

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

PAVLÍNA GORELOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

DÍTĚ S RINOLALIÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 8. 4. 2010

.....

Děkuji Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za její odbornou a laskavou pomoc a za cenné rady, které mi poskytla při zpracování práce.

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	7
1.1 VYMEZENÍ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	7
1.2 TĚLESNÝ VÝVOJ DÍTĚTE	7
1.3 VÝVOJ MOTORIKY DÍTĚTE	8
1.4 VÝVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ DÍTĚTE	9
1.5 EMOČNÍ A SOCÁLNÍ VÝVOJ DÍTĚTE	12
1.6 HRA U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	13
2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	15
2.1 VYMEZENÍ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI ..	15
2.2 DESET ZÁKLADNÍCH KATEGORIÍ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	16
2.3 JAZYKOVÉ ROVINY	17
2.3.1 <i>Morfologicko-syntaktická rovina</i>	17
2.3.2 <i>Lexikálně-sémantická rovina</i>	18
2.3.3 <i>Foneticko-fonologická rovina</i>	19
2.3.4 <i>Pragmatická rovina</i>	21
3 RINOLALIE	22
3.1 VYMEZENÍ RINOLALIE	22
3.2 VELOFARYNGEÁLNÍ MECHANISMUS	23
3.3 DĚLENÍ RINOLALIE	24
3.4 ETIOLOGIE RINOLALIE	25
3.5 DIAGNOSTIKA RINOLALIE	27
3.6 TERAPIE RINOLALIE	30
3.7 PROGNÓZA RINOLALIE	31
II. PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ	33
4.1 CÍL PRÁCE	33
4.2 VÝZKUMNÉ METODY	33
4.2.1 <i>Dotazník pro rodiče</i>	33
4.2.2 <i>Základní zkoušky k vyšetření zvuku řeči</i>	35
4.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	36
4.4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	38

5	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	43
5.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO RODIČE.....	43
5.2	VYHODNOCENÍ ZKOUŠEK ZVUKU ŘEČI	53
5.2.1	<i>Gutzmanova A-I zkouška</i>	54
5.2.2	<i>Czermakova zkouška</i>	55
5.2.3	<i>Zkouška nafouknutí tváří.....</i>	57
6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ZÁKLADNÍCH ZKOUŠEK VYŠETŘENÍ ZVUKU ŘEČI	59
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM LITERATURY	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64
	ANOTACE	

Úvod

Lidská řeč je dokonalý systém, který odlišuje lidi od zvířat. Kvalitní a nenarušená komunikační schopnost nám pomáhá být v kontaktu se společnostmi a tím si uspokojovat jednu ze základních psychických potřeb.

Pokud je komunikační schopnost člověka jakýmkoli způsobem narušena, nastává pro každého takového člověka nelehká situace. Především u těch jedinců, kteří nejsou schopni komunikovat vůbec a u těch, jejichž řeč je pro ostatní lidi nesrozumitelná.

Z tohoto důvodu je důležité nepodcenit žádné projevy narušení komunikační schopnosti a při pochybnostech o správném vývoji řeči dítěte navštívit odborníka a začít co nejdříve s logopedickou péčí. Jedním z narušení komunikační schopnosti je také narušení zvuku řeči, nebo-li rinolalie, kterou se zabýváme v této bakalářské práci.

Cílem bakalářské práce je tedy vymezit narušení komunikační schopnosti a konkrétně se věnovat problematice rinolalie. Cílem praktické části práce je zmapování situace výskytu rinolalie u dětí předškolního věku v jedné vybrané mateřské škole na Vysočině. Vyšetření zvuku řeči u dětí sledovaného souboru jsme provedli za pomoci tří základních orientačních zkoušek zvuku řeči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Dítě předškolního věku

1.1 VYMEZENÍ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Děti předškolního věku bývají plné energie, zvědavosti a nadšení. Jsou neustále v pohybu a do všeho se pouštějí s radostí. Ve všech činnostech prováděných předškolním dítětem se projevuje kreativita a fantazie. Výrazně se rozvíjí motorické schopnosti dítěte, rozšiřuje se jeho slovní zásoba a rozvíjí se intelekt. Dítě se v předškolním období učí lépe řešit problémy a plánovat dopředu. Předškolní děti jsou silně přesvědčeny o pravdivosti svých názorů, ale zároveň si začínají uvědomovat potřeby ostatních a do určité míry získávají kontrolu nad svým chováním (Allen, Marotz, 2008).

Předškolní období můžeme rozdělit do dvou etap, které jsou dány rozlišným sociálním zařazením dítěte. První etapa začíná věkem tři až čtyři roky, což odpovídá nástupu dítěte do mateřské školy. Druhá etapa je po dovršení šestého roku, tedy nástup do základní školy. Název pro toto období není jednotný. Můžeme se setkat s pojmy „předškolní dětství“, „druhé dětství“ nebo s pojmem „starší předškolní věk“ (Plevová, 2005).

1.2 TĚLESNÝ VÝVOJ DÍTĚTE

Ve věku od tří do šesti let se mění tělesná konstituce dítěte. Typická baculatost z období batolete se mění ve štíhlou postavu. Vznikají disproporce mezi růstem končetin, trupu a hlavy. Koncem předškolního období mluvíme o tzv. období vytáhlosti. Dále také pokračuje osifikace kostí, ve věku šesti let se dovršuje osifikace

zápěstních kůstek, což má velký význam pro rozvoj jemné motoriky dítěte (Plevová, 2005).

Průměrný chlapec předškolního věku vyroste v tomto období z 97 cm na 117 cm a přibude na váze z 15 kg na 22 kg. Děvčata jsou v tomto věku o něco menší a lehčí. Ke konci předškolního období se mění tělesné proporce. Trup, který byl dosud spíše válcovitý, se stává plošším a hrudník se zřetelněji odlišuje od břicha. Svalové tkáně přibývá a naopak tukové zase spíše ubývá. Postava se protahuje, ruce i nohy se prodlužují. Hlava se v poměru k tělu zmenšuje. Zda tělesný vývoj odpovídá věku, můžeme v šesti letech zjistit pomocí tzv. filipínské míry, kterou poznáme podle toho, zda si dítě přes vzpřímenou hlavu dosáhne na ušní lalůček. Jde o poměr délky paže k velikosti hlavy dítěte (Říčan, 2004).

1.3 VÝVOJ MOTORIKY DÍTĚTE

V předškolním období se zdokonaluje hrubá a jemná motorika. Na počátku tohoto období jsou pohyby rukou a nohou ještě nedostatečně koordinované. Rovněž ostatní přemísťovací pohyby, jako běhání, skákání, pohyb po nerovném terénu jsou nedokonalé, ale postupem času se zdokonalují a automatizují. Na konci předškolního období je již dítě schopno zvládat činnosti vyžadující složitou pohybovou koordinaci (Plevová, 2005).

Tříleté dítě by mělo zvládat chodit po schodech nahoru a dolů bez pomoci a mělo by při tom střídát nohy. Mělo by dokázat na chvíli udržet rovnováhu na jedné noze, skákat na jednom místě a mělo by zvládat házet, chytat a kopat do míče. Čtyřleté dítě dokáže chodit v jedné přímce, poskakuje na jedné noze, dokáže přeskočit nízkou překážku a zlepšuje se v házení a chytání míče. V oblasti jemné motoriky se zlepšuje tak, že dokáže postavit věž z deseti a více kostek, tužku drží ve třech prstech a zvládá

překreslit některé tvary a písmena. Motorický vývoj pětiletého dítěte je na takové úrovni, že dokáže chodit pozpátku, chodí bez pomoci po schodech a střídá při tom nohy. Může se také naučit dělat kotrmelce, skákat přes švihadlo nebo se také dokáže dotknout prstů na nohou, aniž by muselo pokrčit kolena. Také jemná motorika pětiletého dítěte je již na takové úrovni, že dokáže bez problémů zacházet s psacími potřebami i s nůžkami a podle vzoru nakreslí různé úvary a napíše různá písmena (Allen, Marotz, 2008).

V tomto období dochází k výraznému rozvoji jemné motoriky a celkově se rozvíjí manuální zručnost dítěte. Po čtvrtém roce věku se začíná u dítěte projevovat vyhraněnost pravé či levé ruky. V některých případech může lateralita zůstat nevyhraněná (ambidextrie) (Plevová, 2005).

Celkově bychom mohli motorický vývoj v předškolním věku označit jako neustálé zdokonalování a zlepšování pohybové koordinace a elegance (Plevová, 2005).

1.4 VÝVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ DÍTĚTE

Mezi poznávací procesy řadíme vnímání, paměť, pozornost, představivost, myšlení a řeč. Všechny tyto oblasti se u dítěte předškolního věku vyvíjí velmi intenzivně.

Vnímání

U předškolních dětí převládá tzv. synkretické, nebo-li celistvé vnímání. Znamená to, že dítě nevyčleňuje podstatné části předmětů a nerozeznává základní vztahy mezi nimi. Dítě vnímá především ty předměty, které upoutají jeho pozornost, a ty které se vztahují k činnosti. Vnímání je aktivní a je spojeno s aktivní činností a s experimentováním. Pasivní vnímání bez zapojení pohybu a řeči je v rozporu s vývojovými zvláštnostmi dítěte. V tomto věku je

nepřesné vnímání času a prostoru. Pro vnímání předškolních dětí je také typické, že je neanalytické, vjemy jsou ovládány egocentričností a jsou subjektivně zabarvené (Plevová, 2005).

Změny ve smyslovém vnímání dítěte jsou takové, že postupně začíná rozlišovat doplňkové barvy. Sluchově je schopno analyzovat zvuky různých zdrojů a také se zpřesňuje čichové a chuťové vnímání. Velmi významným zdrojem zážitků je hmat, kterým předškolní dítě dokáže rozlišit vlastnosti předmětu, ale také je i pojmenovat (Plevová, 2005).

Paměť

Základním znakem paměti je převaha konkrétnosti a mimovolnosti. Koncem předškolního věku se začínají objevovat první projevy úmyslné paměti. Převládá paměť mechanická, ale rozvíjí se už i paměť slovně logická. Známé a často se opakující události dovede dítě reprodukovat na základě logického sledu a logických souvislostí (Plevová, 2005).

Pozornost

Na začátku předškolního období je pozornost ještě nestálá a přelétavá. S postupujícím věkem se ale u dítě vytváří počátky úmyslné pozornosti. Stálost a úmyslnost závisí jak na věku, tak na temperamentových zvláštnostech dítěte i na druhu činnosti, u které má dítě pozornost udržet (Plevová, 2005).

Představivost

Vybavování představ u dětí je plynulejší. O tom svědčí schopnost předškolních dětí souvisle reprodukovat krátký příběh či pohádku nebo popisovat události, které samy prožily. Rozvíjejí se fantazijní představy, které se uplatňují ve výtvarných činnostech, pohádkách a námětových hrách. Představy dětí jsou tak živé, že je

dítě často neodlišuje od vjemů a považuje je za reálnou skutečnost (Plevová, 2005).

Myšlení

V myšlení dochází k výrazným změnám. Dítě přechází z fáze předpojmového myšlení do fáze myšlení názorného a intuitivního. Dítě již uvažuje v celostních pojmech, které vznikají na základě vystižení podstatných podobností. Myšlení je stále egocentrické. Dítě umí vyvozovat závěry, ale tyto úsudky jsou závislé na názornosti. Piaget nazývá období od dvou do sedmi let předoperačním stadiem vývoje. Hlavním rysem předoperačního stadia je to, že děti nejsou schopny zaměřit svoji pozornost na více než jeden aspekt situace současně (Plevová, 2005).

Rozvíjí se také pojmové myšlení, kdy už dítě začíná používat prvky analýzy, syntézy a srovnávání. Na začátku předškolního období dítě dokáže identifikovat jednotlivé druhy věcí, ale nechápe podstatné souvislosti mezi nimi, které je spojují do všeobecnější skupiny. Prudký rozvoj pojmové činnosti začíná mezi čtvrtým až šestým rokem věku dítěte. V pojmové činnosti se však dlouho vyskytují chyby, kdy děti unáhleně usuzují na základě jedné zkušenosti, jde o tzv. předčasné zobecňování (Plevová, 2005).

Řeč

Poznávací aktivita dítěte se odráží ve slovní zásobě a v rozvoji řeči. V předškolním věku dochází k obrovskému nárůstu slovní zásoby. Děti si v tomto období osvojí 2000 až 2500 nových slov. Při nástupu do základní školy má dítě slovní zásobu 3000 až 4000 slov. Zlepšuje se i gramatická struktura řeči a řeč se stává převládajícím dorozumívacím prostředkem (Plevová, 2005).

Ve vývoji dítěte zaznamenáváme první a druhý věk otázek, nebo-li „první ptací období“ a „druhé ptací období“. První věk je okolo jednoho roku a dítě se ptá především otázkami „Co je to?“,

„*Kdo je to?*“, „*Kde je?*“. Druhý věk otázek je okolo 3. roku. Typická otázka tohoto období je „*Proč?*“ případně „*Kdy?*“ (Klenková, 2006).

Mezi myšlením a řečí se mohou v předškolním období vyskytnout jisté disproporce:

- 1) *Řeč zaostává za myšlením*, myšlení dosahuje vyšší úrovně, než řeč. Je to typické pro začátek předškolního období.
- 2) *Řeč předbíhá myšlení*. Počátkem druhé poloviny předškolního období, kdy dochází k prudkému rozvoji řeči. Dítě si samo vymýšlí slova pro označení neznámých situací a věcí (Plevová, 2005).

1.5 EMOČNÍ A SOCÁLNÍ VÝVOJ DÍTĚTE

Zdrojem citových zážitků dítěte v předškolním období je konkrétní činnost. Dítě má radost ze spontánní činnosti. Kolem čtvrtého roku převládá strach z neznámého prostředí, z nereálných situací a z cizích lidí, který ale pomalu ustupuje. Starší předškolák začíná mít strach z nereálných fantastických bytostí (Plevová, 2005).

Z vyšších citů se začínají rozvíjet city sociální, intelektuální, estetické a etické.

City sociální

Tyto city se rozvíjejí ve dvou směrech. Ve vztahu k dospělým a ve vztahu k vrstevníkům. Na začátku předškolního období převládají vztahy k dospělým. S postupujícím věkem u dítěte narůstá potřeba kontaktu s vrstevníky, dítě potřebuje partnera ke

hře. Citový vztah si dítě vytváří i k sobě samému, tzv. sebecit, který je v tomto věku motivovaný egocentrismem (Plevová, 2005).

City intelektuální

City intelektuální, nebo-li poznávací, vyvolávají kladné emoce. Projevují se radostí z nového poznání, z nové činnosti nebo radostí při získávání nových zkušeností (Plevová, 2005).

City estetické

Tyto city umožňují vnímat krásno, rozvíjet se po stránce muzikální a výtvarné i literární, především předčítání pohádek a dětských příběhů. Dítě prožívá příjemné pocity u něčeho, co považuje za hezké (Plevová, 2005).

City etické

Dítě předškolního věku si již začíná uvědomovat, co je dobré a co je špatné. Uvědomuje si, co smí a co nesmí a co je správné a co nesprávné. Dítě je uspokojeno pochvalou a naopak cítí pocit viny při pokárání. Velký vliv na správný rozvoj etického cítění má vzor dospělého jako výsledek sociálního učení (Plevová, 2005).

1.6 HRA U DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Hra je hlavní činností dítěte předškolního věku, v níž probíhá proces socializace. Ve hře se odráží vztah dítěte s jeho životním prostředím. Uplatňuje se v ní práce i učení. Je to základní socializační a motivační činitel a je základní psychickou potřebou dítěte. Hra je také ukazatel vývojové úrovně dítěte a může být i léčebným prostředkem (Plevová, 2005).

V tomto období jsou aktuální hry volné i hry s pravidly. Mezi volné hry patří hry pohybové a konstrukční, a námětové.

V námětových hrách jde především o reprodukci skutečnosti. To co dítě reprodukuje, však nemusí být přesný obraz skutečnosti, protože si souvislosti a vztahy dle svých představ upravuje. V námětových hrách postupně vznikají pravidla, hra se tedy stává méně individuální. Postupně také oslabuje závislost na hračce, ale zároveň se zvyšuje náročnost na opravdovost hračky (Plevová, 2005).

V průběhu předškolního období se začínají projevovat rozdíly mezi chlapci a děvčaty, což vede k rozdílnosti celkového rázu hrové aktivity. Temperamentové vlastnosti se v chování i ve hře dítěte projevují výrazně, protože zatím nejsou usměrňovány mechanismy sebeovládání. Koncem tohoto období dítě začíná odlišovat práci od hry. Práce začíná být samostatnou specifickou aktivitou a dítě začíná postupně chápat smysl pracovní činnosti. Dožaduje se tuto činnost vykonávat v reálné situaci (Plevová, 2005).

2 Narušená komunikační schopnost

2.1 VYMEZENÍ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Předmětem vědního oboru logopedie je narušená komunikační schopnost. Narušená komunikační schopnost je jedním ze základních termínů současné logopedie, v anglické terminologii se setkáme s termínem „Communicative Disability“ (Klenková, 2006).

Komunikační schopnost můžeme vymezit jako schopnost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech jeho formách, a to s cílem realizování určitého komunikačního záměru. Komplexnost znamená, že komunikační schopnost zahrnuje všechny jazykové roviny a pokud jde o formy, tato schopnost zahrnuje všechny způsoby komunikování (verbální, grafický i neverbální způsob komunikace). Komunikační schopnost člověka je průsečík třech vzájemně se protínajících množin biologických, psychických a sociálních komponentů a tvořící tak bio-psycho-sociální jednotu. Vymezit tzv. normální komunikační schopnost může být někdy velice obtížné, protože se těžko posuzuje hranice normality. (Lechta, 2009).

Definice narušené komunikační schopnosti dle Lechty (2003): „Komunikační schopnost je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik projevů současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku“. Jde o situaci, kdy vysílatel vysílá k příjemci řečový signál, ale při dekódování tohoto signálu působí aktuální projev narušené komunikační schopnosti vysílatele na příjemce interferenčně,

rušivě. Práh uvedeného rušení, interferenční vliv narušené komunikační schopnosti vzhledem ke komunikačnímu záměru mohou být u různých příjemců rozmanité, což komplikuje situaci diagnostika. Situaci totiž ovlivňuje řada objektivních a subjektivních faktorů (Lechta, 2003).

Mezi objektivní faktory řadíme např. odlišnou kodifikaci výslovnosti v různých národních (jazykových) prostředcích. Dále rozlišné, ale ještě objektivně přijatelné variace spisovné výslovnosti některých hlásek daného jazyka a nakonec sem můžeme zařadit i prostředí, protože hodnocení mluvního projevu vysílatele závisí na zvukovém pozadí, jako jsou např. šumy apod. Jako subjektivní faktory můžeme uvést vzdělání, resp. profese příjemce, fyziologické faktory, jako je třeba únava nebo dekoncentrace a nakonec psychologické faktory (nejistota, stydlivost, příp. prvky logofobie) (Lechta, 2003).

2.2 DESET ZÁKLADNÍCH KATEGORIÍ NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

V literatuře a v praxi se užívá klasifikace narušení komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější. Symptomatologická klasifikace dle Lechty (2003), kde dělí narušenou komunikační schopnost do **deseti základních kategorií**, je následující:

1. **Vývojová nemluvnost** (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie)
2. **Získaná orgánová nemluvnost** (afázie)
3. **Získaná psychogenní nemluvnost** (mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus)
4. **Narušení zvuku řeči** (rinolalie, palatolalie)
5. **Narušení fluence řeči** (tumulus sermonis, balbuties)
6. **Narušení článkování řeči** (dyslalie, dysartrie)

7. *Narušení grafické stránky řeči* (poruchy učení)

8. *Symptomatické poruchy řeči* (tyto poruchy vznikají na základě jiného dominantního postižení, např. mentální postižení, dětská mozková obrna, sluchové postižení)

9. *Poruchy hlasu* (dysfonie, afonie)

10. *Kombinované vady a poruchy řeči* (vznikají při kombinaci dvou a více řečových vad, např. dyslalie a balbuties)

(Klenková, 2006)

2.3 JAZYKOVÉ ROVINY

Narušenou komunikační schopnost je nutné vnímat v celé její šíři, to znamená ve všech rovinách jazykových projevů. Rozlišujeme **čtyři základní jazykové roviny**:

2.3.1 Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologie (morphologia) je nauka, která zkoumá a popisuje vnitřní výstavbu slova z morfémů (morfém je nejmenší viditelná systémová jednotka jazyka, je nositelem významu). Nižší jazykovou rovinou než morfologie je fonologie a naopak vyšší jazykovou rovinou je syntax, což je jazyková skladba. Jako nauka se zabývá mluvnickou skladbou vět a souvětí (Dvořák, 2001).

Tuto rovinu můžeme zkoumat od jednoho roku dítěte, když začíná vlastní vývoj řeči. První slova, která dítě užívá, plní funkci vět, tzv. jednoslovné věty. První slova jsou neohebná, neskloňují se ani nečasují. Podstatná jména jsou v 1. pádě, slovesa v infinitivu příp. ve 3. osobě nebo v rozkazovacím způsobu (Klenková, 2006).

V jednom a půl až dvou letech dítě začíná tvořit dvojslovné věty. V období mezi 2. a 3. rokem dítě čím dál více používá přídavná jména a osobní zájmena. Nejpozději začíná používat

číslovky, předložky a spojky. Po 4. roce by dítě mělo užívat všechny slovní druhy. Mezi 2. a 3. rokem začíná skloňovat a začíná užívat jednotné i množné číslo. Mezi 3. a 4. rokem již tvoří souvětí. Po 4. roce by se měla u dítěte zlepšovat gramatická stránka projevu, do čtyř let jde ještě o tzv. fyziologický dysgramatizmus. Jestliže dysgramatizmus přetrvává i po 4. roce, může se jednat o narušený vývoj řeči (Klenková, 2006).

2.3.2 Lexikálně-sémantická rovina

Tato rovina se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem. Zabývá se pasivním i aktivním slovníkem. Okolo 10. měsíce života dítěte se začíná rozvíjet pasivní slovní zásoba. V jednom roce se začíná rozvíjet i aktivní slovní zásoba. V tomto období se vyskytuje hypergeneralizace (slova chápe všeobecně) a hyperdiferenciace (chápe slova jako názvy jediné určité věci či osoby) (Klenková, 2006).

Ve vývoji dítěte zaznamenáváme první a druhý věk otázek. První věk je okolo jednoho roku a dítě se ptá především otázkami „*Co je to?*“, „*Kdo je to?*“, „*Kde je?*“. Druhý věk otázek je okolo 3. roku. Typická otázka tohoto období je „*Proč?*“ případně „*Kdy?*“ (Klenková, 2006).

Okolo jednoho roku věku je slovní zásoba dítěte 5 až 7 slov. Okolo dvou let se slovní zásoba navýší na počet asi 200 slov a u tříletého dítěte je nárůst slovní zásoby až na 1000 slov, což je největší nárůst slovní zásoby za nejkratší časový úsek. Ve čtyřech letech má dítě slovní zásobu asi 1500 slov a před nástupem do školy, to znamená ve věku šesti let, by mělo mít dítě slovní zásobu o 2500 až 3000 slovech (Klenková, 2006).

2.3.3 Foneticko-fonologická rovina

Rozvoji foneticko-fonologické roviny věnují odborníci většinou největší pozornost. Výzkum probíhá u dítěte již brzy po narození, kdy se sleduje dětský křik, broukání a žvatlání, které postupně přechází z pudového žvatlání na žvatlání napodobující (Klenková, 2006).

Vývoj výslovnosti začíná u dítěte brzy po narození a ukončen bývá v 5 až 7 letech věku dítěte. Správný vývoj výslovnosti je ovlivňován řadou faktorů. Jsou to obratnost mluvních orgánů, vyzrálост fonematického sluchu. Roli hrají i společenské faktory jako prostředí dítěte, mluvní vzor, množství řečových a psychických stimulů a v neposlední řadě také úroveň intelektu dítěte (Klenková, 2006).

Hranice věku, kdy se ještě nesprávná výslovnost považuje za fyziologický jev a kdy již za vadu, není odborníky přesně stanovena. Někteří uvádějí hranici 4 let, jiní ji posouvají až na věk 7 let. Všeobecný trend je, aby dítě mělo ukončen vývoj výslovnosti v 5 letech. V případě nesprávné výslovnosti je v tomto věku nezbytné zahájit logopedickou péči, aby při nástupu do základní školy byla výslovnost dítěte již v pořádku (Klenková, 2006).

Fonetika

Název fonetika je odvozen z řeckého slova fóné – hlas, zvuk lidské řeči. Je to nauka o zvukové stránce lidské řeči a o její funkci při mluvení. Předmětem zájmu této nauky je tvoření hlásek, jejich vnímání a užití ve zvukové stavbě jazyka (Klenková, 2006).

Základní stavební jednotkou řeči jsou fonémy, nebo-li hlásky. Fonetika se ale nezabývá pouze těmito základními jednotkami řeči, ale i vyššími zvukovými jednotkami, jako jsou slabiky a slova, i jejich změnami v souvislé řeči. Fonetika také sleduje zvukové úpravy řeči různými modulačními faktory řeči, jako jsou

melodie, tempo, přízvuk a barva hlasu. Zvuky lidské řeči se tvoří mluvními orgány, mezi něž patří ústrojí respirační (dýchací), fonační (hlasové) a ústrojí modifikační (upravující, artikulační) (Klenková, 2006).

Fonetika zkoumá zvuky lidské řeči ze tří hledisek:

- **hledisko jejich tvoření (artikulace)** – fonetický rozbor artikulace jednotlivých hlásek ukazuje, jak pracují jednotlivé části mluvních orgánů. Konkrétně zjišťuje funkci hlasivek při tvoření hlásek, postavení rtů, vzdálenost čelistí (čelistní úhel), účast zubů a tvrdého patra ve styku s různě postaveným jazykem a činnost měkkého patra (Klenková, 2006).
- **hledisko jejich akustických vlastností** – při artikulaci vzniká řada různých zvuků, které se liší svou akustickou podstatou, podle které je pak navzájem rozlišujeme. Tyto zvuky mají totiž různé trvání (kvantitu) a různou barvu (kvalitu) (Klenková, 2006).
- **hledisko jejich realizace v dorozumívacím procesu** – z nesčetných možností tvoření zvuků je využito v jednotlivých jazycích jen omezený počet, konkrétně asi 30 – 40. Při rozboru zvukové struktury konkrétního jazyka se pak fonetika stýká s fonologií (Klenková, 2006)

Fonologie

Termín fonologie je odvozen od slova phonologia. Jedná se o jazykovědný obor, zkoumající využívání a fungování zvukových

signálů v jazyce. Studuje soustavu zvukových prostředků jazyka a jeho systém fonémů a fónů, ale i popis vyšších zvukových rovin. Zkoumá funkce fonémů vzhledem k vyšším složkám jazyka, konkrétně jejich schopnost rozlišovat slova svou přítomností nebo záměnou (Dvořák, 2001).

2.3.4 Pragmatická rovina

Tato rovina se zabývá sociální aplikací, sociálním uplatněním komunikačních schopností do běžné komunikace. Již dítě ve věku dvou až tří let chápe svoji roli komunikačního partnera a dokáže na ni reagovat podle dané situace (Klenková, 2006).

Ve třech letech je u dítěte snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátké rozhovory s dospělými. Ve čtyřech letech dítě již dokáže komunikovat přiměřeně situaci a dochází k intelektualizaci řeči a k regulační funkci řeči, kdy je možné dítě usměrňovat řečí a také dítě samo využívá řeč k regulaci dění okolo něj (Klenková, 2006).

3 Rinolalie

3.1 VYMEZENÍ RINOLALIE

Rinolalie spadá do oblasti narušení komunikační schopnosti. Podle symptomatologické klasifikace NKS podle Lechty (2003) lze rinolalii, společně s palatolalií, zařadit do kategorie narušení zvuku řeči.

U rinolalie se jedná o patologické snížení nebo zvýšení nosovosti v mluvené řeči, která se označuje jako porucha nosní resonance a která se manifestuje jako otevřená, zavřená nebo smíšená huhňavost, nebo-li rinolalie (Kerekrétiová, 2003). Rinolalie je tedy narušení komunikační schopnosti, která postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci (Klenková, 2006).

Zvuk lidského hlasu je podmíněn mírou nazální resonance každého člověka individuálně. Vlivem získaných poškození velofaryngeálního uzávěru nebo vrozenými orgánovými poruchami v orofaryngeální oblasti může dojít ke znatelnému narušení rovnováhy mezi oralitou a nazalitou, nebo-li rovnováhy ústní a nosní resonance. K této poruše dochází tehdy, jestliže se prostory dechové trubice, konkrétně nosohltan a dutina nosní, podílejí na resonanci příliš silně anebo naopak málo. Nosově (s nazální resonancí) se vyslovují pouze hlásky M, N, Ň a zadní N. Zde je zvýšená nosní resonance vytvářena záměrně za účelem zlepšit zvuk řeči a zmenšit napětí svalů hrtanu. V případě, že se u orálních hlásek nazalita zvýší a u nazálních hlásek sníží, dochází k narušení oronazální rovnováhy a tím k poruše zvuku řeči, rinolalii (huhňavosti) (Klenková, 2006).

3.2 VELOFARYNGEÁLNÍ MECHANISMUS

Velofaryngeální mechanismus je důležitý jak z hlediska primárních funkcí, jako je sání či polykání, tak při sekundárních funkcích, při řeči (Klenková, 2006).

Velofaryngeálním, nebo-li patrohltanovým uzávěrem rozumíme všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, které se podílejí na zabezpečení jeho funkcí. Insuficience je nedostatečnost nebo neschopnost orgánu nebo orgánového systému plnit základní funkce (Škodová, Jedlička, 2003).

Pod pojmem velofaryngeální insuficience tedy rozumíme nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, jež se na této funkci podílejí. Konkrétně jde o nemožnost vytvoření správného patrohltanového závěru, a tím nedostatečného oddělení nosní části hltanu (nosohltanu) a dutiny nosní od nižších etáží hltanu, což vede k poruše hlasu (hypernazalitě) a poruše řeči (palatolalii). Důsledkem velofaryngeální insuficience je porucha zvuku řeči, rinolalie (v lékařské terminologii rinofonie). Velofaryngeální insuficience může být vrozená i získaná (Škodová, Jedlička, 2003).

Velofaryngeální insuficience má řadu příčin. Mezi nejčastější příčiny můžeme řadit anatomické a strukturální příčiny, kam patří *orofaciální rozštěpy* (rozštěpy patra, submukózní rozštěpy a vrozené zkrácené patro), *palatofaryngální disproporce* (krátké patro, vývojově zkrácené měkké patro, zjizvené zkrácení předního oblouku po tonzilektomii, poškození po nešetrných operačních výkonech a hluboký nosohltan). Dále *mechanické obstrukce* (tonzily a nepravidelnost ve tvaru a struktuře nosohltanové mandle) a jako poslední, *jiné příčiny* (stav po adenotomii a tonzilektomii, atrofie adenoidní tkáně, stav po maxilofaciálních operacích, stav po operaci tumorů v dutině ústní a stav po úrazech a poraněních hlavy) (Kerekrétiová, 2008).

3.3 DĚLENÍ RINOLALIE

Poruchy nosní resonance můžeme rozdělit do tří skupin:

➤ **Otevřená huhňavost** (hypernazalita, rhinolalia aperta)

Hypernazalitu definujeme jako patologicky zvýšenou nosovost, přebytek podílu nazality na tvorbě hlasu a řeči (Klenková, 2006). Hypernazalita vzniká tehdy, když jsou ústní a nosní dutina z nějakého důvodu spojeny nejen při produkci nosovek (M, N, Ň a zadní N), ale i při tvorbě orálních hlásek, přičemž artikulační proud vzduchu směřuje do nosu místo do úst a tím řeč získává typické nosní zabarvení (Kerekrétiová, 2003).

➤ **Zavřená huhňavost** (hyponazalita, rhinolalia clausa)

Hyponazalitu definujeme jako patologicky sníženou nosovost, nedostatek podílu nazality na tvorbě hlasu a řeči (Klenková, 2006). Zavřená huhňavost vzniká tehdy, když výdechový artikulační proud vzduchu, který je směřován do nosu, nemůže z důvodu zavřeného velofaryngeálního uzávěru nebo překážky v nose nosem volně procházet a získat tak potřebnou nosovost. Z tohoto důvodu zní při hyponazalitě nosovky M, N, Ň jako B, D, Ď (Kerekrétiová, 2003).

➤ **Smíšená huhňavost** (hyper-hyponazalita, rhinolalia mixta)

Smíšená huhňavost se vyskytuje jako kombinace hypernazality na základě velofaryngeální insuficience s hyponazalitou způsobenou organickou překážkou v oblasti nosu. Další formou může být také **střídavá nazalita**, kdy mluvčí bezděčně střídá otevřenou a zavřenou huhňavost (Klenková, 2006).

3.4 ETIOLOGIE RINOLALIE

Etiologie poruch zvuku řeči je různá. Mezi nejzákladnější příčiny Škodová, Jedlička (2003) řadí:

Rozštěpy patra

Rozštěpy vznikají jako vývojová vada nikoli rozštěpením, ale naopak nespojením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí (Škodová, Jedlička, 2003).

Vrozené zkrácené patro

Stav, kdy velum, nebo-li měkké patro, není dostatečně dlouhé na to, aby se mohlo efektivně zúčastnit na vytvoření velofaryngeálního uzávěru (Škodová, Jedlička, 2003).

Obrny měkkého patra

Obrny mohou vznikat jako důsledek cévních mozkových příhod, centrálních poruch (dětské mozkové obrny), poškozením mozku při úraze nebo infekčním onemocněním a nebo jinými příčinami poruch inervace svalů měkkého patra (Škodová, Jedlička, 2003).

Změny anatomických poměrů v hltanové brance

Tyto změny nastávají při enormní hypertrofii krčních mandlí, které mohou bránit správnému tvoření velofaryngeálního uzávěru (Škodová, Jedlička, 2003).

Příčiny otevřené huhňavosti můžeme rozdělit na *orgánové a funkční*. Orgánové příčiny lze ještě dále dělit na příčiny *vrozené a získané*. Mezi *orgánové vrozené defekty* patří např. rozštěpy sekundárního patra včetně submukózních, kongenitálně zkrácené měkké patro, nedostatečný vývoj svalstva měkkého patra, nepravidelný vývoj měkkého patra, patologická činnost

antagonistických svalů měkkého patra nebo také velký epifaryngální prostor. Mezi *orgánové získané příčiny* můžeme zařadit např. oronazální komunikace, poúrazová fistula na patře nebo defekty patra po operacích, neurotická onemocnění a také centrální, periferní a pseudobulbární obrny. Naopak *funkční příčiny* se vyskytují při snížené činnosti svalstva patrohltanového uzávěru u lidí oslabených, dlouhodobě nemocných a motoricky méně obratných. Dále při hysterii, neurózách, mentální retardaci, u neslyšících a nedoslýchavých anebo také při nedbalém mluvním stylu, napodobování nesprávného mluvního vzoru a jako návyk (Kerekrétiová, 2003).

Příčiny zavřené huhňavosti lze rozdělit obdobně jako u huhňavosti otevřené. Dělíme příčiny na *orgánové a funkční*, orgánové dále dělíme na *vrozené a získané*. Mezi *orgánové získané příčiny* řadíme zduření, zhrubnutí sliznice nosu jako důsledek zánětu nosní sliznice při akutní i chronické rýmě. Dále také nádory, cysty, polypy, zvětšená nosní mandle nebo deformace septu po úrazech. Mezi *orgánové vrozené příčiny* patří úzké společné nosní průduchy při deformacích tváře či zakřivená nebo vybočená nosní přepážka. *Funkční hyponazalita* se vyskytuje pouze ojediněle. Může se ale v těchto ojedinělých případech jednat o funkční poruchy svalstva měkkého patra, která způsobuje zvýšenou činnost velofaryngeálního uzávěru (Kerekrétiová, 2003).

Při etiologii rinolalie se u dětí předškolního věku setkáváme i s tzv. příznakovou trojicí. Ta zahrnuje zbytnělou nosní mandli, otevřená ústa (dýchání ústy) společně interdentálním sigmatismem. Všechny tři příznaky se vzájemně ovlivňují (Klenková, 2006).

3.5 DIAGNOSTIKA RINOLALIE

Diagnostika poruch nosní resonance vyžaduje spolupráci odborníků, rodičů dítěte s učiteli a dalšími. Poruchy nosní resonance jsou poměrně snadno diagnostikovatelné, protože jsou změny v resonanci zjevné již při prvním kontaktu s dítětem a poslechu jeho mluvního projevu. Mezi diagnostické prostředky vyšetření nosní resonance řadíme základní vyšetřovací zkoušky, které si může logoped u dítěte provést sám a dále přístrojové vyšetřovací techniky, které vyžadují spolupráci logopeda s medicínskými odborníky (Klenková, 2006).

Významnou součástí vyšetření poruch nosní resonance je také anamnestický rozhovor. Zjišťujeme rodinnou anamnézu, kde lze získat informace o výskytu poruch nosní resonance v rodině dítěte. Důležitá je i specifická anamnéza, dále informace o řečovém, rodinném i školním prostředí a v neposlední řadě zprávy od učitelů a závěry odborných vyšetření (Kerekrétiová, 2003).

K základním vyšetřovacím zkouškám nosní resonance řadíme:

- **Gutzmanova A-I zkouška**

Vyšetřované dítě vícekrát za sebou vyslovuje samohlásky A-I , při tom střídavě mačkáme a uvolňujeme jeho nosní chřípí. Zkouška je pozitivní na výskyt hypernazality tehdy, když je nápadná změna zvuku hlásky I při stlačeném chřípí. Zvuk samohlásky A se nemění. Tato zkouška odhalí pouze otevřenou huhňavost, u zavřené huhňavosti rozdíl neslyšíme (Klenková, 2006).

- **Czermakova zkouška**

Tato zkouška se provádí za pomoci zrcátka nebo kovové destičky přiložené k nosu vyšetřovaného. Pokud se zrcátko zamlží při artikulaci orálních hlásek, jedná se o přítomnost otevřené

huhňavosti (hypernazality). A naopak, nezamlží-li se zrcátko při nosovkách, signalizuje to zavřenou huhňavost (hyponazalitu) (Kerekrétiová, 2003).

- **Zkouška nafouknutí tváří**

Jedná se o zkoušku zjišťující dostatečnost či nedostatečnost patrohltanového uzávěru. Je-li uzávěr dostatečný, dítě je schopno bez problémů nafouknout tváře, foukat, pískat apod. (Kerekrétiová, 2003). Nedaří-li se nafukovat tváře, znamená to, že vzduch uniká nosem a jedná se tedy o velofaryngeální insuficienci (Klenková, 2006).

- **Zkouška otofónem**

Zkouška je založena na sluchovém vnímání dunivých, chrčivých a foukaných zvuků. Jedna olivka otofónu je zasunutá do nosu vyšetřovaného a druhá do ucha vyšetřujícího. Pokud je slyšet u fonace samohlásek U a I šelesty až dunění a u souhlásek S, Š a F chrčivé a foukané zvuky, jedná se o otevřenou huhňavost (Kerekrétiová, 2003).

- **Zkouška velofaryngometrem**

Pomocí velofaryngometru se měří vzdálenost mezi zadním okrajem měkkého patra a zadní stěnou hltanu (Kerekrétiová, 2003).

- **Manometrická zkouška**

Oliva manometru je zasunutá do nosu vyšetřovaného a je spojena gumovou trubicí s manometrem. Vyšetřovaný udržuje vzduchem vyfukovaným ústy sloupec tekutiny na určité výši a přidržuje si při tom nosní chřípí. Zkouška odhalí nedostatečnost patrohltanového uzávěru vyšetřovaného (Klenková, 2006).

- **Spirometrická zkouška**

Zkouška zjišťuje vitální kapacitu plic při stlačeném a volném nosním chřípí. Při dostatečném patrohltnovém uzávěru se kapacita nemění. Naopak při velofaryngeální insuficienci je kapacita plic menší o množství vzduchu, který unikl při uvolněném nosním chřípí z důvodu nedostatečného uzávěru (Klenková, 2006).

- **Schlessingerova zkouška**

Jedná se o diferenciálnědiagnostickou metodu. Zkouška slouží k rozlišení funkční a orgánové příčiny hypernazality. Provádí se vestoje a vleže. Pokud je hypernazalita v obou pozicích neměnná, jedná se o příčinu orgánovou. Zhorší-li se hypernazalita v pozici vestoje, jedná se o příčinu funkční (Kerekrétiová, 2003).

- **Nadoleczkého zkouška otáčení hlavy**

Zkouška se provádí u jednostranné obrny měkkého patra. Otočením hlavy na nepostiženou stranu se hypernazalita zvýší, protože zadní stěna hltanu se vzdaluje od ochrnutého měkkého patra. Při otočení hlavy na stranu postiženou je hypernazalita snížena nebo úplně vymizí (Škodová, Jedlička, 2003).

Přístrojové vyšetřovací techniky k vyšetření poruch nosní resonance:

Tyto techniky jsou objektivnější, ale složitější, obtížněji dostupné a finančně nákladnější než základní vyšetřovací zkoušky. Musí je většinou provádět lékaři a je při tom nutná týmová spolupráce více odborníků.

K přístrojovým vyšetřovacím metodám patří např. ultrazvuk, kefalometrické (telorentgenografické) vyšetření, videofluoroskopické vyšetření, endoskopie, fibroskopická metoda,

rentgenové vyšetření, elektromyografie, sonografická analýza nebo aerodynamická analýza (Klenková, 2006).

3.6 TERAPIE RINOLALIE

Lékařská terapie

Hypernazalita se může objevit např. při enormní hypertrofii tonzil (zvětšení krčních mandlí). Ty mohou bránit správnému velofaryngeálnímu uzávěru. V těchto případech bývá nutný operační zákrok, o kterém rozhodne otolaryngolog nebo foniatr. Foniatr dále sleduje horní cesty dýchací a preventivně se snaží zabránit zánětlivým onemocněním. Důležitá je také, v neposlední řadě, lékařská terapie poruch zvuku řeči s etiologií na organickém podkladě, tedy při rozštěpech patra (Škodová, Jedlička, 2003).

Logopedická terapie

Při terapii poruch nosní resonance je nezbytně nutná spolupráce lékařských i nelékařských oborů.

Terapii zavřené huhňavosti (hyponazality) je nutné zahájit až po lékařském ošetření, to znamená po odstranění primární příčiny huhňavosti. Poté se provádí nácvik dýchání nosem, nácvik správné artikulace nosovek a jejich užití ve slabikách, slovech i v projevu (Klenková, 2006).

U **terapie otevřené huhňavosti** (hypernazality) je nutné se zaměřit na cvičení ke zlepšení směru výdechového proudu vzduchu, usměrňování proudu vzduchu a zvyšování orality. Cvičení na zlepšení hypernazality se zaměřuje na zkvalitnění funkce velofaryngeálního mechanismu, aby se dosáhlo snížení úniku výdechového proudu vzduchu nosem a aby výdechový proud postupoval do dutiny ústní (Klenková, 2006).

Cvičení na zlepšení poruch nosní resonance můžeme rozdělit na pasivní a aktivní. Mezi pasivní cvičení patří napínání měkkého patra elektrostimulací, vyvolání dávivého reflexu, digitální masáže měkkého patra s fonací. Mezi aktivní cvičení řadíme foukání, pískání, sání, pití slámkou, kloktání, zdvihání měkkého patra před zrcadlem. Vhodné cvičení je také zívání (tím dosáhneme zvětšení čelistního úhlu) a polykání. Využít můžeme i hru na indiány (pokřik „a-a-a“) (Klenková, 2006).

Při terapii **smíšené huhňavosti** (hyper-hyponazality) musíme nejprve na základě komplexního vyšetření zjistit, která složka narušení se nejvíce podílí na poruše zvuku řeči a podle toho následně zvolit vhodný způsob a postup terapie (Klenková, 2006).

3.7 PROGNOZA RINOLALIE

➤ **Prognóza otevřené huhňavosti (hypernazality)**

Prognóza při otevřené funkční huhňavosti je dobrá. Po správně zvolené a vedené logopedické péči je možné dosáhnout úplného vymizení potíží (Kerekrétiová, 1990).

Co se týká otevřené orgánové huhňavosti, je prognóza o něco horší než u funkčního typu. Výsledek se odvíjí zejména od úspěšného chirurgického zásahu a neurologické léčby. Je ale možné alespoň částečné zlepšení zvuku řeči (Kerekrétiová, 1990).

➤ **Prognóza zavřené huhňavosti (hyponazality)**

Prognóza hyponazality se odvíjí především od základní příčiny poruchy zvuku řeči a od výsledku lékařského vyšetření. Je velice důležitá dobrá spolupráce logopeda s lékařem a rodiči dítěte. Dobrý

výsledek může také zajistit i vůle, ochota, vytrvalost a inteligence samotného dítěte (Kerekrétiová, 1990).

➤ **Prognóza smíšené huhňavosti (hyper-hyponazality)**

Prognóza hyper-hyponazality může být dobrá v případě včasného lékařského ošetření. To se týká především stavu v nosní dutině a funkcí patrohltanového uzávěru. A v návaznosti na lékařskou péči je nutné zařadit stejně nezbytnou péči logopedickou, která může lékařské ošetření v některých případech i předcházet (Kerekrétiová, 1990).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Vlastní šetření

4.1 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování výskytu rinolalie (huhňavosti) u dětí jedné konkrétní vybrané mateřské školy.

4.2 VÝZKUMNÉ METODY

4.2.1 Dotazník pro rodiče

Jako první výzkumnou metodu jsme použili dotazník. Dotazník lze vymezit jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jedná se o soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba, nebo-li respondent, odpovídá písemně (Chráska, 2007). V dotazníku lze využít několik různých druhů položek. My využili otevřené (nestrukturované) a uzavřené (strukturované) položky. Otevřené, nebo-li nestrukturované položky, nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi. Je určen pouze předmět, ke kterému se mají respondenti vyjádřit a dále nejsou nijak usměrňováni. Nevýhodou nestrukturovaných položek je však tato jejich volnost, která působí obtíže při vyhodnocování dotazníků. Naopak uzavřené (strukturované) položky se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Podle počtu předkládaných odpovědí lze uzavřené položky rozdělit na dichotomické (respondentovi jsou předloženy pouze dvě odpovědi, např. ano – ne) a položky

polytomické (je předkládán větší počet odpovědí než dvě). Hlavní výhodou strukturovaných dotazníkových položek je to, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí (Chrásková, 2007).

Dotazník jsme rozdali celkem třiceti respondentům (rodičům vyšetřovaných dětí). Dotazník (příloha č. 1) se skládal z devíti otázek. Šest otázek bylo uzavřených s možnostmi. Tři otázky byly otevřené, kde rodiče volně vpisovali své odpovědi. U všech uzavřených otázek s danými konkrétními možnostmi byla i možnost, jiná odpověď, která umožňovala vepsání odpovědi v případě, že by rodiči nevyhovovala ani jedna nabízená varianta.

Cílem dotazníku bylo v první řadě získání souhlasu či nesouhlasu rodičů s provedením základních zkoušek zvuku řeči u jejich dítěte. Souhlas či nesouhlas rodičů jsme zjistili pomocí informačního listu (příloha č. 2), který jsme přiložili ke každému dotazníku. Tento list měl rodičům přiblížit důvody provádění tohoto šetření a všechny další informace týkající se zkoušek zvuku řeči, dotazníku a celkové organizace šetření. Samotným dotazníkem jsme se dále snažili zjistit rodinnou anamnézu zaměřenou na odhalení logopedických potíží u členů rodiny a dále jsme zařadili dotazníkové položky zjišťující vybrané otázky ohledně zdravotního stavu dítěte, konkrétně obtíže týkající se horních cest dýchacích a alergií, které mohou způsobovat potíže v horních cestách dýchacích. Dotazník byl také zaměřen na zmapování vývoje řeči u daného dítěte od nejútlejšího věku a na odhalení jiných potíží, které by mohly se vznikem rinolalie souviset. Otázky zjišťovaly výskyt zvětšené nosní mandle u dítěte, časté rýmy, alergie projevující se rýmou nebo jiné dýchací potíže jako astma apod.

4.2.2 Základní zkoušky k vyšetření zvuku řeči

Vyšetření zvuku řeči dětí jsme provedli pomocí tří základních zkoušek na vyšetření zvuku řeči. Byly to Gutzmanova A-I zkouška, Czermakova zkouška a zkouška nafouknutí tváří. Výsledky jednotlivých zkoušek jsme značili do předem připraveného záznamového archu (příloha č. 3).

Gutzmanova A-I zkouška probíhá tak, že dítě vícekrát za sebou vyslovuje samohlásky A I při střídavě stlačených nosních chřípích. Je-li slyšet výrazný rozdíl při fonaci I, je zkouška pozitivní (otevřená huhňavost – hypernazalita). Při zavřené huhňavosti rozdíl slyšet není (Kerekrétiová, 2003).

Jako druhou zkoušku jsme zařadili Czermakovu zkoušku. Zkouška se provádí pomocí malého zrcátka, které se přiloží dítěti pod nos. Míru poruchy nosní resonance určuje míra zamlžení, případně nezamlžení tohoto zrcátka. Nezamlží-li se zrcátko při nosovkách, signalizuje to přítomnost zavřené huhňavosti (hyponazality). Naopak zamlžení při orálách potvrzuje přítomnost otevřené huhňavosti (hypernazality) (Kerekrétiová, 2003). Výslovnost orál i nazál autorka práce s dětmi zkoušela jak na izolovaných hláskách, tak i na konkrétních slovech. U vyšetřování nosovek po mně děti opakovaly izolované hlásky M, N, Ň a zadní N a poté opakovaly slova MAMINKA, NEMÁM, NANUK, MŇAM, MANKA. Při vyšetřování orálních hlásek děti opakovaly hlásky P, B, T, D, Ť, Ď, K, G a slova PEPÍK, BABIČKA, TÁTA, DUDY, TIKÁ, DÍKY, KOKOS, VAGÓN.

Poslední zkouškou, kterou jsme zařadili, byla zkouška nafouknutí tváří. Jedná se o zkoušku zjišťující dostatečnost či nedostatečnost patrohltanového uzávěru. Je-li uzávěr dostatečný, dítě je schopno bez problémů nafouknout tváře, foukat, pískat apod. (Kerekrétiová, 2003).

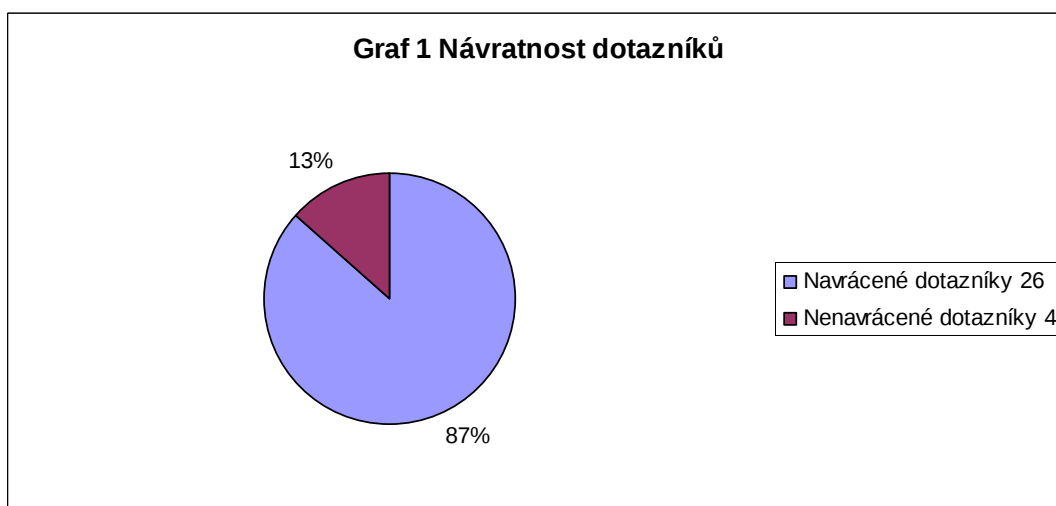
4.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Rodičům vyšetřovaných dětí jsme v průběhu měsíce března 2009 rozdali dotazníky a informační listy (příloha č. 2), které měly vysvětlit, za jakým účelem se bude vyšetření dětí provádět, a také jak a kdy bude samotné vyšetření probíhat. Rodiče jsme tímto také požádali o jejich souhlas s provedením orientačního vyšetření zvuku řeči jejich dítěte a nechali je vyplnit přiložený dotazník.

Mezi rodiče dětí, u kterých jsme chtěli provést orientační vyšetření zvuku řeči, autorka práce rozdala celkem 30 dotazníků. Z nich se zpět vrátilo 26 (87%). Návratnost byla tedy poměrně vysoká, ale rodiče měli většinou problém s dodržením dohodnutého termínu vrácení a dotazník odevzdali i se čtrnáctidenním zpožděním. Někteří rodiče museli být opakovaně vyzýváni a žádáni, aby vyplněné dotazníky vrátili. Údaje týkající se návratnosti dotazníků uvádíme v tabulce 1 a v grafu 1.

Tabulka 1 Návratnost dotazníků

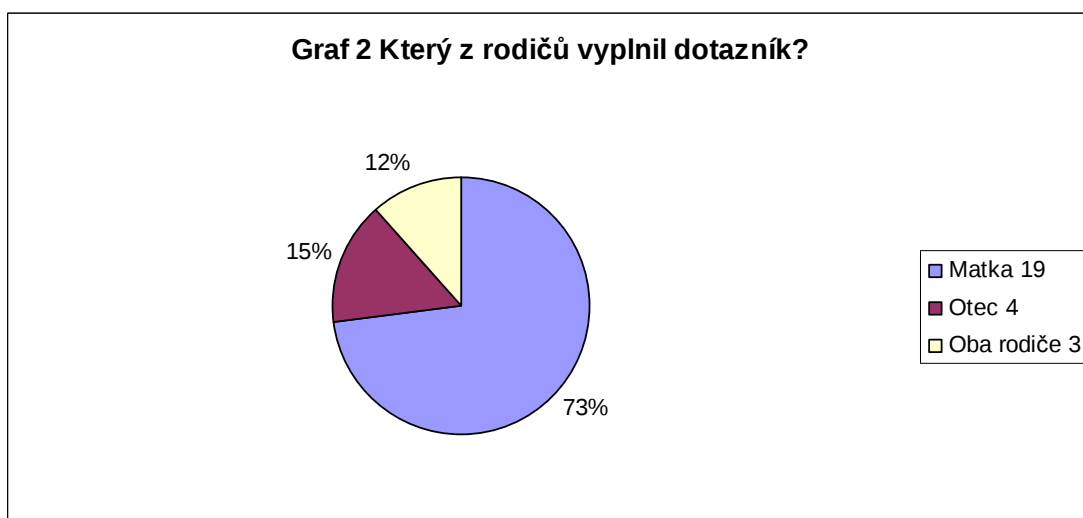
	počet	počet v %
Navracené dotazníky	26	87%
Nenavracené dotazníky	4	13%
Celkem dotazníků	30	100%



Dále jsme zjišťovali, kolik dotazníků vyplnila sama matka dítěte, kolik otec a kolik dotazníků vyplnili oba rodiče společně. Zjistili jsme, že 19 (73%) z celkového počtu navracených 26 dotazníků, vyplnily matky dětí. Pouze 4 (15%) dotazníky vyplnili otcové a oba rodiče vyplnili celkem 3 (12%) dotazníky. Tyto informace jsou zpracovány v následující tabulce číslo 2 a v grafu číslo 2.

Tabulka 2 Který z rodičů vyplnil dotazník?

	počet	počet v %
Matka	19	73%
Otec	4	15%
Oba rodiče	3	12%
Navracené dotazníky	26	100%



Všichni rodiče, kteří vyplnili a vrátili dotazníky, souhlasili s provedením orientačního vyšetření zvuku řeči u jejich dítěte bez výhrad. Očekávali jsme nějaké otázky z řad rodičů ke způsobu a průběhu provedení zkoušky, avšak žádný rodič se na nic nedotazoval. Pouze několik rodičů mělo menší problémy s pochopením zadání některých dotazníkových otázek, které většinou konzultovali s paní učitelkou, když ráno přivedli své dítě do mateřské školy. Na dotazy autorka práce tedy většinou odpovídala zprostředkovaně přes paní učitelku.

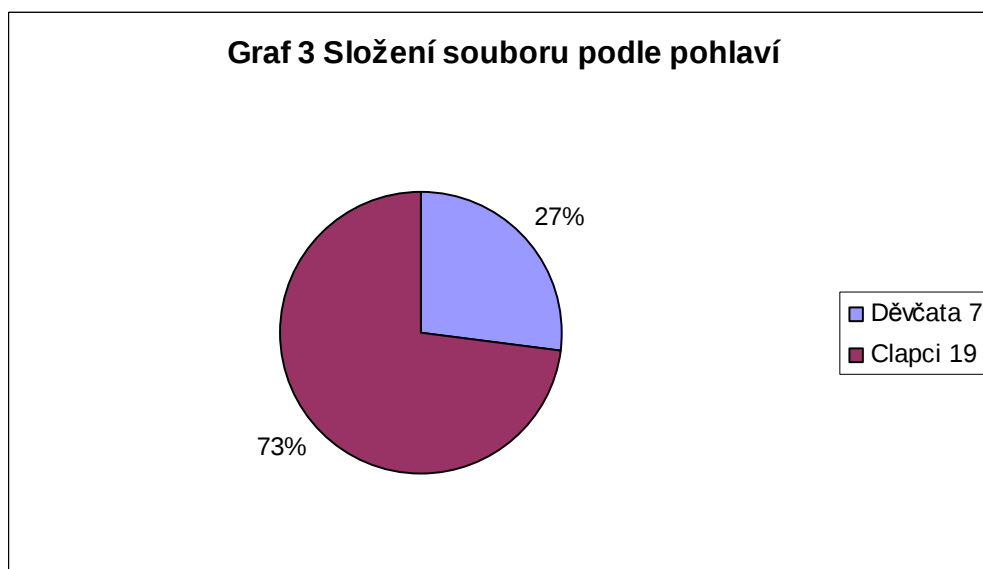
4.4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Šetření bylo provedeno u dětí v mateřské škole běžného typu na Vysočině. V jedné běžné třídě a v jedné logopedické třídě, která je součástí této školy. Celkem bylo vyšetřeno 26 dětí. Složení souboru podle pohlaví je následující. Ve vyšetřované skupině bylo celkem 7 (27%) děvčat a 19 (73%) chlapců. Z celkového počtu 26 dětí bylo 17 (65%) z běžné třídy a 9 (35%) ze třídy logopedické. V logopedické třídě bylo vyšetřeno 5 (56%) chlapců a 4 (44%) děvčata a v běžné třídě bylo vyšetřeno 14 (82%) chlapců a pouze 3 (18%) děvčata. Informace o složení souboru podle pohlaví v obou

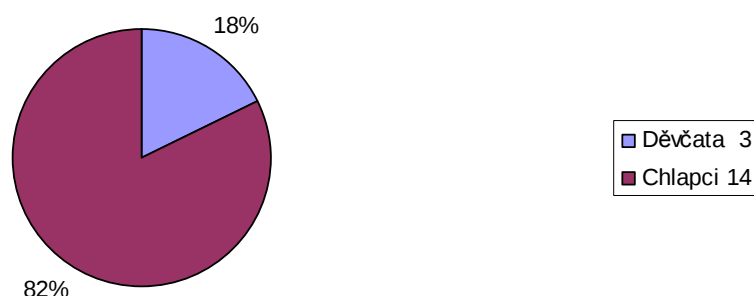
třídách jsou přehledně uspořádané v tabulce číslo 3 a následně v grafech číslo 3, 4 a 5.

Tabulka 3 Složení souboru podle pohlaví

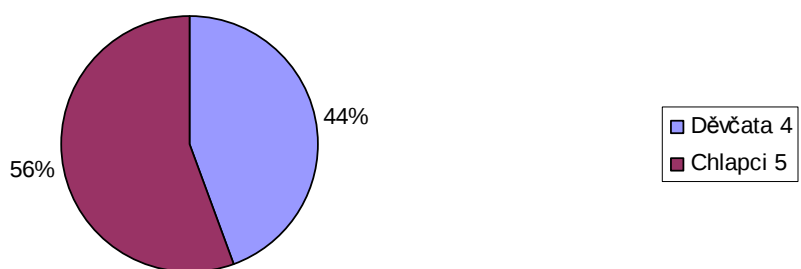
	Obě třídy		Běžná třída		Logopedická třída	
	počet	počet v %	počet	počet v %	počet	počet v %
Děvčata	7	27%	3	18%	4	44%
Chlapci	19	73%	14	82%	5	56%
Celý soubor	26	100%	17	100%	9	100%



Graf 4 Složení souboru podle pohlaví v běžné třídě



Graf 5 Složení souboru podle pohlaví v logopedické třídě



Soubor jsme rozdělili na dvě menší skupiny dle věku vyšetřovaných dětí. Jedna skupina dětí byla ve věkovém rozmezí 3 roky a 8 měsíců až 5 let a 5 měsíců. V tomto rozmezí bylo vyšetřeno 14 (54%) dětí, z toho 4 děvčata a 10 chlapců. Druhá skupina byla ve věku 5 let a 6 měsíců až 7 let a 4 měsíce. V této skupině bylo celkem 12 (46%) dětí, 9 chlapců a 3 dívky.

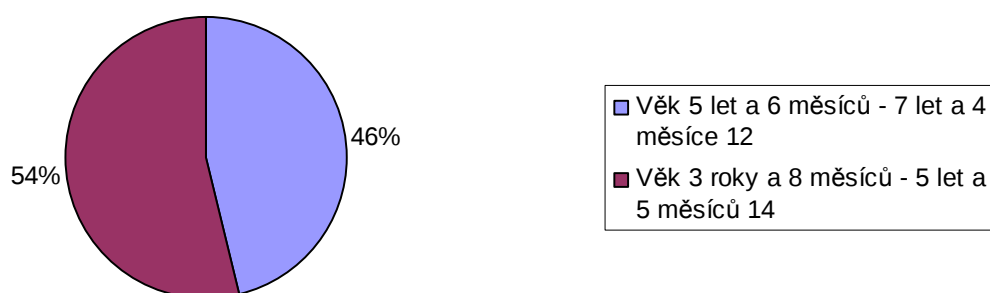
Zjistili jsme, že v běžné třídě je více dětí ve věkovém rozmezí 3 roky a 8 měsíců až 5 let a 5 měsíců, kdežto ve třídě logopedické převažovaly děti starší, ve věkovém rozmezí 5 let a 6 měsíců až 7 let a 4 měsíce. Je to z toho důvodu, že většinou všechny děti s odloženou školní docházkou byly přeřazeny právě do logopedické třídy, kde byl menší počet dětí ve třídě a učitelky měly více

prostoru a možností se těmto dětem věnovat. Celkově však ve sledovaném souboru převažovaly děti mladší, tj. věkové rozmezí 3 roky a 8 měsíců až 5 let a 5 měsíců. Všechny tyto informace jsou přehledně uvedeny v tabulce číslo 4 a následně i v grafech číslo 6, 7 a 8.

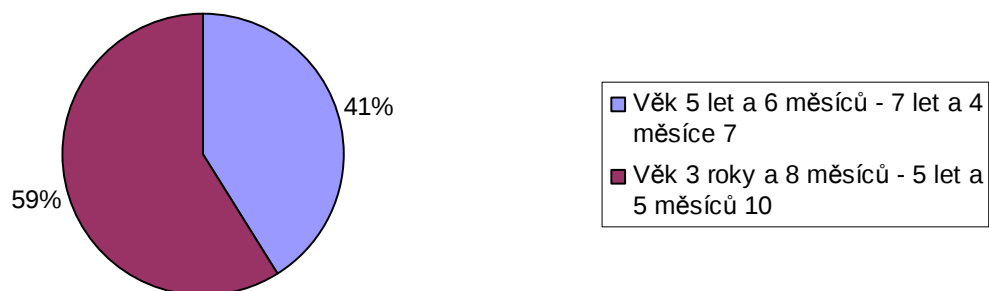
Tabulka 4 Složení souboru podle věku

	Obě třídy		Běžná třída		Logopedická třída	
	počet	počet v %	počet	počet v %	počet	počet v %
Věk 5 let a 6 měsíců – 7 let a 4 měsíce	12	46%	7	41%	6	67%
Věk 3 roky a 8 měsíců – 5 let a 5 měsíců	14	54%	10	59%	3	33%
Celý soubor	26	100%	17	100%	9	100%

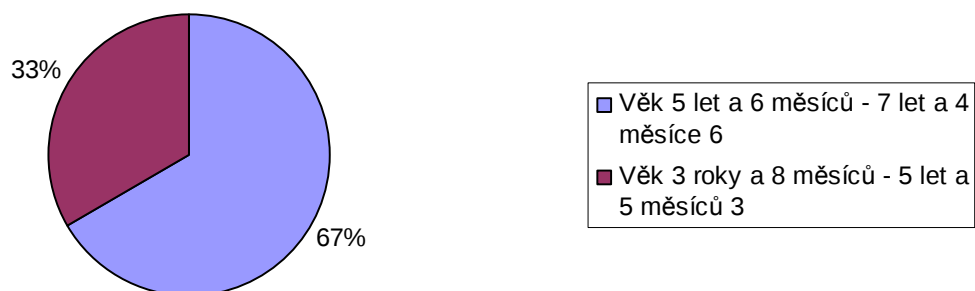
Graf 6 Složení souboru podle věku



Graf 7 Složení souboru podle věku v běžné třídě



Graf 8 Složení souboru podle věku v logopedické třídě



5 Zpracování výsledků

5.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO RODIČE

➤ Dotazníková otázka číslo 1:

**„Navštěvoval někdo z Vaší rodiny v dětství logopedii?
(v případě kladné odpovědi, odpovězte prosím i na druhou otázku)“**

a) ano

b) ne

c) nevím

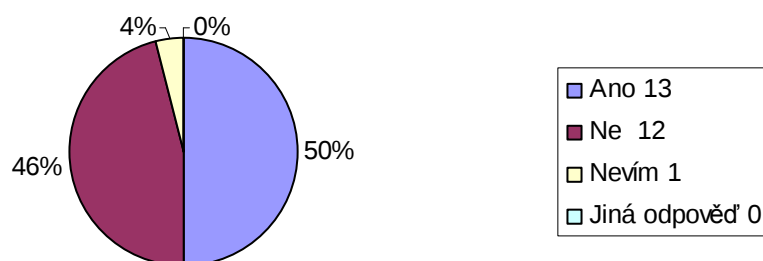
d) jiná odpověď

U této otázky byly odpovědi ANO a NE v téměř stejném poměru. Odpověď **ano**, zvolilo 13 (50%) dotazovaných, odpověď **ne**, zvolilo 12 (46%) dotazovaných, **nevím** odpověděl 1 (4%) dotazovaný a poslední **jinou odpověď** nevybral žádný z dotazovaných rodičů.

Tabulka 5: „Navštěvoval někdo z Vaší rodiny v dětství logopedii?“

	počet	počet v %
Ano	13	50%
Ne	12	46%
Nevím	1	4%
Jiná odpověď	0	0%
Celkem odpovědí	26	100%

Graf 9: „Navštěvoval někdo z Vaší rodiny v dětství logopedii?“



➤ **Dotazníková otázka číslo 2:**

„Jakou vadu řeči měl tento příbuzný diagnostikovanou? Prosím, co nejpřesněji popište, jaké měl řečové problémy.“

Druhá dotazníková otázka navazovala a vztahovala se k otázce číslo 1 a byla otevřená. Rodiče popisovali svými slovy konkrétní potíže logopedického charakteru, které se vyskytly u příbuzných dítěte. Odpovědi uvádíme v následující tabulce číslo 6, kde citujeme odpovědi dotazovaných rodičů, tak jak je sami popsali v dotazníku.

Tabulka 6: „Jakou vadu řeči měl tento příbuzný diagnostikovanou? Prosím, co nejpřesněji popište, jaké měl řečové problémy.“

	počet	počet v %
Žádná vada řeči	13	45%
Opožděný vývoj řeči	3	10%
Zkrácená podjazyková uzdička	1	3%
Potíže s grafomotorikou	1	3%
Dyslalie (patlavost)	3	10%
Špatná výslovnost C, S, Z, R, Ř, L	1	3%
Špatná výslovnost Ř, K	1	3%
Špatná výslovnost L, Č, R, Ř	1	3%
Špatná výslovnost R, Ř	1	3%
Špatná výslovnost Ř	1	3%
Špatná výslovnost R, Ř, D, T	1	3%
Špatná výslovnost Š, Č, Ž	2	7%
Celkem odpovědí	29	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 3:**

„Od kolika let navštěvuje Vaše dítě logopeda? (pokud možno, prosím, napište s přesností na měsíce, např. od 4 let a 8 měsíců)“

Dotazníková otázka číslo 3 byla otevřená. Na tuto otázku nejvíce rodičů odpovědělo, že jejich dítě logopeda nikdy nenavštívilo a nenavštěvuje. Tato odpověď se v dotazníku vyskytla celkem 11 x (42%). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že dítě jednou v životě navštívilo logopeda, ale dále k němu pravidelně nedochází. Takhle odpověděli 4 (15%) dotazovaní rodiče. Další odpovědi se vyskytovaly většinou vždy jen 1 x (viz tabulka 7). Pouze věk **4 roky** a věk **5 let a 2 měsíce** uvedli shodně vždy dva rodiče najednou, nezávisle na sobě. Zajímavé u této otázky byla

odpověď rodičů, že jejich dítě uskutečnilo svoji první návštěvu u logopeda již ve věku 2 let a 1 měsíce a ve věku 3 let. V tomto věku je ještě zpravidla na první návštěvu brzy a vyskytnou-li se řečové obtíže, bývají ještě fyziologického charakteru.

Tabulka 7: „Od kolika let navštěvuje Vaše dítě logopeda?“

	počet	počet v %
Nenavštěvuje logopeda	11	42%
Uskutečněna 1 návštěva	4	15%
Od 2 let a 1 měsíce	1	4%
Od 3 let	1	4%
Od 3 let a 3 měsíců	1	4%
Od 3 let a 9 měsíců	1	4%
Od 4 let	2	8%
Od 4 let a 1 měsíce	1	4%
Od 4 let a 4 měsíců	1	4%
Od 5 let a 2 měsíců	2	8%
Od 6 let a 6 měsíců	1	4%
Celkem odpovědí	26	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 4:**

„Jaký je důvod pobytu Vašeho dítěte v logopedické třídě mateřské školy?“

- a) opožděný vývoj řeči**
- b) poruchy plynulosti řeči**
- c) poruchy výslovnosti**
- d) problémy s grafomotorikou**
- e) jiné problémy**

U dotazníkové otázky číslo 4 byl celkový počet označených odpovědí 31 i přesto, že vyšetřovaných dětí bylo pouze 26. Je to

z toho důvodu, že někteří rodiče označili u svého dítěte více problémů, které jsou důvodem jeho pobytu v logopedické třídě. Tato otázka se vztahovala především k dětem navštěvující logopedickou třídu. Rodiče dětí z běžné třídy zde vpisovali k možnosti jiné problémy odpověď, že jejich dítě je bez problémů a navštěvuje běžnou třídu mateřské školy. Nejvíce označovaná byla tedy možnost **jiné problémy**, kde byly vypsány tři různé odpovědi. První byla již zmiňovaná odpověď, že je dítě bez potíží a navštěvuje běžnou třídu mateřské školy, objevila se 16 x (52%). Druhá odpověď v kategorii jiné problémy byla ta, že dítě trpí poruchou autistického spektra, 1 x (3%) a třetí uvedená varianta byla, že dítě má diagnostikované ADHD, 1 x (3%).

Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla možnost **poruchy výslovnosti**, kterou označilo 6 (19%) rodičů. Další možnost byla **opožděný vývoj řeči** a ta byla označena 4 x (13%). Pouze 3 x (10%) rodiče zvolili možnost **problémy s grafomotorikou**. A poslední možnost **poruchy plynulosti řeči** nebyla označena žádným dotazovaným rodičem.

Tabulka 8: „*Jaký je důvod pobytu Vašeho dítěte v logopedické třídě mateřské školy?*“

		počet	počet v %
Opožděný vývoj řeči		4	13%
Poruchy plynulosti řeči		0	0%
Poruchy výslovnosti		6	19%
Problémy s grafomotorikou		3	10%
Jiné problémy	Navštěvuje běžnou třídu – je bez potíží	16	52%
	Poruchy autistického spektra	1	3%
	ADHD	1	3%
Celkem odpovědí		31	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 5:**

„Podstoupilo Vaše dítě adenotomii (seříznutí nosní mandle)?“

a) ano 1 x

b) ano 2 x

c) ne

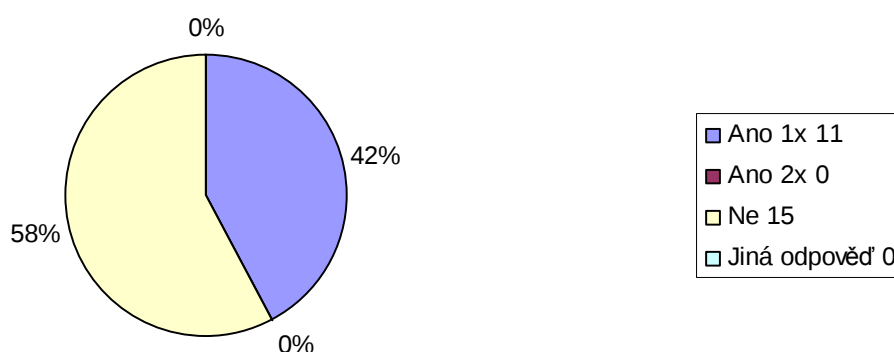
d) jiná odpověď

Na tuto dotazníkovou otázku odpovědělo 15 (58%) rodičů, že jejich dítě nikdy adenotomii nepodstoupilo. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost **ano 1 x** dítě podstoupilo adenotomii, kterou zakroužkovalo celkem 11 (42%) dotazovaných rodičů. Zbylé dvě možnosti, **ano 2 x** dítě podstoupilo adenotomii a **jiná odpověď**, nebyly vybrány ani jedním dotazovaným rodičem.

Tabulka 9: „Podstoupilo Vaše dítě adenotomii?“

	počet	počet v %
Ano 1 x	11	42%
Ano 2 x	0	0%
Ne	15	58%
Jiná odpověď	0	0%
Celkem odpovědí	26	100%

Graf 10: „Podstoupilo Vaše dítě adenotomii?“



➤ **Dotazníková otázka číslo 6:**

„Mívá Vaše dítě rýmu:“

- a) přibližně 1 x měsíčně**
- b) 1 x za čtvrt roku**
- c) 1 x za půl roku**
- d) 1 x ročně**
- e) chronickou, téměř trvale celý rok**
- f) jiná odpověď**

Rodiči nejčastěji volená odpověď byla možnost **1 x za půl roku**, vybralo ji celkem 11 (42%) dotazovaných. Téměř stejně často volená byla možnost **1 x za čtvrt roku**, kterou vybralo 10 (38%) rodičů a 3 (12%) dotazovaní vybrali možnost **přibližně 1 x měsíčně**. Pouze jeden (4%) rodič označil možnost **chronickou, téměř trvale celý rok** a také variantu **jiná odpověď** vybral jen jeden (4%) dotazovaný, který k této možnosti připsal, že dítě trpí rýmou často v zimním období, kdežto v létě se u něj rýma vůbec nevyskytuje. Poslední možná varianta byla **1 x ročně**, ale tu nevybral žádný z dotazovaných rodičů.

Tabulka 10: „Mívá vaše dítě rýmu:“

		počet	počet v%
Přibližně 1 x měsíčně		3	12%
1 x za čtvrt roku		10	38%
1 x za půl roku		11	42%
1 x za rok		0	0%
Chronickou, téměř trvale celý rok		1	4%
Jiná odpověď	V zimě ano, v létě ne	1	4%
Celkem odpovědí		26	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 7:**

**„Má Vaše dítě alergie projevující se rýmou? V případě
kladné odpovědi, prosím, vypište, jaké alergie vaše dítě má.“**

Dotazníková položka číslo 7 byla určena pro volné vpisování odpovědí. Rodiče měli co nejpodrobněji popsat alergie a různé dýchací potíže spojené se vznikem rýmy a zhoršeným dýcháním, které se objevují u jejich dítěte. Rodiče nejvíce odpovídali, že jejich dítě žádné takové potíže nemá. Celkem 24 (80%) z 26 dotázaných takto odpovědělo. Rodiče zbylých dvou dětí uvedli stávající obtíže (viz tabulka 11). Jedno dítě (chlapec), podle odpovědi v dotazníku, trpí astmatem. Druhý zmíněný trpí astmatem, sníženou imunitou a všemi níže uvedenými alergiiemi.

Tabulka 11: „Mívá Vaše dítě alergie projevující se rýmou?

V případě kladné odpovědi, prosím, vyplňte, jaké alergie Vaše dítě má.“

	počet	počet v %
Dítě netrpí alergiemi	24	80%
Alergie na pyl	1	3%
Alergie na roztoče	1	3%
Alergie na prach	1	3%
Snížená imunita	1	3%
Astma	2	7%
Celkem odpovědí	30	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 8:**

„Užívá Vaše dítě dlouhodobě nějaký(é) lék(y) na alergie projevující se rýmou? Napište, prosím, název léku, který dítě užívá.“

a) ano, užívá tento lék(y)

b) ne

U předposlední, 8. dotazníkové otázky odpovídali rodiče, v návaznosti na předchozí otázku, nejčastěji, že jejich dítě žádné léky na alergie neužívá. Celkem takto odpovědělo 23 (77%) dotázaných rodičů. Rodiče zbylých tří dětí uvedli následující léky (viz tabulka 12). Jeden z rodičů neuvedl žádnou alergii dítěte u položky číslo 7, ale zároveň uvedl lék, který dítě užívá. To následně vysvětlil v dotazníku poznámkou, že u dítěte ještě lékař nediagnostikoval žádnou konkrétní alergii, ale na obtíže, se kterými k lékaři přišli, dítěti předepsal lék, který zde rodič uvádí.

Tabulka 12: „Užívá Vaše dítě dlouhodobě nějaký(é) lék(y) na alergie projevující se rýmou? Napište, prosím, název léku, který dítě užívá.“

		počet	počet v %
Ne		23	77%
Ano užívá tento lék	Seredite inhaler	2	7%
	Luviac	1	3%
	Aerius	2	7%
	Xyzal	1	3%
	Cromohexal	1	3%
Celkem odpovědí		30	100%

➤ **Dotazníková otázka číslo 9:**

„Užívá Vaše dítě léky, uvedené v otázce číslo 8:“

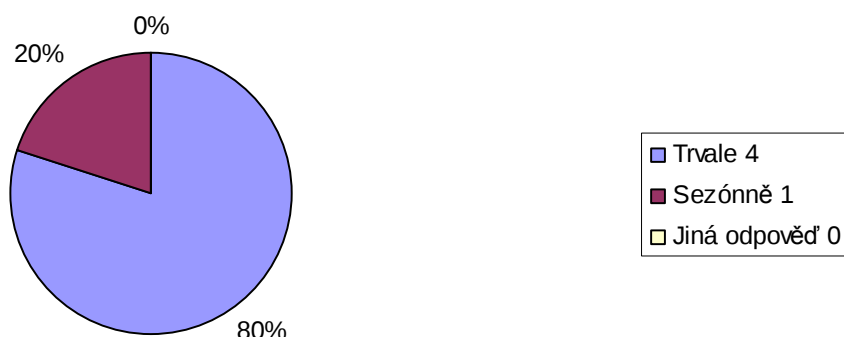
- a) **trvale**
- b) **sezónně**
- c) **jiná odpověď**

Otázka číslo 9 souvisí a navazuje na otázku číslo 8. Proto se u této položky objevilo pouze 5 odpovědí. Možnost **trvale** byla zvolena celkem 4 x (80%) a možnost **sezónně** byla vybrána 1 x (20%) dotazovanými rodiči. Možnost **jiná odpověď** nevybral žádný z rodičů.

Tabulka 13: „Užívá Vaše dítě léky, uvedené v otázce číslo 8:“

	počet	počet v %
Trvale	4	80%
Sezónně	1	20%
Jiná odpověď	0	0%
Celkem odpovědí	5	100%

Graf 11: „Užívá Vaše dítě léky, uvedené v otázce č. 8:“

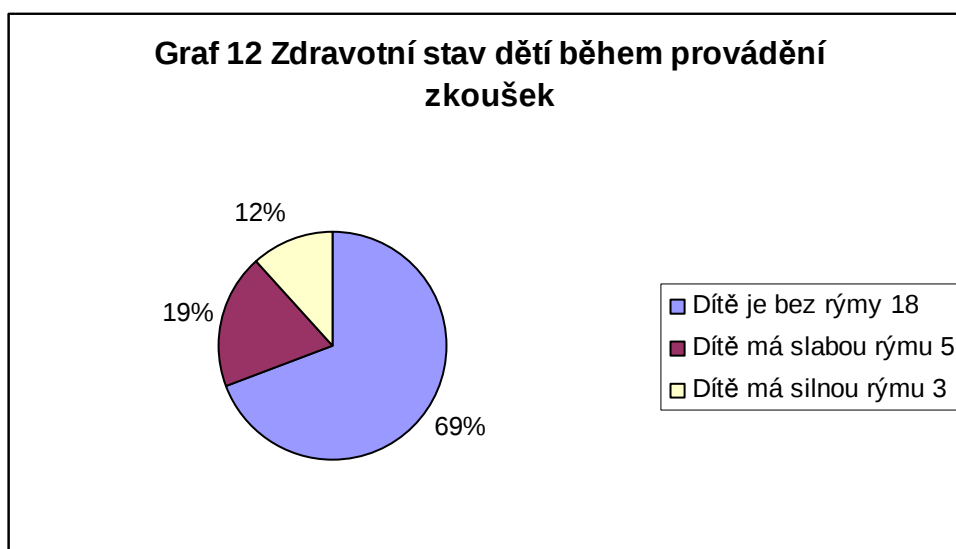


5.2 VYHODNOCENÍ ZKOUŠEK ZVUKU ŘEČI

Před provedením zkoušek bylo nutné zjistit, zda-li má dítě rýmu. Rýma může výsledek těchto zkoušek zásadně změnit. Zjištění bylo takové, že celkem 18 dětí bylo zcela zdravých, 5 dětí mělo slabou rýmu a 3 děti měly během provádění zkoušek rýmu silnou, ale i přesto jsme u nich zkoušky zvuku řeči provedli.

Tabulka 14 Zdravotní stav dětí během provádění zkoušek:

	počet	počet v %
Dítě je bez rýmy	18	69%
Dítě má slabou rýmu	5	19%
Dítě má silnou rýmu	3	12%
Celý soubor	26	100%



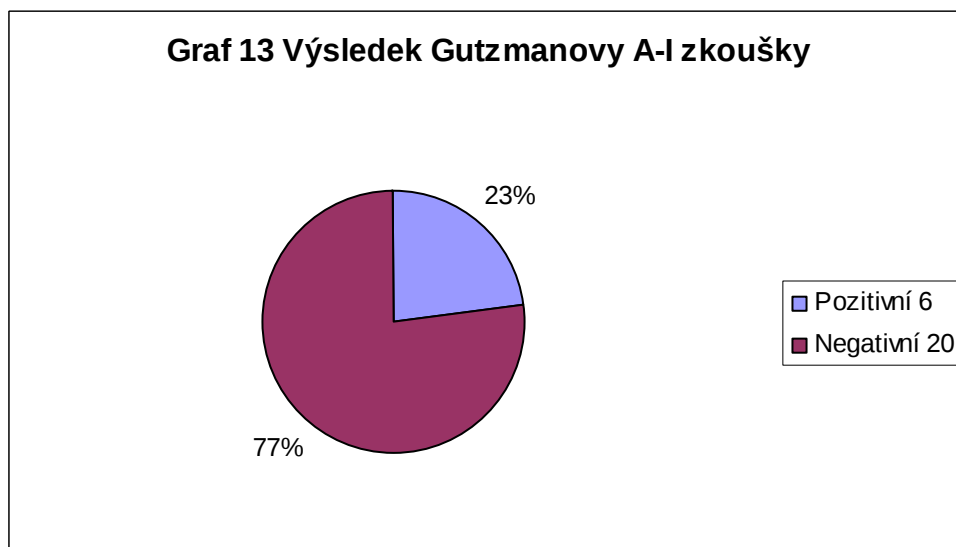
5.2.1 Gutzmanova A-I zkouška

Gutzmanovu A-I zkoušku jsem prováděla s každým dítětem vždy jako první v pořadí. Děti s průběhem této zkoušky neměly žádné větší potíže. Pouze jeden chlapec, u něhož byl diagnostikován autismus, si ode mne nechtěl nechat sáhnout na nos. Zkoušku nakonec provedla jeho paní asistentka, na kterou byl již dlouho zvyklý a nechal si od ní nosní chřípí stlačit. Někdy jsem při provádění této zkoušky měla menší potíže s rozpoznáním, zda-li se už jedná o pozitivní výsledek nebo ještě negativní. Změna I, při vyslovování samohlásek A-I byla někdy velmi nepatrná.

Konečný výsledek této zkoušky u všech vyšetřovaných je 6 (23%) dětí pozitivní. Znamená to tedy, že se u těchto dětí vyskytovala otevřená huhňavost (hypernazalita). U zbylých dvaceti dětí (77%) byla zkouška negativní. To znamená buď nepřítomnost žádného typu huhňavosti nebo také možnost přítomnosti zavřené huhňavosti (hyponazality), kterou tato zkouška neodhalí. Proto je nutné při zjišťování poruch nosní resonance provést více zkoušek a získané výsledky porovnat. Výsledky Gutzmanovy A-I zkoušky jsou přehledně zpracované v následující tabulce číslo 15 a v grafu číslo 13.

Tabulka 15 Výsledek Gutzmanovy A-I zkoušky:

	počet	počet v %
Pozitivní	6	23%
Negativní	20	77%
Celý soubor	26	100%



5.2.2 Czermakova zkouška

Jako druhá v pořadí byla Czermakova zkouška. Zkoušku jsem opět provedla u všech dětí, ale u jednoho chlapce ji nebylo možné provést s přesným výsledkem. Chlapec měl totiž velkou vadu výslovnosti. Nesprávně vyslovoval téměř všechny hlásky. Přitom, ale neměl diagnostikovanou žádnou vadu, z toho důvodu, že maminka neustále oddalovala návštěvu logopeda. Zmiňovaný chlapec měl v mateřské škole také svého bratra. Ten měl sice také problémy s výslovností, ale ne v takovém rozsahu, takže jsem u něj zkoušku provedla. U ostatních dětí nebyl s prováděním této zkoušky žádný větší problém.

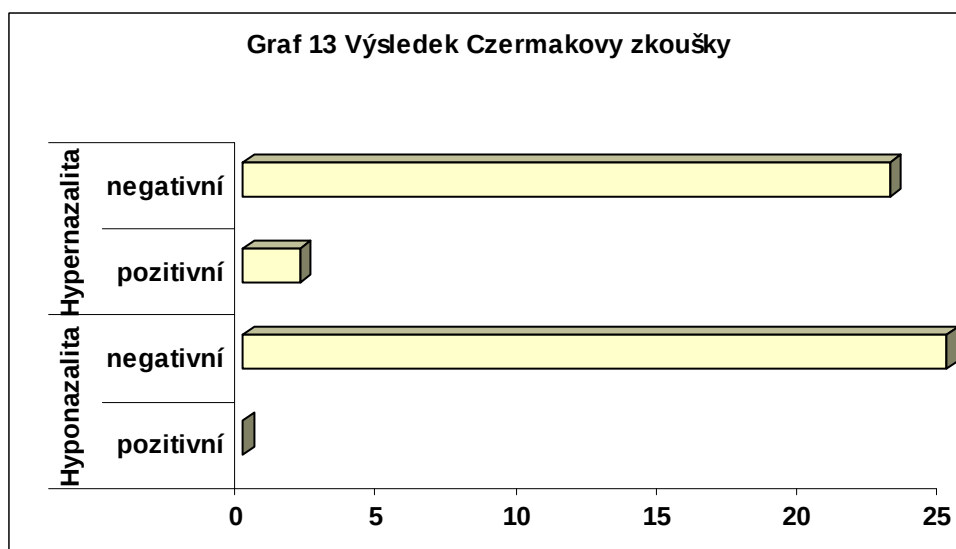
Výsledek této zkoušky byl následující. Při vyšetřování nosovek (nazálních hlásek) byl následující závěr. Hyponazalita, tedy pozitivní výsledek zkoušky, nebyla prokázána ani u jednoho dítěte. Naopak negativní výsledek byl u všech 25 (100%) vyšetřených dětí.

Při vyšetřování orálů, kde byla zjišťována hypernazalita, byly pozitivní 2 (8%) děti a ostatních 23 (92%) dětí bylo na výskyt hypernazality negativní. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce číslo 15 a následně i v grafu číslo 13.

U této zkoušky je nutno také uvést, stejně jako u Gutzmanovy A-I zkoušky, že při provádění nebyly výsledky vždy jednoznačně jasné. V některých případech jsem si nebyla zcela jistá, zda se jedná již o výsledek pozitivní či ještě negativní.

Tabulka 15 Výsledek Czermakovy zkoušky:

		počet	počet v %
Hypernazalita (při vyslovování orálních hlásek)	pozitivní	2	8%
	negativní	23	92%
Hyponazalita (při vyslovování nazálních hlásek)	pozitivní	0	0%
	negativní	25	100%
Celý soubor		25	100%



5.2.3 Zkouška nafouknutí tváří

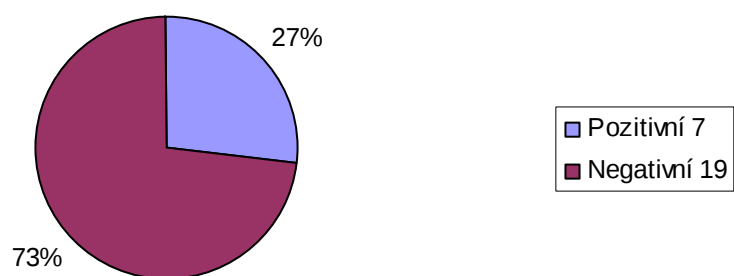
Zkouška nafouknutí tváří byla zařazena v pořadí jako poslední. Při provádění této zkoušky jsem zjistila, že nafouknutí tváří dětem způsobuje větší problémy, než jsem předpokládala. Celkem 7 (27%) dětí vůbec nedokázalo tváře nafouknout a vzduch v ústech udržet, což znamená, že u nich byla zkouška pozitivní. To svědčí o nedostatečnosti jejich velofaryngeálního uzávěru, který je důležitý nejen z hlediska primárních životních funkcí jako je sání či polykání, ale při sekundárních funkcích, při řeči. Nedostatečnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, které se na funkci podílejí, je nazývána velofaryngeální insuficiencí (Klenková, 2006).

Některé děti zpočátku nevěděly, jak nafouknutí tváří provést. Když jsem jim to však názorně předvedla, tak pochopily, jak to udělat a tváře nafoukly. S foukáním neměl problémy téměř nikdo, ale pískat uměli pouze 4 chlapci z celkového počtu vyšetřovaných dětí. Zbýlých 19 (73%) dětí dokázalo tváře nafouknout a vzduch v nich udržet, zkouška u nich byla negativní. Informace o tom, u kolika dětí byla zkouška nafouknutí tváří pozitivní a u kolika negativní je zpracováno v následující tabulce číslo 16 a v grafu číslo 14.

Tabulka 16 Výsledek zkoušky nafouknutí tváří:

	počet	počet v %
Pozitivní	7	27%
Negativní	19	73%
Celý soubor	26	100%

Graf 14 Výsledek zkoušky nafouknutí tváří



6 Shrnutí výsledků základních zkoušek vyšetření zvuku řeči

Po provedení všech tří zkoušek vyšetření zvuku řeči, jsme vyvodili následující závěr. Zavřená huhňavost, nebo-li hyponazalita (rhinolalia clausa), která byla zjišťována především Czermakovou zkouškou, nebyla odhalena ani u jednoho dítěte, ale je nutné zmínit, že u některých dětí nebyl výsledek zkoušky zcela zřetelný. Proto se nedalo v některých případech jednoznačně určit, zda se jedná již o výsledek pozitivní či ještě negativní. Naopak otevřená huhňavost, nebo-li hypernazalita (rhinolalia aperta) se prokazatelně vyskytovala u 6 – 7 dětí z celkového souboru 26 vyšetřených. Gutzmanova A-I zkouška odhalila 6 dětí s otevřenou huhňavostí (hypernazalitou), ale u některých dětí, stejně jako u Czermakovy zkoušky, nebyl výsledek při této zkoušce tak zřetelně jasný. Změna fonace I při vyslovování samohlásek A-I u nich nebyla tolik výrazná. Ale zkouška nafouknutí tváří, která odhalila 7 dětí s nedostatečnou funkcí velofaryngeálního mechanismu, nám naznačuje, že by se mohlo jednat právě o děti s otevřenou huhňavostí (hypernazalitou), kterou jsme zjistili z výsledku Gutzmanovy A-I zkoušky.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování situace výskytu rinolalie u dětí předškolního věku v jedné vybrané mateřské škole běžného typu.

Toto zmapování jsme provedli za pomoci dvou vyšetřovacích metod. První zvolená metoda byl dotazník pro rodiče, zjišťující vybrané otázky z osobní a částečně rodinné anamnézy dítěte. Jako druhou metodu jsme zvolili tři základní, orientační vyšetřovací zkoušky na zjištění rinolalie. Jednalo se konkrétně o Gutzmanovu A-I zkoušku, Czermakovu zkoušku a zkoušku nafouknutí tváří. Vyšetření jsme provedli celkem u dvaceti šesti dětí ze dvou tříd mateřské školy. Devět dětí bylo ze třídy logopedické a sedmnáct dětí ze třídy běžného typu. Tyto děti byly ve věkovém rozmezí 3 roky a 8 měsíců až 7 let a 4 měsíce.

Po zpracování výsledků dotazníků pro rodiče i výsledků zkoušek rinolalie jsme došli k celkovému závěru, že situace na vybrané mateřské škole je uspokojivá. Z celkového souboru 26 dětí se hyponazalita neprokázala u žádného dítěte a hypernazalita byla odhalena pouze u 6 dětí, ale výsledek nebyl u všech šesti dětí zcela zřetelně jasný.

I když toto výzkumné šetření neodhalilo závažné výsledky ve výskytu rinolalie u dětí předškolního věku sledovaného souboru, jsme si vědomi, že se nejedná o zanedbatelnou ani banální záležitost. Právě naopak se jedná o poruchu komunikační schopnosti, která by se neměla v žádném případě zlehčovat a rodiče by měli při pochybnostech o správném vývoji řeči jejich dítěte neodkladně navštívit odborníka, pediatra, specializované lékaře jako např. otorinolaryngologa, foniatra či vyhledat logopeda. Jako každá porucha komunikační schopnosti by se i rinolalie měla odstranit co nejdříve, a právě předškolní věk je pro odhalení a započetí logopedické péče ten nejvhodnější. Proto je tolik

důležité rozšířit informovanost o tomto problému jak mezi rodiče dětí předškolního věku, tak i mezi učitele mateřských škol a tím zajistit včasné odhalení této narušené komunikační schopnosti a zároveň započetí včasné logopedické intervence, v případě potřeby i lékařské péče.

Seznam literatury

ALLEN, K. E.; MAROTZ, L. R. Předškolák. In ALLEN, K. E.; MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 3. vydání. Praha : Portál, 2008. s. 99-126. ISBN 978-80-7367-421-2.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou : Logopaedia clinica, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

HOLOUŠOVÁ, D. KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Dotisk 2. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-1237-3.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Rinolália. In LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitórium*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 129-149. ISBN 80-08-000447-9.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Příčiny velofaryngální dysfunkce a palatolalie. In KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. 1. vydání. Praha : Grada publishing, 2008. s. 22-40. ISBN 978-80-247-2264-1.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha : Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. Základné poznatky o logopédii. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. 1. vydání. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2009. s. 15-32. ISBN 978-80-223-2574-5.

PLEVOVÁ, I. Období předškolního věku. In ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Dotisk 2. nezměněné vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. s. 68-72. ISBN 80-244-0629-2.

ŘÍČAN, P. Kouzelný svět předškoláka. In ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha : Portál, 2004. s.119-143. ISBN 80-7178-829-5.

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

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče

Příloha č. 2 – Formulář pro rodiče

Příloha č. 3 – Záznamový arch z vyšetření základními zkouškami
zvuku řeči

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník pro rodiče

1. Navštěvoval někdo z Vaší rodiny v dětství logopedii? (v případě kladné odpovědi, odpovězte prosím i na druhou otázku)

a) ano

b) ne

c) nevím

d) jiná odpověď.....

2. Jakou vadu řeči měl tento příbuzný diagnostikovanou? Prosím, co nejpřesněji popište, jaké měl řečové problémy.

3. Od kolika let navštěvuje Vaše dítě logopeda? (pokud možno, prosím, napište s přesností na měsíce, např. od 4 let a 8 měsíců)

4. Jaký je důvod pobytu vašeho dítěte v logopedické třídě mateřské školy?

a) opožděný vývoj řeči

b) poruchy plynulosti řeči

c) poruchy výslovnosti

d) problémy s grafomotorikou

e) jiné problémy.....

5. Podstoupilo Vaše dítě adenotomii (seříznutí nosní mandle)?

e) ano 1x

f) ano 2x

g) ne

h) jiná odpověď.....

6. Mívá Vaše dítě rýmu:

- a) přibližně 1x měsíčně
- b) 1x za čtvrt roku
- c) 1x za půl roku
- d) 1x ročně
- e) chronickou, téměř trvale celý rok
- f) jiná odpověď.....

7. Má Vaše dítě alergie projevující se rýmou? V případě kladné odpovědi, prosím, napište, jaké alergie Vaše dítě má.

8. Užívá Vaše dítě dlouhodobě nějaký lék(y) na alergie projevující se rýmou? Napište, prosím, název léku, který dítě užívá.

- a) ano, užívá tento lék(y).....
- b) ne

9. Užívá Vaše dítě léky, uvedené v otázce číslo 8:

- a) trvale
- b) sezónně
- c) jiná odpověď.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Pavlína Gorelová

Příloha č. 2 Formulář pro rodiče

Pavčina Gorelová
Studentka druhého ročníku oboru speciální pedagogika předškolního věku
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
E-mail: PavčinaGorelova@seznam.cz

V Moravských Budějovicích, 20. ledna 2009

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a v současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Dítě s rinolálií v mateřské škole“. Velmi by mi pomohlo, kdybych mohla spolupracovat s Vaším dítětem. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následných sdělení, případně o vyplnění přiloženého dotazníku.

Veškeré mnou zjištěné údaje o Vašem dítěti budou udrženy v anonymitě a nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě. Údaje budou použity pouze pro účely vypracování uvedené bakalářské práce.

1. sdělení

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM s orientačním vyšetřením zvuku řeči (projevů rinolálie – huhňavosti) u mého syna / dcery v rámci uvedené bakalářské práce. Vyšetření bude probíhat v termínu od 1. března 2009 do 30. června 2009 a bude ho provádět autorka práce Pavčina Gorelová.

2. sdělení

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM se sběrem nezbytných údajů o mém synovi / dceři, které budou zjištěny dotazníkem pro rodiče a nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě.

Jméno syna / dcery

Datum narození

Bydliště

Podpis rodičů (zákonných zástupců)

Vaše případné dotazy mi můžete zaslat prostřednictvím e – mailu. Vyplněný formulář a dotazník, prosím, odevzdejte třídní učitelce Vašeho dítěte v mateřské škole, případně autorce bakalářské práce Pavčině Gorelové.

Formulář, prosím, odevzdejte do

Děkuji Vám za spolupráci.

Pavčina Gorelová

Příloha č. 3 Záznamový arch z vyšetření základními zkouškami zvuku řeči

Jméno a příjmení: Datum vyšetření:.....

Datum narození: Věk:let.....měsíců

Poznámky:

.....

.....

Základní vyšetřovací zkoušky:

1. Gutzmanova zkouška A – I

Dítě vícekrát za sebou vyslovuje A I při střídavě stlačených nosních chřípích, je-li slyšet výrazný rozdíl při fonaci I, je zkouška pozitivní (otevřená huhňavost - hypernazalita). Při zavřené huhňavosti rozdíl slyšet není.

Pozitivní - negativní

2. Czermakova zkouška zamlžení

Zkouška se provádí pomocí zrcadla přiloženého pod nosem dítěte. Nezamlží-li se zrcátko při nosovkách, signalizuje to přítomnost zavřené huhňavosti (hyponazality). Zamlžení při orálech potvrzuje přítomnost otevřené huhňavosti (hypernazality).

a) Nosovky – izolované hlásky (M, N, Ň, zadní N)

- slova (MAMINKA, NEMÁM, NANUK, MŇAM, MANKA)

Pozitivní – negativní

b) Orály – izolované hlásky (P, B, T, D, Ť, Ď, K, G)

- slova (PEPÍK, BABIČKA, TÁTA, DUDY, TIKÁ, DÍKY, KOKOS, VAGÓN)

Pozitivní - negativní

3. Zkouška nafouknutí tváří

Jedná se o zkoušku dostatečnosti a nedostatečnosti patrohltanového uzávěru. Je-li nedostatečný, tak dítě nedovede nafouknout tváře, foukat, zapískat apod.

Pozitivní - negativní

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Pavλίna Gorelová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mlčáková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Dítě s rinolalií v mateřské škole
Název v angličtině:	Child with Rinolalia in the Kindergarden
Anotace práce:	Cílem této práce je přiblížení narušení zvuku řeči, konkrétně rinolalie. V teoretické části se věnujeme charakteristice předškolního věku, narušené komunikační schopnosti všeobecně a nakonec samostatně rinolalii. V praktické části bylo cílem zmapování výskytu rinolalie u dětí předškolního věku v jedné vybrané mateřské škole. Vyšetření zvuku řeči jsme provedli pomocí tří základních zkoušek zvuku řeči, konkrétně Gutzmanovy A-I zkoušky, Czermakovy zkoušky a zkoušky nafouknutí tváří. O výsledcích provedení zkoušek zvuku řeči v práci informujeme.
Klíčová slova:	předškolní věk, narušená komunikační schopnost, rinolalie, základní zkoušky zvuku řeči
Anotace v angličtině:	The aim of this work is to approximate the sound of speech disortion, namely rinolalia. The theoretical part deals with characteristics of pre-school age, disturbed communication skills in general and ultimately self rinolalia. The aim of the practical part was to map the incidence rinolalia. At pre-school children in a selected kindergarden. Checkup of speech sounds was performed using the three basic tests of speech sounds, specifically the Gutzman A-I test, the Czermak test and the test of inflation faces. This work informs about the results of the tests of speech sound.
Klíčová slova v angličtině:	pre-school age, disturbed communication skill, rinolalia, the basic tests of speech sounds
Přílohy vázané v práci:	Počet příloh: 3 Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče Příloha č. 2: Formulář pro rodiče Příloha č. 3: Záznamový arch z vyšetření základními zkouškami zvuku řeči
Rozsah práce:	64 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

