivem prudkého vývoje medicíny, zejména neurověd v posledním desetiletí, „... vady řeči dříve označovány jako funkční se přesouvají do oblasti organického poškození. Paradoxně jsou tím do jisté míry limitovány možnosti logopedické intervence založené na pouhých exerciciích, behaviorálních přístupech nebo na tzv. celkové převýchově osobnosti“ (Peutelschmiedová, 2005b, s. 151). Tento pohled nás nutí připustit, že primární logopedickou prevencí nejsme schopni ovlivnit všech deset okruhů narušené komunikační schopnosti (např. afázie, palatolalie, limitováni jsme u narušeného vývoje řeči). Daleko

příznivěji v otázce primární logopedické prevence pohlížíme na poruchy hlasu, dyslalie, mutismus, elektivní mutismus (in ibid.).

3.6 METODY A TECHNIKY LOGOPEDICKÉ PREVENCE

Kromě tradičních metod a technik šíření logopedické prevence (osvětové přednášky, články, instrukce, letáky, publikace, relace v médiích) se čím dál častěji prosazují počítačové programy, videoprogramy, informace na internetu atd. (Kerekrétiová, 2009), (srov. Lechta, 2007b).

Některé koncepce péče o lidi s narušenou komunikační schopností propagují „preventivní terapii“ v souladu s tempem a mírou rozvoje preventivní logopedické péče. V rámci těchto postupů dochází k prolínání prevence s některými terapeutickými postupy a technikami. „Například: u dětí, které jsou ohrožené koktavostí, je možné už v rámci prevence aplikovat ve spolupráci s rodiči a učiteli určité prvky, principy terapie, takže výsledkem je zvýšení efektivity jejich průnikem: preventivní terapie“⁹ (Lechta, 2009, s. 29).

Lechta (2007b) uvádí, že k preventivním metodám můžeme zařadit včasné odhalování, ale i odstraňování příčiny vzniku zdravotních poruch pomocí depistáže nebo v rámci zdravotnické preventivní péče.

3.7 LOGOPEDICKÁ PREVENCE JEDNOTLIVÝCH NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Prevence jednotlivých narušení komunikační schopnosti je oblast, která není dostatečně objasněná. V publikacích je této prevenci věnováno vždy jen pár řádků a to i přesto, že mnohdy právě preventivní péčí dosáhneme daleko lepších výsledků než následnou

⁹Přeloženo: „Například: u detí, ktoré sú ohrozené zajakavosťou možno už v rámci prevencie aplikovať v spolupráci s rodičmi a učiteľmi určité prvky, princípy terapie, takže výsledkom je zvyšajne ich veľmi efektívny prienik: preventívna terapia.“

nápravou. V dalších kapitolách se budeme postupně věnovat oblastem narušené komunikační schopnosti.

3.7.1 PREVENCE OPOŽDĚNÉHO VÝVOJE ŘEČI

O opožděném vývoji řeči mluvíme tehdy, pokud „verbální dovednosti dítěte zaostávají ve vztahu k věku“ (Dvořák, 2007, s. 151). Předpokladem ale je, že vývoj řeči dosáhne obecně respektované normy, ovšem s jistým časovým posunem (Peutelschmiedová, 2008). Vývoj řeči dítěti umožňuje zpočátku komunikovat s nejbližšími, poté s okolím a nakonec se světem prostřednictvím čtení, psaní a učení. Řeč má tedy funkci komunikační, ale je také nástrojem myšlení, má poznávací funkci a nakonec nám umožňuje, abychom ovládali sebe samé, abychom vědomě kontrolovali a plánovali vlastní řeč. Proto má řeč klíčové postavení ve vývoji, odchylky a poruchy v jakékoliv oblasti řečového vývoje se odrážejí ve vývoji osobnosti (Kapalková, 2009).

Účinnou prevencí opožděného vývoje řeči podle Škodové, Jedličky (2007) je výchova přiměřená věku a schopnostem dítěte. Pokud se nepodněcuje dítě ke komunikaci, není-li motivováno a chybí-li správný mluvní vzor, dítě se ve svém řečovém vývoji opožďuje. Škodová dále popisuje nejčastější chyby týkající se přístupu k dětem s opožděným vývojem řeči (Škodová, 2007), (srov. Peutelschmiedová, 2008). Klenková (2007) upozorňuje na nutnou spolupráci logoped-rodíč-mateřská škola, která podporuje rozvoj komunikační schopnosti.

Sovák (1965) je jediný, který zmiňuje nutnost lékařské spolupráce v otázce prevence vývojových poruch řeči. Poukazuje na to, že lékař je prvním, kdo provede nutná vyšetření, doporučí vyšetření psychologické a logoped z výsledků těchto vyšetření vychází při sestavování logopedické diagnózy, intervence.

Výše uvedení autoři v této kapitole (Škodová, Jedlička, Vitásková, Peutelschmiedová, Klenková, Sovák) se shodují na nutnosti vyšetření sluchu v novorozeneckém věku.

Celoplošný screening sluchu se ale v České republice neprovádí, zatím jen vznikají centra při velkých ORL a foniatrických pracovištích, které se v provádění screeningu lokálně angažují (Pardubice, Ostrava), (Motejzníková, 2009). Na Slovensku vyšla v květnu roku 2006 vyhláška ministerstva zdravotnictví, která všeobecný screening sluchu ustanovuje po vzoru USA a vyspělých evropských států (Kabelka, 2008). Kritice včasnosti provádění sluchového screeningu se věnuje Peutelschmiedová (2008). Věk devíti měsíců považuje za pozdní a nevhodný, protože zkoušky sluchu lze provádět již u novorozenců v prvních hodinách po porodu.

3.7.2 PREVENCE NARUŠENÉHO VÝVOJE ŘEČI

Vývojová dysfázie je definována jako „specificky narušený vývoj jazyka (řeči), projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj jazyka (řeči) jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření“ (Dvořák, 2007, s. 52).

Tradiční logopedická péče začínala po čtvrtém roce života s primárním zaměřením na artikulaci. Za posledních dvacet let došlo ke změně díky obrovskému pokroku ve výzkumu dětské řeči. Proto je možné pečovat o děti s postižením od narození a děti rizikové pravidelně sledovat. Spolehlivá metoda sledování průběhu raného vývoje řeči je dostupná v USA, kde tým vědeckých pracovníků vytvořil screening komunikačního chování pro věk osm až třicet měsíců pod názvem MacArthur CDI (Fenson et al., 2002 in Mikulajová, 2009). Má formu dotazníku pro rodiče, v kterém mají za úkol zhodnotit slovní zásobu, porozumění řeči, tvorbu vět a úroveň hrových aktivit dítěte. Tato metoda se v současnosti adaptuje do třiceti jazyků, slovenská verze se tvoří v rámci základního výzkumu vývoje dětské řeči (Slančová, 2008 in Mikulajová, 2009). Screening významně posune a zkvalitní prevenci a včasnou

diagnostiku dětí. Mikulajová (2009) dodává, že klíčovým prvkem v rané intervenci je screening sluchu novorozenců, který je celoplošně zaveden v porodnicích na Slovensku.

Sekundární prevence této oblasti se týká dětí s diagnózou narušený vývoj řeči. U předškolních dětí, které měly lehčí formu narušení, a podařilo se odstranit všechny viditelné symptomy, vzniká dojem, že dítě již není rizikové. To je ale omyl. Každé dítě, které nesplňovalo měřítka správného vývoje řeči je rizikové v oblasti specifických poruch učení. Proto se doporučuje sledování nejméně rok po nástupu do povinné školní docházky (Mikulajová, 2009).

Podle Škodové, Jedličky (2007) má klíčový význam ve vývoji řeči komunikace matky s dítětem. Většinou si odlišnost vývoje dítěte uvědomí matka a tato skutečnost její vztah k dítěti vždy ovlivní. „Za příznivých okolností může intuitivní rodinná výchova působit jako ochrana, která ulehčuje postupnou kompenzaci poruch a deficitů. Selhání nebo potlačení intuitivní rodičovské výchovy výrazně naruší ranou komunikaci“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 143). Jak ukazuje klinická praxe, minimální záporné zkušenosti dětí v raném stádiu osvojování jazyka mohou výrazně zpomalit jejich řečový vývoj.

Vzhledem k široké symptomatologii odborníci kombinují mnoho terapeutických postupů, které lze využít i pro účely prevence zhoršování důsledků primární příčiny specificky narušeného vývoje řeči (Vitásková, 2005b).

3.7.3 PREVENCE DYSLÁLIE

Lechta definuje dyslálii jako „neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem“ (Lechta, 1990, s. 112).

Předcházení dyslálie musí být zacílené do raného věku dítěte (Lechta, 1990). Prostředí dítěti poskytuje vzor správné výslovnosti (rodiče, učitelé mateřských škol a prvních ročníků základních škol, média), stimuluje rozvíjení foneticko-fonologické jazykové roviny. Gúthová (2009) upozorňuje na stále větší vliv řečového vzoru nabízeného v televizi. V programech

určených předškolním dětem slyšíme hrdiny s vadnou výslovností. Výzkumy staršího data (v posledních desetiletích nebyl žádný realizován) však neukazují nárůst výskytu dyslálie (statistiky bez seriózních výzkumů dlouhodobě udávají vysoká a stále narůstající procenta výskytu dyslálie, zejména u tzv. školních začátečníků), ale nepopíratelnou realitou je nebezpečně se zvyšující tolerance vůči výslovnostním odchylkám (Peutelschmiedová, 2008). Podle německých autorek Foxové, Grossové, Schauß-Golecké (in Gúthová, 2009) jedním z důvodů lhostejného přístupu k dětské výslovnosti může být nedostatek informací a vědomostí o vývoji výslovnosti, poruchách vývoje a následcích těchto poruch. Autorky apelují na důležitou úlohu rodičů při včasném odhalení vad výslovnosti. Populárně-naučnou formou nabízí rodičům základní informace o vývoji řeči a jeho poruchách několik autorů: Dolejší (2004), Peutelschmiedová (1994, 1996, 2007), Vyštejn (1991), Kutálková (2009).

Vyštej (1991) upozorňuje na plasticitu mozku, která dětem umožňuje napodobovat výslovnost svého okolí a to i výslovnost vadnou. Tato plasticita mozku, charakteristická rychlou výměnou starých řečových spojů za nové, je vhodná i z hlediska zrušení a přetvoření nesprávných řečových stereotypů. Gúthová (2009) určité preventivní řešení vidí v logopedickém poradenství a osvětě směřované k rodičům, ale i jiným odborníkům (pediatrům, dětským a školním psychologům, předškolním pedagogům a pedagogům prvních tříd základních škol).

Preventivní opatření by se měla realizovat ve dvou směrech, jednak odstraňováním etiologických faktorů (řadíme sem i odstranění frenulum linguae breve¹⁰) a současnou podporou vlivů napomáhajících fyziologickému rozvoji dorozumivacího procesu. Dětem by dle potřeby měla být dostupná kvalitní logopedická péče v útlém věku, ale s ohledem na schopnost a ochotu spolupráce (Peutelschmiedová, 2008).

¹⁰ Frenulum linguae breve = zkrácená podjazyková uzdička

3.7.4 PREVENCE DYSARTRIE

Dvořák (2007) definuje vývojovou i získanou dysartrii jako „vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování (nikoli výslovnosti, kdy jsou porušeny jen některé hlásky), narušena je i prozodie řeči (přízvuk, melodie řeči, tempo řeči, pauzy i hlasitost), (Dvořák, 2007, s. 52). „Anartrii označujeme nejzávažnější nebo nejhlubší případy poruch motorických modalit - s praktickou ztrátou verbální komunikace s okolím, neschopností artikulované mluvy, případně i ve spojení s neschopností tvořit hlas – afonií“ (Neubauer, 2007, s. 307-308).

Prevence dysartrie souvisí s prevencí všech neurologických onemocnění, které ji způsobují. Primární prevence je spojována s medicínskou preventivní činností a má snížit riziko onemocnění, jež poškozuje nervový systém. Platí jak pro získanou tak i pro vývojovou dysartrii (Neubauer, 2007). Lze tedy uvést jen všeobecná preventivní opatření, která mohou snížit jejich výskyt: zlepšení péče o matku po dobu těhotenství, včasná diagnostika a léčba neurologických onemocnění (Cséfalvay, Marková, 2009). Samostatnou oblastí jsou úrazy s poškozením mozku a nervové soustavy – preventivně lze působit na úpravy v oblasti automobilové dopravy, pracovních a rekreačních činností i výchovné péče o děti a mládež. Komplexní prevenci musí doprovázet snaha o změnu životního stylu jedinců a sociálních skupin. Tato oblast je rozvíjena mnohem méně úspěšně a má mnohem menší podporu veřejnosti (Neubauer, 2007).

3.7.5 PREVENCE PORUCH HLASU

Poruchy hlasu jsou oblastí, která má velmi blízko k medicínským oborům, především foniatrii. Sovák (1978b) definuje poruchy hlasu jako patologickou změnu v individuální struktuře hlasu, změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž v hlase se mohou vyskytnout i různé vedlejší přídatné zvuky. Poruchy hlasu vznikají

na základě přechodných nebo trvalých změn a v důsledku patofyziologické činnosti dýchacích, fonačních, rezonančních a artikulačních orgánů.

Pod prevencí hlasových poruch nejčastěji rozumíme hlasovou hygienu, která vyžaduje pravidelné a systematické vedení, respektování a dodržování stanovených pravidel, poučení o správném, ale i patologickém užití hlasu. Jde o systémové kroky, ne pouze o jednorázový akt. Funkční poruchy jsou doménou logopedů, jsou výsledkem špatné hlasové hygieny. Primární prevence je zaměřená na celou populaci ve všech věkových kategoriích, sekundární prevence zahrnuje rizikovou a potenciálně rizikovou skupinu lidí. Cílem je eliminovat příčiny a redukovat první příznaky začínajících hlasových poruch. Zejména se jedná o subjektivní symptomy, chraptivý, unavený hlas po hlasovém výkonu, změny ve frekvenčním a dynamickém rozsahu a snížený fonační čas. Terciární prevence se realizuje u pacientů s funkčními poruchami hlasu, aby se zabránilo jejich zhoršování (Kerékretiová, 2009b).

Kerékretiová (2009b) popisuje preventivně-vzdělávací programy zaměřené na prevenci poruch hlasu, které jsou určeny pro různé cílové skupiny (děti, dospělí, hlasoví profesionálové, učitelé...). Obsahují vždy sedm oblastí, které jsou v základních bodech stejné pro všechny cílové skupiny. Dále uvádí několik pravidel hlasové hygieny se zaměřením na zneužívání, nesprávné používání hlasu a zdravý životní styl ve zdravém prostředí.

Peutelschmiedová (2005c, 2008) zdůrazňuje nezbytnost pedagogů seznámit se s poměry a rozsahem dětského hlasu. Od nejtělejšího věku je potřeba dbát obecných pravidel hlasové hygieny, dodržovat výchovu k užívání správné hlasové techniky, zohledňovat hygienu prostředí. Pro děti je důležitý správný hlasový vzor a ze zdravotního hlediska snaha vyvarovat se zbytečným zánětům horních cest dýchacích.

3.7.6 PREVENCE PALATOLÁLIE

Palatolálií rozumíme narušenou komunikační schopnost v důsledku rozštěpových vad patra (Vitásková, 2005c). Prevence palatolálie v širším slova smyslu spadá do oblasti

medicínské, pŕedevším do oblasti lékařské genetiky, která se zaměřuje na prevenci vývojových vad (Škodová, Jedlička, 2007b). Ke vzniku vady dochází již kolem 9. týdne embryonálního života dítěte (Peutelschmiedová, 2008), kdy dojde k „...nespojení souboru mezenchymových výběžků krytých ektodermem, která vytvářejí podklad kostěných a měkkých částí obličeje...“ (Vitásková, 2005c, s. 75).

Prevence v širším pojetí je záležitostí lékařské péče prováděné ve výzkumných ústavech a laboratořích. Nespecifická prevence se zaměřuje na celou populaci s cílem podpory žádoucího chování ve vztahu ke svému zdraví. Řadíme sem péči o fyzické a psychické zdraví, dodržování zdravého životního stylu a udržování zdravého životního prostředí. Pokud se narodí dítě s orofaciálním rozštěpem, prevencí vzniku palatolálie je včasný a úspěšný chirurgický zákrok, který vytvoří dostatečný a fungující velofaryngální uzávěr (Kerékretiová, 2009c).

Primární logopedická prevence je realizovaná prostřednictvím logopedického poradenství, osvěty, kdy rodič dostane potřebné informace týkající se příčin, příznaků a důsledků souvisejících s orofaciálním rozštěpem. V současnosti se klade stále větší důraz na přístup orientovaný nejen na dítě, ale i na rodinu. Děje se tak pomocí osvětové činnosti logopedů a jiných odborníků. Sekundární logopedická prevence je zaměřená na předcházení anebo zabránění vzniku patologických rezonančních, fonačních, dechových a artikulačních návyků, narušeného koverbálního chování, způsobujících a zhoršujících stupeň palatolálie. Terciární logopedická prevence předchází vzniku nežádoucích psycho-sociálních důsledků, které orofaciální rozštěp společně s palatolálií mohou vyvolávat, a zabraňuje zhoršování stavu řeči (Kerékretiová, 2008), (srov. Škodová, Jedlička, 2007b; Kerékretiová, 2009).

Škodová, Jedlička (2007b) popisují ideální prevenci před vznikem negativního postoje matky k dítěti s rozštěpem. Základem je kvalitní pracovní tým. Matka může dávat najevo svůj negativní postoj k dítěti z nejrůznějších důvodů, důležité však je, aby měla možnost okamžité konzultace s psychologem, který by zabránil šíření negativistického postoje v rámci rodiny.

Dále by bylo vhodné ještě v porodnici matku kontaktovat s logopedem, který by nastínil perspektivu vývoje řeči u jejího dítěte a získal matku pro následnou spolupráci. V klinické praxi se osvědčil soubor fotografií dětí v časovém sledu od první operace po poslední a stejně tak i zvukové nahrávky vývoje řeči a artikulace. Ideálním spojením fotografií a zvukových záznamů je videonahrávka. Terčem kritiky dosavadního postupu se stali neonatologové, kteří (jak dokladuje klinická praxe) nekontaktují ani klinického psychologa natož logopeda (in ibid.).

3.7.7 PREVENCE RINOLÁLIE

Rinolálii (huhňavost) definujeme jako poruchu nazality při mluvení (Dvořák, 2007). Jde o narušení rovnováhy mezi oralitou a nazalitou, tj. porucha rezonance dutiny ústní a nosní. Škodová, Jedlička (2007b) termín charakterizují jako poruchu výslovnosti projevující se pouze při artikulaci některých hlásek. V lékařské terminologii se můžeme setkat s termínem rinofonie, který přesněji charakterizuje oblast narušení, tj. zvuk řeči. Užívá se jako pojem ekvivalentní, popř. jako pojem nadřazený pro rinolálii vztahující se k fonaci. Někteří autoři termín popisují jako přídatný symptom např. palatolálie. V naší odborné literatuře se nejčastěji setkáváme s dělením na otevřenou, zavřenou a smíšenou rinolálii (Vitásková, 2005c).

Prevence organicky podmíněné otevřené huhňavosti je záležitostí lékařskou, funkčním poruchám lze předcházet celkovým výchovným působením. Prevence u zavřené huhňavosti patří do oblasti lékařské preventivní péče, jejímž cílem je předcházení infekcím horních cest dýchacích u dětí v útlém věku a prevence a léčba anomálií čelistí (Škodová, Jedlička, 2007b).

V oblasti lékařské i logopedické prevence si zaslouží pozornost nosní neprůchodnost způsobená zbytnělou nosní mandlí (adenoidní vegetací). Rozhodnutí o jejím případném odstranění je v kompetenci lékaře, k logopedické prevenci patří nácvik nosního dýchání

a jeho trvalé užívání (lze tím zabránit opětovnému nárůstu adenoidní vegetace), (Škodová, Jedlička, 2007b), (srov. Vitásková, 2005c; Peutelschmiedová, 2008).

Je potřeba si uvědomit vliv zbytnělé adenoidní vegetace na celkový, tím i psychický, stav dítěte. Nosní neprůchodnost nebo snížená průchodnost má vliv na udržení pozornosti, unavitelnost a soustředěnost dítěte, tím i dopad na školní úspěšnost. Lékaři varují před možnými deformacemi hrudníku jako důsledku nesprávných dechových poměrů a před chybnou diagnózou mentální retardace (Peutelschmiedová, 2008).

3.7.8 PREVENCE BALBUTIES

Koktavost definuje Lechta (1990) jako „syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým nebo klonickým) přerušováním plynulosti mluvené řeči“ (Dvořák, 2007, s. 33).

Z hlediska prevence je důležité zaměřit se na raný věk (Lechta, 1990). Peutelschmiedová (2004) zdůrazňuje úlohu pediatriů při komplexních preventivních prohlídkách ve třech letech s ohledem na depistáž dětí s incipientní koktavostí. Včasná terapie je zároveň primární prevencí, podstatné je odlišit incipientní koktavost od fyziologické neplynulosti řeči (mezi 3. a 4. rokem). Sekundární prevencí je pak zabránit terapií vzniku fixované nebo chronické koktavosti. Lechta (2009b) uvádí, že nejčastějším východiskem pro vznik koktavosti je období vývojových neplynulostí. Pokud by se podařilo předejít např. působení rizikových faktorů ze strany prostředí v tomto období, předešlo by se v mnohých případech ohrožení koktavostí a tím by se mohl radikálně snížit počet dětí s koktavostí. Terciární prevence incipientní koktavosti se týká oblasti eliminace sociálních, komunikačních a kognitivních stresorů, které mohou posunout koktavost do její fixované nebo chronické podoby.

Z hlediska prevence koktavosti existují dvě specifika – jednak prevence recidiv (pomocí kontrolních postterapeutických vyšetření), ale také průnik prevence a terapie. Příkladem konceptu preventivní terapie je program Irwinové, který aplikuje některé prvky terapie u dětí

ohrožených vznikem koktavosti v předškolním věku (Lechta, 2009b). Irwinová klade důraz na šest podmínek pro odstranění tlaku na řeč: vytvořit pocit ochrany a bezpečí, klást dítěti méně otázek, nenutit dítě k hovoru a nepřerušovat jej, věnovat mu dostatečnou pozornost a zabezpečit transfer. Při realizaci tohoto programu je nutné držet se dalších zásad, které uvádí Škodová, Jedlička (Škodová, Jedlička, 2007c).

Preventivní opatření v dalších obdobích života jsou zaměřena na vyloučení pocitů méněcennosti a vzniku logofobie, ale také na posouzení vhodného výběru zaměstnání vzhledem ke schopnostem a možnostem člověka s koktavostí (Škodová, Jedlička, 2007c).

3.7.9 PREVENCE TUMULTU SERMONIS

Tumultus sermonis (breptavost) je syndrom narušení komunikační schopnosti charakteristický pozměněným (akcentovaným) tempem řeči (Peutelschmiedová, 2008).

V oblasti prevence této narušené komunikační schopnosti se objevují problémy a to především v případech, kde jde o dědičný faktor anebo syndrom ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders = porucha pozornosti s hyperaktivitou) – primární logopedická prevence není možná. S výjimkou těchto případů příliš rychlý řečový vzor rodičů komplikuje terapii nebo působí jako fixující činitel a je také velmi špatně korigovatelný (Lechta, 2009c). V předškolním věku se s touto poruchou setkáváme právě jako s nápodobou chybného řečového vzoru (Škodová, Jedlička, 2007c).

Problémem je, že breptavost je zvládnutelná vůlí, to způsobuje, že lidé trpící touto poruchou ji za poruchu vůbec nepovažují a tudíž nevyhledávají odbornou pomoc. Klinická praxe ukazuje na fakt, že rodiče dětí s breptavostí vyhledávají logopedickou péči pro úpravu dyslálie, přičemž si neuvědomují, že srozumitelnost jejich dětí je snížena právě pro redukci slabik nebo souhláskových shluků ve slově, nikoliv pro chybnou výslovnost určité hlásky. V období dospívání přicházejí breptaví mladiství ve věku přechodu na střední školu, do nového školního kolektivu, který na jejich mluvní projev není zvyklý. Dospělí

s breptavostí žádají terapii až tehdy, objeví-li se negativní ohlas na jejich mluvní projev ze strany posluchačů, nebo chtějí-li získat zaměstnání, v němž je bezchybný mluvní projev podmínkou. Prevencí by měl být správný mluvní vzor pedagogů, ale i u povolání, ve kterých se předpokládá veřejné působení (médiá), (in ibid.).

Lechta (2009c) poukazuje, že z preventivního hlediska by bylo vhodné, aby pediatři poskytovali informace o příliš rychlé řeči (a nesprávném řečovém vzoru vůbec) při standardním screeningovém vyšetření. Důležitá je i prevence recidiv (stejně jako u koktavosti), proto se doporučují kontrolní vyšetření i po ukončení terapeutického programu.

3.7.10 PREVENCE MUTISMU

„Jde o poruchu psychogenně podmíněnou (u disponovaných jedinců) bez organického postižení centrální nervové soustavy. Souborný termín, který v praxi obvykle zahrnuje (nepřesně) všechny případy, pro něž je charakteristická náhlá absence artikulované řeči, kdy označení vycházejí z podobného vnějšího symptomu (mlčení), když jsou rozdíly v etiopatogenezi i terapii“ (Dvořák, 2007, s. 122). V logopedické literatuře pod pojmem mutismus chápeme tři druhy – totální mutismus (oněmění je generalizováno na všechny situace, osoby a prostředí), elektivní (selektivní) mutismus (oněmění je zúžené jen na konkrétní situace nebo osoby) a surdomutismus (neurotický útlum je rozšířený i na oblast slyšení), (Škodová, 2007).

Preventivní opatření jsou zaměřena na předcházení vzniku mutismu, sekundárních následků (sociální izolace) a recidivám. Prevence by měla být součástí osvěty, důležité je seznámit rodinu s možnými komplikacemi. Nebezpečí je u introvertních dětí, které jsou nuceny do komunikace ať v rodině (rodiči či prarodiči) nebo v mateřské škole (v rámci veřejných vystoupení), (Škodová, 2007).

Prevence v rámci rodiny vychází z tezí, že v období raného a předškolního věku jsou sociální interakce s rodiči nejvýznamnějším faktorem ovlivňující emocionální vývoj, vývoj

komunikačních schopností a sociálních dovedností. Tichá (2009) popisuje jedenáct preventivních strategií, které by měli uplatňovat rodiče jako preventivní opatření mutismu. Prevence v širším sociálním prostředí v období předškolního věku dítěte zdůrazňuje navazování sociálních interakcí s vrstevníky, a předchází tak selhání dítěte v těchto kontaktech. Osmnáct bodů by mělo pomoci širšímu sociálnímu prostředí dítěte (především učitelkám mateřských škol) zdolát nástrahy sociálních interakcí dítěte s vrstevníky (Tichá, 2009). Peutelschmiedová (2008) upozorňuje, že v zemích Evropské unie mutismus nespadá do intervence logopedů, ale do sféry psychotických poruch. Proto je nutná spolupráce s rodinou a psychologem.

3.7.11 PREVENCE SPECIFICKÝCH PORUCH UČENÍ

„Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení a psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě deficitu centrální nervové soustavy. Ačkoliv se poruchy učení mohou objevovat souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. senzorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (kulturní odlišnosti, nedostatečné, popř. neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ (Zelinková, 2005, s. 12)

Jednou možností logopedické prevence je posun diagnostiky do předškolního věku tak, aby bylo možné podchytit potencionální děti s poruchami učení, děti rizikové (Sindelarová, 2007). Nelze však diagnostikovat specifické vývojové poruchy učení u předškolních dětí, lze posuzovat pouze úroveň jednotlivých schopností a dovedností (Vitásková, 2005d). Vhodnou a včasnou terapií je možné upravit a usměrnit jejich vývoj ještě před vstupem do prvního ročníku základní školy (Žlab, Škodová, 2007).

Další možností jak předejít specifickým poruchám učení je dobrý start v počátku povinné školní docházky. Děti by měli zažívat pocity úspěchu, učitelé by neměli zkracovat přípravné

období pod záminkou snahy naučit děti co nejdříve číst a psát. Ryan (1997 in Žlab, Škodová, 2007) popisuje čtyři zásady, kterých by se měli odborníci, ale i rodiče držet, aby nedošlo k negativním projevům: naslouchat pocitům dítěte, odměňovat snahu, volit realistické cíle a vhodná slova, abychom dítě zcela neodradili (Žlab, Škodová, 2007).

3.7.12 PREVENCE AFÁZIE

Afázií rozumíme „ztrátu naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek léze korových a podkorových oblastí mozku“ (Dvořák, 2007, s. 13).

Prevence afázie úzce souvisí s prevencí onemocnění, při kterých afázie vzniká. Na poškození centrální nervové soustavy se podílí mnoho příčin. V prevenci těchto onemocnění (především cévní mozkové příhody) hraje důležitou roli včasná diagnostika a léčba vysokého krevního tlaku, cukrovky a obezity, aj. Hlavní akcent prevence je tedy v rukou praktických lékařů pro dospělé (Cséfalvay, 2007).

3.8 DODATEK

Při zamýšlení se nad problematikou prevence jsme narazili ve slovenské literatuře (Kerékretiová, 2009a) na dva termíny: „logopedické poradenstvo v prevencii“ a „logopedické poradcovstvo v prevencii“. Autorka zřejmě vychází z americké literatury a za poradenství považuje péči, která má za cíl změnu postojů a chování k osobám s narušenou komunikační schopností, tj. odstranění předsudků a mýtů, které ve společnosti přetrvávají. V poradenství se snaží minimalizovat pocity izolace a odlišnosti, popř. jiných negativních emocí, které klient prožívá, podílí se na změně postojů, chování a na vyrovnání se s narušením. „Poradcovstvo“ je zaměřené na poskytování potřebných odborných poznatků týkajících se narušené komunikační schopnosti vědecko-populárním stylem. Cílem „poradcovstva“ je naučit rodiče,

rodinné příslušníky pozorovat a hodnotit verbální i neverbální komunikaci dítěte, zaujmout k dítěti vhodný postoj a podílet se na stimulaci vývoje.

4 LÉKAŘSKÁ PREVENCE

Lékařská prevence se snaží předejít vzniku nemocí, chorobných stavů a jejich následků v podobě orgánových nebo funkčních změn. Sovák (1978b) upozorňuje na přednost lékařské prevence před logopedickou, ale také na jejich návaznost a propojenost.

4.1 DĚLENÍ LÉKAŘSKÉ PREVENCE

Prevence v rámci pediatrie se dělí na **primární prevenci**, která je zaměřena na předcházení zdravotního postižení u dětí a dospívajících (příkladem může být očkování proti přenosným nemocem). Úkolem **sekundární prevence** je rozpoznání vad, poruch a chorob ještě v době, kdy na nemoc neupozorní klinické příznaky. Tato prevence je prováděna prostřednictvím opakovaných preventivních lékařských prohlídek dětí a dospívajících (příkladem může být novorozenecký screening). **Terciární prevence** je prováděna u dětí chronicky nemocných a ohrožených prostředím (příkladem může být dispenzarizace), (Hrodek, Vavřinec, 2002).

Lékařská prevence se týká tří období ve vývoji jedince, mezi nepříznivé faktory v **prenatálním období** řadíme (Vokurka, 1994):

- exogenní faktory, kam spadají faktory biologické (bakteriální, virové onemocnění matky během těhotenství), fyzikální (úrazy, patologické záření), chemické (léky, drogy) a psychické (dlouhodobý stres, reakce matky na akutní stresovou zátěž)
- endogenní faktory, kam spadají genové mutace a chromozomové aberace (velký význam má genetické poradenství)

V perinatálním období lékařská prevence brání vzniku komplikací v době kolem porodu (asfyxie, hypoxie až anoxie, krvácení plodu, poranění hlavy, aj.). **V postnatálním období** považujeme za lékařskou preventivní péči očkování, včasnou a dostatečnou léčbu různých onemocnění, která mohou zanechat negativní následky, dále novorozenecký screening

sluchových vad a následnou péči, sledování psychomotorického vývoje a vývoje řeči, ochranu před poškozením smyslových orgánů (zraková, sluchová hygiena) a kontrolu jejich stavu (Hrodek, Vavřinec, 2002).

4.2 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek je obsaženo ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., novelizované předpisem č. 003/2010 Sb. platné od 1. 2. 2010 (Vyhláška o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, 2010).

Od narození do konce pediatrické péče (do devatenáctého roku) se provádí celkem 19 povinných preventivních prohlídek. V prvním roce života se jich uskuteční téměř polovina, další prohlídky jsou prováděny ve věku osmnácti měsíců, třech, pěti, sedmi letech a dále po dvouletých intervalech do dosažení devatenáctého roku věku. V současné době je pediatr povinen provést první prohlídky novorozence pokud možno v rodinném prostředí, aby mohl posoudit i sociální úroveň rodiny.

Dle informací Všeobecné zdravotní pojišťovny (která vychází z výše uvedeného zákona) má pediatr kontrolovat (krom jiného) stav řeči, ale i sluchu. Orientační vyšetření zraku je poprvé zmíněno v 6. týdnu věku dítěte. První zmínka o orientačním vyšetření sluchu se objevuje u preventivního vyšetření mezi 4. a 5. měsícem věku dítěte společně s vyšetřením zraku. Druhé orientační vyšetření sluchu by měl pediatr provést v 8. měsíci věku dítěte opět společně s vyšetřením zraku. Ve 12. měsíci posuzuje celkový psychomotorický vývoj dítěte (podle Vlacha), stejně tak činí i u prohlídky v 18. měsících. U této prohlídky klade důraz na vyšetření jemné a hrubé motoriky, rozvoj řeči a sociální adaptaci. Ve třech letech věku dítěte pediatr kontroluje psychosomatický vývoj, vývoj řeči, hlasu, sluchu a zraku, ale i laterální. Součástí prohlídky by měl být rozhovor s rodiči o celkovém vývoji dítěte před vstupem do mateřské školy. Dalším mezníkem je věk pěti let, kdy se pediatr zaměřuje na psychomotorický vývoj (použití testu IMV-5), průběžné posouzení školní zralosti dítěte

a schopnost zařazení dítěte do kolektivu. Při preventivních prohlídkách ve věku 7, 9, 11, 13, 15 a 17 let pediatr stále sleduje řeč dítěte, stejně jako sluch a zrak (Preventivní prohlídky pro děti a dorost, 2010).

Bližší rozepsání prohlídky si zaslouží následující prohlídky:

- **preventivní prohlídka v osmnácti měsících:** Při této prohlídce má dítě založenou zdravotní dokumentaci, která obsahuje informace o novorozenci po narození, výsledky předchozích prohlídek. Další součástí je sepsání anamnézy, tzn. popis změn zdravotního stavu od předchozí kontroly. Následujícím výkonem pediatra je samostatné vyšetření, které obsahuje změření hmotnosti a výšky dítěte, stav velké fontanely¹¹, vývoj a stav chrupu včetně doporučení stomatologického vyšetření, vyšetření zraku a sluchu, posouzení psychomotorického vývoje se zaměřením na hrubou a jemnou motoriku, rozvoj řeči, sociální chování dítěte a poučení rodičů o výživě a režimu dítěte.
- **Preventivní prohlídka ve třech letech** obsahuje rozhovor s rodičem zaměřený na nová anamnestická fakta, kontrolu očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování, zhodnocení psychosomatického vývoje (především jemné a hrubé motoriky), sociálního chování a hygienických návyků dítěte, zjištění hmotnosti a výšky a následné zhodnocení těchto parametrů podle růstových grafů (z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy či obezity). Zjišťuje se kompletní fyzikální vyšetření včetně prohlídky kůže a vyloučení známek týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte, vyšetření moči, vyšetření krevního tlaku a pulzu, vyšetření genitálu. Dále vyšetření laterality, znalosti barev, vyšetření očí a zraku, vyšetření řeči, hlasu a sluchu, vyšetření dutiny ústní, popřípadě doporučení stomatologického vyšetření. Závěrečný rozhovor lékaře s rodičem zaměřený k získání aktivní spolupráce, poučení rodiče

¹¹ Fontanela „je vazivové spojení na hlavě novorozence v místě zkrřížení švů lebečních“ (www.slovník-cizich-slov.abz.cz). Existuje fontanela čelní, týlní, klínová a postranní (www.wikipedia.cz).

o výživě a režimu dítěte včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk (popřípadě podpůrný psychoterapeutický rozhovor, zejména jde-li o vážně nemocné dítě, ohrožené dítě).

- **Preventivní prohlídka v pěti letech** kontroluje vše, co je obsahem preventivní prohlídky ve třech letech, dále je doplněna o zhodnocení psychomotorického vývoje k předběžnému posouzení školní zralosti, vyšetření znalosti barev s požadavkem jejich samostatného slovního označení, kontrola hygienických návyků dítěte se zaměřením na pomočování. Pediatr posuzuje zařazení dítěte do školního zařízení, eventuelně i odklad školní docházky.
- **Preventivní prohlídky v sedmi, devíti, jedenácti a třinácti letech** opět obsahují to, co bylo uvedeno u prohlídky ve třech letech. Navíc se provádí posouzení zdravotní schopnosti dítěte ve vztahu k povinné tělesné výchově, ve třinácti letech se hodnotí psychosociální vývoj s důrazem na poučení vztahující se ke zdravotním rizikům a důsledkům souvisejících se sexuálním životem, včetně poučení o chráněném sexu. Ve třinácti letech pediatr hodnotí rodinnou a osobní anamnézu dítěte ve vztahu k otázce volby vhodného povolání (zdravotní způsobilost k vybranému povolání).
- **Preventivní prohlídky v patnácti, sedmnácti letech a před ukončením péče u praktického lékaře pro děti a dospívající a převedením do péče praktického lékaře pro dospělé:** Při těchto prohlídkách se provádí všechna vyšetření, která byla výše zmíněna doplněná o závěrečné zhodnocení stavu jedince pro výkon daného povolání a studijního zaměření.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této kapitole se budeme zabývat výzkumným šetřením, které probíhalo od října 2009 do ledna 2010. Provádění logopedické prevence a diagnostiky narušeného vývoje řeči by mělo být samozřejmostí v každé ordinaci lékaře pro děti a dorost. A to nejen z důvodu zakotvení hodnocení vývoje řeči pediatri v legislativě České republiky, ale i z etického hlediska – vždy jednat s ohledem na zdraví a blaho dítěte.

5.1 CÍL ŠETŘENÍ

Hlavním cílem tohoto výzkumného projektu byla analýza současného stavu vzdělanosti a erudice pediatri v oblasti logopedické péče a prevence v Pardubickém kraji. Výzkumné šetření by mělo dát odpovědi na otázky, zda pediatri spolupracují s logopedy, zda pediatri mají diagnostický materiál hodnotící vývoj řeči a zda by uvítali logopedickou osvětu. Konečným výsledkem, který se vázal a odvíjel od pozitivních odpovědí na nutnost vytvoření logopedických materiálů, by návrh efektivního řešení logopedické osvěty ve vztahu k pediatrium.

5.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

Při sestavování celkové koncepce práce, později i dotazníku jsme vycházeli z těchto hypotéz:

H1: S volbou písemné zprávy jako formy komunikace u respondentů se bude pojit upřednostnění spolupráce s logopedem pracujícím v resortu zdravotnictví.

H2: Většina respondentů nebude dostávat zpětnou informaci o logopedické diagnostice a intervenci dětí, které do logopedické péče doporučila.

H3: Neexistenci diagnostického materiálu hodnotícího vývoj řeči potvrdí většina respondentů.

H4: Prevenci narušené komunikační schopnosti bude provádět většina respondentů.

H5: Většina respondentů bude požadovat vytvoření materiálů týkajících se logopedické osvěty a narušené komunikační schopnosti.

5.3 METODY ŠETŘENÍ

Z empirických metod sběru dat jsme použili výzkumnou metodu dotazníku. Dvořák definuje dotazník jako „soubor otázek předkládaných osobám ve standardní podobě za účelem zjištění specifických údajů“ (Dvořák, 2007, s. 50). Otázky byly uzavřené dichotomické, polytomické s možností výběru jedné alternativy, polytomické s možností výběru několika variant, ale i polootevřené (Skalková, 1983).

5.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výběr respondentů se odvíjel od dostupnosti kontaktů v adresáři lékařů pro děti a dorost (Katalog lékařů pro děti a dorost, 2009). Celkový počet pediatriů působících v Pardubickém kraji v září roku 2009 činil 96. Výběr tedy nebyl limitován pohlavím, věkem či lety praxe.

5.5 PRŮBĚH ŠETŘENÍ

Všichni pediatri v Pardubickém kraji (tj. 96) byli obesláni prostřednictvím služeb České pošty. Každý oslovený pediatr obdržel v obálce 1 výtisk dotazníku (příloha č. 1) a zároveň obálku s poštovní známkou a jménem adresáta pro zpětné poslání vyplněného dotazníku. Celkem odpovědělo 53 obeslaných pediatriů, což je 55% všech obeslaných pediatriů. Tedy více než polovina a tím i dostatečně široký výzkumný vzorek. Dva pediatri odeslali své odpovědi až po uzavření šetření (tj. cca 2 měsíce od data odeslání), tři obálky se vrátily s upozorněním „adresát neznámý“, dva lékaři se omlouvali, že jejich aprobace je „praktický lékař

pro dospělé“, jeden pediatr uvedl, že je již v důchodovém věku, přesto dotazník vyplnil a jeho odpovědi byly do výsledků započítány. Dotazník byl anonymní, nicméně někteří uvedli svá jména a tím potvrdili svůj zájem o problematiku.

5.6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

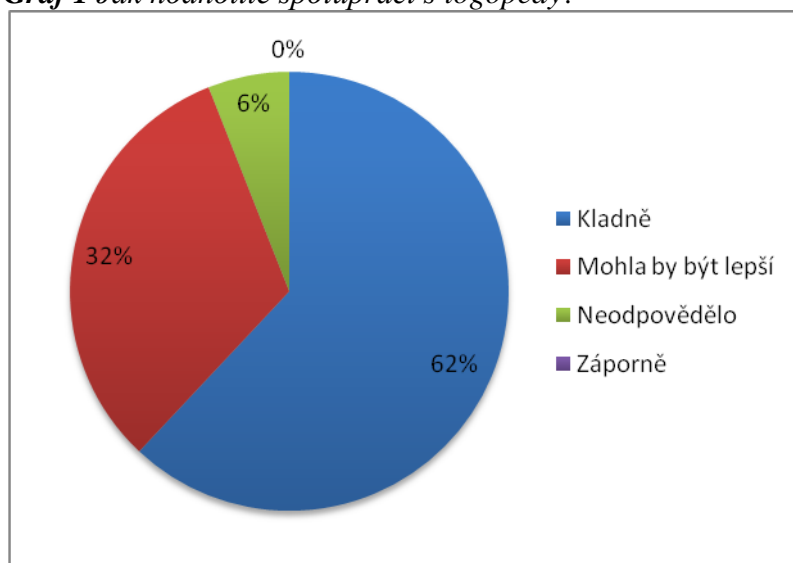
Nyní přistoupíme k vyhodnocení získaných dat zaměřených na spolupráci logopedů a pediatriů, existenci diagnostických materiálů hodnotících vývoj řeči a požadavek logopedické osvěty pediatriů.

Jak pediatrii hodnotí spolupráci s logopedy? Na **otázku č. 1** odpovědělo 50 probandů (tj. 94%).

Tab. 2 Jak hodnotíte spolupráci s logopedy?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Kladně	33	62%
Mohla by být lepší	17	32%
Neodpovědělo	3	6%
Záporně	0	0%

Graf 1 Jak hodnotíte spolupráci s logopedy?



Jak vidíme, kladně hodnotí spolupráci dvě třetiny dotázaných pediatriů. Ostatní se přiklánějí k tvrzení, že spolupráce by mohla být lepší. Což poukazuje na fakt, že něco v rámci týmové péče nefunguje. Je velmi potěšující, že zápornou variantu spolupráce si nevybral žádný z dětských lékařů.

Otázkou č. 2 jsme se snažili zjistit, jakou formu komunikace pediatrii volí při spolupráci s logopedy. Necelá třetina dotázaných zvolila více než jednu možnost. Odpovědělo všech 53 probandů (tabulku jsme sestavili od nejvíce uplatňované formy komunikace po nejméně uplatňovanou).

Tab. 3 *Jakou formu komunikace volíte při spolupráci s logopedem?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Písemná zpráva	41	77%
Prostřednictvím rodiny dítěte	16	30%
Telefonický rozhovor	7	13%
Nespolupracuji	2	4%
Osobní setkání	0	0%

Výsledky ukazují, že pediatrii nejvíce využívají písemnou formu komunikace. Dovolujeme si to vysvětlit tím, že písemná zpráva je u nás hluboce zakořeněná. Kliničtí logopedi bez lékařského doporučení klienta nepřevzou do logopedické péče, písemná odpověď logopedů je jakousi vyrovnanou zpětnou vazbou. Spolupráce prostřednictvím rodiny je mnohdy ne příliš šťastnou variantou. Rodiče mohou informace nevhodně modifikovat, což může rozostřit vztahy mezi oběma odborníky. Telefonický rozhovor může být v mnoha případech přínosný a často nejrychlejší variantou, přesto je uveden poměrně málo. Nejlepší variantou je diskuze na základě osobního setkání, kterou pediatrii vůbec nezvolili. Uznáváme časovou náročnost, ale v situacích, kdy se jedná o závažné narušení komunikační schopnosti, je osobní konzultace na místě. Pro úplnost uvádíme vysvětlení pediatra k uvedení varianty –

nespolupracuji. Pediatr nezvolil žádnou variantu v otázce č. 1, odpověď na otázku č. 2 (nespolupracuji) vysvětlil tím, že logoped je řízen foniatrem, má vysokou školu na to, aby si ve vývoji řeči poradil sám, popřípadě pediatrovi doporučil další vyšetření. Toto tvrzení poukazuje na nekompletní znalosti obsahu dětských preventivních prohlídek a na naprosté odmítání spolupráce s logopedy. Naštěstí je takové sdělení pediatra výjimkou.

Otázka č. 3 byla zaměřena na zjištění preference spolupráce s logopedy pracujícími v resortu zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí či logopedickými asistenty. Záměrně jsme jako poslední uvedli variantu „neznám rozdíl“. Odpovědělo všech 53 dotazovaných, část zvolila dvě varianty (tabulku jsme sestavili od nejvíce preferované formy spolupráce po nejméně preferovanou).

Tab. 4 S kým spolupracujete nejčastěji?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Logoped pracující ve zdravotnictví	37	70%
Logoped pracující ve školství	12	23%
Neznám rozdíl	10	19%
Logopedičtí asistenti	2	4%
Logoped pracující ve sféře MPSV	1	2%

Z tabulky vyplývá, že pediatři nejvíce spolupracují s logopedy působícími v resortu zdravotnictví. Vysvětlujeme si to tím, že hledají kolegu do týmové spolupráce ve svém resortu, tj. ve zdravotnictví. Druhou možností, proč upřednostňují logopedy ve zdravotnictví, může být skutečnost, že logopedi pracující v resortu školství nepotřebují pro zahájení (popř. ukončení) logopedické intervence doporučení od lékařů a tudíž nemají potřebu je kontaktovat. Snad proto jen čtvrtina pediatrů uvedla, že spolupracují i s logopedy pracujícími ve školství. Ve dvou případech pediatři doplnili své tvrzení tím, že logopedy ve zdravotnictví považují za více vzdělané, erudované a na rozdíl od logopedů v jiných resortech mají vysokou

školu. Dovolíme si proto upozornit na nutnost osvěty v tomto směru, neboť tato neznalost může mít dopad na blaho dítěte.

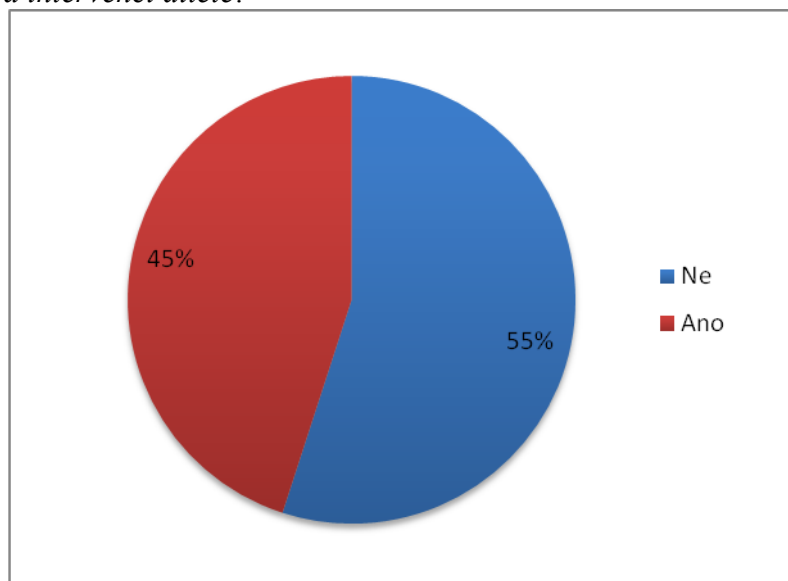
Devět pediatriů si vybralo dvě možnosti, přičemž pět z nich jako druhou variantu volilo poslední – neznám rozdíl. Je vhodné se pozastavit nad tím, že doporučují logopeda pracujícího ve zdravotnictví, ale zároveň neznají jinou možnost. Kdyby věděli o logopedech působících v jiných resortech, změnili by svá dosavadní doporučení?

V **otázce č. 4** jsme se zajímali o to, zda se pediatriům dostává rovnocenné zpětné vazby. Odpovědělo všech 53 probandů.

Tab. 5 Poskytuje Vám logoped zpětnou informaci o diagnostice a intervenci dítěte?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ne	29	55%
Ano	24	45%

Graf 2 Poskytuje Vám logoped zpětnou informaci o diagnostice a intervenci dítěte?



Je šokující, že více jak polovina (tj. 55%) pediatriů nemá žádnou zpětnou vazbu o dítěti, které doporučili do logopedické péče! Logopedi požadují od lékařů doporučení pro převzetí do péče, proto by měli automaticky podat zpětnou informaci o tom, zda se dítě dostavilo a zda je péče nutná. Pokud ano, informovat o diagnóze a zahájení logopedické intervence. Skutečnost, že toto v praxi nefunguje, může negativně ovlivnit vztah mezi oběma odborníky a vyvolat tak pocit ignorace. Negativní dopad padá na dítě – spousta dětí se do logopedické péče nedostane včas, ať vinou rodičů nebo pediatriů. Pediatr, ač je odborník, může poslat dítě s projevy narušené komunikační schopnosti k logopedickému vyšetření se zpožděním a to z toho důvodu, že je dítě zdravé. V rámci preventivní prohlídky ve třech letech je dítě, po logopedické stránce, v pořádku, v následujících dvou letech nestoná a v pěti letech pediatr odhalí narušenou komunikační schopnost. S doporučením pošle dítě k logopedovi. To, že se mu nedostane žádné zpětné vazby, považuje za normu, protože ho logoped nikdy zpětně neinformuje o převzetí dítěte do péče. V sedmi letech, v rámci preventivní prohlídky, se s překvapením dozvídá, že dítě do logopedické poradny nechodí. Rodiče zastřou fakt, že dostali doporučení, protože ho někam „založili“ a bylo jim „hloupé“ si pro nové zajít. To je jen modelový příklad, který poukazuje na chybu v systému. Výsledek je jednoduchý – logopedi si právem stěžují, že pediatr odeslal dítě se zpožděním, ale zároveň by měli pokorně přiznat, kolikrát odeslali zprávu lékaři. Někteří mohou mít čisté svědomí s tím, že posílají zprávu po rodičích. Pak se ale zamýšlíme nad tím, proč, v dnešním přetechnizovaném světě, neexistuje elektronická komunikace mezi oběma odborníky, která by zamezila takovým případům, jako je ztráta doporučení od lékaře nebo zprávy od logopeda. Ne všichni rodiče jsou zodpovědní a pečliví, proto by si oba odborníci měli být vědomi toho, že je mnohdy nutné držet nad rodiči pevnou ruku.

Zbytek respondentů, tj. 45% , odpovědělo, že se jim zpětné informace od logopedů dostává. Těm pak byla položena rozšiřující otázka, kde měli uvést, jakou formou jim logoped zpětnou informaci poskytuje (pro přehlednost uvádíme tabulku uvedených možností).

Tab. 6 *Jakým způsobem?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Písemně	17	94%
Ústně	1	6%

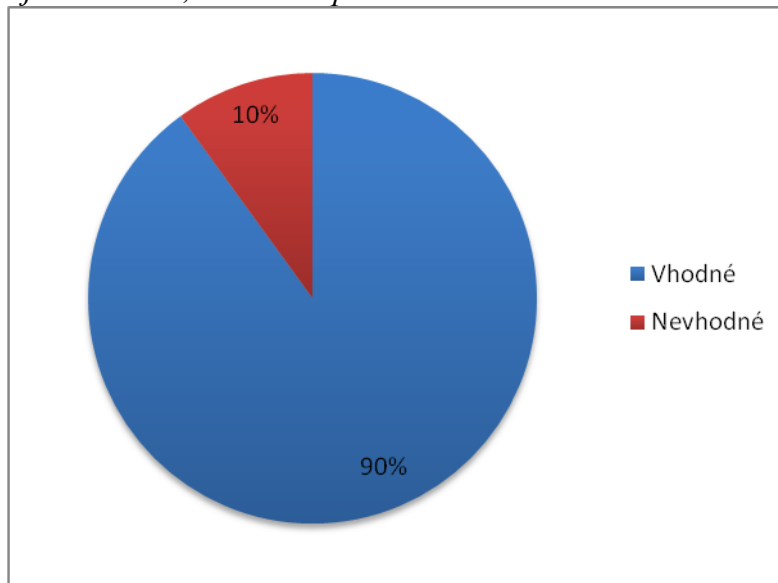
Z dvaceti čtyř pediatriů kladně hodnotících tuto otázku, jich doplňující informaci podalo jen osmnáct, tj. 75%. Pouze jeden z kladně hodnotících uvedl ústní zpětnou vazbu, ostatní (tj. 94%) se shodli na zprávě písemné. To potvrzuje fakt, že pokud spolupráce s logopedem funguje, tak jedinečně v písemné podobě. A to je škoda.

Vhodnost provádění orientačního vyšetření řeči v rámci preventivních prohlídek v jednom, třech a pěti letech, byla pediatrii hodnocena v **otázce č. 5**. Odpovědělo všech 53 probandů.

Tab. 7 *Jak hodnotíte (ze strany své erudice) vhodnost provádění orientačního vyšetření vývoje řeči při preventivních prohlídkách v jednom roce, ve třech a pěti letech?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Vhodné	48	90%
Nevhodné	5	10%

Graf 3 Jak hodnotíte (ze strany své erudice) vhodnost provádění orientačního vyšetření vývoje řeči při preventivních prohlídkách v jednom roce, ve třech a pěti letech?



90% dotázaných souhlasí s věkem, ve kterém jsou prováděny preventivní prohlídky. Jen pět pediatriů (tj. 10%) se vyjádřilo, že ze strany jejich erudice preventivní prohlídky v jednom, třech a pěti letech vhodné nejsou a navrhovali proto shodně věk čtyřech let (pouze jeden z nich neuvedl vhodnější věk). Ztotožňujeme se s tímto tvrzením a bylo by vhodné, kdyby si více pediatriů uvědomovalo nutnost sledovat vývoj řeči v rámci všech setkání s dítětem. Věk čtyř let by byl ideální, neboť v tomto věku již vymizí fyziologické obtíže v řeči (v jejichž rámci se mohou objevit i fyziologické iterace). Věk tří let je pro zahájení logopedické intervence předčasný a naopak v pátém roce věku dítěte je často již pozdě (ať pro úpravu výslovnosti, dysfázií nebo opožděný vývoj řeči).

Otázka č. 6 měla zjistit, jakým způsobem pediatrii hodnotí vývoj řeči v rámci preventivních prohlídek. Odpovědělo všech 53 dotazovaných s možností zaškrtnout více odpovědí (tabulku jsme sestavili od nejvíce uplatňované formy hodnocení po nejméně uplatňovanou).

Tab. 8 Jakým způsobem hodnotíte vývoj řeči?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Rozhovor	49	92%
Pozorování	33	62%
Diagnostické zkoušení	16	30%
Testové metody	3	6%
Kazuistické metody	0	0%
Rozbory výsledků činnosti	0	0%
Přístrojové a mechanické metody	0	0%

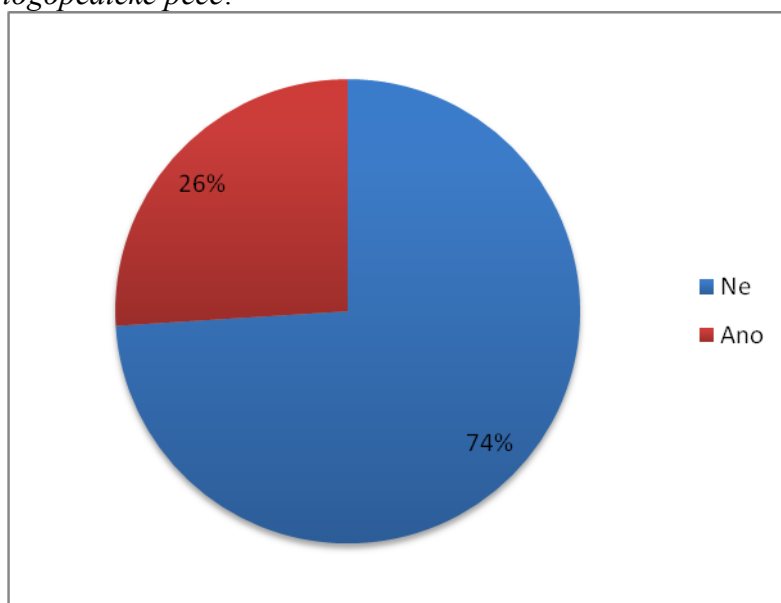
Všichni pediatri dohromady uvedli 101 možností hodnocení vývoje řeči. 49krát (tj. 49%) uvedli rozhovor, který je tedy v ordinacích nejfrekventovanější vyšetřovací metodou. 33% zastupuje pozorování, 16% diagnostické zkoušení a 3% testové metody. Ostatní možnosti respondenti neuvedli, vycházejme tedy z těchto čtyř možností. Chtěli bychom upozornit na zjištění, které jsme zanalyzovaly v průběhu hodnocení dotazníků. V sedmi případech, kdy pediatri zaškrtili variantu „diagnostické zkoušení“ a „testové metody“ (obě nebo pouze jednu z variant), v následující otázce částečně popřeli svá tvrzení. Uvedli totiž, že k vyšetření vývoje řeči nemají žádný orientační návod. Pokud tedy nemají materiál s informacemi, čeho si u dítěte všimnout a kdy jej doporučit do logopedické péče, jaké jsou ony testové metody a otázky diagnostického zkoušení? Dalo by se to vysvětlit tím, že vědí o testech a metodách, ale nepoužívají je v celé jejich šíři, nýbrž jen v bodech, okrajově, namátkou, nebo i jednotlivé testy slučují. Přesto, že částečně šidí diagnostické materiály, můžeme být rádi, že alespoň část pediatri nahlíží do odborných diagnostických materiálů.

V **otázce č. 7** jsme zjišťovali, zda mají pediatri k dispozici orientační návod čeho si u dětí všimnout a kdy doporučit dítě do logopedické péče. Odpovědělo všech 53 probandů.

Tab. 9 Máte k dispozici nějaký orientační návod, čeho si u dětí všimát a kdy doporučit dítě do logopedické péče?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ne	39	74%
Ano	14	26%

Graf 4 Máte k dispozici nějaký orientační návod, čeho si u dětí všimát a kdy doporučit dítě do logopedické péče?



Do rozpaků nás uvádí stav, kdy 74% dotazovaných pediatriů nemá žádný orientační návod k hodnocení vývoje řeči u dětí. Pokud mají zákonem dané sledovat vývoj řeči u dětí a nemají k němu žádný diagnostický materiál, jak jej tedy sledují? Orientační vyšetření sluchu u pediatriů funguje, je jednoduché a sami si ho z dětských let pamatujeme. Pediatrii ho zřejmě provádí, protože vyšetření je jasné, rychlé a přehledné ve výsledcích. Neexistence materiálu ohledně orientačního vyšetření řeči je pak vinou logopedů. Na jejich bedrech je nutnost vytvořit takový materiál, po kterém dětská lékařská bez pochyb sáhnou a bude splňovat stejná kritéria jako materiál pro vyšetření sluchu.

Ostatní pediatři (tj. 26%) mají takový návod k dispozici. Když ale měli uvést konkrétní názvy diagnostických materiálů, ne vždy uvedli věrohodné informace (pro přehlednost uvádíme tabulku uvedených možností).

Tab. 10 Jaký?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Vox pediatryae	6	11%
Praxe	3	6%
Rozhovor	2	4%
Logopedi	1	2%
Věkové kritérium	1	2%
Nástup do školy	1	2%
Mluví vaše dítě správně	1	2%
Orientační vývoj řeči u dětí	1	2%
Upozornění z MŠ	1	2%

Rozhovor, praxe, nástup do školy nebo upozornění z mateřské školy jistě nesplňují podmínky pro plnohodnotné diagnostikování, přesto je pediatři za diagnostický materiál považují. Šest dotazovaných uvedlo časopis Vox pediatryae, ale bez bližší specifikace. Proto se můžeme pouze domnívat, že se v něm v minulosti objevil článek o vývoji řeči, který může sloužit jako jisté vodítko při hodnocení řečového vývoje. Vývojové normy a přednáška „Mluví Vaše dítě správně“¹² jsou základem, neboť popisují fyziologický vývoj řeči, jehož znalost je předpokladem pro diagnostikování patologie.

Otázkou č. 8 jsme chtěli zjistit, zda pediatři používají nějaké testy pro diagnostiku vývoje řeči (tabulku jsme sestavili od nejvíce frekventované odpovědi po nejméně frekventovanou). Odpovědělo 18 pediatrů.

¹² VODINSKÁ: *Logopedie aneb mluví Vaše dítě správně*. [online]. Dostupné na WWW: < http://materske-centrum-andilci.wz.cz/data/vypisky_z_prednasek/mc_-_logopedie.pdf >

Tab. 11 Jaké testy používáte pro diagnostiku narušeného vývoje řeči?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Rozhovor s dítětem	9	50%
opakování slov	9	50%
Rozhovor s rodiči	2	11%
Popis obrázku	2	11%
Hra	2	11%
Básnička	2	11%
Anamnéza	1	6%
Sluchové vyšetření	1	6%
Orientační test řečového vývoje	1	6%
Zpěv	1	6%

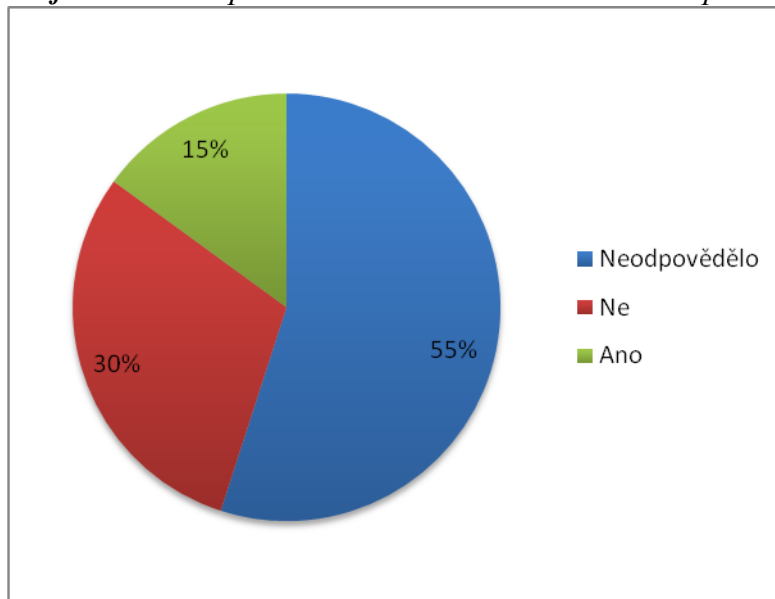
Pediatři mohli vypsát více testových metod, přesto 66% pediatriů neuvedlo žádnou metodu. Poukazují tedy na nutnost zprostředkování takových testových metod, které pro ně budou přínosné a rádi je budou v praxi používat. Zbytek pediatriů volil méně než dva příklady. Rozhovor s dítětem a opakování slov byly nejčastějšími odpověďmi, ale kde je u nich splněna podmínka testu? Používají nějaký dotazník? Jaká slova dítě opakuje? Nekonkrétnost odpovědí nasvědčuje neznalosti jakékoliv testové metody. Další uvedené možnosti již byly zmíněny poměrně v malém počtu, opět bez konkrétních údajů. Za zmínku stojí sluchové vyšetření a orientační test vývoje řeči u dětí. První zmíněné vyšetření je jistě pro rozvoj řeči zásadní, ale zaměřuje se na sluch, nikoliv na řeč. Specifikace zaměření testu byla uvedena v otázce, předpokládejme tedy, že se pediatr přehlédl a proto tuto variantu uvedl. Druhý zmíněný - orientační test vývoje řeči u dětí – neznáme a nemůžeme nikde dohledat. Protože dotazníky byly anonymní, zamezili nám pátrat u zdroje této informace a můžeme jen doufat, že se někdy k tomuto testu dostaneme.

Zda pediatři provádí jakýmkoliv způsobem prevenci narušené komunikační schopnosti, jsme zjišťovali v **otázce č. 9**. Odpovědělo 37 dotazovaných.

Tab. 12 Provádíte prevenci narušené komunikační schopnosti?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Neodpovědělo	29	55%
Ne	8	30%
Ano	6	15%

Graf 5 Provádíte prevenci narušené komunikační schopnosti?



Zjištění, že neodpovědělo 30% probandů, zpětně považujeme za chybu nedostatečné formulace v zadání. Otázka přesně zněla takto: „Provádíte prevenci v oblasti narušené komunikační schopnosti?“. Vzhledem k tomu, že pediatři nemusí znát logopedickou terminologii, mohli jsme uvést vysvětlení definující narušenou komunikační schopnost. Výsledek tedy může být zkreslený tím, že pediatři, kteří nezaškrkli žádnou možnost odpovědi, neznali výše zmíněný termín. Pokud bychom předpokládali, že termín je jim znám, mohli bychom je přičíst k negativním odpovědím a pak by bylo katastrofální, že se na prevenci podílí pouze 15% ze všech dotazovaných. Přesto je alarmující oněch 55% , které vyjadřují zápornou odpověď. Jak je možné, že se pediatři nepodílí na prevenci? V rámci preventivních prohlídek mají hodnotit vývoj řeči, tzn., že hodnocení je jisté preventivní opatření

před poruchami narušené komunikační schopnosti! Neuvědomují si to snad? Pak je to šokující a opět je na nás, logopedech, rozšiřovat logopedii, její poznatky a metody, aby se základní informace z našeho oboru dostaly do povědomí lékařů pro děti a dorost.

Je nutné ještě zmínit varianty provádění prevence narušené komunikační schopnosti, které uvedlo 15% pediatriů (pro přehlednost uvádíme tabulku uvedených možností).

Tab. 13 *Jakým způsobem?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Kontrola u lékaře	4	50%
Poučení rodičů	2	25%
Kontakt s MŠ	2	25%

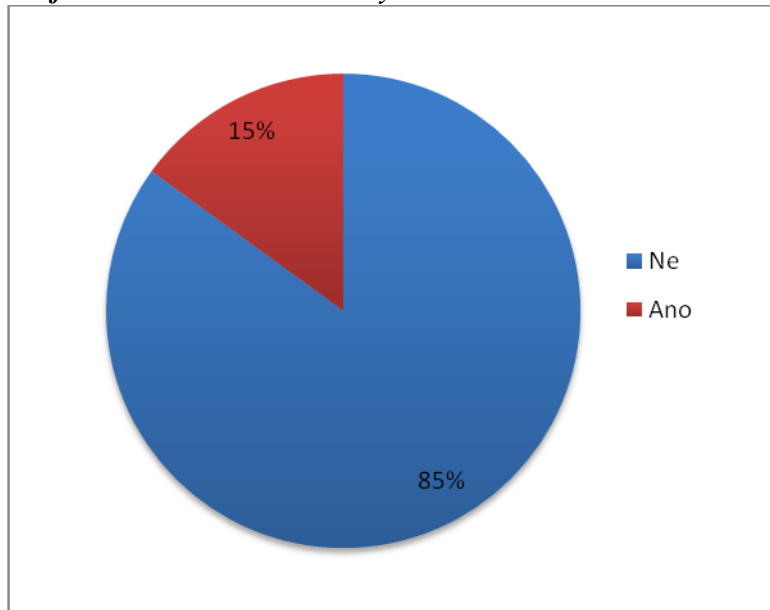
Nejfrekventovanější odpovědí je kontrola u lékaře, která svědčí o erudovanosti pediatriů. Pokud si uvědomují, že každá prohlídka dítěte je prevencí a při každém kontaktu s dítětem se zaměřují na jeho řečový vývoj, pak můžeme být šťastni. Jsou to odborníci na celkový vývoj dítěte a jejich péče vede bez pochyb k dokonalosti. Alarmující je četnost této odpovědi. Pouze osm pediatriů provádí prevenci narušené komunikační schopnosti a jen polovina z nich zmínila kontrolu u lékaře. To je tristní zjištění. Druhá polovina uvedla ve stejném počtu možnosti poučení rodičů a kontakt s mateřskou školou. Obojí je jistě vhodné a na místě, nicméně všechny zmíněné varianty by měly být v pediatrických ordinacích samozřejmostí.

Otázka č. 10 zjišťovala, zda pediatrii mají dostatek osvětových logopedických materiálů. Odpovědělo všech 53 dotazovaných.

Tab. 14 *Máte dostatek osvětových materiálů?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ne	45	85%
Ano	8	15%

Graf 6 Máte dostatek osvětových materiálů?



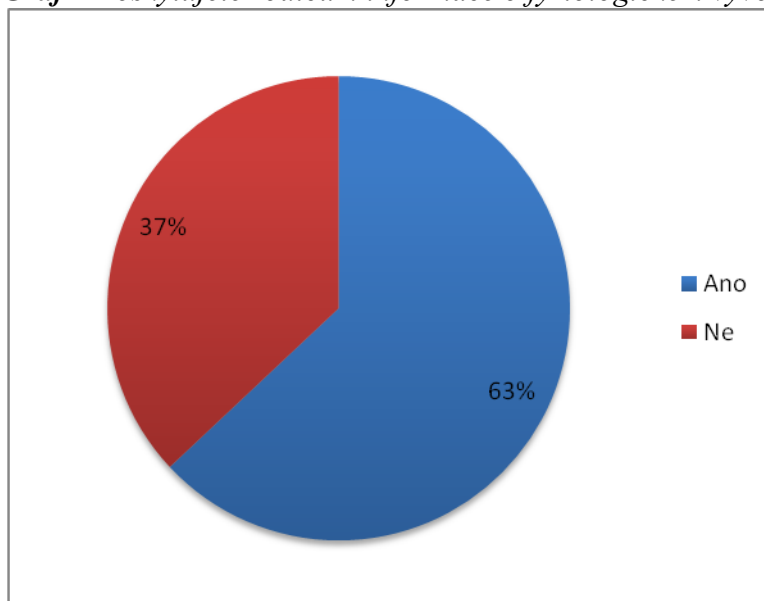
Pediatři nám potvrdili, že osvětové materiály chybí. 85% dětských lékařů nemá k dispozici žádné materiály, které by byly cílené na logopedickou osvětu. Pro logopedii je to ostuda. Zatímco z jiných oblastí, které se dotýkají vývoje dětí, mají pediatři velké množství materiálů (dokazuje to množství letáků v čekárnách dětských lékařů), z logopedie žádný! Otázkou zůstává, zda je to pasivitou logopedů nebo nedostatkem financí v oboru. Každopádně je to další z bílých míst v logopedii, která by měla být v nejbližší době zaplněna. Zbýlých 15% probandů takovými materiály disponuje, na prosbu o jejich konkretizaci však odpověděl jen jeden pediatr a to velmi obšrně – odborné články. Odborné články mohou být zaměřeny na jakoukoliv oblast narušené komunikační schopnosti, proto sami nemůžeme s jistotou blíže specifikovat tuto odpověď. Domníváme se však, že pediatr mohl mít na mysli články v odborných časopisech (Vox paediatricae, Paediatric pro praxi), které již pediatři zmínili v otázce č. 7.

V **otázce č. 11** jsme se ptali, zda pediatři poskytují rodičům informace o fyziologickém vývoji řeči. Na tuto otázku odpovědělo 51 probandů.

Tab. 15 Poskytujete rodičům informace o fyziologickém vývoji řeči?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ano	32	63%
Ne	19	37%

Graf 7 Poskytujete rodičům informace o fyziologickém vývoji řeči?

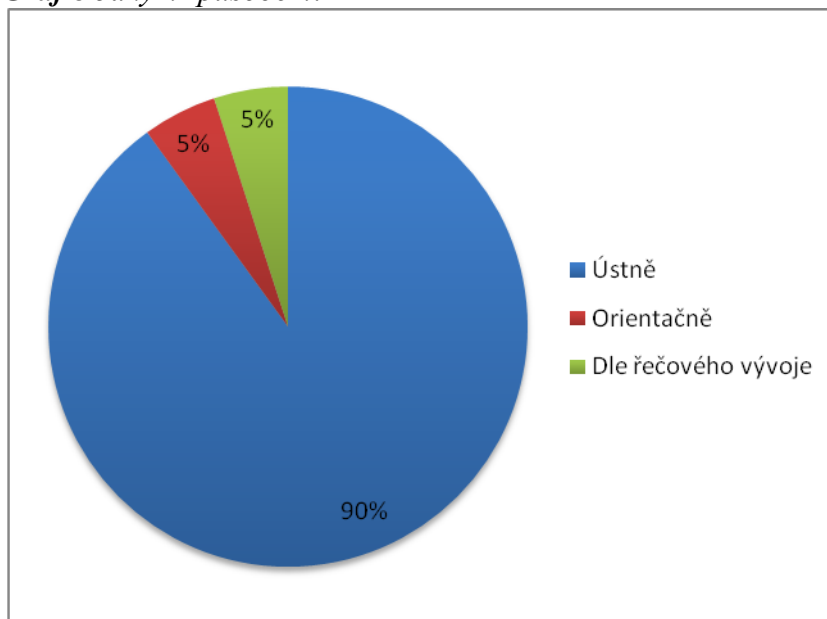


37% pediatriů se vyjádřilo, že žádné informace o fyziologickém vývoji rodičům neposkytuje. Zprostředkování informací o fyziologii je určitý způsob primární prevence. Pokud je cílem preventivních prohlídek prevence všech poruch (tedy i poruch komunikační schopnosti) a pediatrii neposkytují rodičům základní znalosti o fyziologickém vývoji řeči, pak nevíme, jak jinak pediatrii působí na děti v rámci primární prevence. Možná je to opět vina nás, logopedů, protože ordinace dětských lékařů nedostatečně zásobujeme materiály, které by jakkoliv rodičům přiblížili dětský vývoj řeči. Ostatní pediatrii, kteří se vyjádřili kladně, dále specifikovali, jakým způsobem informace předávají (pro přehlednost uvádíme tabulku uvedených možností).

Tab. 16 Jakým způsobem?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ústně	17	90%
Orientačně	1	5%
Dle řečového vývoje	1	5%

Graf 8 Jakým způsobem?



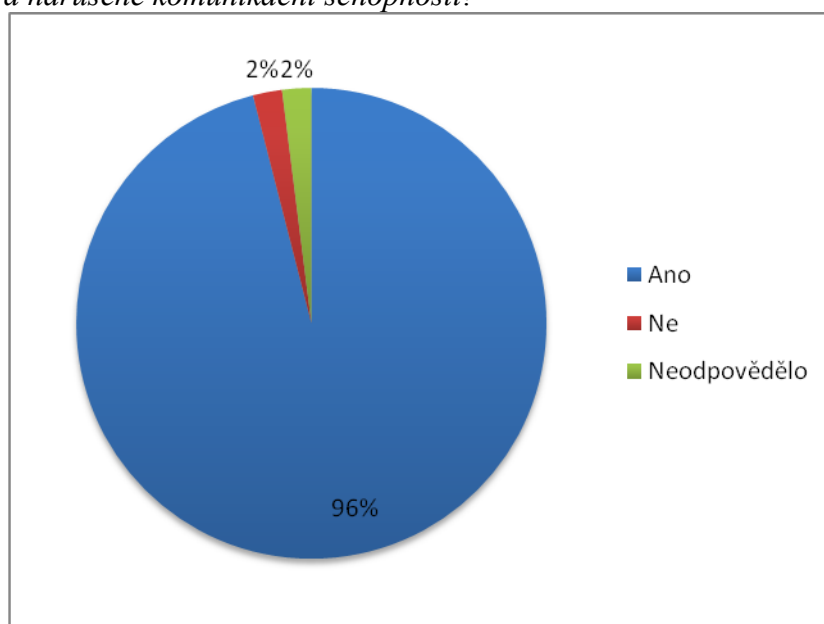
Naprostá většina (tj. 90%) se shodovala v poskytování informací ústní cestou, tj. formou konzultací. Bohužel nemůžeme zjistit, jestli pediatři poskytují rodičům informace z vlastní iniciativy nebo až na jejich žádost, popř. až při podezření rodičů na narušenou komunikační schopnost. Ostatní dvě uvedené možnosti – orientačně a dle všeobecného vývoje – odpovídají na otázku, ale ne zcela přesně. Pro objasnění a pochopení těchto údajů by byla nutná osobní konzultace s oběma respondenty, ale jak jsme již uvedli, dotazníky byly anonymní, a proto se nedozvíme, co tím pediatři mysleli.

Na otázku č. 12, zda by pediatři uvítali materiály týkající se logopedické osvěty, odpovědělo 52 dotazovaných.

Tab. 17 *Uvítali byste materiály týkající se logopedické osvěty a narušené komunikační schopnosti?*

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Ano	51	96%
Ne	1	2%
Neodpovědělo	1	2%

Graf 9 *Uvítali byste materiály týkající se logopedické osvěty a narušené komunikační schopnosti?*



Je zřejmé, že se pediatři o logopedickou problematiku zajímají, neboť 98% pediatriů má zájem o logopedické materiály. Mylné jsou pak připomínky logopedů, že pediatři o tyto materiály nestojí a byla by to zbytečná investice. Proto je potřeba toto zjištění rozšířit mezi logopedy, aby vznikaly nové materiály týkající se logopedické prevence a osvěty. Profesionální povinností všech logopedů je podílet se na vzniku osvětových materiálů a tím zajistit vyšší erudovanost dětských lékařů. Nejpozitivnější dopad to bude mít na samotné dítě – lékař bude moci včas a kvalitně zhodnotit vývoj řeči, jeho případné narušení a dítě bude mít vyšší pravděpodobnost včasného zahájení logopedické intervence. Vznik takových materiálů bude

jistě pozitivně působit na logopedii jako obor, který se dostane do povědomí pediatrů. A navíc někteří pediatři tím mohou změnit svůj dosavadní postoj k logopedii.

Otázku č. 13 zodpovídalo jen 51 pediatrů (dva pediatři v předchozí otázce odpověděli záporně, nebo nevybrali žádnou možnost a tím pro ně dotazník končil). Pediatři měli zvolit, jakou formu osvěty preferují (tabulku jsme sestavili od nejvíce preferované formy osvěty po nejméně preferovanou).

Tab. 18 Jakou formu materiálů preferujete?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Tištěné letáky	42	82%
Internet	19	37%
Odborné přednášky	13	25%
Odborné publikace a časopisy	13	25%
Videokazeta, DVD, CD	11	22%
Osobní konzultace	4	8%
Rozhlas	1	2%

Každý pediatr průměrně volil dvě varianty, v zadání měli možnost zaškrtnout více odpovědí. Více než tři čtvrtiny všech zvolených možností (tj. 82%) tvořila varianta tištěných letáků. Je to pochopitelné u prevence a osvěty, kterou by měli pediatři poskytovat rodičům. Tato varianta je nejjednodušší a pediatr takové letáky jen rozmístí po ordinaci společně s dalšími z jiných oborů. Avšak pro zvýšení odbornosti pediatrů jsou takové letáky méně efektivní. Uvádíme modelový příklad. Logoped vytvoří materiál, který bude zaměřen na rozšíření logopedických znalostí pediatrů. Každému pediatrovi leták (popř. dva kusy, „kdyby jeden ztratil“) donese osobně, pošle poštou nebo předá na některé konferenci pediatrů? Je takové řešení vůbec možné? Přikláníme se k tištěným letákům pouze v situaci, kdy jejich prostřednictvím pediatr poučí rodinu o různých oblastech logopedie. Osvěta pediatrů, zdokonalení jejich znalostí touto formou není nejvhodnějším řešením.

37% pediatriů se přiklání k osvětě prostřednictvím internetu. Chápeme tuto variantu jako nejšetnější a nejefektivnější. Pokud rodič dostane papírový leták, nebudeme daleko od pravdy, když řekneme, že většina rodičů ho založí a po čase v horlivém úklidu zahodí. To není žádoucí. Když ale dostane tip na webové stránky, pouze jeho opravdový zájem ho na ně zavede. Informace bude mít stejné jako na tištěném letáku, ale na internetu se v rámci úklidu neztratí. Tuto variantu bychom volili i pro vzdělávání pediatriů. Pokládáme ji za přiměřenou k jejich lékařskému vzdělání. Informace budou stejně validní a navíc kdykoliv dostupné. Internet má další výhodu – aktualizaci. Tištěný leták se musí vytvořit nový. Nakonec skutečnost, že prostřednictvím webových stránek mohou fungovat poradny pro rodiče nebo konzultace pro pediatriy, je dalším důvodem, proč jsou internetové stránky vhodnější. Jejich nevýhoda může být v internetovém připojení. Ale i to se dnes nezdá jako problém. Internetem jsou vybaveny ordinace lékařů, domácnosti, ale i veřejné prostory. Přístupnost tedy bude dostatečně vysoká. Jedinou problémovou skupinou, které se informace takovým způsobem zprostředkují, mohou být sociálně slabší rodiny. Ale i tady existuje řešení. Pokud by stránky obsahovaly informace online a umožňovaly by i výtisk těchto informací, vyřešil by se tento problém. Každá ordinace má tiskárnu, pediatr by měl pro tyto rodiny tedy připravenou tištěnou verzi. Na rodině by záleželo, jak s takto podanými informacemi naloží.

Shodně po 25% měly formy odborných publikací a časopisů a odborných přednášek. To, že časopisy s logopedickou tematikou chybí, není nic nového. Publikace s logopedickou problematikou na knižním trhu jsou, dělí se do dvou skupin – odborná literatura pro logopedy (studenty logopedie) a populárně psaná literatura pro rodiče. Zůstává ale otázkou, jestli jsou knihy na trh dostatečně uvedeny. Pokud ano, pediatri by o nich měli vědět. Předpokládejme, že o nich ví, proč je tedy neupoutají? Literatura psaná logopedům (popř. studentům logopedie) je pro ně příliš odborná? A knihy pro rodiče příliš laické? Nedovedeme posoudit tyto otázky. Ale bylo by jistě vhodné, kdyby knižní novinky, týkající se odborné logopedie, byly prezentovány v pediatrických časopisech a na pediatrických konferencích.

Pokud pediatři vyžadují i odborné přednášky, proč je logopedi nepořádají? Proč logopedi nevystupují s odbornými příspěvky o logopedických tématech na pediatrických konferencích? Proč nepublikují články s logopedickou problematikou do pediatrických časopisů? Otázky k zamyšlení. Můžeme uvažovat nad možností, že jeden odborník označuje druhého za nespolupracujícího a ignorujícího druhý obor. Klíčem vyřešení této patové situace je mezi sebou a spolu komunikovat! Vždyť oba obory stojí o osvětu a oba mají stejný cíl: blaho a zdraví dítěte.

Videokazeta, CD, DVD byly uvedeny jedenácti pediatry (22%). O této variantě uvažujeme v případech, kdy je nutný názorný příklad. Byly by vhodnými materiály, pokud by ukazovaly, jak dítě orientačně vyšetřit, jak zní jednotlivé typy narušených komunikačních schopností, popř. by dokumentovaly fyziologický vývoj řeči. Ovšem jejich zhotovení by nebylo tak jednoduché jako u psaných dokumentů. Pokud by něco takového existovalo, tak jako nadstavba fungující a zaběhnuté logopedické prevence u dětských lékařů.

Osobní konzultace byly uvedeny čtyřikrát (8%). Malá četnost, přesto je dobré vědět, že někteří by stáli o takovou formu osvěty. Na druhou stranu je nutno podotknout, že v otázce č. 2 (Jakou formu komunikace s logopedem volíte?) žádný pediatr nevybral možnost osobní konzultace. Tyto odpovědi vzájemně zpochybňují své výsledky.

Rozhlas, jako varianta pouze jednou zvolená (2%), je důkazem, jak málo se poslouchají česká nekomerční rádia. V Českém rozhlasu je občas slyšet logoped diskutující nad různou logopedickou problematikou, jenže v takovém čase, který pracujícímu pediatrovi zamezí poslech a mnohdy s cílem osvětově působit na rodiče, tedy laiky. Existuje možnost poslechnout si záznam rozhovoru na internetu. Pak vidíme realističtější variantu, že si pediatr spíše vyhledá webové stránky o logopedii jemu určené, než že si bude pracně vyhledávat logopedická témata v archívu rozhlasu.

Otázka č. 14 již konkrétně zjišťovala, o jakou logopedickou problematiku by měli pediatři zájem. Opět odpovědělo 51 probandů (tabulku jsme sestavili od nejvíce preferované problematiky po nejméně preferovanou).

Tab. 19 O jakou problematiku narušené komunikační schopnosti byste měli zájem?

ZVOLENÁ VARIANTA	POČET	POČET V %
Narušení plynulosti řeči	37	73%
Narušení článkování řeči	30	57%
Vývojová nemluvnost	26	51%
Síť pracovišť poskytujících logopedickou intervenci v regionu	21	41%
Získaná neurotická nemluvnost	21	41%
Ontogeneze řeči	20	40%
Specifické poruchy učení	19	37%
Hlasové poruchy	18	35%
Systém logopedické péče	17	33%
Kombinované vady řeči	15	30%
Symptomatické poruchy řeči	12	24%
Afázie	12	24%
Palatolálie	8	16%

Celkem bylo uvedeno 255 odpovědí, což je průměrně pět odpovědí na jednoho pediatra z celkových třinácti možností. Vycházíme z předpokladu, že každý pediatr mohl konkrétní odpověď zaškrtnout jen jednou, tedy ze vzorku 51 respondentů.

Nejčastěji uváděnou problematikou (73% pediatrů), o kterou by měli pediatři zájem, bylo narušení plynulosti řeči. Oblast, která je velmi obtížně diagnostikovatelná a klade velký důraz na odbornost diagnostika. Právě proto mohou pediatři postrádat informace o tomto narušení komunikační schopnosti a své znalosti mohou považovat za nedostačující. Bylo by jistě vhodné jim zprostředkovat alespoň základní znaky, kterými by odlišili narušenou plynulost řeči od fyziologických iterací.

Druhou nejčtenější možností (57%) byla oblast narušení článkování řeči. Věřím, že v rámci dyslálie si pediatři nemusí být jisti věkem, kdy mají být jednotlivé hlásky zakotveny v řeči dítěte, kdy je čas na jejich osvojování, jaké je fyziologické tvoření hlásek a jaké tvoření hlásky je již vadné a vyžaduje alespoň konzultaci s logopedem. Dysartrické obtíže v realizaci mluvené řeči by měli být také více osvětleny, neboť jsou spojeny s organickým poškozením mozku, dětskou mozkovou obrnou a to jednoznačně spadá do medicínské oblasti.

51% pediatrů by uvítalo osvětu v oblasti vývojové nemluvnosti, dysfázie. To, že všechny podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené, přesto se dítě po řečové stránce nerozvíjí, je pro lékaře přinejmenším záhadou. Nutnost objasnit tuto oblast komunikační schopnosti ukazuje vysoké procento pediatrů požadujících více znalostí a vědomostí z této oblasti.

Shodný počet odpovědí (41%) měly dvě oblasti – získaná neurotická nemluvnost a síť pracovišť v regionu. Mutismus v zahraničí spadá především do oblasti psychologie, proto je potřeba seznámit lékaře pro děti a dorost s nutností nahlížet na toto narušení i z psychologického hlediska. To, že dětská lékařská komunita požaduje vytvoření adresáře logopedických pracovišť je zcela logické a vyplývající z otázky č. 3.

Velké procento pediatrů (40%) se zajímalo o ontogenezi řeči. Tato oblast je jistým základem pro správné posouzení lékaře o doporučení k logopedickému vyšetření. Znalost a orientace ve fyziologickém vývoji řeči by měly být podstatou v diagnostickém posuzování dítěte.

Problematika specifických poruch učení se váže ke školnímu věku, ovšem obtíže v této oblasti můžeme sledovat již v předškolním věku. Pediatři by se měli alespoň částečně orientovat v této oblasti. Ukazuje to i fakt, že 37% pediatrů požadovalo osvětu v této oblasti.

Předpokládáme, že oblast hlasových poruch je pediatrům dostatečně známá (odpovědělo 35%), a především proto, že dítěti s podezřením na hlasovou poruchu doporučují foniatrické vyšetření. Třetina pediatrů (33%) by ráda pronikla do oblasti systému logopedické péče,

do rezortní příslušnosti. Méně než třetina (30%) má zájem o kombinované vady řeči. Symptomatické poruchy řeči a afázie zaujali shodně 24% pediatriů. Nejméně informací pediatrii (pouze 8%) požadují ohledně palatolálie, což chápeme, vzhledem k nutnosti lékařské péče ihned po narození.

5.7 DISKUZE A DÍLČÍ ZÁVĚRY

Cílem pedagogického výzkumu bylo ověřit domněnky, že logopedická osvěta ve vztahu k pediatriům je nedostačující, ale zároveň žádaná. Jsme si vědomi toho, že výsledky nemůžeme zobecnit, zejména vzhledem k rozsahu probandů (53 pediatriů) a regionálnímu omezení. Domníváme se však, že informace reflektují aktuální situaci znalostí pediatriů ohledně logopedické problematiky.

Na základě výsledků našeho šetření jsme zjistili tyto závěry:

Byla potvrzena hypotéza H1: S volbou písemné zprávy jako formy komunikace u respondentů se bude pojit upřednostnění spolupráce s logopedem pracujícím v resortu zdravotnictví.

Byla potvrzena hypotéza H2: Většina respondentů nebude dostávat zpětnou informaci o logopedické diagnostice a intervenci dětí, které do logopedické péče doporučila.

Byla potvrzena hypotéza H3: Neexistenci diagnostického materiálu hodnotícího vývoj řeči potvrdí většina respondentů.

Nebyla potvrzena hypotéza H4: Prevenci narušené komunikační schopnosti bude provádět většina respondentů.

Byla potvrzena hypotéza H5: Většina respondentů bude požadovat vytvoření materiálů týkajících se logopedické osvěty a narušené komunikační schopnosti.

Myslíme si, že upřednostňování klinických logopedů pediatri před logopedy pracujícími v jiných resortech, je záležitost sahající do minulosti. Současně se domníváme, že výsledek poukazuje i částečnou neznalost pediatriů o struktuře logopedické péče.

- Proto se ptáme, změnila by znalost tohoto systému rozhodnutí pediatra o doporučení k jinému logopedovi?

Dále usuzujeme, že upřednostňování písemné komunikace je určitým pojištěním lékaře, že dítě k odbornému vyšetření doporučil a proto vyžaduje zpětnou vazbu stejné validity. Pak se ale dotazujeme, proč neexistuje systém, který by zajistil onu zpětnou vazbu okamžitě, elektronicky a přesto písemně?

- Může to být kvůli nedostatečné ochraně dat prostřednictvím elektronického systému?
- Může to být nedostatkem financí?
- Můžeme nějak zefektivnit komunikaci mezi oběma odborníky?

Očekávali jsme, že pediatri nedisponují materiály, které by hodnotily fyziologický i narušený vývoj řeči. Jak jsme již uvedli, zákon ukládá pediatriům posuzovat vývoj řeči a zároveň provádět prevenci. Pokud lékaři pro děti a dorost anonymně potvrdili neexistenci diagnostických testů a zkoušek, poukázali tak na obrovský problém. Hodnotit řeč bez znalosti fyziologie a bez materiálu, který by umožňoval diagnostiku narušené komunikační schopnosti, je nemožné! Přesto je to stav, který odpovídá skutečnosti. Klíčem k vyřešení celé této patové situace je aktivita logopedů v osvětové činnosti.

- Činí tak? Pokud ano, je jejich práce dostačující vzhledem k výsledkům našeho šetření?

Zaráží nás, že pediatři neprovádí prevenci narušené komunikační schopnosti. Jak jsme již uvedli, procenta mohou být zkreslená neúplností formulace otázky, přesto je výsledek šokující.

- Uvědomují si pediatři, že hodnocení vývoje řeči (zákonem dané) je jisté preventivní opatření?
- Pokud si to uvědomují a uvedli, že prevenci neprovádějí, hodnotí vůbec jakkoliv vývoj řeči dítěte?

Potěšilo nás potvrzení hypotézy č. 5. Pediatři tím naznačují, že i přes veškeré nedostatky ohledně logopedické problematiky, stojí o sebezdokonalení a vzdělávání se v této oblasti. Na bedrech logopedů zůstává úkol nelehký – dohnat vše, co za posledních třicet let zameškali.

- Povede se systematicky zorganizovat logopedickou osvětu?
- Začnou se logopedi více podílet na přípravě a zhotovování diagnostických a preventivních materiálů pro pediatry (a nejen pro ně)?

5.8 NÁVRH EFEKTIVNÍHO ŘEŠENÍ

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že pediatři mají zájem o logopedickou osvětu, ale také by uvítali materiály, které by zprostředkovávaly rodičům logopedickou problematiku. Jak jsme již uvedli, přikláníme se k materiálům, které by byly dostupné na internetu. Negativa i pozitiva jsme již zmínili, dále se budeme věnovat zpracování odpovídajících internetových stránek.

Stránky by měly poskytovat informace nejen pediatrům, ale i rodičům, proto bychom volili následující strukturu. Na první stránce by si uživatel (pediatr nebo rodič) vybral příslušnou skupinu (pro pediatry; pro rodiče). Tímto rozdělením by se docílilo zásady srozumitelnosti a přiměřenosti – informace, které by byly uváděny oběma skupinám, by odpovídaly svou náročností, terminologií a obsahovým vymezením charakteru uživatele.

Volili bychom i vhodný a srozumitelný slovník, pro rodiče přitažlivý stručnými a srozumitelnými výrazy, pro pediatry poutavý obsahem respektující jejich vzdělání.

Obsah první části stránek by se dotýkal všech narušení komunikační schopnosti – sekce pro pediatry by byla více zaměřena na symptomatologii, etiologii, diagnostiku a prevenci, sekce pro rodiče by poskytovala více informací, jak dítě rozvíjet a tím preventivně působit, jak rozpoznat prvotní symptomy a kdy vyhledat odbornou pomoc.

Následující oblastí zájmu by měla být charakteristika ontogenetického vývoje řeči, stručný popis přibližného kalendářního věku dětí při osvojování hlásek a systém českých hlásek. Všechny tyto oblasti by měly být pro pediatry dostupné i ve formě shrnutí, tabulek v další sekci – ke stažení. Tato část stránek by umožňovala vytištění těchto materiálů pro potřeby pediatrů (vyvěšení v ordinaci apod.), (příloha č. 2, č. 3, č. 4, č. 5).

Dále by internetové stránky měly zprostředkovávat kontakty na odborná logopedická pracoviště v Pardubickém kraji působící ve třech rezortech (ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstvo práce a sociálních věcí).

Nesmí chybět ani možnosti online konzultace pro pediatry a poradna pro rodiče. Pokud by pediatři těchto konzultací využívali, mohlo by se tak předejít nesprávné diagnostice. Ideální by byla varianta, kdyby všechna logopedická zařízení v Pardubickém kraji tyto konzultace poskytovala, pediatr nebo rodič by se mohl obrátit na odborníka dle svého výběru. Touto cestou by bylo možné i zpětně informovat pediatry o převzetí dítěte do logopedické péče.

Poslední oblast, která by měla být na stránkách dostupná, by pediatry odkazovala na odbornou literaturu, články, ale mohla by fungovat i jako měsíční periodikum – studenti (studentky) logopedie by touto cestou mohli informovat o svých výsledcích diplomových prací, o novinkách nabytých při studijních programech v zahraničí, apod. Rodičům by tato část zprostředkovávala odkazy na populárně psanou logopedickou literaturu, kvalitní dětské knížky a hračky.

Vytvoření webových stránek umožňujících a poskytujících vše, co bylo výše uvedeno, je již nad rámec diplomové práce. Přesto se autorka odhodlala a pracuje na jejich spuštění¹³. Zároveň doufá, že internetové stránky v brzké době opravdu přinesou užitek a touto cestou zefektivní logopedickou osvětu ve vztahu k pediatrům.

¹³ www.logopediecr.eu

ZÁVĚR

„Dokažme pediatrům, že jsme schopni být jejich partnery na cestě dětí za odpovídající komunikační schopností. Přesvědčme dětské lékaře vlastními kvalifikovanými aktivitami a hlavně jim dejme o těchto aktivitách vědět.“

(Peutelschmiedová, 2009, s. 18)

Hlavním cílem předkládané práce bylo upozornit na nedostačující logopedickou osvětu ve vztahu k pediatrům a navrhnout efektivní řešení. Tento cíl byl naplněn v poslední, páté kapitole.

Logopedická osvěta je zapomenutou krajinou. Osvětovou činností se odborné publikace, týkající se vymezení teoretických základů logopedie jako oboru, zabývají velmi sporadicky. Abychom v českém odborné logopedické literatuře objevili alespoň kapitolu věnující se této logopedické oblasti, museli jsme pátrat – a našli jsme! Pavlová-Zahalková a kol. (tj. Ohnesorg, K., Kantor, M.) vydali v roce 1976 publikaci „Prevence poruch řeči“ a kapitolu věnují logopedické osvětě. Novější logopedický materiál jsme bohužel nedohledali.

Výsledky praktické části jasně ukazují, že systematická, cílevědomá logopedická osvěta v širším měřítku neexistuje. Nemůžeme ani konstatovat, že by logopedická osvěta podchycovala potřebnou část odborníků – pediatrů a působila na ně. Rovněž zatím nebyly využity všechny formy, možnosti a prostředky, které má osvěta k dispozici.

Rádi bychom naše výsledná zjištění (která vychází z našich předpokladů) šířili mezi logopedy a dali tak podnět k osvětové činnosti ve vztahu nejen k rodičům, ale i odborníkům, kteří mnohdy svou erudicí dosáhnou včasné, správné diagnostiky a zabezpečí dítěti potřebnou intervenci. Doufáme, že předkládaná práce přispěje k zamyšlení nás, logopedů a studentů (resp. studentek) oboru logopedie, nad naléhavostí tvořit logopedické materiály a šířit je nejen do řad odborníků dětského vývoje a zdraví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUDA, B. *Čo vieme o empatii?* Bratislava: Pravda, 1988.

CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Z., MARKOVÁ, J. Dyzartria. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 242-256. ISBN 978-80-223-2574-5.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

FUKANOVÁ, V. Koncepcie logopedické péče. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 45-50. ISBN 978-80-7367-340-6.

GÚTHOVÁ, M. Dyslália. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 136-153. ISBN 978-80-223-2574-5.

HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.

KABELKA, Z. *Screening sluchu – podkladové materiály*. 2008. [online]. [cit. 11. března 2010]. Dostupné na World Wide Web: < <http://www.fnmotol.cz/screening-sluchu.html?pracoviste=6>>.

KAPALKOVÁ, S. Vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 96-112. ISBN 978-80-223-2574-5.

Katalog lékařů pro děti a dorost. [online]. [cit. 17. září 2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.detskydoktor.cz/>>.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Manažment logopedickej starostlivosti. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009a, s. 77-95. ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Palatolália. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009c, s. 172-188. ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Poruchy hlasu. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009b, s. 156-171. ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie. Klinicko-logopedický aspekt.* Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 80-247-1110-9.

KOMENSKÝ, J.A. *Informatorium školy mateřské.* Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1451-1.

KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-413-8.

KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči.* Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

LECHTA, V. Brblavosť. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009c, s. 209-226. ISBN 978-80-223-2574-5.

LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

LECHTA, V. Metody logopedické intervence. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007b, s. 37-44. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, V. Zajakavosť. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009b, s. 189-208. ISBN 978-80-223-2574-5.

LECHTA, V. Základné poznatky o logopédii. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 15-32. ISBN 978-80-223-2574-5.

LECHTA, V. Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007a, s. 17-28. ISBN 978-80-7367-340-6.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

MIKULAJOVÁ, M. Narušený vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 115-134. ISBN 978-80-223-2574-5.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4.

MOTEJZÍKOVÁ, J. *Screeningové vyšetření sluchu – zkušenosti a možnosti*. 2009. [online]. [cit. 9. března 2010]. Dostupné na World Wide Web: <<http://ruce.cz/clanky/655-screeningove-vysetreni-sluchu-zkusenosti-a-moznosti>>.

NEUBAUER, K. Dysartrie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007a, s. 307-331. ISBN 978-80-7367-340-6.

PAVLOVÁ-ZAHALKOVÁ, A. a kol. *Prevence poruch řeči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976.

PEUTELCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické poradenství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2666-3.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Fylogeneze a ontogeneze řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005d, s. 154-163. ISBN 80-244-1088-5.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 80-244-1233-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Logopedie – vymezení oboru. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005a, s. 127-136. ISBN 80-244-1088-5.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Logopedie v mateřských školách (3). *Informatorium 3-8*. [online]. Únor 2006, 13. ročník, č. 2. [cit. 11. prosince 2009]. Dostupné z: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=8827>>. ISSN 1210-7506.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Organizace logopedické péče. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005b, s. 142-153. ISBN 80-244-1088-5.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Poruchy hlasu. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005c, s. 172-176. ISBN 80-244-1088-5.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Problematika koktavosti v dětském věku*. *Pediatricie po promoci*, č. 3, roč. 1, 2004, s. 42-45. ISSN 1214-6773.

Preventivní prohlídky pro děti a dorost. 2010. [online]. [cit. 11. března 2010]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/preventivni_prohlidky/pr_deti>

SINDELAROVÁ, B. *Předcházíme poruchám učení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-262-1.

Slovník cizích slov. 2010. [online]. [cit. 25. února 2010]. Dostupné na World Wide Web:

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=screening>

SOVÁK, M. a kol. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965.

SOVÁK, M. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.

SOVÁK, M. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978b.

ŠKODOVÁ, E. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 207-214. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Narušení plynulosti řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007c, s. 261-306. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Poruchy při anomáliích orofaciálního systému. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007b, s. 215-260. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Poruchy vývoje řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 95-146. ISBN 978-80-7367-340-6.

TICHÁ, E. Mutizmus. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2009, s. 273-289. ISBN 978-80-223-2574-5.

VITÁSKOVÁ, K. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxii. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005a, s. 13-40. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. Narušení grafické formy řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005d, s. 53-67. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. Narušení zvuku řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005c, s. 68-84. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. Narušený vývoj řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005b, s. 41-52. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. Pomůcky a přístroje v logopedii. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005e, s. 116-126. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, K. Variabilita preverbálních řečových projevů a jejich diagnostická hodnota *In VIII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a III. Dramaterapeutická konference Olomouc 20. - 21. 3. 2007*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. s. ISBN 978-80-244-1911-4. [CD-rom].

VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-06-3.

Vyhláška o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek č. 3/2010 Sb.

Platná od 1. 2. 2010. [online]. [cit. 3. března 2010]. Dostupné na World Wide Web:

<http://www.zakony.cz/?sekce=zakony&akce=view&zdarma=true&id=32637>>

VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24504-8.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-514-1.

ŽLAB, Z., ŠKODOVÁ, E. Narušení grafické stránky řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 361-388. ISBN 978-80-7367-340-6.

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Kateřina Trojanová

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií

Vedoucí diplomové práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Rok obhajoby: 2010

Název diplomové práce: Zefektivnění logopedické osvěty ve vztahu k pediatrům

Název diplomové práce v anglickém jazyce: Improving effectiveness of speech and language therapists' enlightenment in relation to paediatricians

Abstrakt v českém jazyce:

Diplomová práce se zabývá logopedickou osvětou, prevencí a jejich zefektivněním ve vztahu k pediatrům. Na úvod jsou stručně vymezeny termíny, které se dotýkají výše uvedené problematiky. V dalších kapitolách je pozornost zaměřena na ontogenetický vývoj řeči a logopedickou a lékařskou prevenci. Druhá část práce popisuje analýzu výzkumného šetření spolupráce logopedů s pediatry v Pardubickém kraji, její úskalí a navrhuje řešení, které by umožnilo zefektivnění logopedické osvěty ve vztahu k pediatrům.

Klíčová slova v českém jazyce: logopedická osvěta, logopedická prevence, lékařská prevence, ontogenetický vývoj řeči

Abstrakt v anglickém jazyce:

This graduation thesis is concerned with speech and language therapist's enlightenment, prevention and their effectiveness in relation to paediatricians. Preliminary are determined terms relating to these problems. Other sections are aimed at the ontogenesis of speech, speech and medical prevention. The second part of diploma paper describes an analysis of observational examination of co-operation between speech and language therapists and paediatricians in the region of Pardubice and their difficulty. There is a suggestion, which would help and allow improve effectiveness of speech and language therapist's enlightenment in connection with paediatricians.

Klíčová slova v anglickém jazyce: speech and language therapist's enlightenment, speech and language therapist's prevention, medical prevention, the ontogenesis of speech

Rozsah: 94 s., 6 příl. s.

Jazyk práce: český

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro pediatry

Příloha č. 2 – Přibližný kalendářní věk dětí při osvojování jednotlivých hlásek českého jazyka

Příloha č. 3 – Přehled českých konsonantů a vokálů

Příloha č. 4 – Stručný přehled etap vývoje řeči

Příloha č. 1

Vážený lékaři, vážená lékařko.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Jsem studentkou oboru logopedie a chtěla bych podpořit spolupráci pediatrů a logopedů v Pardubickém kraji. Cílem je navržení efektivního řešení logopedické osvěty, které Vám umožní získávat informace o logopedické intervenci, pracovištích, novinkách apod. Aby obsah materiálu odpovídal především Vaším potřebám a požadavkům, prosím o vyplnění následujícího dotazníku.

Odpovědi, které nejvíce odpovídají skutečnosti, prosím, kroužkujte, vyznačte barevně nebo tučně.

Děkuji za Váš čas.

S pozdravem, Kateřina Trojanová (kata.trojanova@post.cz ;777 697 583)

1. Jak hodnotíte spolupráci s logopedy?
 - a. kladně
 - b. mohla by být lepší
 - c. záporně

2. Jakou formu komunikace volíte při spolupráci s logopedem?
 - a. písemná zpráva
 - b. prostřednictvím rodiny dítěte
 - c. telefonický rozhovor
 - d. osobní setkání
 - e. nespolečnou práci

3. S kým spolupracujete nejčastěji?
 - a. logoped pracující ve zdravotnictví
 - b. logoped pracující ve školství
 - c. logoped pracující ve sféře MPSV
 - d. logopedičtí asistenti
 - e. neznám rozdíl

4. Poskytuje Vám logoped zpětnou informaci o diagnostice a intervenci dítěte?
 - a. ano
 - b. nepokud ano, jakým způsobem?

5. Jak hodnotíte (ze strany své erudice) vhodnost provádění orientačního vyšetření vývoje řeči při preventivních prohlídkách v jednom roce, ve třech a v pěti letech?
 - a. vhodné
 - b. nevhodnépokud hodnotíte jako nevhodné, navrhuje jiný věk?

6. Jakým způsobem hodnotíte vývoj řeči? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)
 - a. pozorování
 - b. rozhovor
 - c. diagnostické zkoušení
 - d. testové metody
 - e. kasuistické metody
 - f. rozbor výsledků činnosti
 - g. přístrojové a mechanické metody

7. Máte k dispozici nějaký orientační návod čeho si u dětí všimnout a kdy doporučit dítě do logopedické péče?
- ano
 - ne
- pokud ano, jaký?
8. Jaké testy používáte pro diagnostiku narušeného vývoje řeči?
-
 -
 -
9. Provádíte prevenci narušené komunikační schopnosti?
- ano
 - ne
- pokud ano, jakým způsobem?
10. Máte dostatek osvětových materiálů?
- ano
 - ne
- pokud ano, jaké?
11. Poskytujete rodičům informace o fyziologickém vývoji řeči?
- ano
 - ne
- pokud ano, jakým způsobem?
12. Uvítali byste materiály týkající se logopedické osvěty a narušené komunikační schopnosti?
- ano
 - ne

Pokud jste odpověděli v předchozí otázce záporně, vynecháte, prosím, následující otázky.

13. Jakou formu materiálů preferujete? (můžete volit více odpovědí)
- odborné publikace a časopisy
 - tištěné letáky
 - odborné přednášky
 - rozhlas
 - videokazeta, DVD, CD
 - internet
 - osobní konzultace
14. O jakou problematiku narušené komunikační schopnosti byste měli zájem? (můžete volit více odpovědí)
- narušení článkování řeči** (dysartrie = porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození CNS; dyslalie = neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči dle stanovených ortoepických norem)
 - narušení plynulosti řeči** (balbuties = syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým nebo klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvené řeči; tumultus sermonies = patologická odchylka plynulosti řeči charakteristická překotným tempem řeči, jehož důsledkem je vynechávání slabik, přefíkávání, vynechávání slabik, dochází i k deformaci obsahu)
 - systém logopedické péče** (resortní příslušnost logopedické péče v ČR)

- d. **specifické poruchy učení** (souhrnný název pro heterogenní skupinu obtíží, které se projevují obtížemi v osvojování a používání dovedností jako je mluvení, porozumění mluvě, čtení, pravopisu, počítání)
- e. **vývojová nemluvnost** (dysfázie = specificky narušený vývoj jazyka, projevující se sníženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj jazyka jsou přiměřené)
- f. **ontogeneze řeči**
- g. **síť pracovišť poskytujících logopedickou péči v regionu**
- h. **získaná neurotická nemluvnost** (mutismus = porucha řeči psychogenně podmíněná bez organického postižení CNS)
- i. **kombinované vady řeči**
- j. **hlasové poruchy** (dysfonie = chrapot; afonie = bezhlasí)
- k. **symptomatické poruchy řeči** (poruchy komunikace při mentální retardaci, při smyslových vadách, při tělesných postiženích, pervazivní vývojové poruchy, Landauův-Kleffnerův syndrom)
- l. **palatolalie** (vývojová porucha řeči provázející rozštěpy)
- m. **afázie** (= ztráta exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku)

PŘÍBLIŽNÝ KALENDÁRNÍ VĚK DĚTÍ PŘI OSVOJOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH HLÁSEK ČESKÉHO JAZYKA

VĚK	A, E, I, O, U	M, P, B	AU, OU	V, F	K, G	H, CH	D, T, N*	J*	L*	Ď, ť, ň	BĚ, PĚ, MĚ, VĚ	Š, Ž, Č	R	S, Z, C	T, D, N/ Ď, ť, ň	Ř	S, Z, C/ Š, Ž, Č
1,5	prohíhá vývoj hlásky								prohíhá vývoj hlásky								
2	prohíhá vývoj hlásky								prohíhá vývoj hlásky								
2,5	vývoj lze ovlivnit								prohíhá vývoj hlásky								
3									prohíhá vývoj hlásky								
3,5									prohíhá vývoj hlásky								
4									prohíhá vývoj hlásky								
4,5									prohíhá vývoj hlásky								
5									prohíhá vývoj hlásky								
5,5									prohíhá vývoj hlásky								
6									prohíhá vývoj hlásky								
6,5									prohíhá vývoj hlásky								
7,5									prohíhá vývoj hlásky								

LEGENDA

prohíhá vývoj hlásky

vývoj lze ovlivnit

* artikulační postavení se upravuje po 3. roce věku a ovlivní vývoj hlásky R

PŘEHLED ČESKÝCH KONSONANTŮ

(upraveno Hála, 1962)

<u>PODLE ZPŮSOBU TVOŘENÍ</u>		<u>PODLE MÍSTA TVOŘENÍ</u>											<u>PODLE SLUCHOVÉHO DOJMU</u>	
		BILABIÁLNÍ		LABIODENTÁLNÍ	PREALVEOLÁRNÍ	POSTALVEOLÁRNÍ	PALATÁLNÍ		VELÁRNÍ		LARYNGEÁLNÍ			
OKLUZIVNÍ	ORÁLNÍ	p	b		t	d		ť	d'	k	g			EXPLOZIVY
	NAZÁLNÍ		m		n				ň					
SEMIOKLUZIVNÍ					c		č							
KONSTRIKTIVNÍ	STŘEDOVÉ		f	v	s	z	š	ž	j	ch		h		FRIKATIVY
	LATERÁLNÍ				l									
	VIBRANTY				r, ř									
<u>HLASNOST (znělost)</u>		N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	
<u>PODLE DRUHU ARTIKULUJÍCÍHO ORGÁNU</u>		LABIÁLNÍ				LINGVÁLNÍ				GLOTÁLNÍ				

PŘEHLED ČESKÝCH VOKÁLŮ

(upraven Hellwagův trojúhelník)

<u>PODLE SVISLÉ POLOHY JAZYKA</u>	<u>PODLE VODOROVNÉ POLOHY JAZYKA</u>		<u>PODLE VELIKOSTI ČELISTNÍHO ÚHLU</u>	
	PŘEDNÍ	STŘEDNÍ		ZADNÍ
VYSOKÉ	i, í		u, ú, ů	NEJMENŠÍ
STŘEDNÍ	e, é	o, ó		STŘEDNÍ
NÍZKÉ		a, á		NEJVĚTŠÍ

Příloha č. 4

STRUČNÝ PŘEHLED ETAP VÝVOJE ŘEČI

období kolem 1-1,5 roku	dítě začíná opakovat jednoduchá slova a věty, která slyší
	dítě zapojuje onomatopoeia, prozodické faktory
	dítě začíná rozumět jednoduchým pokynům
	na konci tohoto období zná 70-80 slov
období kolem 1,5-2 let	dítě začíná tvořit dvouslovné věty bez správné gramatické struktury
	tzv. první věk otázek "Kdo to je?" "Co to je?"
	při artikulaci často vynechává poslední slabiky
	přestává používat dětská pojmenování (slůvka, kterým rozumějí jen ti nejbližší)
období kolem 2-2,5 let	dítě začíná pozvolna časovat a skloňovat, ohýbat slova
	pokrok v gramatické stavbě, přestává být dysgramatismus
	dítě si osvojuje (vedle podstatných a přídavných jmen a sloves) další slovní druhy
	dítě tvoří víceslovné věty
	dítě začíná diferencovat distinktivní znaky fonémů (dle znělosti, místa artikulace)
	dítě ovládá 200-400 slov
období kolem 2,5-3 let	dítě o sobě často hovoří ve třetí osobě jednotného čísla (i přesto, že zná své jméno)
	dítě pojmenuje předměty denní potřeby, časové pojmy (den, noc)
	dítě používá víceslovné věty
	dítě neakceptuje gramatické výjimky mateřského jazyka (lev → dej mi lefa)
	dítě začíná chápat otázky "Proč?" s "Kdy?"
období kolem 3-3,5 let	dítě zná své jméno, jméno sourozence, kamaráda
	období fyziologických obtíží v řeči → zvýšené nebezpečí vzniku koktavosti
	dítě tvoří gramaticky správné věty, vzácně používá některé spojky a předložky
	tzv. druhý věk otázek "Proč?"
	dítě začíná tvořit všeobecné pojmy → přechod na druhosignální úroveň
dítě ovládá 1000 slov	
období kolem 3,5-4 let	řeč dítěte se blíží normě (její gramatická stránka)
	dítě dokáže tvořit protiklady i podřadící souvětí
	krátké básničky říká z paměti
	dítě má ještě problémy s artikulací a fonematickou diferenciací
	slovní zásoba roste, obsah slov se zpřesňuje
období kolem 4-5 let	verbální projev dítěte by měl být po gram. stránce správný
	verbální projev dítěte by měl obsahovat všechny slovní druhy
	dítě přesněji identifikuje barvy
	v artikulaci mohou přetrvávat některé nesprávnosti
	dítě ovládá 1500-2000 slov (ten, ta, to nahrazuje skutečnými názvy osob, zvířat a věcí)
období kolem 5-6 let	dítě správně reprodukuje dlouhou větu, kratší příběh bez pomocných otázek
	dítě dokáže vysvětlit, na co používáme předměty denní potřeby
	patrný ústup fyziologické dyslalie, přetrvává sigmatismus a rotacismus
	začíná se dokončovat proces fonematické diferenciacce
	dítě ovládá 2500-3000 slov