

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2010 – 2013**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Straková

**Individuální a skupinová logopedická péče u dětí
předškolního věku s dyslalií**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dana Buntová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Lucie Straková

**Individual and group logopedic therapies for preschool
children with dyslalia**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Dana Buntová, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 27. 02. 2013

Lucie Straková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat PhDr. Daně Buntové, Ph.D. za pomoc, ochotu a cenné odborné rady, které mi při zpracování mé bakalářské práce poskytla.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá nejčastěji vyskytovanou poruchou řeči, dyslalií. Teoretická část popisuje terminologické vymezení, diagnostiku, logopedickou péči, zásady odstraňování a organizaci logopedické péče v České republice. Cílem praktické části práce bylo v námi vybraných oblastech zmapovat a porovnat individuální a skupinovou logopedickou terapii. Porovnali jsme výsledky kvantitativního dotazníkového šetření individuální a skupinové logopedické péče dětí předškolního věku s dyslalií v pedagogicko-psychologické poradně a v logopedické třídě mateřské školy.

Klíčové pojmy

Děti předškolního věku, dotazníková šetření, dyslalie, individuální a skupinová terapie, logopedická péče, logopedie, narušené komunikační schopnosti.

Annotation

This bachelor's thesis deals with the most frequent speech defects - dyslalia. It describes the terminology, diagnostics, logopedic treatment and its essential rules as well as the system of logopedic therapy in the Czech Republic. The main objective was to describe and compare both individual and group logopedic therapies in selected areas. The results from quantitative questionnaire survey concerning individual and group logopedic therapies for preschool children suffering from dyslalia both in psycho-pedagogical center and kindergarten logopedic class have been compared.

Key words

Communication disorders, dyslalia, individual and group therapy, logopedic treatment, logopedy, preschool children, questionnaire survey.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VYMEZENÍ OBORU LOGOPEDIE.....	10
1.1 Historie logopedické péče o osoby s narušenou komunikační schopností	11
1.2 Organizace logopedické péče v ČR	13
1.3 Logopedická intervence v resortu zdravotnictví.....	14
1.4 Logopedická intervence v resortu školství	15
1.5 Logopedická intervence v resortu práce a sociálních věcí	18
2 DYSLALIE	20
2.1 Terminologické vymezení	20
2.2 Etiologie dyslalie	21
2.3 Klasifikace dyslalie	22
2.4 Diagnostika dyslalie.....	24
2.5 Logopedická péče a zásady odstraňování dyslalie	25
2.5.1 Průběh odstraňování dyslalie	26
2.5.2 Terapeutické strategie	28
2.5.3 Formy a druhy terapie.....	30
3 POROVNÁVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍ LOGOPEDICKÉ PÉČE DĚTÍ S DYSLALIÍ V OPPP A SKUPINOVÉ LOGOPEDICKÉ PÉČE DĚTÍ S DYSLALIÍ V MŠ.....	32
3.1 Vymezení průzkumného problému.....	32
3.2 Cíl průzkumu	32
3.3 Organizace průzkumu	33
3.4 Metoda průzkumu	33
3.5 Místo a vzorek průzkumu	34
3.6 Přehled průzkumu	38
3.7 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	39
3.8 Interpretace výsledků.....	56
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

„V logopedii se čím dál tím více bráníme konfekci, usilujeme o tzv. tailoring, terapeutické plány a postupy ušité tomu kterému dítěti na míru. Jako rodiče dělejte všechno pro to, aby střih řečového a jazykového kabátku vašemu dítěti co nejvíce slušel, seděl mu a nikde neškrtil. Jedná se o velice důležitou výbavu na cestu životem.“
(Peutelschmiedová, 2007, s. 42)

Tématem práce je individuální a skupinová logopedická péče u dětí předškolního věku s dyslalií. V dnešní době bohužel zaznamenáváme obrovský nárůst narušené komunikační schopnosti a to zejména u dětí. Správná výslovnost dětí, především u předškoláků, je důležitá při jejich vstupu do základní školy, pro jejich socializaci s jinými lidmi a snadnější intelektuální a jazykový vývoj. Podle řady odborníků mezi nejčastější druh narušené komunikační schopnosti patří dyslalie, známá také pod názvem patlavost. V mnoha případech také nejsou rodiče o této problematice dosti informováni a často pozdě, anebo vůbec logopeda nevyhledají. Pokud rodiče zjistí, že se řeč jejich dítěte vyvíjí odlišně, je převážně na nich, jakou cestu zvolí k nápravě narušené komunikační schopnosti svého dítěte, zpravidla na základě doporučení a vyšetření řadou odborníků.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části vymezuje obor logopedie, včetně historie logopedické péče o osoby s narušenou komunikační schopností. Dále se zabývá organizací logopedické péče v České republice. Logopedická péče je organizována v resortech zdravotnictví, školství a sociálních věcí.

Druhá kapitola je věnována nejčastějšímu druhu narušené komunikační schopnosti, dyslalii. Charakterizuje problém, popisuje příčiny, dělení a diagnostiku dyslalie. Stěžejní částí práce je popis významu logopedické péče a popis zásad při odstraňování dyslalie společně se stručným popisem základních druhů a forem terapeutických strategií.

Nikde však nejsou záznamy, které z forem terapie je vhodnější. Hlavním cílem bakalářské práce je porovnat možnosti využití metod a výsledků při skupinové terapii v mateřské škole a individuální terapii ve školském poradenském pracovišti u dětí předškolního věku. Dále se práce zaměřuje na sledování spolupráce rodičů dětí

s logopedem na základě pozorování, volného rozhovoru a předloženého dotazníku. Praktická část se zabývá kvantitativním průzkumným šetřením formou dotazníků. Průzkumné šetření bylo prováděno v Oblastní pedagogicko-psychologické poradně (dále jen OPPP) Boskovice, kde je prováděna individuální logopedická péče u dětí předškolního věku s dyslalií (viz Příloha A). Skupinová logopedická péče je popisována u dětí s dyslalií v logopedické třídě při běžné Mateřské škole (dále jen MŠ) Boskovice (viz Příloha B), kde také pracuji jako asistentka pedagoga.

1 VYMEZENÍ OBORU LOGOPEDIE

Název logopedie je odvozen ze dvou slov: logos ve významu slovo, řeč, a paideia – výchova.“ (Sovák, 1981, s. 21)

Logopedie je jak vědní, tak i studijní obor, jež se utváří od první poloviny 20. století. V širším slova smyslu je formulována jako výchova řeči, či nauka o výchově (Sovák, 1981).

Logopedie jako vědní obor využívá moderní koncepce a vyzdvihuje obrat od „hovoření“ ke „komunikaci“ a využívá místo termínu vada řeči používá výraz narušená komunikační schopnost (Lechta, 2003).

Lechta (2003, str. 23) uvádí, že: *„Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, jestliže některá jazyková rovina jeho projevů (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou komunikační rovinu jazyka.“*

Řeč je nejčastěji definována jako nejdokonalejší dorozumívací prostředek (Peutelschmiedová, 2001).

Peutelschmiedová (2001, s. 7) uvádí: *„To co nejčastěji označujeme jako řeč, je z odborného hlediska mluva, zvukově realizovaná řeč.“* V případě logopedie je zapotřebí rozlišovat tyto termíny: porucha řeči a vada řeči. *„Porucha je to, co lze odstranit, vada je pociťována jako něco nezvratnějšího.“*

Vzhledem k tomu, že se logopedie zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, spolupracuje i s ostatními vědními obory **v oblasti medicínské** (pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, plastická chirurgie, ortodontie, psychiatrie, neurologie), **v oblasti psychologické** (vývojová psychologie, patopsychologie). Pro logopedy jsou velmi důležité také znalosti **z lingvistiky** (fonetika, fonologie). Logopedie má těsný vztah k obecné pedagogice i k oborům speciální pedagogiky, např. surdopedii, psychopedii (Klenková, 2008).

Jak už bylo uvedeno, je logopedie i studijním oborem. V naší republice je tradičně součástí speciální pedagogiky a má tak úzký vztah k pedagogice obecné, ale i k dalším oborům speciální pedagogiky, jimiž jsou surdopedie, somatopedie, psychopedie, oftalmopedie, etopedie (Klenková, 2006).

Vymezit termín logopedie není snadné a existuje celá řada publikovaných definic. Lechta (2005, s. 15) definuje: „...logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti.

Logopedie v moderním chápání je vědou, zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.“ Lechta (2005, s. 16)

V logopedickém slovníku (Dvořák, 1998, s. 95) je uvedeno, že:

„logopedie – 1. obor zabývající se fyziologií a patologií komunikace, lidskou řečí (rozvoj řeči, výzkum, diagnostika, terapie, prevence a profylaxe);

2. v pojetí školském – obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláním osob s poruchami komunikace“.

1.1 Historie logopedické péče o osoby s narušenou komunikačních schopností

Samotná logopedie z pohledu dějin úzce souvisí s historií speciální pedagogiky, kterou se zabývala celá řada autorů, např. Ludvík, Popelář, Sovák, Vališová, atd. V posledních letech se problematice historie speciální pedagogiky věnovala Monatová a Titzl (Klenková, 2006).

Lechta (2003) uvádí, že historii vědního oboru logopedie můžeme rozebrat z více úhlů pohledu. Lze ji zkoumat jako dějiny vědního oboru, dějiny logopedické péče, dějiny vzdělávání logopedů, či dějiny logopedie jako profese.

Sovák (1981) uvádí, že již v etapě otrokářského řádu byla síla mluveného slova používána jako prostředku k moci v působení na lid, což uplatňovala především vládnoucí třída, která svým sdělováním, ale i neinformovaností ovládala společnost podle svých zájmů a potřeb.

„Jak zdůrazňuje Miloš Sovák, poutalo mluvené slovo myslitele již v dávném starověku. Obdivovali sílu mluveného slova jako magickou moc, kterou lze člověka povzbudit i srazit, ba dokonce zabít.“ (Monatová, 1996, s. 26)

Lechta v roce 2001 navázal na Sovákův klasický přístup k dějinám logopedie, přičemž se jeho úvodní části shodují, ale dále periodizace dějin logopedie dostává konkrétnější a komplexnější charakter (Klenková, 2006).

Lechta (2003) rozlišuje sedm základních etap vývoje logopedie:

1. V první etapě se komunikační schopnost stává předmětem obdivného božského uctívání, např. obřady, zaklínání. Průběh tohoto období je datován 3. tisíciletím před naším letopočtem.
2. Přibližně od 14. století před naším letopočtem, vznikají písemné záznamy o existenci osob s narušenou komunikační schopností, jedná se převážně o vysoce postavené a vážené osobnosti. Vzrůstá zájem o veřejnou řeč jako předmět aplikace práv, zákonů, soudnictví a politiky vůbec. Pro toto období jsou charakteristické požadavky na přesnost a účelnost řeči a vznik písemnictví.
3. Pro etapu od 1. do 15. století našeho letopočtu je typické postupné zdokonalování komunikační schopnosti. Přínosem této doby byla kombinace řeči a písma a tím i rozvoj vzdělávání na nových středověkých univerzitách.
4. V 16. až 17. století se objevují pokusy o zavedení systematické péče o osoby s narušenou komunikační schopností a díky knihtisku se rychleji rozšiřují informace. Rozvoj vědy a techniky ovlivňuje vývoj společnosti.
5. Organizovaná péče 18. století, především v období osvícenství a průmyslové revoluce, tvoří základ systematické péče o osoby s narušenou komunikační schopností. Současně vzniká základ pro konkrétní, systematickou péči o postižené osoby. Prostřednictvím rozvoje komunikačních možností dochází k přenosu vědy a techniky do každodenního života, a tím dochází ke zrychlení dění v mnoha oblastech života.
6. V této předposlední etapě 19. - 20. století, různé monografie, učebnice a časopisy daly podnět pro vznik vědeckých základů logopedie. Nastává rozvoj komunikace ve světě, dochází k přenosu písma, hlasu, zvuku i obrazu na dálku.
7. V 20. - 21. století se logopedie stává vědním oborem a uplatňuje se ve školství a ve zdravotnictví. Propojení řeči, vědy a techniky získává nový rozměr a klade tak vyšší nároky na komunikační gramotnost (Lecha, 2003).

Podle Lechty (2003) se dějinami logopedie protínají dvě základní linie. První z nich je linie **filozofická**. Tu tvoří vědy, které se postupně vydělovaly z filozofie, a jsou

to např. rétorika, jazykověda, psychologie, pedagogika, speciální pedagogika. Druhá linie – **biologická** se odráží především v lékařském přístupu, zejména pak přístupu medicínských oborů jako je foniatrie, ORL, plastická chirurgie, neurologie atd.

Lechta (2003, s. 34) uvádí, že: „*Při pohledu na současnou pozici logopedie v systému věd (viz kap. 1. 1) vidíme průnik těchto dvou linií: logopedii jako meziobor*“.

1.2 Organizace logopedické péče v ČR

Peutelschmiedová (2001, s. 26) uvádí, že: „*Logopedická péče je na našem území již od 50. let zajišťována v zásadě dvoukolejně, a to resortem školství a resortem zdravotnictví*“ což od počátku vyvolávalo časté problémy.

Již po 2. světové válce se objevily podněty k založení první logopedické instituce. Tou se stal roku 1946 Logopedický ústav hlavního města Prahy. Vedením byl pověřen jeho zakladatel MUDr. Miloš Sovák. Instituce působila jako základní pracoviště pro praxi i výzkum a soustředila se na preventivní léčebnou a výchovnou péči o nevyřečnou školní mládež. Jednou z počátečních činností logopedického ústavu byla podnětná spolupráce, která vedla ke vzniku nových typů speciálních škol, jimiž byly školy pro vadně mluvící, koktavé a nedoslýchavé (Sovák, 1981).

V době tehdejšího Československa se logopedická péče vyvinula syntézou logopedické činnosti učitelstva se školním zdravotnictvím, která byla zabezpečována směrnicemi o organizaci logopedické péče z roku 1952. V Okresních ústavech národního zdraví (OÚNZ) při školní zdravotní službě pracují logopedičtí asistenti, tj. učitelé a vysokoškolsky aprobovaní logopedi. V Krajských ústavech národního zdraví (KÚNZ) existovalo foniatrické pododdělení, jehož vedoucí byli foniatři a kvalifikovaní logopedi, kteří zde vykonávali logopedickou činnost. Charakteristické pro logopedickou organizaci v této době je, že vznikala samostatně, nezávisle na foniatrii a významně přispěla k rozvoji samotné foniatrie (Sovák, 1981).

V resortu školství se logopedická péče poskytovala zejména ve speciálních školách. Postupně začala vznikat v resortu školství nová specializovaná pracoviště, jež poskytovala logopedickou péči. Patřily k nim tzv. **dyslektické třídy**. Logopedická péče byla rovněž poskytována ambulantně v síti pedagogicko-psychologických poraden (Peutelschmiedová, 2001).

V současné době je organizace poskytování logopedické péče v České republice dosti nepřehledná, jelikož se uskutečňuje v rámci tří rezortů. Jsou jimi Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, a Ministerstvo práce a sociálních věcí (Klenková, 2006).

Fukanová (2003) popisuje, že logopedická péče je realizována ve státních zařízeních (kliniky, nemocnice, lázně atd.); v nestátních zařízeních (např. města, církev, charita) a také v zařízeních soukromých (což jsou privátní praxe klinických logopedů).

Podle Klenkové (2006, s. 212): „*Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou jen děti, ale i dospívající, dospělí a lidé ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost.*“

1.3 Logopedická intervence v resortu zdravotnictví

Pro péči o osoby s narušenou komunikační schopností v resortu ministerstva zdravotnictví je charakteristická činnost diagnostická, terapeutická a preventivní prováděna převážně v logopedických poradnách (ambulancích), eventuálně soukromých klinikách zajišťována logopedy (Klenková, 2006).

Diagnostika narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) je důležitým předpokladem pro volbu vhodných metod odborné terapie, aby kvalita péče byla co nejúčinnější (Lechta, 2003).

„*Cílem terapie NKS v nejširším slova smyslu je eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS.*“ (Lechta, 2005, s. 21)

Prevenci lze rozdělit:

- primární – snaha předejít konkrétnímu ohrožení NKS, uplatňuje se především v medicínské oblasti;
- sekundární – je zaměřena na rizikovou skupinu s projevem ohrožení, např. poruchy hlasu u tzv. hlasových profesionálů;
- terciární – pomoc a podpora jedincům s NKS s jejich socializací (Klenková, 2006).

Fukanová (2003) popisuje, že pracovníci poskytující logopedickou péči mohou působit také při lůžkových odděleních foniatrických, psychiatrických, pediatrických,

neurologických, v lázních či v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dále pak v denních stacionářích nebo na specializovaných pracovištích.

Klenková (2000, s. 10) člení resort zdravotnictví obdobně:

- „*logopedické poradny při poliklinikách, při odděleních foniatrie, ORL, neurologie;*
- *soukromé logopedické poradny, kliniky;*
- *logopedi působící v rehabilitačních stacionářích pro děti, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.*“

V resortu zdravotnictví je považován za odborníka:

Logoped - absolvent se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie s doplněným resortním postgraduálním vzděláváním (specializační příprava), který pracuje pod dohledem klinického logopeda, avšak nesplňuje podmínky k vykonávání vlastní privátní praxe (Fukanová, 2003)

Poradenskou činnost logopedi vykonávají nejen pro děti s NKS, jejich rodiče, příbuzné, ale také pro dospělé nebo osoby ve stáří (Klenková, 2006).

Klinický logoped - je absolventem specializační přípravy, které je završeno zkouškou. Předpokladem je samostatnost v realizaci práce, přičemž je možné při splnění dalších podmínek provozování vlastní privátní praxe (Fukanová, 2003).

Dvořák (1998, s. 95) ve svém Logopedickém slovníku popisuje termín logoped klinický: „*pracovník ve zdravotnictví, absolvent samostatného úplného vysokoškolského studia logopedie (na Slovensku – klinická logopedie) s atestací z oboru (dle našich současných zákonů jakýkoliv absolvent vysokoškolského studia se státní zkouškou z logopedie a s atestací z oboru.*“

1.4 Logopedická intervence v resortu školství

V resortu školství byla původně logopedická péče realizována především v základních speciálních školách, známých také pod názvem Zvláštní škola pro vadně mluvící, kterých bylo v tehdejší Československu několik (Peutelschmiedová, 2001).

V současnosti existují soukromé logopedické ambulance, speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny (PPP), pro nejmenší děti existují tzv. střediska rané péče (Peutelschmiedová, 2009).

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) jsou zaměřeny převážně na diagnostiku a terapii specifických poruch učení s využitím možnosti zřízení logopedické ambulance (Neubauer, 2001).

Dokument MŠMT č. j. 14 712/2009-61 Metodické doporučení k zabezpečení logopedické péče ve školství se týká podmínek organizačního zabezpečení logopedické péče, její koordinace, kvalifikačních předpokladů a rozsahu pracovní kompetence logopedů a logopedických asistentů (Laurenčíková, 2009).

V současné době se děti s narušenou komunikační schopností, které z hlediska svého postižení nemohou navštěvovat běžnou mateřskou školu nebo základní školu zařazují do logopedické třídy při mateřských školách nebo do mateřské školy logopedické. U starších dětí jsou to dále základní školy logopedické. Při zařazení je zapotřebí vzít v úvahu individuální potřeby každého dítěte, včetně sociálních vazeb v rodině.

Mateřské školy logopedické - zde jsou zařazeny děti s vážným stupněm narušené komunikační schopnosti, u kterých je zapotřebí delší dobu soustavná a intenzivní logopedická péče. Následně dochází k usnadnění procesu zařazení dítěte do běžné třídy a jeho socializaci.

Logopedické třídy při běžné mateřské škole - jsou přednostně pro děti, u kterých je zapotřebí zachovat kvalitu sociálních vazeb s pomocí prostředí běžné mateřské školy.

Základní školy logopedické - navštěvují děti školního věku s narušenou komunikační schopností. Jsou určeny pro denní docházku, nebo s možností internátního ubytování. Navštěvují je žáci s NKS, u kterých je zapotřebí každodenní intenzivní logopedická péče a není ji možno zajistit ambulantně v místě bydliště. V těchto školách je dětem zajišťována činnost výchovně-vzdělávací i terapeutická. Ve třídách je snížený počet žáků, což umožňuje individuální přístup, a logopedická intervence se prolíná veškerým vyučovacím procesem.

Na práci speciálního pedagoga - logopeda, který se zabývá terapií a rozvojem narušené komunikační schopnosti, navazuje v odpoledních činnostech internátního zařízení vychovatel, který spolupracuje s třídním učitelem a řídí se jeho pokyny. Žáci se po určité době terapie vrací do tzv. kmenových tříd v místě svého bydliště.

Další a stále častější možností pro rodiče dětí s narušenou komunikační schopností je jejich integrace do běžné základní školy. V tomto případě se jedná o tzv. **individuální integraci**, kdy je pro žáka zajištěn individuální přístup a vypracován jeho vlastní individuální vzdělávací plán. Pokud je na škole žáků více, jedná se o tzv. **skupinovou integraci** a je zřízena logopedická třída se sníženým počtem žáků (Klenková, 2006).

„Speciální pedagog logoped v průběhu logopedické intervence spolupracuje dle potřeby s ostatními odborníky – pediatry, foniatry, neurology, psychology a dle individuálních potřeb s dalšími specialisty, protože jen tak zajistí komplexní péči žákům s narušenou komunikační schopností.“ (Klenková, 2006, s. 215)

Logopedi se mohou dále uplatňovat v mateřských a základních školách pro sluchově postižené, v mateřských školách speciálních, v základních školách praktických i speciálních, dále v mateřských a základních školách pro tělesně postižené (Klenková, 2006).

Fukanová (2003) uvádí ve své knize odborníky na zajištění logopedické péče v resortu školství:

- **logopedický preventista** – středoškolsky vzdělaný pedagog, učitelka mateřské školky, absolventka kurzu logopedické prevence.
Zaobírá se rozvojem komunikačních dovedností u intaktní („normální“) populace předškolního věku v rámci své pracovní náplně. Jelikož působí v resortu školství, jsou jím i odměňováni.
- **logopedický asistent** – absolvent bakalářského studia speciální pedagogiky, které je zaměřeno na poruchy verbální komunikace. Ve zdravotnictví pracuje pod dohledem klinického logopeda a ve školství pod dohledem speciálního pedagoga.

Dvořák (1998, s. 95) v Logopedickém slovníku charakterizuje logopedického asistenta takto: *„absolvent logopedického kurzu (před rokem 1993), který může provádět reedukaci lehčích vad výslovnosti, obvykle pod vedením klinického logopeda; přibližně na stejné úrovni je bakalářské studium logopedie.“*

- **speciální pedagog** – učitel se státní závěrečnou zkouškou z logopedie se zaměřením na poruchy řeči a učení. Uplatnění nalézá ve speciálních

školách s tímto zaměřením, kterými jsou např. speciální základní i zvláštní školy, speciálně-pedagogická centra, ZŠ s integrovanými žáky, atd. (Fukanová, 2003).

„Vedení odborných logopedických pracovišť spadá do kompetence plně kvalifikovaných logopedů.“ (Neubauer, 2001, s. 51)

K zabezpečení logopedické péče ve školství uvádí Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 již zmíněné pracovníky logopedy a logopedické asistenty, ale také krajské koordinátory logopedické péče. Předpokladem je jejich spolupráce s institucemi, které působí ve školství, a institucemi a odborníky z jiných resortů podílejících se na poskytování logopedické intervence žáků s narušenou komunikační schopností (Laurenčíková, 2009).

1.5 Logopedická intervence v resortu práce a sociálních věcí

Pro resort práce a sociálních věcí se stává logopedická intervence součástí komplexní rehabilitace pro děti a mládež, které jsou umístěny v tzv. ústavech sociální péče. Jedná se především o jedince tělesně postižené, mentálně postižené a jedince s kombinovanými vadami. V těchto zařízeních je logopedy prováděna logopedická diagnostika a následná terapie se snahou rozvíjet komunikační schopnosti postiženého jedince s ohledem na jeho možnosti a schopnosti. Pro těžce postižené osoby, u kterých není možná verbální komunikace, mohou logopedi využívat systémy augmentativní, což znamená podpořit stávající komunikační schopnosti a určité dovednosti, které jsou však nedostatečné pro dorozumívání, avšak usnadňující porozumění řeči i vyjadřování se samotného jedince (Klenková, 2006).

Další možností logopeda, jak rozvíjet komunikační schopnosti, je systém alternativní komunikace, kde se podle Krahulcové řeč nahrazuje jinými prostředky dorozumívání, např. u sluchově postižených je jimi znaková řeč (In: Klenková, 2006).

Za pracovníky v tomto resortu Ministerstva práce a sociálních věcí Fukanová (2003) uvádí:

- logopeda;
- klinického logopeda;
- speciálního pedagoga se specializací logopedie a surdopedie.

Fukanová (2003, s. 48) uvádí, že: *„Kvalifikační předpoklady záleží na konkrétním typu pracoviště a náplni práce v dané oblasti.“*

2 DYSLALIE

Kutálková (2011) ve své knize vysvětluje a rozděluje slovo dyslalie na předponu *dys-* poruchu vývoje a na koncovku *lalie*, která je z řeckého *lalein* – žvatlat.

Dyslalie, nazývána také patlavost, je jednou z nejčastějších a nejznámějších poruch řeči převážně u dětí, ale i dospělých (Klenková, 2000).

Sovák (In: Klenková, 2006) uvádí, že název dyslalie poprvé použil roku 1830 Schulthes a roku 1900 Janke zavedl v české odborné literatuře označení patlavost.

Podle Klenkové (1998) je dyslalie u dětí vada vývojová. Vzniká postupným vývojem výslovnosti a zpravidla přetrvává do šestého až sedmého roku života dítěte, kdy dochází k fixování mluvních stereotypů.

„Do jisté doby bychom dokonce neměli hovořit o vadě řeči a neuspokojivou výslovnost hlásek chápat jako vývojový jev, v určitém věku normální, jako něco, co patří k vývoji dětské řeči a na co má dítě nárok.“ (Peutelschmiedová, 2007, s. 29)

2.1 Terminologické vymezení

Klenková (1998, s. 9) charakterizuje dyslalii: *„Dyslalie (neboli patlavost) je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“*

Peutelschmiedová (2001) se ve své knize zmiňuje, že někteří odborníci kromě patlavosti hláskové rozlišují i dyslalii slabikovou a slovní.

Z terminologického hlediska je také zapotřebí rozlišovat pojem špatná výslovnost, tu označujeme za dyslalii, a nesprávná výslovnost, tzv. fyziologická dyslalie, kterou lze označit do určitého věku jako přirozený, fyziologický projev. Výskyt dyslalie je možný zkoumat z více hledisek a to např. věku, pohlaví, inteligence (Lechta, 1990).

Jak již bylo zmíněno, dyslalie jako porucha komunikačních schopností dětí je vadou vývojovou, která přetrvává asi do 6. až 7. roku života dítěte (Klenková, 2006).

„Teprve po sedmém roce věku dítěte upozorňují odborné příručky na existenci tzv. pravé dyslalie (patlavosti).“ (Peutelschmiedová, 2007, s. 29)

S přibývajícím věkem, nejčastěji se uvádí 5. až 9. rok života dítěte, výskyt nesprávné výslovnosti klesá. U dospělých osob se nejčastěji setkáváme s vadnou výslovností hlásek **R, Ř a sykavek**. Z hlediska pohlaví je výskyt u chlapců a dívek v poměru 6 : 4 (Klenková, 2006).

Lechta (In: Klenková, 2006) z hlediska inteligence popisuje, že je častější výskyt dyslalie u dětí zvláštních škol než u tzv. intaktních („normálních“) dětí. Zároveň se však připouští, že se můžeme i u výborného žáka základní školy setkat s vadnou výslovností hlásky **R** a u žáka zvláštní školy s výslovností lepší, např. z důvodu lepší napodobovací schopnosti. Proto zde hodnota IQ ztrácí na významu.

Dyslalie má několik úrovní, které jsou propojené. Jednou z nich je **úroveň fonetická**, ve které se poruchy řeči projevují vynecháváním, zaměňováním nebo nahrazováním. Vztahuje se na jednotlivé používání hlásek a tvoří analytickou stránku řeči. Druhá **úroveň je fonologická**, kde se poruchy projeví v plynulosti řeči (v plynulém projevu) a to následkem toho, že jednotlivé hlásky jsou ovlivňovány předcházejícími nebo po nich následujícími hláskami, nebo důsledkem pauzy, melodie, přízvuku, rytmu (Klenková, 1998).

„Fonologická úroveň se týká používání elementárních mluvních zvuků spojených do slabik, slov a vět, které jsou základem další, lingvistické úrovně řeči, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické.“ (Klenková, 1998, s. 9)

2.2 Etiologie dyslalie

Příčiny dyslalie podle Klenkové (2006) dělíme na funkční a organicky podmíněné. **Dyslalie funkční** (nazývána také funkcionální) se vyznačuje správnou funkcí mluvidel (mluvidla jsou bez poruchy) a rozděluje se na typ motorický, kdy k nesprávné výslovnosti dochází důsledkem neobratnosti mluvidel, a typ senzorický, kdy je vnímání i diferenciací mluvních zvuků nesprávná s nejčastějším výskytem u tzv. nemuzikálních dětí. **Dyslalie organická** je zapříčiněna porušením (nedostatky) mluvních orgánů, sluchových drah a centrální nervové soustavy (CNS).

Dále podle Klenkové (2006) můžeme u dyslalie uvést **příčiny vnitřní**, do kterých řadíme poruchy sluchu, anatomické vady řečových orgánů atd. a **vnější příčiny**,

kteře jsou ovlivněny především psychosociálními vlivy a jejich účinek se odvíjí od pohlaví a věku. V rozvoji řeči dítěte obvykle hraje svoji roli jeho osobnost, mentalita, vlastnosti, chování dítěte a v neposlední míře dědičnost, vliv prostředí, poruchy sluchového a zrakového vnímání, nedostatek citů, poruchy CNS, atd.

Ne vždy jsou však odborníci stejného názoru, např. u dědičnosti Lechta (1990, s. 114) popisuje: „*Názory na vliv dědičnosti si velmi protiřečí; od jednoznačného uznávání těchto vlivů (např. Arnold) až po jejich jednoznačné popírání (např. Sovák).*“ Salomonová (2003) uvádí mezi nejčastější příčiny dyslalie mj. také riziková těhotenství, poškození při porodu, pohlaví dítěte atd.

Vyštejn (1979) zmiňuje výklad příčin, které z reflexologického hlediska podává Sovák v sedmi bodech a jsou jimi:

1. nesprávné slovní vzory v prostředí dítěte;
2. vady sluchu;
3. nedostatek citového přízvuku;
4. poruchy v centrálním nervovém systému různého druhu;
5. motorická (pohybová) neobratnost a zaostalost;
6. anomálie (odchylka) mluvních orgánů;
7. nesprávný postoj okolí.

„Přítomnost některého z uvedených faktorů vždy nevede ke vzniku vady; závažná je kombinace dvou nebo více příčin.“ (Vyštejn, 1979, s. 29)

2.3 Klasifikace dyslalie

Dyslalii lze dělit podle různých hledisek. Lechta (1990) klasifikuje dyslalii z vývojového hlediska, etiologického hlediska, dále z hlediska rozsahu a z hlediska kontextu.

Z vývojového hlediska rozlišujeme **fyzilogickou dyslalii**, která je charakteristická nesprávnou výslovností asi do 5. roku života dítěte a je považována za jev přirozený. Dále se jedná o **prodlouženou fyzilogickou dyslalii**, která může přetrvávat mezi 5. až 7. rokem života dítěte. Pokud se výslovnost neupraví po 7. roce života dítěte, hovoříme o tzv. **pravé dyslalii** (Klenková, 1998).

Dítě v průběhu života podle Sováka (In: Klenková, 1998, s. 15): „... překonává neobratnost mluvidel na základě součinnosti motorického, kinestetického a sluchového analyzátoru a začíná zvládat koordinaci mluvních pohybů podle slyšeného vzoru.“

Z etiologického hlediska můžeme dyslalii dělit na funkční a orgánovou. **Funkční dyslalii** dále dělíme na typ *senzorický*, kdy je narušena schopnost sluchové diferenciaci (rozlišení), a *motorický*, v tomto případě jde o tzv. motorickou neobratnost. V některých případech se hovoří i *psychogenní dyslalii*, jestliže je dyslalie symptomem nebo když dítě napodobuje vzor. Druhá **orgánová dyslalie** vzniká na základě různých etiologických faktorů v odštědivé, dostředivé, nebo centrální části reflexního okruhu. Podle místa poškození se dále rozděluje na dentální, centrální, akustickou, aj. (Lechta, 1990).

Co se týče klasifikace rozsahu, je hlavním kritériem hodnocení faktor srozumitelnosti. „Počet chybně vyslovených hlásek nebyl a dodnes není jasně stanovený.“ (Gúthová, 2009, s. 140)

Podle návrhu Weinrichové a Zehnerové (2005) je možné dyslalii rozdělit a hodnotit na **parciální dyslalii**, kde jsou vadně vyslovovány 1-2 hlásky, **dyslalii multiplex**, u níž je chybně vyslovováno 3-5 hlásek a další je **dyslalie univerzální**, v tomto případě jsou skoro všechny hlásky vyslovovány chybně ve smyslu nahrazování většiny hlásek hláskou T, jde o tzv. **tétizmus** (In: Gúthová, 2009).

Z hlediska kontextu Klenková (2006) dělí dyslalii na **dyslalii hláskovou**, která se týká jednotlivých hlásek, nebo **dyslalie kontextovou** a ta může být slabiková nebo slovní. V tomto případě jsou izolované hlásky tvořeny správně, ale ve slabikách nebo slovech jsou tvořeny chybně.

Neundlinger (In: Lechta, 1990) u kontextové dyslalie uvádí nejrozličnější symptomy, např. elize (vypouštění nebo vynechávání hlásek), asimilace (připodobňování, přizpůsobování hlásek) aj.

Salomonová (2003, s. 329) uvádí: „Při hláskové dyslalii dítě hlásku:

- **vynechá** - tzv. *mogilalie* (tráva - táva);
- **nahrazuje jinou hláskou**, tzv. *paralalie* (tráva- tláva);
- **tvoří chybně**, pak se poruchy označují příponou–ismus, např. *rotacismus, lambdacismus*.

„Kromě toho můžeme dělit dyslalii na nekonstantní (hláska není vždy tvořena nefyziologicky, vadně, v některých spojeních je tvoření správné) a nekonsekventní (hláska je tvořena vadně, ale vždy jiným způsobem).“ (Klenková, 2006, s. 106)

2.4 Diagnostika dyslalie

Salomonová (2003, s. 331) popisuje, že: „Cílem diagnostiky je zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti a stanovení nejen diagnózy, ale také prognózy. Ze závěrů diagnostiky vyplývá individuální plán metodických nápravných postupů.“

Klenková uvádí (2006), že základem této, ale i ostatních poruch komunikačních schopností je logopedické vyšetření: shromáždit údaje z osobní i rodinné anamnézy, provést vyšetření sluchového vnímání, fonemtické diferenciaci, jemné a hrubé motoriky, motoriky mluvních orgánů, impresivní a expresivní složky řeči a laterality. Diagnózu stanoví na základě vyšetření logoped společně s dalšími odborníky, jimiž jsou foniatr a psycholog. Tito pracovníci by měli spolupracovat s učitelkou v mateřské škole nebo třídním učitelem na základní škole, což může značně přispět v terapii dítěte.

Nádvorníková (2003) uvádí, že mezi základní moderní vyšetřovací metody u dyslalie patří **řečová komunikace** s vyšetřovanou osobou. Od ní jsou odvíjeny další speciální vyšetřovací metody, kde se upřesňují nedostatky v řeči na úrovni fonetické, fonologické nebo kognitivně-lingvistické.

Fonetické hledisko má podle Lechty (1990) z hlediska logopedické diagnostiky dyslalie několik cílů: zjišťujeme, zda jde o mogilálii, paralálii, nebo o dyslalii v užším smyslu, dále zjišťujeme, zda je hláska chybně vyslovena na začátku, uprostřed nebo na konci slova, také zjišťujeme sluchové rozlišování hlásek (fonemtická diferenciaci) a úroveň motoriky řečových orgánů, dále zjišťujeme, zda dyslalii doprovází symptomy jiného postižení, nebo zjišťujeme míru poruchy řečového výkonu (koeficient) a také zjišťujeme příčinu dyslalie (In: Gúthová, 2009).

Fonologické hledisko obsahuje různé přístupy a analýzy pro hodnocení zvukového systému. Zvuky, které jsou narušené, se nevnímají izolovaně, ale jako součást celého zvukového systému, ve kterém se dále vzájemně ovlivňují. K získávání dat využíváme spontánní řeč (např. interpretace příběhu), pojmenování obrázků

(artikulační testy), zjišťování úrovně stimulability (imitace – napodobování zvuků), nebo jejich kombinaci (Gúthová, 2009).

Gúthová (2009, s. 147) uvádí: „*Některé chyby se zařazují do kategorie fonetických s následnou foneticky orientovanou terapií a jiné do kategorie fonologických chyb s následnou fonologicky orientovanou terapií.*“

Vyhodnocením těchto nedostatků společně s možnými etiologickými faktory získá východisko pro výběr vhodné a účinné terapie. V logopedii se používá také **depistážní vyšetření** (screeningové). Jelikož je orientováno na širší populační skupinu např. kolektiv, je možné porovnání. Provádí se převážně mezi dětmi v mateřských školách nebo ve třídách základních škol. U nejmladších dětí se uskutečňuje vedením neformálního rozhovoru, jedná-li se o dospělého, přečte text, v němž se vyskytují místa s nejčastěji porušovanou artikulací (Nádvorníková, 2003).

Klenková (2006) uvádí, jako základní metodu při vyšetřování dyslalie **rozhovor**. Vyšetření dítěte probíhá za přítomnosti rodičů. Rozhovorem získáme představu o aktuálním stavu řeči dítěte a při dyslalii zjistíme rozsah a stupeň vadné výslovnosti. Jelikož se většina dětí tohoto vyšetření obává, vyšetřovací místnost by měla působit příjemně, útulně, být tichá, s obrázky, s hračkami, atd. Je také důležité, aby vyšetřující zvolil vhodné oblečení (bez lékařského pláště). Při rozhovoru je zapotřebí provést záznam na magnetofon nebo videozáznam, který napomáhá při rozboru artikulace jednotlivých hlásek tak, aby o tom vyšetřovaný nevěděl. Po navázání kontaktu se přechází na **řízený rozhovor**. Účelem je zjistit výslovnost všech hlásek. Ze závěru diagnostiky je sestaven terapeutický plán.

2.5 Logopedická péče a zásady odstraňování dyslalie

Péče o děti s dyslalií by měla probíhat již v předškolním věku, aby dítě, které přichází do školy, umělo artikulovat všechny hlásky. Velmi důležitý je nástup dítěte se správnou výslovností do školy. Správná výslovnost dítěti usnadňuje plně se věnovat výuce čtení, psaní, počítání a ostatním povinnostem ve škole a není již zatěžováno návštěvami logopedické ambulance a nácvikem správné výslovnosti (Klenková, 2006).

„Při terapii dyslalie není vhodné používat termíny **náprava výslovnosti, náprava hlásek**, neboť hlásky „nenapravujeme“, ale vyvozujeme, tvoříme hlásky nové. Dle současné logopedické terminologie se používá termín **korekce dyslalie**.“ (Klenková, 2006, s. 113)

2.5.1 Průběh odstraňování dyslalie

Podle Lechty (1990) ve shodě s Kováčsovou a kol. se průběh dyslalie dělí do čtyř základních etap: přípravná cvičení, vyvozování, fixace, automatizace hlásky.

1. **Přípravná cvičení** - slouží k upřesnění artikulačních pohybů, k zlepšení motoriky mluvních orgánů a k rozvoji schopnosti sluchového rozlišování hlásek (fonemické diferenciaci). Nezbytnou součástí u fáze přípravné jsou dechová a fonační cvičení, rozvoj motoriky rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra atd. s ohledem na hlásku, kterou budeme navozovat (Klenková, 1998).

U dechového cvičení je zapotřebí dodržování určitých zásad např. vhodné prostředí na cvičení, vhodná podložka na cvičení vleže, atd. Důležité je také vést děti k hlasové hygieně, provádět usměrňování výdechového proudu a hry s hlasem (Klenková, 2000).

2. **Vyvozování** - prvotním předpokladem je seznámit se základními poznatky z fonetiky. „*Fonetika se zabývá tvořením hlásek, jejich vnímáním a jejich užitím ve zvukové stavbě jazyka.*“ (Klenková, 1998, s. 28).

Dále je důležité zabývat se artikulací hlásek, vadami výslovnosti hlásek a teprve po aplikaci těchto kroků následuje tzv. metodika vyvozování jednotlivých hlásek.

3. **Fixace** - upevnění artikulačních stereotypů správně vyslovené hlásky (Klenková, 1998).

Klenková (1998, s. 59) uvádí, že: „*Nácvik hlásky není ukončen, podaří-li se nám vyvodit správnou výslovnost hlásky.*“ Je zapotřebí provádět nácvik spojování vyvozené hlásky s jinými hláskami ve slabikách nebo slovech, kdy je daná hláska na začátku, uprostřed nebo na konci a to především hravou formou, aby dítě neztratilo zájem.

4. **Automatizace hlásky** - je poslední etapou, kterou nelze vynechat a je zapotřebí, jelikož výsledek správné výslovnosti nacvičované hlásky se musí vybavovat ve spontánní artikulované řeči (Klenková, 1998).

Podle Lechty (1990, s. 127): „*Začínáme jednoduchým opakováním – reprodukcí slov ještě za pomoci zraku (před zrcadlem) a sluchu (napodobuje se logopedův vzor), pokračujeme pojmenováním obrázků, případně čtením (pokud dyslalik už umí číst), pojmenováním předmětů, reprodukováním básniček, říkanek, až se nácvik zakončí nácvikem používání správné výslovnosti v dialogu a monologu (souvislým samostatným vyprávěním).*“

Velmi důležité je předcházet nesprávnému řečovému vývoji dítěte od raného věku a to především v rodině správným vzorem. Na rodinu později navazuje mateřská školka, která pokračuje ve stimulaci správného vývoje řeči, aby děti do základních škol přicházely se správnou výslovností (Klenková, 1998).

Zásady odstraňování dyslalie rozpracoval už Seman (1955) a vytvořil čtyři základní zásady, používané dodnes:

- 1. Zásada krátkodobého cvičení** – předpokladem je procvičovat často, proto je zapotřebí spolupráce logopeda, který vhodně předvede a podá pokyny o správném cvičení výslovnosti dítěte, s rodiči a školou. „*Seeman doporučoval cvičit 2 – 3 minuty 20 – 30 krát denně.*“ (In: Klenková, 1998, s. 23)
- 2. Zásada používání pomocných hlásek** – používají se hlásky, které dyslalik umí správně artikulovat. Odlišují se od nacvičované hlásky zvukově, ale artikulačně jsou si podobné, např. při vyvozování hlásky *r* může být pomocnou hláskou hláska *d* (Lechta, 1990).
- 3. Zásada využití sluchové kontroly** – vlivem působení hlasitých zvuků televizí a přehrávačů dochází v dnešní době k tzv. tuposti sluchového vnímání, proto je zapotřebí začít s nápravnou sluchovou výchovou. Sluchové cvičení provádíme různými zvukovými hrami, zaměřenými např. na vnímání obecných zvuků (Salomonová, 2003).
- 4. Zásada minimální akce** – provádíme artikulační pohyby bez přehnaného úsilí a napětí. Podle Klenkové (2006) je zapotřebí nácvik provádět šeptem. Každá nová hláska se od začátku nacvičuje tiše, hlavně sykavky téměř neslyšně a lehce. Spojování s následující samohláskou se nacvičuje nejdříve šeptem, následně hlasitě. Tak nejrychleji dosáhneme přesné artikulace a její přirozené a správné zapojení do běžné řeči.

K těmto pravidlům Kiml přidává některé **didaktické zásady**, jimiž jsou: zásada názornosti, aktivity, přístupnosti, soustavnosti, trvalosti a zásada individuálního přístupu (In: Gúthová, Šebianová, 2005).

Salomonová (2003, s. 334) uvádí: „*Reedukace výslovnosti je procesem učení, který má několik etap:*

- *etapu přípravnou a vyvozovací;*
- *etapu upevňovací;*
- *etapu závěrečnou – automatizační“.*

Nejdříve provádíme korekci motoriky mluvidel, nacvičujeme rytmizační cvičení a aplikujeme hry zaměřené na sluchovou a zrakovou pozornost (Salomonová, 2003).

Lechta (1990) k didaktickým zásadám ještě přidává následující zásady k odstraňování dyslalie, např.:

- aplikace speciálních cvičení - všeobecně platná logopedická zásada;
- zásada multisenzoriálního přístupu - současné působení na více smyslů (zrak, sluch, aj.),
- zásada aplikace skupinových forem práce - je vhodná z hlediska psychologického (motivace), fyziologického (únava se dostaví později) a ekonomického (úspora času, a tím i financí).

Kutálková (2011) uvádí, že při nácvičku jakékoliv hlásky je důležité dodržet tři etapy, jimiž jsou: **nácvik** (např. básničku se učíme společně, s nápovědou), **automatizace** (pomoc postupně minimalizujeme) a **sebekontrola** (dítě říká básničku samo, v případě chyb se samo opraví).

Způsob a průběh odstraňování dyslalie podle Vyštejna (1979) je ovlivněn věkem dítěte, formou patlavosti a jejím rozsahem. Výuka výslovnosti probíhá následovně: vyvozování nového zvuku, jeho identifikace s hláskou, zapojení hlásky do slabik a slov, procvičování hlásky, fixace a automatizace v běžném používání hlásky.

2.5.2 Terapeutické strategie

Gúthová a Šebianová (In: Lechta, 2005) popisují základní terapeutické strategie, které vycházejí z definice narušené komunikační schopnosti.

Rozlišují následující terapeutické postupy:

- fonetický – klasický – artikulační – tradiční – senzomotorický, který se zaměřuje zejména na rovinu fonetickou;
- fonologický – moderní – kognitivně-lingvistický, kdy je pozornost věnována především rovině fonologické;
- foneticko-fonologický postup, který se věnuje rovině fonologicko-fonetické,
- posledním terapeutickým postupem je komplexní přístup, jehož terapie je cílena na všechny jazykové roviny (Gúthová, Šebianová In: Lechta, 2005).

Z následujících terapeutických postupů uvedeme fonologický terapeutický přístup.

Fonologická terapie se výrazně liší od tradičních terapeutických postupů, protože se více zaměřuje na dítě, než jen na vyvozování nových hlásek.

Fonologie – funkční fonetika – popisuje organizaci a funkci základních fonetických složek jazyka. Fonologická analýza poskytuje popis narušených vzorů výslovnosti určitého dítěte v porovnání se správnou výslovností dospělých.

Gúthová a Šebianová uvádí, že: „*Cílem fonologické terapie je facilitovat zlepšení schopnosti dítěte komunikovat dosažením potřebných změn v jeho artikulačních vzorech.*“ (In: Lechta, 2005, s. 184)

Oproti tradičním přístupům, které se zaměřují na artikulační trénink, se fonologická terapie zaměřuje na ovlivnění kognitivních (poznávacích) schopností.

Užívá se mnoho metod. Uvedeme si metodu minimálních kontrastů. Tuto metodu Gúthová a Šebianová (In: Lechta, 2005) popisuje tak, že se jedná o dvě slova, která se liší pouze jedním fonémem, díky kterému upozorníme dítě na jeho nesprávnou produkci. Cílem této metody je podle Gierutové (1998) pomoci dítěti pochopit distinktivní význam hlásky (jde např. o délku samohlásek ve slově: pata x pátá). Jestliže se tak nestane a dítě vysloví oba fonémy identicky, může nastat zmatek v komunikaci, jelikož u posluchače nemusí dojít k pochopení významu řečeného (Gúthová, Šebianová In: Lechta, 2005).

Další metodou je cyklický fonologický trénink, kdy podle Hodsonové dítě neustále sluchově vnímá cílovou hlásku. Často je realizována prostřednictvím sluchátek a zesilovače.

Lingvistický přístup Metaphon zlepšuje usnadnění fonologické změny a zlepšení produkce hlásky za pomoci získání mluvních dovedností. Dítěti je vysvětlen význam řeči.

Poslední metodou fonologické terapie je PACT, což je zkratka anglického originálu Parents and children together – rodiče spolu s dětmi. Hlavním předpokladem tohoto postupu je především aktivní přístup rodičů, kteří aplikují metodu v praxi. Jedná se o dynamický terapeutický model, kdy je dítě a jeho rodina zapojena do fonologických technik (Gúthová, Šebianová In: Lechta, 2005).

2.5.3 Formy a druhy terapie

„Podle Borbonuse a Maihacka (2000) existují v klinickoterapeutické oblasti logopedie tyto formy terapie:

- *individuální – třiceti-, pětáctýřiceti- anebo šedesátiminutová sezení podle druhu NKS a věku člověka s NKS;*
- *skupinová – skupinu tvoří tři až šest lidí s NKS, podle potřeby;*
- *intenzivní – např. několikrát denně;*
- *intervalová – po odstupu několika týdnů či měsíců se opakovaně aplikuje intenzivní terapie.“ (In: Lechta, 2005, s. 27)*

Je možná různá kombinace jednotlivých forem terapie, např. individuální terapii lze aplikovat zároveň s intervalovou terapií. Také je možné a zejména výhodné z ekonomického hlediska střídat individuální a skupinovou terapii, kdy po několika individuálních terapeutických sezeních je již možné přistoupit na skupinovou terapii a naopak (Lechta, 2005).

Braun (In: Lechta, 2005) rozlišuje dvě formy terapie:

- *strukturně-analytická forma – je založena na principu diagnóza*
- *terapie;*

- interakčně-analytická forma – jedná se o cíleně zaměřený terapeutický plán, vyžadující lingvisticko-diagnostickou analýzu řečového chování, ale i samotné úrovně vývoje řeči.

Existuje velké množství druhů terapie. Některé druhy uvádějí i Singh a Kent (In: Lechta, 2005), jedná se například o terapii kontextuální (realizována v přirozeném prostředí člověka s NKS), rodinnou terapii (prováděna u více členů rodiny), dále ergoterapii (terapie prací), fyzickou terapii (rehabilitační) a terapii rekreační (využívá rekreačních aktivit).

Kromě těchto terapií uvádí Dvořák (In: Lechta, 2005) dle použití terapeutických prostředků např. cvičnou terapii (návuk fyziologických stereotypů), dramaterapii, muzikoterapii, terapii hrou, psychomotorickou.

Dále můžeme terapii členit z hlediska věku, přístupu, zaměření, atd. Aplikace druhů a forem terapie se vývojem logopedie neustále mění a stále vznikají i nové druhy terapie (Lechta, 2005).

3 POROVNÁVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍ LOGOPEDICKÉ PÉČE DĚTÍ S DYSLALIÍ V OPPP A SKUPINOVÉ LOGOPEDICKÉ PÉČE DĚTÍ S DYSLALIÍ V MŠ

3.1 Vymezení průzkumného problému

V současnosti vzrůstá počet dětí s vadami řeči způsobenými řadou vlivů a okolností během vývoje dítěte. Mezi nejčastější a nejznámější poruchu řeči patří dyslalie. V literatuře jsme našli několik forem terapie narušené komunikační schopnosti, např. individuální a skupinovou formu terapie. V odborné literatuře však nejsou zmíněny výhody a nevýhody individuální nebo skupinové terapie dětí s narušenou komunikační schopností. Není zde ani popsáno, zda je vhodnější, efektivnější a pro rodiče i děti přijatelnější logopedická péče v logopedické třídě mateřské školy, kde je prováděna skupinová logopedická péče, nebo individuální péče v pedagogicko-psychologické poradně se stalo cílem tohoto průzkumu. Moje práce v logopedické třídě mne přiměla zabývat se touto problematikou.

3.2 Cíl průzkumu

Za cíl průzkumu jsme si stanovili zmapovat a porovnat individuální logopedickou péči (intervenci) dětí předškolního věku s dyslalií v Oblastní pedagogicko-psychologické poradně (dále jen OPPP) Boskovice a skupinovou logopedickou péči v Mateřské škole (dále jen MŠ) Boskovice (viz Příloha B). V OPPP je realizována individuální logopedická péče za přítomnosti rodičů cca 1krát za 14 dní, dle závažnosti 1krát týdně. V (MŠ) je prováděna odborná skupinová logopedická péče každý den ve speciální logopedické třídě pro děti s narušenou komunikační schopností s prvky individuální diagnostiky. Dalším cílem průzkumného šetření je zjistit, u které formy terapie je vyšší výskyt dyslalie multiplex, jsou-li rodiče aktivně do práce nápravy řeči svých dětí zapojeni, jaká je informovanost a spolupráce rodičů s odborným logopedem. Zda jsou rodiče, ale i děti spokojeni s poskytovanou logopedickou péčí.

Z určeného průzkumného cíle jsme si stanovili následné průzkumné otázky:

1. Mají děti ve skupinové formě terapie dyslalie vyšší výskyt dyslalie multiplex než děti s individuální formou terapie?
2. Jaká je kooterapeutická péče rodičů při individuální a skupinové formě terapie dyslalie?
3. Jaká je informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách ve skupinové a individuální formě terapie dyslalie?
4. Jaká je spokojenost rodičů se skupinovou a individuální formou terapie?
5. Jaká je podle hodnocení rodičů spokojenost dětí s individuální a skupinovou formou terapie dyslalie?

3.3 Organizace průzkumu

Z cíle průzkumu jsme si stanovili následující postup:

1. Stanovení cílů a průzkumných otázek
2. Vytvoření dotazníků pro klienty OPPP a MŠ
3. Seznámení respondentů v OPPP i v MŠ s dotazníkem
4. Vyhodnocení dotazníků
5. Zpracování výsledků

3.4 Metoda průzkumu

K porovnání metod a výsledků logopedické terapie v OPPP a v MŠ ve speciálních logopedických třídách bylo použito dotazníkového šetření. Dotazník (viz Příloha C) obsahoval patnáct otázek, které byly pokládány s pasivní odpovědí, kde měli rodiče na výběr ze dvou až tří možností. Otázky se zaměřily na poskytovanou logopedickou péči, na průběh a formu logopedické péče, na závažnost narušené komunikační schopnosti, na spolupráci rodiče s logopedem. Respondenty dotazníku byli rodiče předškolních dětí ve věku 3 – 6 let. Dotazníky byly rozděleny do dvou skupin ve shodném počtu. Jedna skupina rodičů dětí, které absolvují individuální terapii dyslalie

v OPPP, a druhá skupina rodičů dětí, které absolvují skupinovou terapii dyslalie v logopedické třídě v běžné MŠ. Jednotlivé odpovědi na otázky z dotazníku jsme kvantitativně vyhodnotili výpočtem procentuálního podílu. Výsledky jsme znázornili v tabulkách a grafech.

3.5 Místo a vzorek průzkumu

Místem průzkumu byla OPPP v Boskovicích (viz Příloha A), kterou navštěvují děti s narušenou komunikační schopností za přítomnosti rodičů cca 1krát za 14 dní, dle závažnosti 1krát týdně. Dalším místem průzkumu se stala Mateřská škola v Boskovicích (viz Příloha B), která má tři speciální logopedické třídy. Každou třídu navštěvuje 14 dětí s narušenou komunikační schopností, převážně s diagnózou dyslalie.

Vzorkem průzkumu mé práce bylo 50 dětí předškolního věku od 3 do 6 let s narušenou komunikační schopností s diagnózou dyslalie, jejichž rodiče vyplnili dotazník.

Náš průzkum jsme realizovali u rodičů dětí, které navštěvují:

1. běžnou MŠ v Boskovicích, kde jsou děti integrovány z důvodu závažnosti vady řeči;
2. individuální logopedickou péči v OPPP v Boskovicích.

Pro popis vzorku jsme použili otázky 1, 2, 3, 4 z dotazníku (viz Příloha C).

Tabulka 1: Přehled počtu dětí v OPPP a v MŠ

Otázka č. 1 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ	Počet dětí celkem v OPPP a v MŠ
Dívek	10	9	19
Podíl	40%	36%	38%
Chlapců	15	16	31
Podíl	60%	64%	62%
Dětí celkem	25	25	50
Podíl celkem	100%	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Podle výsledků z tabulky 1 navštěvuje individuální logopedickou péči v OPPP z celkového počtu 25 dětí 10 (40%) dívek a 15 (60%) chlapců.

Skupinovou logopedickou péči v MŠ navštěvuje z celkového počtu 25 dětí 9 (36%) dívek a 16 (64%) chlapců.

V individuální logopedické péči v OPPP i skupinové logopedické péči v MŠ převažují chlapci, kteří se účastní logopedické terapie. Z celkového počtu 50 dětí jsme zjistili, že je 31 (62%) chlapců a 19 (38%) děvčat s NKS.

Tabulka 2: Doporučení rodičům logopedické péče pro dítě

Otázka č. 2 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ	Počet dětí celkem v OPPP a v MŠ
Dle vlastního uvážení	17	6	23
Podíl	68%	24%	46%
Doporučil někdo z blízkého okolí	2	0	2
Podíl	8%	0%	4%
Na základě odborného doporučení	6	19	25
Podíl	24%	76%	50%
Rodičů celkem	25	25	50
Podíl celkem	100%	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Z tabulky 2 vyplývá, že rodiče, jejichž děti navštěvují OPPP, se rozhodli realizovat logopedickou péči svého dítěte v 17 (68%) případech dle vlastního uvážení, ve 2 (8%) případech na doporučení někoho ze svého blízkého okolí. U 6 (24%) rodičů byla logopedická péče pro dítě doporučena odborníkem.

U dětí, které navštěvují logopedickou třídu v MŠ, uvedlo 6 (24%) rodičů, že se rozhodli dle vlastního uvážení. Žádný rodič neuvedl, že by jim logopedická péče pro dítě byla doporučena někým z blízkého okolí. V 19 (76%) případech rodiče uvedli, že jednali na základě odborného doporučení.

U otázky na základě jakého doporučení rodiče začali rodiče realizovat logopedickou péči svého dítěte, nastaly znatelné rozdíly. Rodiče dětí, které navštěvují

individuální logopedickou péči v OPPP, jednali převážně na základě vlastního uvážení. Rodiče dětí, které dochází do logopedické třídy v MŠ, zahájili logopedickou péči u svých dětí ve většině případů na základě odborného doporučení. K výsledku zřejmě přispívá skutečnost, že v MŠ je zajištěna pravidelná péče. Odborníci děti v MŠ sami vyhledávají. Do MŠ také dojíždějí pracovníci ze Speciálně-pedagogického centra (dále jen SPC).

Z celkového počtu 50 dětí bylo zjištěno, že ve 25 (50%) případech přimělo rodiče podstoupit logopedickou terapii odborné doporučení. O něco méně [23 (46%)] rodičů jednalo dle vlastního rozhodnutí. Pouze u 2 (4%) rodičů jsme zaznamenali odpověď, že konali na základě doporučení někoho ze svého blízkého okolí.

Tabulka 3: Formy logopedické péče poskytované dětem

Otázka č. 3 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ	Počet dětí celkem v OPPP a v MŠ
Dítě navštěvuje logopedickou třídu při běžné MŠ	0	23	23
Podíl	0%	92%	46%
Dítě navštěvuje individuální logopedii v OPPP	24	0	24
Podíl	96%	0%	48%
Dítě navštěvuje logopedickou třídu v MŠ i individuální logopedii v OPPP	1	2	3
Podíl	4%	8%	6%
Dětí celkem	25	25	50
Podíl celkem	100%	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Z tabulky 3 je zřejmé, že z celkového počtu 25 rodičů, kteří navštěvují s dítětem individuální logopedickou péči v OPPP, je 24 (96%) dětí, které navštěvují jen logopedickou péči v OPPP. V 1 (4%) případě rodič využil odpovědi, že dítě navštěvuje logopedickou péči v OPPP, ale zároveň dochází i do logopedické třídy v MŠ.

U stejného počtu 25 rodičů dětí, které navštěvují logopedickou třídu v MŠ, byla u 23 (92%) rodičů odpověď, že dítě navštěvuje logopedickou třídu v MŠ. Ve 2 (8%) případech bylo uvedeno, že děti navštěvující logopedickou třídu v MŠ, ale navíc využívají i logopedické terapie v OPPP.

Z přehledu, kde je dítěti poskytována logopedická péče, vyplývá, že jedno dítě, které uskutečňuje logopedickou péči v OPPP současně dochází do logopedické třídy v MŠ. Dvě děti, které navštěvují logopedickou třídu v MŠ, využívají i možnost zdokonalování řeči v OPPP.

Z celkového počtu 50 dětí využívají obě formy terapie jen 3 děti.

Tabulka 4: Přehled, od kterého roku věku dítěte byla poskytována logopedická péče

Otázka č. 4 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ	Počet dětí celkem v OPPP a v MŠ
Poskytování logopedické péče od 3 let věku dítěte	3	3	6
Podíl	12%	12%	12%
Poskytování logopedické péče od 4 let věku dítěte	13	18	31
Podíl	52%	72%	62%
Poskytování logopedické péče od 5 let věku dítěte	9	4	13
Podíl	36%	16%	26%
Dětí celkem	25	25	50
Podíl celkem	100%	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

V tabulce 4 je uvedeno, že z celkového počtu 25 dětí navštěvujících OPPP je logopedická péče poskytována 3 (12%) dětem od tří let, 13 (52%) dětem od čtyř let a 9 (36%) dětem od pěti let.

Z celkového počtu 25 dětí v logopedické třídě MŠ je logopedická péče poskytována 3 (12%) dětem, od tří let. 18 (72%) dětem od čtyř let a 4 (16%) dětem od pátého roku.

Počet dětí, kterým je poskytována logopedická péče v OPPP od tří let, je shodný s počtem dětí, které navštěvují logopedickou třídu v MŠ. Děti, které navštěvují logopedickou terapii v OPPP od čtyř let věku, je méně (13 dětí) než dětí (18 dětí), které navštěvují logopedickou třídu v MŠ. Od pátého roku života navštěvuje logopedickou péči v OPPP více dětí (9 dětí) než dětí (4 děti), které docházejí do logopedické třídy při MŠ.

Z celkového počtu 50 dětí převažuje logopedická péče od čtvrtého roku věku dítěte u 62% (31) dětí. 13 (26%) dětem je poskytována logopedická péče až od 5 roku života. Nejméně dětí s logopedickou péčí bylo zaznamenáno od 3 let věku a to v 6 (12%) případech.

3.6 Přehled průzkumu

Dle stanoveného postupu:

1. sestavili jsme dotazník (viz Příloha C), který obsahoval 15 otázek pro rodiče, jejichž dětem je poskytována logopedická terapie s nejčastější poruchou řeči dyslalií v OPPP a v MŠ. Celkem bylo připraveno 60 dotazníků;
2. navštívili jsme odbornou logopedickou pracovníci v OPPP v Boskovicích, která byla požádána o předání dotazníků rodičům, které s dětmi dochází na individuální logopedickou péči s diagnózou dyslalie. V OPPP jsme předali celkem 30 dotazníků, které byly vyplňovány v rámci individuální logopedické péče, tedy v době, kdy byli rodiče přítomni na logopedickém sezení. Dotazník rodič vyplňoval samostatně, dle potřeby se mohl doptat a daná otázka byla probrána;
3. v MŠ předávaly rodičům dotazníky učitelky logopedické třídy. Zde rodiče vyplňovali dotazníky bez přítomnosti logopeda;
4. vyplněné dotazníky se vrátily během jednoho měsíce. Z 30 dotazníků předaných OPPP se vrátilo 25 vyplněných, návratnost dotazníků byla 83,3 %. V individuální péči OPPP je méně klientů, než jsme předpokládali, reálně bylo rodičům předáno 25 dotazníků, které se 100% vrátily vyplněné. V MŠ, kde také bylo rozdáno 30

dotazníků, se vrátilo 25 vyplněných dotazníků, což je 83,3 % z celkově rozdaných dotazníků. Návratnost dotazníků byla nižší než předpoklad, jelikož část rodičů vyplněný dotazník nepřinesla zpět;

5. získaná data jsme vyhodnotili a zpracovali statisticky pomocí tabulek a grafů.

3.7 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Vyhodnocení bylo prováděno na základě průzkumných otázek. V našem průzkumu jsme měli porovnat individuální a skupinovou formu terapie dyslalie. Na stanovení cílů jsme si stanovili průzkumné otázky, které následovně zodpovíme. Pro přesnější informace jsme použili tabulky a grafy.

Na vyhodnocení průzkumných otázek jsme použili otázky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 z dotazníku (viz Příloha C).

1. Průzkumná otázka: Mají děti ve skupinové formě terapie dyslalie v MŠ vyšší výskyt dyslalie multiplex než děti s individuální formou terapie v OPPP?

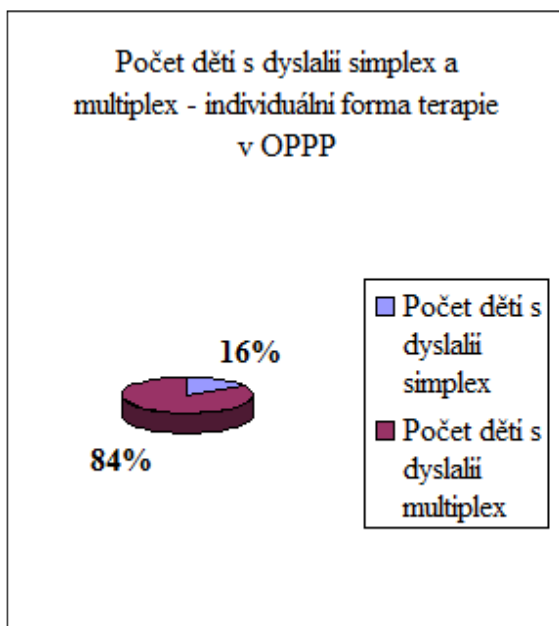
Na uvedení průzkumné otázky jsme získali odpovědi z dotazníku v otázce č. 5 (viz Příloha C).

Tabulka 5: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex

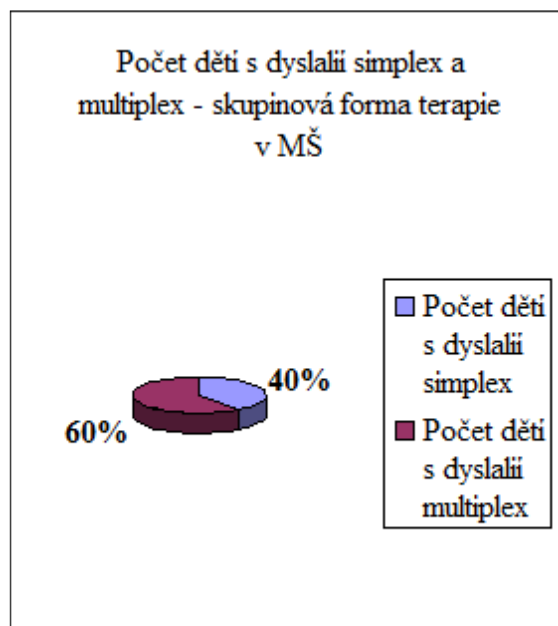
Otázka č. 5 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Počet dětí s dyslalií simplex	4	10
Podíl	16%	40%
Počet dětí s dyslalií multiplex	21	15
Podíl	84%	60%
Dětí celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 1: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex – individuální forma terapie v OPPP



Graf 2: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex – skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Průzkumný vzorek ukázal podle tabulky 5, že z celkového počtu 25 dětí je u individuální formy terapie v OPPP 21 (84%) dětí s dyslalií multiplex. U skupinové formy terapie v MŠ je z celkového počtu 25 dětí 15 (60%) dětí s dyslalií multiplex.

Dále jsme také zjistili, že dyslalie multiplex se v obou případech, a to jak při individuální, tak i skupinové terapii, vyskytuje častěji než dyslalie simplex.

Dyslalie simplex se u individuální logopedické péče v OPPP vyskytuje jen u 4 (16%) dětí a v MŠ při skupinové logopedické péči má dyslalii simplex 10 (40%) dětí.

Odpověď: Z našeho průzkumného vzorku, jak znázorňuje tabulka 5 a graf 2, je zřejmé, že děti s dyslalií multiplex při skupinové formě terapie v MŠ je v procentuálním zastoupení 60% (15) dětí. V MŠ tudíž není vyšší výskyt dyslalie multiplex, než při individuální formě terapie dětí v OPPP. Zde je dyslalie multiplex podle grafu 1 v procentuálním zastoupení u 84% (21) dětí.

2. Průzkumná otázka: Jaká je kooterapeutická péče rodičů při individuální a skupinové formě terapie dyslalie?

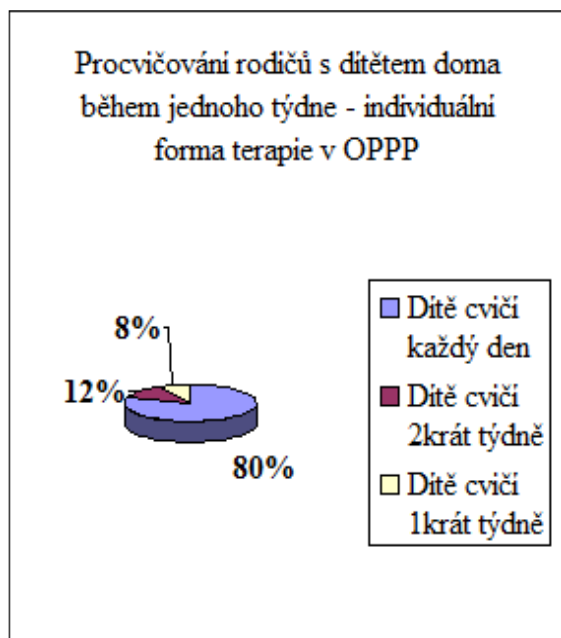
Na uvedenou průzkumnou otázku jsme získali odpovědi z otázky 10 a 11 z dotazníku pro rodiče (viz Příloha C).

Tabulka 6: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne

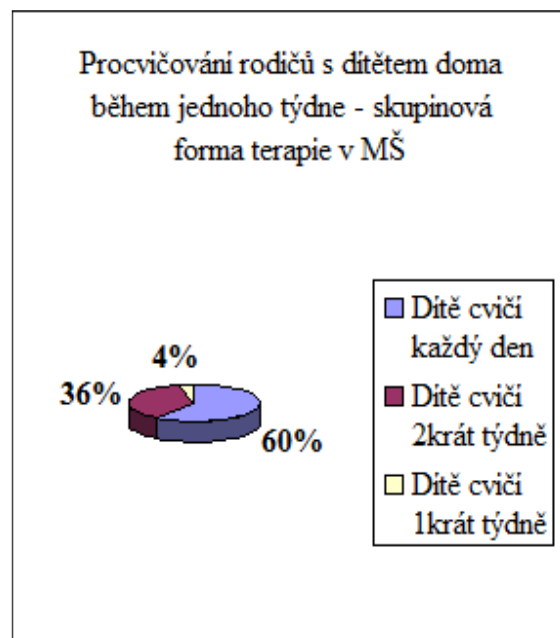
Otázka č. 10 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Dítě cvičí každý den	20	15
Podíl	80%	60%
Dítě cvičí 2krát týdně	3	9
Podíl	12%	36%
Děti cvičí 1krát týdně	2	1
Podíl	8%	4%
Děti celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 3: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne - individuální forma terapie v OPPP



Graf 4: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne - skupinová forma terapie



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Z našeho průzkumného vzorku jsme podle tabulky 6 a grafu 3 zjistili, že u individuální formy terapie v OPPP se z celkového počtu 25 rodičů na procvičování s dítětem doma každý den podílí 20 (80%) rodičů. Dalším zjištěním bylo, že 2x/týdně procvičují s dětmi 3 (12%) rodiče a ve 2 (8%) případech rodiče uvedli procvičování s dítětem doma 1x/týdně.

Z celkového počtu 25 rodičů dětí, které navštěvují MŠ se skupinovou formou terapie z tabulky 6, a grafu 4 vyplývá, že 15 (60%) rodičů procvičuje s dítětem doma každý den. Rodičů procvičujících s dítětem doma 2x/týdně je 9 (36%) a jen 1 (4%) rodič uvedl, že cvičí s dítětem doma 1x/týdně.

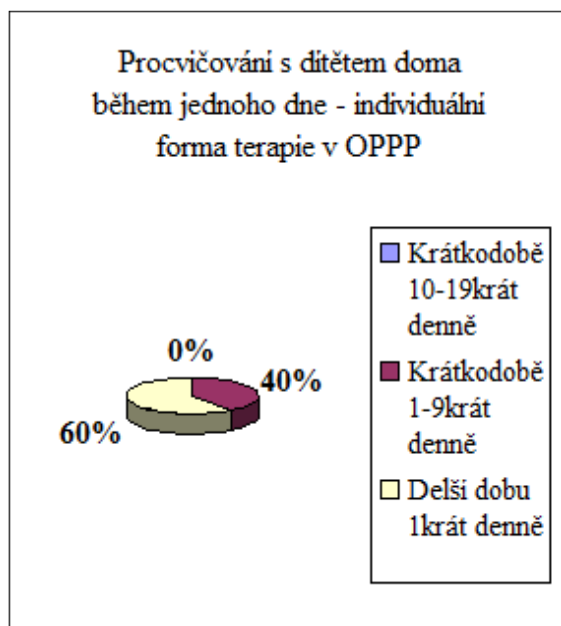
Z tabulky 6 a z grafů 3 a 4 vyplývá, že rodiče dětí, které navštěvují individuální logopedickou péči v OPPP, cvičí s dětmi doma každý den ve vyšší míře (o 25%) než rodiče dětí, které navštěvují individuální logopedickou péči v MŠ.

Tabulka 7: Procvičování rodičů s dítětem během jednoho dne

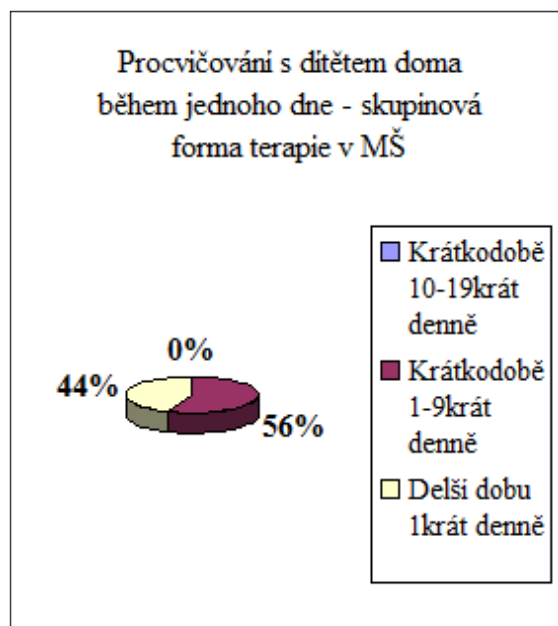
Otázka č. 11 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Dítě cvičí krátkodobě 10 – 19krát denně	0	0
Podíl	0%	0%
Dítě cvičí krátkodobě 1 – 9krát denně	10	14
Podíl	40%	56%
Děti cvičí delší dobu 1krát denně	15	11
Podíl	60%	44%
Děti celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

**Graf 5: Procvičování s dítětem doma
během jednoho dne – individuální
forma terapie v OPPP**



**Graf 6: Procvičování s dítětem doma
během jednoho dne – skupinová
forma terapie v MŠ**



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Co se týče volby denních intervalů procvičování rodičů s dětmi doma podle tabulky 7, ani jeden z rodičů v obou případech neuvedl procvičování s dítětem krátkodobě 10 – 19krát denně.

Z celkového počtu 25 rodičů dětí s individuální logopedickou péčí v OPPP z grafu 5 vyplývá, že 10 (40%) rodičů procvičuje doma s dítětem krátkodobě 1 – 9krát denně. Dále, podle výsledků z tabulky 7 a grafu 5, preferuje 15 (60%) rodičů cvičit s dítětem doma 1krát denně delší dobu.

U dětí se skupinovou logopedickou péčí v MŠ z celkového počtu 25 rodičů (graf 6) uvedli rodiče ve 14 (56%) případech, že procvičují s dítětem doma krátkodobě 1 - 9krát denně. Dlouhodobě 1krát denně pracuje s dítětem doma 11 (44%) rodičů.

Odpoověď: Z našeho průzkumného vzorku, jak znázorňuje tabulka 6 a graf 3, 4, jsme zjistili, že rodiče dětí u individuální formy terapie v OPPP cvičí s dětmi každý den ve vyšším procentuálním zastoupení a to v 80% (20 dětí), než rodiče, kteří navštěvují s dětmi logopedickou péčí v MŠ. Zde činí děti v procentuální zastoupení 60 % (15 dětí). Dalším zjištěním (tabulka 7 a grafy 5, 6) je skutečnost, že rodiče dětí navštěvujících OPPP s individuální péčí preferují spíše cvičení delší dobu 1krát denně, v procentuálním zastoupení 60% (15 dětí) před cvičením krátkodobým 1 – 9krát denně, které má procentuální zastoupení 40% (10 dětí). Naopak rodiče dětí v MŠ v 56% (14 dětí) upřednostňují procvičování krátkodobé 1 – 9krát denně před cvičením dlouhodobějším 1krát denně - 44% (11) dětí.

Rodiče dětí, které dochází na individuální logopedickou terapii do OPPP, uskutečňují kooterapeutickou péči u svých dětí ve vysoké míře každý den a delší dobu během dne. U rodičů dětí navštěvujících skupinovou logopedickou terapii v MŠ je každodenní kooterapeutická péče nižším než v předešlém případě, ale liší se i způsobem procvičování. Rodiče preferují procvičování krátkodobé 1 – 9krát denně.

3. Průzkumná otázka: Jaká je informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách při individuální formě terapie dyslalie v OPPP a ve skupinové formě terapie dyslalie v MŠ?

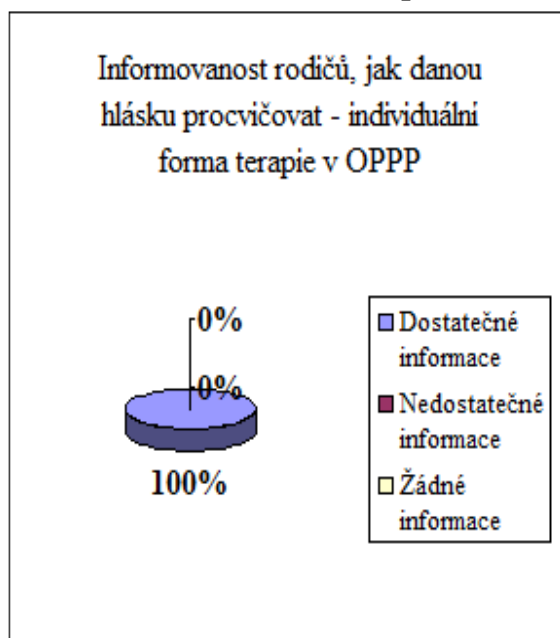
Na uvedenou průzkumnou otázku jsme získali odpovědi na otázky 8, 9, 12, 14 z dotazníku pro rodiče (viz Příloha C).

Tabulka 8: Informovanost rodičů o způsobu procvičování dané hlásky

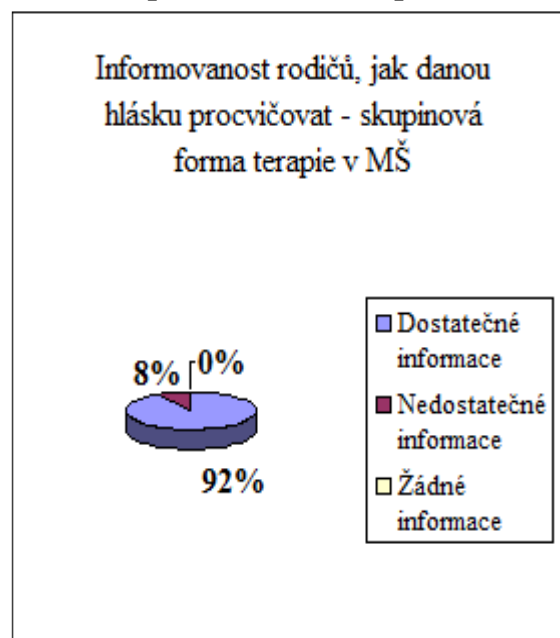
Otázka č. 8 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Mají dostatečné informace, jak danou hlásku procvičovat	25	23
Podíl	100%	92%
Nemají dostatečné informace, jak danou hlásku procvičovat	0	2
Podíl	0%	8%
Nemají žádné informace, jak danou hlásku procvičovat	0	0
Podíl	0%	0%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 7: Informovanost rodičů, jak danou hlásku procvičovat - individuální forma terapie v OPPP



Graf 8: Informovanost rodičů, jak danou hlásku procvičovat - skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Z výsledků (tabulka 8 a graf 7) vyplývá, že u individuální formy terapie v OPPP je 100% informovanost rodičů, jak danou hlásku procvičovat.

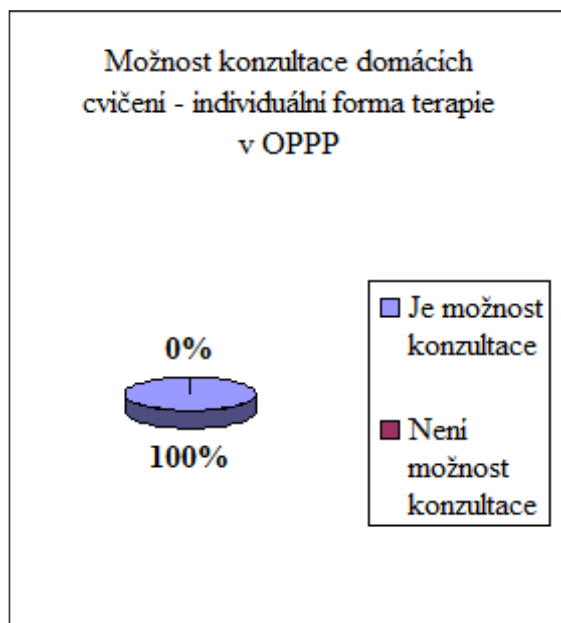
U skupinové formy terapie dětí v MŠ (tabulka 8 a graf 8) z celkového počtu 25 rodičů uvedlo 23 (92%) rodičů, že mají dostatečné informace o tom, jak danou hlásku procvičovat. Ve 2 (8%) případech jsme zaznamenali, že rodiče nemají dostatek informací o tom, jak danou hlásku doma s dítětem procvičovat.

Tabulka 9: Přehled o možnosti rodičů konzultovat s logopedem domácí cvičení dítěte

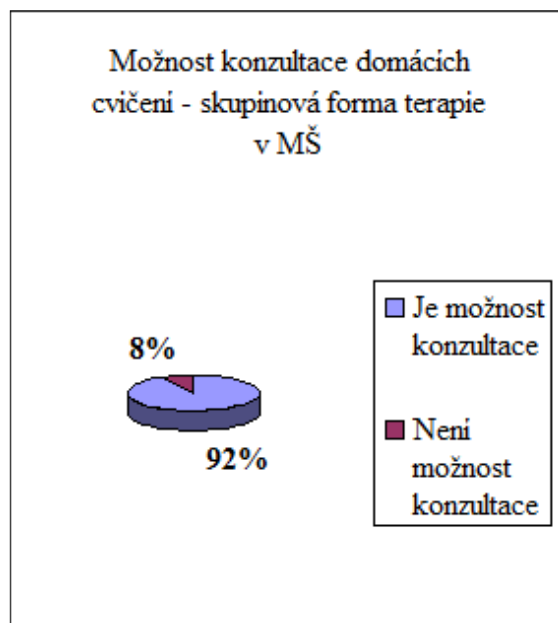
Otázka č. 9 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Je možnost konzultovat domácí cvičení	25	23
Podíl	100%	92%
Není možnost konzultovat domácí cvičení	0	2
Podíl	0%	8%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 9: Možnost konzultace domácích cvičení – individuální forma terapie v OPPP



Graf 10: Možnost konzultace domácích cvičení – skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Podle tabulky 9 a grafu 9 rodiče, kteří dochází s dětmi do OPPP s individuální logopedickou péčí a mají 100% možnost konzultovat domácí cvičení. Dosažení takového výsledku může být způsobeno přímým kontaktem rodiče a logopeda v době, kdy je dítěti poskytována logopedická péče.

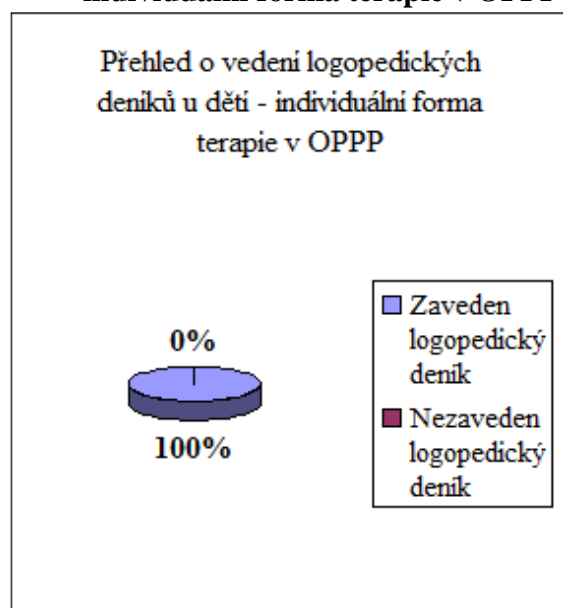
Tabulka 9 a graf 10 znázorňuje, že z celkového počtu 25 rodičů dětí docházející do logopedické třídy při MŠ uvedlo 23 (92%) rodičů, že mají možnost konzultovat domácí cvičení s logopedem. Ve 2 (8%) případech rodiče odpověděli, že tuto možnost nemají.

Tabulka 10: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí

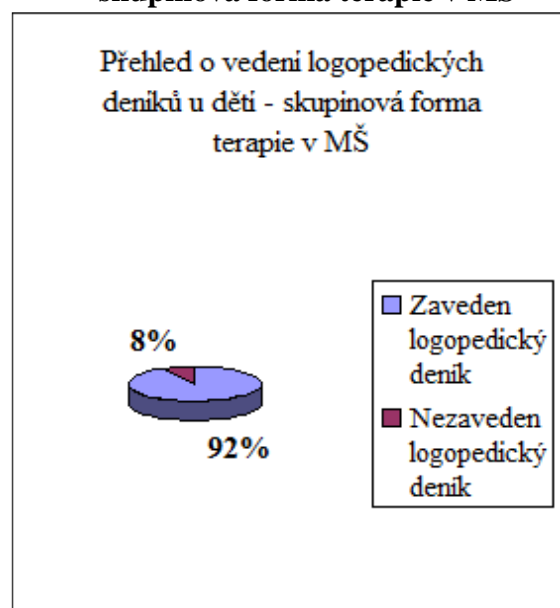
Otázka č. 12 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Děti mají zavedený logopedický deník	25	23
Podíl	100%	92%
Děti nemají zavedený logopedický deník	0	2
Podíl	0%	8%
Děti celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 11: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí - individuální forma terapie v OPPP



Graf 12: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí - skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

U této otázky (tabulka 10 a graf 11) vyplývá, že při individuální formě terapie v OPPP má logopedický deník zavedeno 100% dětí.

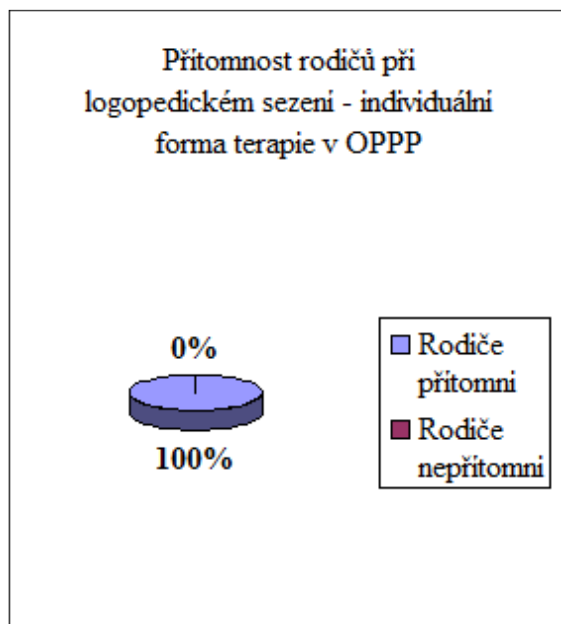
U skupinové formy terapie v MŠ nám tabulka 10 a graf 12 poskytuje přehled, že z celkového počtu 25 dětí 2 (8%) děti logopedický deník zavedený nemají a zbývajících 23 (92%) dětí logopedický deník zavedený má.

Tabulka 11: Přítomnost rodičů při logopedickém sezení

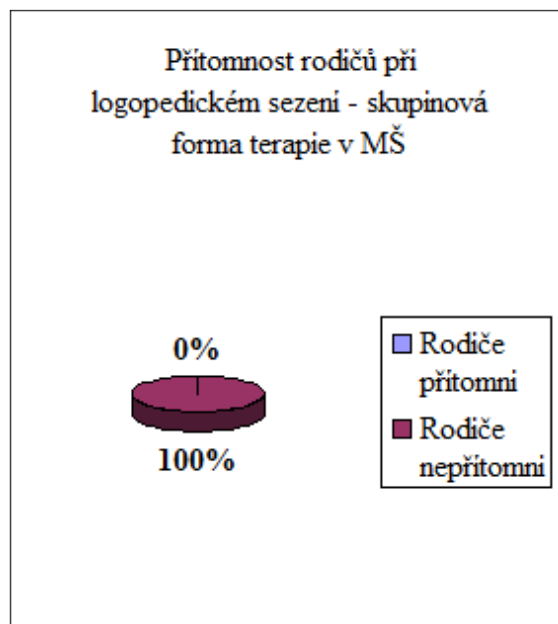
Otázka č. 14 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Rodiče přítomni u logopedického cvičení	25	0
Podíl	100%	0%
Rodiče nepřítomni u logopedického cvičení	0	25
Podíl	0%	100%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

**Graf 13: Přítomnost rodičů
při logopedickém sezení
- individuální forma terapie v OPPP**



**Graf 14: Přítomnost rodičů
při logopedickém sezení
- skupinová forma terapie v MŠ**



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Tabulka 11 a graf 13 nám poskytují informace, že při individuální formě terapie v OPPP jsou rodiče 100 % přítomni, což se dalo předpokládat podle formy nápravy dětí s NKS, kam rodiče docházejí společně s rodiči.

Naopak je tomu (tabulka 11 a graf 14) při skupinové terapii v logopedické třídě při MŠ, kde rodiče nejsou terapii přítomni.

Odpověď: Z výše zjištěných informací vyplývá odpověď, že informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách při individuální formě terapie dyslalie v OPPP je 100%. Výsledek může být ovlivněn skutečností, že rodiče se přímo účastní logopedické terapie dítěte a vzniká přímý kontakt mezi logopedem a rodičem. Rodiče tudíž mají možnost konzultovat přímo s logopedem dítěte, jak doma cvičit a procvičovat danou hlásku. V přímém kontaktu logoped také rodičům osobně předloží logopedický deník dítěte k procvičování doma. V logopedické třídě MŠ se skupinovou formou terapie je informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách v nepatrně nižší míře, což je pravděpodobně následkem 100% nepřítomnosti rodičů. Z celkového počtu 25 rodičů uvedli rodiče ve 2 (8%) případech, že nemají možnost konzultace domácích cvičení s logopedem a není ani možnost konzultovat, jak danou hlásku doma s dítětem procvičovat. Ve stejném počtu 2 (8%) rodičů byla odpověď, že dítě nemá zaveden logopedický deník.

4. Průzkumná otázka: Jaká je spokojenost rodičů se skupinovou a individuální formou terapie?

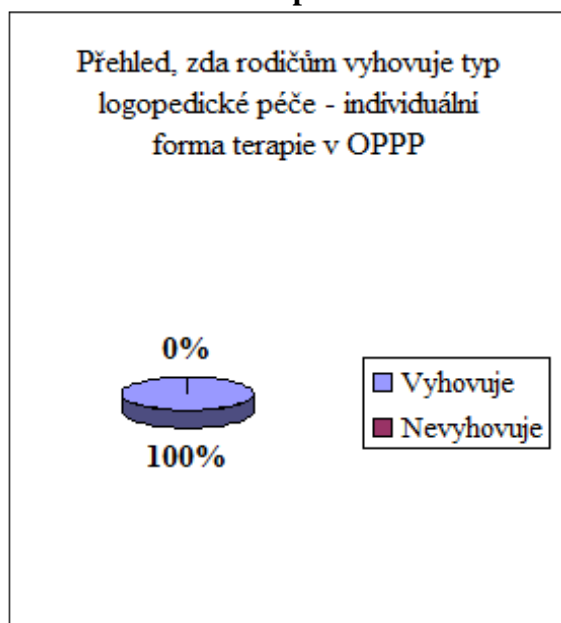
Na uvedenou průzkumnou otázku jsme získali odpovědi na otázky 6 a 15 z dotazníku pro rodiče (viz Příloha B).

Tabulka 12: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče, která je dítěti poskytována

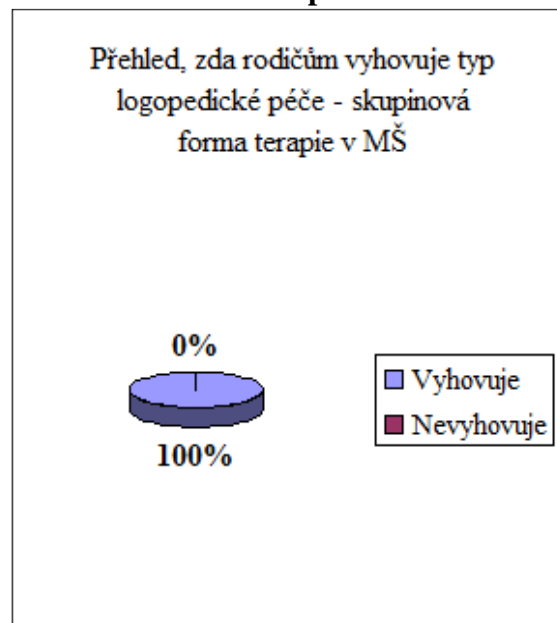
Otázka č. 6 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Rodičům vyhovuje typ logopedické péče	25	25
Podíl	100%	100%
Rodičům nevyhovuje typ logopedické péče	0	0
Podíl	0%	0%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 15: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče – individuální forma terapie v OPPP



Graf 16: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče - skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

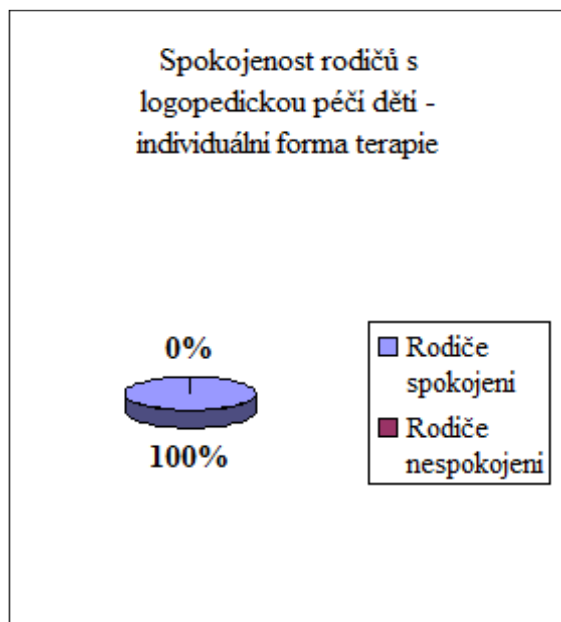
Z našeho průzkumného vzorku (tabulka 12 a graf 15, 16) vyplývá, že se rodiče v obou případech, jak u individuální, tak skupinové formy terapie v 100% shodli, že jim zvolený typ logopedické péče pro jejich dítě vyhovuje.

Tabulka 13: Spokojenost rodičů s logopedickou péčí, která je dítěti poskytována

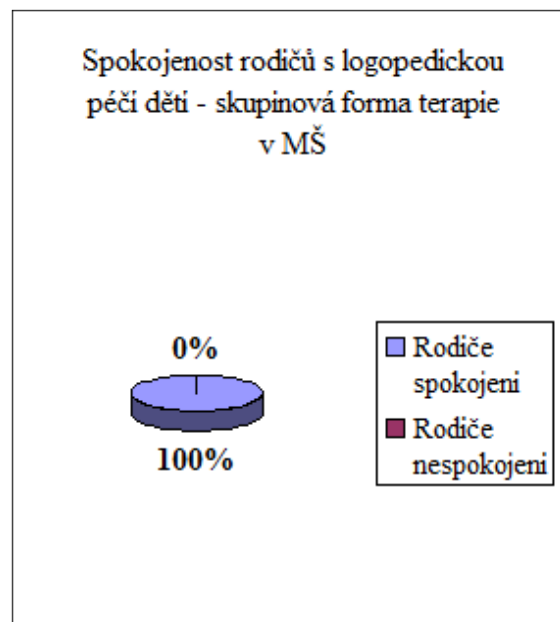
Otázka č. 15 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Rodiče jsou spokojeni s logopedickou péčí dítěte	25	25
Podíl	100%	100%
Rodiče nejsou spokojeni s logopedickou péčí dítěte	0	0
Podíl	0%	0%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

**Graf 17: Spokojenost rodičů
s logopedickou péčí dětí
- individuální forma terapie v OPPP**



**Graf 18: Spokojenost rodičů
s logopedickou péčí dětí
- skupinová forma terapie v MŠ**



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Stejný výsledek jako u předchozí otázky vyplývá i z tabulky 13 a grafů 17, 18. Rodiče jsou 100% spokojeni s logopedickou péčí, a to jak při individuální logopedické terapii v OPPP, tak při skupinové logopedické péči v MŠ.

Odpověď: Můžeme konstatovat, že rodiče jsou 100% spokojeni jak s individuální logopedickou péčí v OPPP, tak i se skupinovou logopedickou péčí v MŠ.

5. Průzkumná otázka: Jaká je podle hodnocení rodičů spokojenost dětí s individuální formou terapie dyslalie v OPPP a skupinovou formou terapie dyslalie v MŠ?

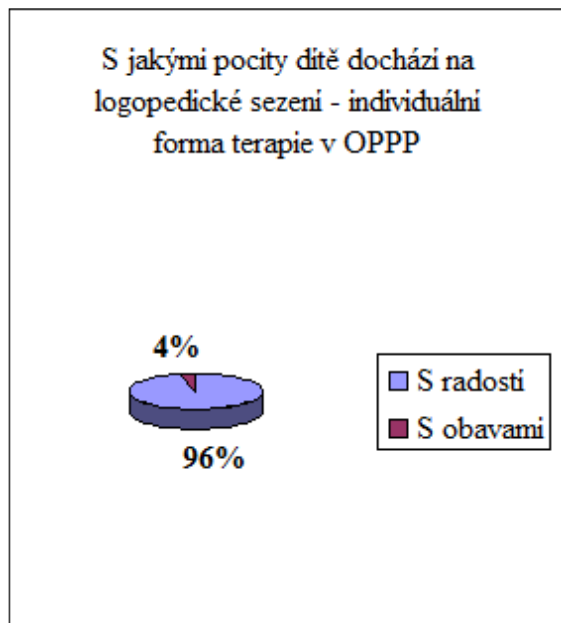
Na uvedenou průzkumnou otázku jsme získali odpovědi na otázky 7 a 13 z dotazníku pro rodiče.

Tabulka 14: Přehled zda dítě dochází na logopedii s radostí, nebo s obavami

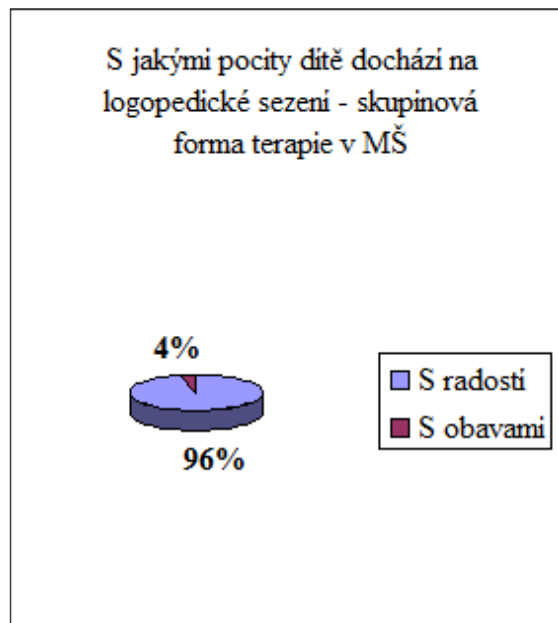
Otázka č. 7 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Dítě dochází na logopedické sezení s radostí	24	24
Podíl	96%	96%
Dítě dochází na logopedické sezení s obavami	1	1
Podíl	4%	4%
Děti celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 19: S jakými pocity dítě dochází na logopedické sezení – individuální forma terapie v OPPP



Graf 20: S jakými pocity dítě dochází na logopedické sezení – skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

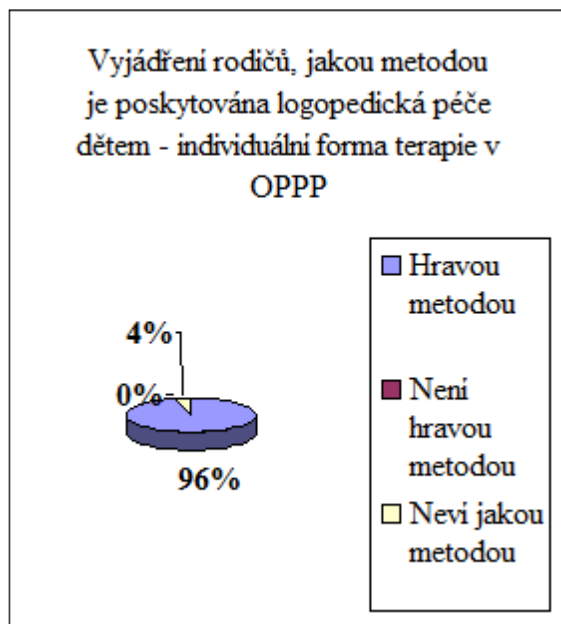
V této průzkumné otázce jsme došli (tabulka 14 a grafy 19, 20) k výsledkům, že při individuální i skupinové logopedické terapii, děti dochází na logopedii ve 24 (96%) případech s radostí. V každé ze sledovaných skupin je 1 (4%) dítě, které dochází na logopedii s obavami.

Tabulka 15: Přehled zda rodiče vědí, že je logopedická péče dětem poskytována hravou metodou

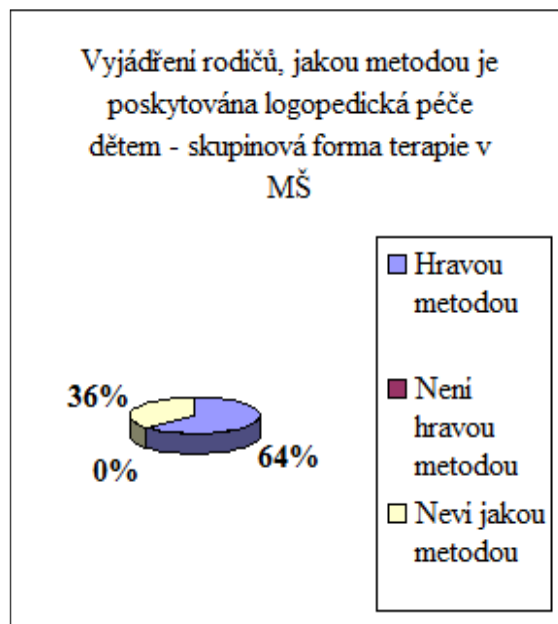
Otázka č. 13 (viz Příloha C)	Individuální forma terapie v OPPP	Skupinová forma terapie v MŠ
Logopedická péče je poskytována hravou metodou	24	16
Podíl	96%	64%
Logopedická péče není poskytována hravou metodou	0	0
Podíl	0%	0%
Rodiče neví, zda je či není logopedická péče poskytována hravou metodou	1	9
Podíl	4%	36%
Rodičů celkem	25	25
Podíl celkem	100%	100%

Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

Graf 21: Vyjádření rodičů, jakou formou je poskytována logopedická péče dětem – individuální forma terapie v OPPP



Graf 22: Vyjádření rodičů, jakou formou je poskytována logopedická péče dětem – skupinová forma terapie v MŠ



Zdroj: Straková L. (vlastní šetření)

V dotazníku, který byl předložen v OPPP s individuální logopedickou péčí podle (tabulka 15 a graf 21), uvedlo z celkového počtu 25 rodičů 24 (96%) rodičů, že je logopedická péče poskytována hravou metodou. Jen 1 (4 %) rodič z dotazovaných uvedl, že neví, zda je logopedická péče poskytována hravou metodou. Těžko vysvětlit, co konkrétního rodiče vedlo k této odpovědi, když se přímo účastní logopedického sezení s dítětem. Je možné, že ze svého pohledu nedokázal posoudit, zda se jedná o hravou metodu, ale to se můžeme jen domnívat. Žádný rodič nevěděl, že neví, jakou metodou děti pracují.

Rodiče dětí, které navštěvují skupinovou logopedickou péči v MŠ, uvedlo z celkového počtu 25 rodičů v 16 případech (64%), že je logopedická péče poskytována hravou metodou. U 9 (36%) rodičů jsme zaznamenali, že nevědí, zda je, či není logopedická péče dětí prováděna hravou metodou. Nikdo z rodičů nevěděl, že by logopedická péče nebyla prováděna hravou metodou.

Odpověď: Na základě zjištění (tabulky 14, 15 a grafy 19, 20, 21 a 22) se můžeme domnívat, že spokojenost dětí s individuální formou terapie dyslalie v OPPP a skupinovou formou terapie dyslalie v MŠ je u obou případů shodná a téměř 100%.

Jen 1 (4%) dítě jak při skupinové, tak i při individuální formy terapie uvedlo, že navštěvuje logopedii s obavami. Ve vyšší míře se u rodičů objevily rozdíly v přehledu o tom, zda je logopedická intervence poskytována hravou metodou. Rodiče, jejichž děti navštěvují individuální logopedickou péči v OPPP, odpovídali z celkového počtu 25 rodičů ve 24 (96%) případech, že je logopedická péče poskytována hravou metodou. V jednom případě rodič uvedl, že neví, zda je logopedická péče poskytována hravou metodou. Rodiče dětí, které navštěvují skupinovou logopedickou péči, uvedlo v 9 (36%) případech, že neví, zda je logopedická péče poskytována hravou metodou. Zbývajících 16 (64%) rodičů uvedlo poskytování logopedické péče dětem hravou metodou. Toto zjištění pravděpodobně vzniklo na základě toho, že nejsou přítomni v MŠ při poskytované péči dětem. Můžeme tedy konstatovat, že děti dochází na logopedická cvičení v obou případech převážně s radostí pravděpodobně z důvodu, že forma terapie dyslalie je prováděna hravou metodou.

3.8 Interpretace výsledků

Cílem této práce bylo porovnat výhody a nevýhody logopedické péče dětí s nejčastější poruchou řeči dyslalií v OPPP, kde je logopedická péče poskytována individuální formou, a logopedickou péči prováděnou formou skupinovou v logopedické třídě v MŠ. Zároveň bylo také záměrem zmapovat a porovnat poskytování logopedické terapie u dětí s NKS v těchto zařízeních.

Pro průzkum bylo stanoveno 5 průzkumných otázek, na které odpovídali rodiče dětí, které podstupují logopedickou terapii.

1. Průzkumná otázka: Mají děti ve skupinové formě terapie dyslalie vyšší výskyt dyslalie multiplex než děti s individuální formou terapie?

Jak již bylo uvedeno výše, dětí s dyslalií multiplex u skupinové formy terapie v MŠ je 15, což činí z celkového počtu 60% dětí. Při individuální terapii v OPPP je dětí s dyslalií multiplex 21, což je z celkového počtu v procentuálním vyjádření 84%. Z tohoto zjištění tedy vyplývá, že děti ve skupinové formě terapie dyslalie v MŠ nemají vyšší výskyt dyslalie multiplex než děti s individuální formou terapie v OPPP. Do

OPPP s individuální formou terapie dochází o 6 dětí (o 28,6%) více se závažnější vadou řeči dyslalií multiplex než dětí, které dochází na individuální formu terapie do MŠ.

2. Průzkumná otázka: Jaká je kooterapeutická péče rodičů při individuální a skupinové formy terapie dyslalie?

Podle výše uvedených údajů lze říci, že kooterapeutická péče rodičů je u individuální formy terapie v OPPP intenzivnější, co se týče počtu dětí, které cvičí každý den. Každodenní procvičování dětí ze skupinové formy terapie je o 25% nižší než u první sledované skupiny. Může to být zapříčiněno tím, že rodiče, kteří dochází do OPPP, si uvědomují nutnost procvičovat doma. Rodiče dětí, které dochází do logopedické třídy v MŠ, může ovlivňovat vědomí, že děti denně (mimo sobotu a neděli) procvičují v MŠ, tudíž už se procvičování s dětmi doma tolik nevěnují. S tím může souviset i zjištění, že rodiče dětí docházejících do logopedické třídy v MŠ uvedli ve vyšším počtu 14 (56%), že dítě cvičí krátkodobě 1 – 9krát denně. Na rozdíl od rodičů dětí, které dochází na individuální logopedickou péči do OPPP cca 1krát za 14 dní, kde rodiče uvedli ve vyšším počtu 15 (60%) případů, že cvičí s dítětem doma delší dobu 1krát denně.

3. Průzkumná otázka: Jaká je informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách ve skupinové a individuální formě terapie dyslalie?

Z údajů uvedených výše docházíme k závěru, že informovanost rodičů o kooterapeutických úlohách u individuální formy terapie dyslalie dětí v OPPP je v tomto případě vyšší, než u rodičů dětí při skupinové formě terapie dyslalie v MŠ (92%). Dále docházíme ke zjištění, že spolupráce mezi rodiči a logopedem je 100% při individuální logopedické terapii v OPPP, jelikož rodiče se přímo účastní logopedického cvičení s dítětem u logopeda v OPPP.

4. Průzkumná otázka: Jaká je spokojenost rodičů se skupinovou a individuální formou terapie?

Z uvedeného přehledu jsme došli k závěru, že rodiče jsou jak s individuální, tak i se skupinovou formou terapie 100% spokojeni.

5. Průzkumná otázka: Jaká je podle hodnocení rodičů spokojenost dětí s individuální a skupinovou formou terapie dyslalie?

Podle odpovědí rodičů na otázku, zda jsou děti spokojeny s individuální či skupinovou formou terapie dyslalie, jsme došli u obou forem ke shodným výsledkům. 96% (24) dětí v každé skupině dochází na logopedii s radostí. Můžeme se domnívat, že tomu tak je z důvodu, že je logopedická péče prováděna podle zjištěných údajů převážně hravou metodou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá individuální a skupinovou péčí u dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností, konkrétně dyslalií. Děťmi předškolního věku rozumíme děti ve věku od 3 do 6 až 7 let a dyslalie patří právě u těchto dětí mezi nejčastější a nejznámější poruchu řeči. Práce nám poskytla možnost podrobněji nahlédnout do systému logopedické péče u nás.

Cílem práce bylo zmapovat a porovnat individuální a skupinovou logopedickou péči u dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností, konkrétně s dyslalií. Z průzkumného šetření jsem zjistila, že mnou zkoumaná logopedická péče je na velmi dobré úrovni. Ve výsledku nevidím zásadnější rozdíl mezi logopedickou péčí individuální v pedagogicko-psychologické poradně a skupinovou logopedickou péčí v logopedické třídě při běžné mateřské škole. Rodiče, kteří se mnou na dotazníku spolupracovali, si vybrali systém, který jim vyhovuje a přináší dětem pozitivní výsledky. Při rozboru dotazníku nás některé informace překvapily.

Domnívali jsme se, že intenzivní logopedie v mateřské škole bude zajišťovat péči dětem se závažnějšími vadami řeči. Koneckonců jde o děti, které jsou v mateřské škole integrovány a je tedy u nich diagnostikováno zdravotní postižení a nastavena nejvyšší míra podpůrných opatření. Výsledky však ukázaly, že do logopedické třídy jsou zařazovány i děti s prodlouženou fyziologickou patlavostí. Položme si otázku, zda je nutné zařadit dítě s dyslalií simplex do prostředí tak řečově patologického, zda by daného systému nešlo využít tak, že dítě s méně závažnou vadou zůstane v běžné třídě MŠ a bude docházet jen na individuální logopedii.

Rodiče dětí s dyslalií multiplex volili častěji individuální terapii v OPPP. Tato skupina rodičů byla také informovanější o používaných terapeutických metodách.

V dnešní době se uvádí, že mnoho rodičů se dětem dostatečně nevěnuje, ale při spolupráci logopeda s rodičem při individuální terapii je tomu naopak. Pravdou je, že ze stejného důvodu mohou rodiče upřednostnit péči v mateřské škole, kde je plně zajištěna péče a od rodičů se nevyžaduje aktivní účast, což potvrzuje menší ochotu rodičů se dítěti věnovat. Stálo by za zvážení, zda by v zařízeních, kde probíhá individuální logopedická péče, nešlo zajistit i skupinovou logopedii, i když je zde v podstatě tak trochu prováděna v rámci stimulačně edukační skupiny. Dále by také stálo za zvážení,

jak v mateřské škole zajistit intenzivnější spolupráci s rodiči. Takovou nabídkou je například vedení logopedického deníku. Z vlastní zkušenosti vím, že ze strany logopeda je zájem rodiče informovat a také tak činí, má-li rodič zájem. Rodiče dětí navštěvujících skupinovou terapii v MŠ se však v některých případech nezajímají o průběh terapie svého dítěte.

Je velmi překvapujícím zjištěním, že i rodiče dětí s individuální terapií v OPPP, kteří musí vynaložit více úsilí a času, jsou 100% spokojeni se zvoleným způsobem terapie, protože jsme předpokládali na základě praktických zkušeností, že tomu tak není.

Díky odborné literatuře jsme se seznámili s historií logopedické péče, kterou v současné době potřebuje vyšší počet dětí. I když to nemáme podloženo vlastním výzkumem, zkušenosti ukazují, že rozvoj komunikačních technologií má paradoxně negativní vliv na individuální schopnost řečové komunikace. Nedá se očekávat, že by se tento trend změnil. Domníváme se proto, že náprava narušených komunikačních schopností bude stále častěji věcí odborníků. Aby jejich práce byla úspěšná, nezbytně potřebují spolupráci rodičů.

Při průzkumu jsme nezjistili značné rozdíly mezi individuální a skupinovou terapií v rámci námi sledovaných oblastí. Nezaměřovali jsme se však na rychlost a efektivitu terapie, kde mohou být rozdíly. Předpokladem by mohlo být, že skupinová terapie je rychlejší a děti z ní více profitují, jelikož ve třídě tráví dostatek času. Protože jsme se na tuto problematiku nezaměřovali, mohla by být dobrým námětem pro další práci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998.
- DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- FUKANOVÁ, V. Koncepce logopedické péče. In: ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- GÚTHOVÁ, M. a D. ŠEBIANOVÁ. Terapie dyslalie. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- HROMKOVÁ, D., J. HUK, J. KLUGEROVÁ a kol. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2012. ISBN 978-80-7452-024-2.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit (Chodíme na logopedii)*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
- LECHTA, V. Cíle diagnostiky narušené komunikační schopnosti. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

- LECHTA, V. Metody a techniky logopedické terapie, principy jejich aplikace. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, V. Dějiny logopedie. In: ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-20-6.
- NÁDVORNÍKOVÁ, V. Diagnostika dyslalie. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- NEUBAUER, K. *Logopedie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2001. ISBN 80-7041-098-1.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2666-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Mařenko, řekni Ř*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2353-2.
- SALOMONOVÁ, A. Dyslalie. In: ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-546-6
- SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. Publikace č. 06-40-11/I/2.
- VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. Publikace č. 0-73-11/3.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

GÚTHOVÁ, M. Dyslália. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

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

LECHTA, V. Dyslália. In: LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990. s. 280. ISBN 80-08-00447-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

LAURENČÍKOVÁ, K. *Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*. [online]. [cit. 2012-08-08]. Dostupné z: www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni-logopedicke-pece-ve-skolstvi

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex – individuální forma terapie v OPPP	40
Graf 2: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex - skupinová forma terapie v MŠ	40
Graf 3: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne – individuální forma terapie v OPPP	41
Graf 4: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne – skupinová forma terapie v MŠ	41
Graf 5: Procvičování s dítětem doma během jednoho dne - individuální forma terapie v OPPP	43
Graf 6: Procvičování s dítětem doma během jednoho dne - skupinová forma terapie v MŠ	43
Graf 7: Informovanost rodičů, jak danou hlásku procvičovat - individuální forma terapie v OPPP	45
Graf 8: Informovanost rodičů, jak danou hlásku procvičovat - skupinová forma terapie v MŠ	45
Graf 9: Možnost konzultace domácích cvičení - individuální forma terapie v OPPP	46
Graf 10: Možnost konzultace domácích cvičení - skupinová forma terapie v MŠ	46
Graf 11: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí - individuální forma terapie v OPPP	47

Graf 12: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí	
- skupinová forma terapie v MŠ	47
Graf 13: Přítomnost rodičů při logopedickém sezení	
- individuální forma terapie v OPPP	48
Graf 14: Přítomnost rodičů při logopedickém sezení	
- skupinová forma terapie v MŠ	48
Graf 15: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče	
- individuální forma terapie v OPPP	50
Graf 16: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče	
- skupinová forma terapie v MŠ	50
Graf 17: Spokojenost rodičů s logopedickou péčí dětí	
- individuální forma terapie v OPPP	51
Graf 18: Spokojenost rodičů s logopedickou péčí dětí	
- skupinová forma terapie v MŠ	51
Graf 19: S jakými pocity dítě dochází na logopedická sezení	
- individuální forma terapie v OPPP	53
Graf 20: S jakými pocity dítě dochází na logopedická sezení	
- skupinová forma terapie v MŠ	53
Graf 21: Vyjádření rodičů, jakou metodou je poskytována logopedická péče dětem - individuální forma terapie v OPPP	55
Graf 22: Vyjádření rodičů, jakou metodou je poskytována logopedická péče dětem – skupinová forma terapie v MŠ	55

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled počtu dětí v OPPP a v MŠ	34
Tabulka 2: Doporučení rodičům logopedické péče pro dítě	35
Tabulka 3: Formy logopedické péče poskytované dětem.....	36
Tabulka 4: Přehled, od kterého roku věku dítěte byla poskytována logopedická péče.....	37
Tabulka 5: Počet dětí s dyslalií simplex a multiplex	39
Tabulka 6: Procvičování rodičů s dítětem doma během jednoho týdne	41
Tabulka 7: Procvičování rodičů s dítětem během jednoho dne.....	43
Tabulka 8: Informovanost rodičů o způsobu procvičování dané hlásky	45
Tabulka 9: Přehled o možnosti rodičů konzultovat s logopedem domácí cvičení dítěte	46
Tabulka 10: Přehled o vedení logopedických deníků u dětí	47
Tabulka 11: Přítomnost rodičů při logopedickém sezení	48
Tabulka 12: Přehled, zda rodičům vyhovuje typ logopedické péče, která je dítěti poskytována.....	50
Tabulka 13: Spokojenost rodičů s logopedickou péčí, která je dítěti poskytována.....	51
Tabulka 14: Přehled zda dítě dochází na logopedii s radostí, nebo s obavami	53
Tabulka 15: Přehled zda rodiče vědí, že je logopedická péče dítětem poskytována hravou metodou.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha A – Charakteristika pracoviště Oblastní pedagogicko
-psychologické poradny v BoskovicíchI**

**Příloha B – Charakteristika pracoviště Mateřské školy
v Boskovicích – speciální logopedické třídyIII**

**Příloha C – Dotazník pro rodiče dětí předškolního věku s narušenou
Komunikační schopností – dyslalií v OPPP a v MŠ.....VII**

PŘÍLOHY

Příloha A – Charakteristika pracoviště Oblastní pedagogicko-psychologické poradny v Boskovicích

Oblastní pedagogicko-psychologická poradna (OPPP) Vyškov, pracoviště Boskovice je školské poradenské zařízení, poskytující odborné služby z oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky a psychologie. Odborné poradenství a služby poskytuje dětem a mládeži, jejich rodičům, pedagogům atd.

K nabídce služeb patří i komplexní psychologická, speciálně pedagogická a sociální diagnostika dětí a mládeže. Dále také zajišťuje poradenství a konzultace při výukových i výchovných aj. obtížích.

V rámci individuální péče se zaměřujeme na rozvoj:

- hrubé motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvidel a grafomotoriky;
- zrakové a sluchové percepce;
- artikulační obratnosti, správné výslovnosti, vyvozování, fixaci a automatizaci správné výslovnosti;
- rozvoj pasivní a aktivní slovní zásoby;
- rozvoj logického myšlení;
- orientace v čase, prostorové orientace, pravolevé orientace;
- porozumění sociálním situacím;
- rozvoj předmatematických představ.

Pro děti s realizovaným odkladem školní docházky, kde je nevyzrálost závažnějšího charakteru realizuje OPPP stimulačně edukativní skupiny, kde je rozvíjena:

- hrubá motorika, jemná motorika, motoriky mluvidel a grafomotoriky;
- zraková a sluchová percepce;
- artikulační obratnost, správná výslovnost;
- rozvoj pasivní a aktivní slovní zásoby;
- rozvoj logického myšlení;
- orientace v čase, prostorová orientace, pravolevá orientace;
- porozumění sociálním situacím;

- rozvoj předmatematických představ; pro rodiče budou připraveny besedy.

Tyto děti dochází dle potřeby na individuální logopedickou nápravu.



Dítě u individuální logopedické péče v OPPP

Příloha B – Charakteristika pracoviště Mateřské školy v Boskovicích - speciální logopedické třídy

Mateřská škola v Boskovicích na ulici Lidická se nachází v klidném prostředí a obklopuje ji prosluněná rozlehlá školní zahrada s plochou zeleně, několika pískovišti a dopravním hřištěm.

Mateřskou školu navštěvuje celkem v sedmi třídách 146 dětí, z nichž jsou tři speciální logopedické třídy, kde výchovu a vzdělávání dětí zajišťuje kolektiv učitelek. MŠ pracuje dle školního vzdělávacího programu (ŠVP) s názvem tématu: Povídej si se mnou. Podtémata a tématické části ŠVP tvoří: Rozumím svému já, Spolu nás to baví, Poznávám svět, Dělán svět lepším, Žiji zdravě.

Výukový program logopedický vede kvalifikovaný vysokoškolsky vzdělaný logoped, který úzce spolupracuje s odborníky Speciálně pedagogického centra (SPC) v Brně, Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) v Boskovicích, popřípadě s odbornými lékaři (neurolog, pediatr, ORL), ale i s učitelkami 1. tříd základní školy. Také úzce spolupracuje s rodiči dětí formou konzultační a poradenskou činností.

V logopedických třídách je realizováno z převážné části skupinové intenzivní cvičení, které je součástí denního režimu dětí s doplňkem individuální terapie. Malým skupinám dětí se věnují proškolené logopedické asistentky a odborně kvalifikovaný speciální pedagog – logoped. V každé speciální logopedické třídě je maximálně 14 dětí, což je optimální počet dětí pro skupinovou logopedickou péči. Ve třídě pracuje jedna učitelka (logopedická asistentka), která provádí výchovnou práci ve třídě podle rámcového vzdělávacího programu.

Logopedická asistentka při skupinové logopedické péči se zaměřuje:

- artikulační cvičení;
- gymnastiku mluvidel;
- dechová cvičení;
- fonační cvičení;
- sluchové hry;
- logopedické říkanky.



Logopedická asistentka s dětmi v logopedické třídě MŠ – dechová cvičení

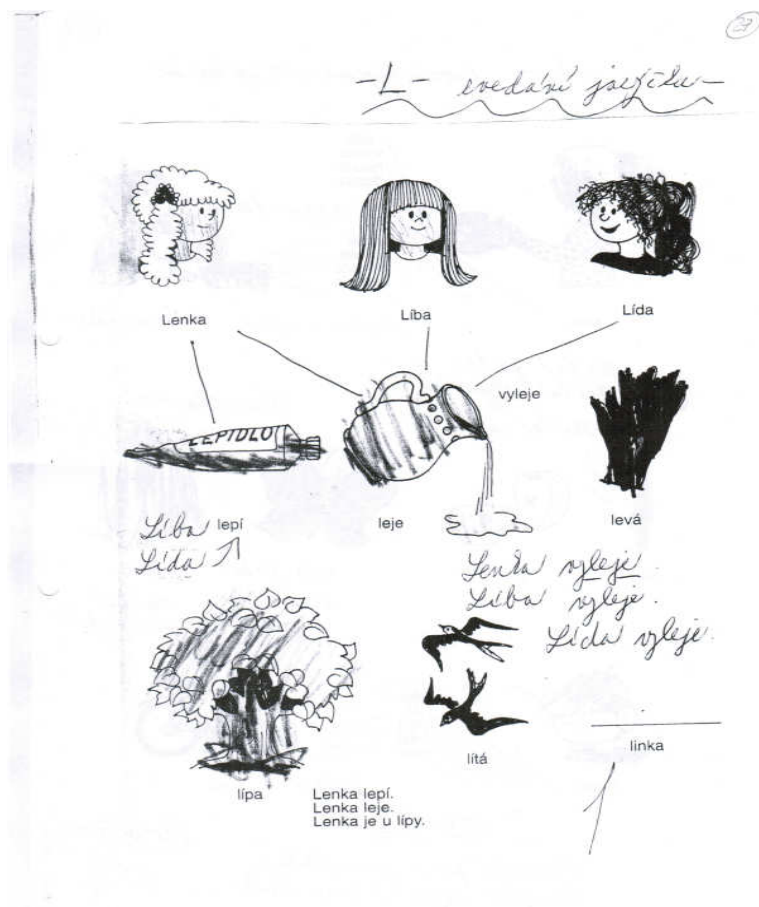
Dále v rámci třídy pracuje logoped, který provádí speciálně pedagogickou práci - nápravu výslovnosti. Individuální sezení slouží na průběžnou diagnostiku a stanovení krátkodobých cílů.

Výslovnost je prováděna ve 4 rovinách jazyka:

- *foneticko – fonologická* – gymnastika mluvidel, sluchová cvičení, dechová cvičení, artikulační cvičení, vyvozování hlásky a její fixace;
- *lexikálně – sémantická* – rozvoj slovní zásoby, rozvoj jazykového citu;

- morfologicko – syntaktická;
- progresivní.

Každé dítě má svůj logopedický pracovní sešit, kde má instrukce a návody k procvičování řeči, které by mělo provádět doma za pomoci rodičů.



Průpravné cvičení hlásky L – logopedický deník

- C - *česťme slova*

45



pec

- Alena má pec -



klec

Chlapec má klec



noc

To je noc



kopec

To je velký kopec



palec

To je můj palec



límeč

To je párty límeč



chlapec



válec

- Cecilia má válec -



věneč

- To je párty věneč -

nic víc líč báč táč

- Pro koho je klec? K čemu je pec?
- Říkej: v noci, v kleci, na peci... Ukaž palec. Ukaž líč (rub). Nakresli věneč.

Průpravné cvičení hlásky C – logopedický deník

Odborný logoped a logopedický asistent spolu úzce spolupracují, aby byla logopedická péče efektivní.

Jednotlivé třídy jsou nadstandardně vybavené a esteticky upravené, ve třídách jsou počítače s výukovými programy pro děti, počítače s programem BREBTA pro logopedickou prevenci a nápravu řeči, herní koutky pro rozvoj osobnostních zájmů dětí aj.

Příloha C - Dotazník pro rodiče dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností – dyslalií v OPPP a v MŠ

1. Je vaše dítě:

- dívka
- chlapec

2. Kdo Vám logopedickou péči doporučil?

- vaše vlastní uvážení
- někdo s Vašeho blízkého okolí
- na základě odborného doporučení

3. Chodí Vaše dítě do:

- logopedické třídy při MŠ (mateřské škole)
- na individuální logopedii do OPPP (pedagogicko-psychologické poradny)
- logopedické třídy při MŠ a na individuální logopedii do OPPP

4. Od kdy je Vašemu dítěti poskytována logopedická péče?

- od 3 let
- od 4 let
- od 5 let

5. Má Vaše dítě dyslalii:

- simplex (Vaše dítě špatně vyslovuje 1-3 hlásky)
- multiplex (Vaše dítě špatně vyslovuje více než 3 hlásky)

6. Vyhovuje Vám typ logopedické péče, která je Vašemu dítěti poskytována?

- ano
- ne

7. Chodí Vaše dítě na logopedii:

- s radostí
- s obavami

8. Máte dostatečné informace, jak danou hlásku doma s dítětem procvičovat?

- ano
- ne
- žádné

9. Máte možnost konzultovat domácí cvičení?

- ano
- ne

10. Procvičujete s dítětem doma:

- každý den
- dvakrát týdně
- jednou týdně

11. Cvičí vaše dítě doma:

- krátkodobě 10-19x/denně
- krátkodobě 1-9x/denně
- delší dobu 1x/denně

12. Má Vaše dítě zavedený logopedický sešit?

- ano
- ne

13. Je logopedická intervence (péče) poskytována hravou metodou?

- ano
- ne
- nevím

14. Jste přítomni při logopedickém cvičení?

- ano
- ne

15. Jste spokojeni s logopedickou péčí, která je Vašemu dítěti poskytována?

- ano
- ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Straková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

**Název práce: Individuální a skupinová logopedická péče u dětí předškolního věku
s dyslalií**

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 53

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Dana Buntová, Ph.D.