

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské prezenční studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Rejsková

Poruchy a vady řeči u dětí

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Vlasta Vaněčková

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Full-Time Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Tereza Rejsková

Children's speech disturbances and impediments

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Vlasta Vaněčková

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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Tereza Rejsková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PaedDr. Vlastě Vaněčkové za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a čas při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Poruchy a vady řeči u dětí“ se zabývá narušenou komunikační schopností. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část vychází z odborné literatury a dostupných zdrojů a podrobně se zabývá jednotlivými poruchami a vadami řeči. Praktická část prostřednictvím dotazníkového šetření zpracovává získané informace o narušené komunikační schopnosti u dětí.

Klíčové pojmy

Artikulace, diagnostika, dítě, dyslalie, etiologie, jazykové roviny, klasifikace, koktavost, logopedická péče, narušená komunikační schopnost, opožděný vývoj řeči, prevence poruch řeči, rodina, řeč, slovní zásoba, symptomatologie, terapie, vývojová dysfázie, vývoj řeči.

Annotation

Bachelor's thesis called „Children's speech disturbances and impediments“ is dealing with a disturbed communication ability. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is proceeding from specialized literature and sources on line and it is concerning with each speech disturbance and impediment in detail. The practical part is processing the information about the children's disturbed communication ability gained through examination using a questionnaire.

Key words

Enunciation, diagnostics, child, dislalia, etiology, language levels, classification, stemmer, speech therapy care, disturbed communication ability, delayed speech development, prevention of speech disturbances, family, rinolalia, speech, word-stock, symptomatology, therapy, developmental dysphasia, speech development.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Řeč	11
1.1. Vývoj dětské řeči	11
1.1.1. Přípravná stádia vývoje řeči	12
1.1.2. Vlastní vývoj řeči	12
1.2. Jazykové roviny ve vývoji řeči	13
2. Prevence poruch řeči	15
3. Poruchy a vady řeči u dětí	17
3.1. Dyslalie	17
3.1.1. Etiologie dyslalie	17
3.1.2. Klasifikace dyslalie	18
3.1.3. Diagnostika dyslalie	19
3.1.4. Terapie dyslalie	20
3.2. Opožděný vývoj řeči	21
3.2.1. Etiologie opožděného vývoje řeči	22
3.2.2. Diagnostika opožděného vývoje řeči	23
3.2.3. Terapie opožděného vývoje řeči	24
3.3. Vývojová dysfázie	25
3.3.1. Etiologie vývojové dysfázie	25
3.3.2. Klasifikace vývojové dysfázie	26
3.3.3. Symptomatologie vývojové dysfázie	26
3.3.4. Diagnostika vývojové dysfázie	27
3.3.5. Terapie vývojové dysfázie	28
3.4. Koktavost	29
3.4.1. Etiologie koktavosti	29
3.4.2. Klasifikace koktavosti	30
3.4.3. Symptomatologie koktavosti	30
3.4.4. Diagnostika koktavosti	33
3.4.5. Terapie koktavosti	34
3.5. Ostatní poruchy a vady řeči u dětí	35
3.5.1. Elektivní mutismus	35
3.5.2. Dětská vývojová afázie	35
3.5.3. Breptavost	36
3.5.4. Dysartrie	37
3.5.5. Palatolálie	37
3.5.6. Rinolálie	38
PRAKTICKÁ ČÁST	
4. Vlastní průzkum	39
4.1. Cíl průzkumu	39
4.2. Pracovní hypotézy	39
4.3. Použité metody	39
4.4. Charakteristika souboru	41

4.5. Analýza dat	41
4.6. Interpretace výsledků	57
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Mluvit mnoho je jedna věc, mluvit dobře druhá.

Sofoklés

Řeč je pro každého lidského jedince velmi důležitá, neboť díky ní můžeme navazovat nové vztahy, komunikovat s okolím, sdělovat své pocity, přání. Jelikož má řeč v našem životě nezastupitelnou roli, je nutné, aby se u každého jedince dbalo na správnou řečovou výchovu. Dítěti poskytujeme správný mluvní vzor, dostatek podnětů a motivace ke komunikaci.

V dnešní době se u dětí stále častěji objevuje narušená komunikační schopnost, která se stává pro život jedince společenským znevýhodněním. Porucha nebo vada řeči může mít vliv na osobnost dítěte, na jeho začlenění se do kolektivu, komunikaci, sebevědomí, na zvládnutí školních povinností. Je velmi důležité vyhledat pomoc odborníků a zahájit terapii.

Téma bakalářské práce bylo autorkou vybráno na základě zájmu o problematiku narušené komunikační schopnosti, se kterou se u dětí setkává denně. Blíže se o toto téma začala zajímat na praxi ve speciální mateřské škole a logopedické poradně.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly jsou součástí teoretické části a čtvrtá kapitola tvoří část praktickou. První kapitola se zabývá řečí a jejím významem v životě jedince. Dále je zaměřena na stadia vývoje dětské řeči a jazykové roviny ve vývoji řeči.

Druhá kapitola se zabývá prevencí, tedy jak předejít vzniku narušené komunikační schopnosti. Kapitola popisuje, jak by měla řečová výchova v rodině dítěte probíhat, jaká jsou vhodná preventivní opatření. Dále je zde charakterizována logopedická prevence.

Třetí kapitola je zaměřena na jednotlivé poruchy a vady řeči u dětí. Podrobně je zde popsána narušená komunikační schopnost, jako je dyslálie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, koktavost. Práce se zabývá jejich terminologickým vymezením,

etiologií, klasifikací, symptomatologií, diagnostikou a terapií. Další část této kapitoly tvoří ostatní poruchy a vady řeči u dětí, které jsou stručně charakterizovány.

Poslední kapitola představuje praktickou část, která byla realizována na základě dotazníkového šetření. Cílem šetření bylo zaměřit se na problematiku narušené komunikační schopnosti a zjistit, jaká porucha nebo vada řeči se u dětí nejčastěji vyskytuje, do jaké míry ovlivňují život jedince a zda rodiče tento problém řeší.

1. ŘEČ

Řeč je dle Dvořáka (2001, s. 171) „*forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace*“.

Řeč je schopnost, kterou má pouze člověk. Je nejdůležitějším a nejdokonalejším prostředkem dorozumívání se v mezilidské komunikaci. Pomocí řeči člověk sděluje své dojmy, city, vyjadřuje své myšlenky, předává zkušenosti, komunikuje se svým okolím.

Dolejší (2003) uvádí, že řeč, která je produktem vyšší nervové činnosti, není vrozená schopnost, člověk má pouze vrozené dispozice naučit se mluvit. Důležitou podmínkou pro rozvoj řeči je mít kontakt s mluvícím prostředím a schopnost slyšet.

Řeč má v životě lidského jedince nezastupitelnou roli, proto je dle Pavlové-Zahálkové (1976) důležité, aby se u dítěte dbalo na správný vývoj řeči, který pomáhá správně se začlenit do kolektivu a podporuje duševní vývoj.

1.1. Vývoj dětské řeči

Vývoj řeči neboli ontogeneze řeči je důležitý proces v lidském životě, který probíhá u každého jedince individuálně. Jednotlivá stadia procesu mohou mít různou délku. Klenková (2006) uvádí, že v některých obdobích může dojít k akceleraci nebo retardaci, přesto vývoj řeči musí projít všemi stadii.

Znát vývoj řeči u zdravého dítěte je pro logopedickou praxi velmi důležité, neboť na základě těchto znalostí se může u dítěte, u něhož se vyskytly komunikační obtíže, rozvíjet komunikační schopnost.

Vývoj řeči, na čemž se shoduje většina vědců, můžeme rozdělit na přípravná neboli předřečová stadia a stadia vlastního vývoje řeči. (Klenková, 2006)

1.1.1. Přípravná stadia vývoje řeči

Přípravná stadia vývoje řeči předcházejí vlastnímu vývoji řeči. Probíhají přibližně do jednoho roku života dítěte. Pavlová-Zahálková (1976) uvádí, že první zvukový projev, kterým dítě dává najevo svůj příchod na svět, je křik. Jedná se o reflex vzniklý na základě reakce organismu na změnu dýchání. Křik zatím nemá signální význam, je považován za přípravu pro pozdější užívání hlasu při řeči. Dle Kutákové (2009) kolem 6. týdne dostává křik dítěte citové zabarvení. Dítě dává nejdříve najevo své nelibé pocity pomocí tvrdého hlasového začátku, kolem 3. měsíce začíná používat i měkký hlasový začátek, kterým naopak vyjadřuje své příjemné pocity. Hlasové projevy dítěte jsou v tomto období označovány jako broukání.

Období broukání přechází postupně v období žvatlání. Žvatlání je zpočátku pudové, nejedná se tedy o činnost vědomou. Dítě si hraje se svými mluvidly a vydává různé zvuky, které připomínají hlásky lidské řeči, přesto to jsou jen náhodně vzniklé zvuky (tzv. zvučky). Kolem druhé poloviny prvního roku života dítěte se začíná objevovat druhé období žvatlání – žvatlání napodobivé. Dítě začíná napodobovat slyšené zvuky, melodii a tempo řeči. Zapojuje se zraková a sluchová kontrola.

Kolem 10. měsíce života dítěte nastupuje stadium rozumění. Dítě začíná rozumět některým slovům, kdy nechápe přesný význam slova, ale je schopno si spojit slovo s určitou skutečností, která se často opakuje. (Kutáková, 2009)

1.1.2. Vlastní vývoj řeči

Vlastní vývoj řeči začíná kolem jednoho roku života, kdy dítě vysloví svá první slova. Slova jsou dle Dolejšího (2003) krátká, nejčastěji jednoslabičná nebo dvouslabičná a zastupují celou větu. Slova u dítěte přibývá obvykle rychle. Slovní zásoba obsahuje kolem půldruhého roku života dítěte asi 50 slov. Dítě je v tomto věku schopno se vyjádřit v jednoduchých dvouslovných až tříslavných větách.

Ve dvou letech dítě dokáže mluvit v krátkých větách a aktivně používat 250 a více slov. Slova nejsou z hlediska správné výslovnosti přesná, dítě hlásky může vynechávat, nahrazovat apod.

Ve třech letech slovní zásoba dítěte obsahuje až 800 slov. Dítě by v tomto věku mělo být schopné mluvit souvisle a vyprávět o tom, co se stalo, co zažilo apod. Zvyšuje se mluvní pohotovost, řeč začíná být obsahově i formálně přesnější.

Kolem čtvrtého roku života se slovní zásoba rozšiřuje až na 1500 slov, dítě má tedy dostatečně velkou slovní zásobu, aby mohlo vyjádřit své myšlenky a pocity a zároveň se zapojit do běžné komunikace v prostředí, ve kterém žije. (Dolejší, 2003)

Řeč dítěte se podle Vyštejna (1991) zdokonaluje po stránce obsahové i formální. Slovní zásoba předškolního dítěte obsahuje přibližně 3500 až 4000 slov. V šesti letech by řeč dítěte měla být souvislá, gramaticky správná, se správnou výslovností. K fixaci a dokončení vývoje řeči po formální stránce dochází kolem sedmého roku života dítěte.

1.2. Jazykové roviny ve vývoji řeči

„Jazykové roviny hodnotíme v rámci komunikačního procesu individua. Jazykové roviny se vyvíjejí během ontogeneze řeči a vzájemně se prolínají v kvalitativně vyšším procesu.“ (BALÁŠOVÁ, 2002, s. 11)

Morfologicko-syntaktickou rovinu neboli gramatickou rovinu můžeme dle Klenkové (2006) zkoumat až okolo prvního roku života. V této době nastává vlastní vývoj řeči dítěte. První slova, která dítě vysloví, jsou neohebná a plní funkci celé věty. Mezi rokem a půl a druhým rokem začíná dítě tvořit dvojslovné věty. Zpočátku používá hlavně podstatná jména, slovesa a onomatopoické citoslovce, mezi druhým a třetím rokem začíná užívat přídavná jména a osobní jména. Nejpozději používá číslovky, předložky a spojky. Skloňovat začíná dítě mezi druhým a třetím rokem, po třetím roce dokáže používat jednotné a množné číslo, mezi třetím a čtvrtým rokem tvoří souvětí. Většina dětí je již po čtvrtém roce schopna používat všechny slovní druhy, projev dítěte by neměl po gramatické stránce vykazovat nápadné odchylky.

Lexikálně-sémantická rovina se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem. Pasivní slovní zásoba se rozvíjí již okolo 10. měsíce života dítěte, kdy začíná stadium rozumění řeči. Okolo 12. měsíce, v době, kdy dítě vysloví svá první slova, se postupně utváří aktivní slovník. Slovní zásobou a jejím vývojem se zabývala spousta odborníků, dle

výzkumů bylo zjištěno, že největší nárůst slovní zásoby je do třetího roku života dítěte. (Klenková, 2006)

Foneticko-fonologická neboli zvuková rovina sleduje u dítěte osvojování hlásek mateřského jazyka. Vývoj této roviny začíná v době okolo 6. až 9. měsíce, kdy dítě přechází z pudového žvatlání na napodobující žvatlání. Dítě nejdříve tvoří samohlásky, poté dochází k fixaci souhlásek. Souhlásky se fixují v tomto pořadí *„závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření“* (KLENKOVÁ, 2006, s. 40). Vývoj správné výslovnosti by měl být ukončen okolo pátého roku života dítěte. Výslovnost dítěte může být ovlivněna mnoha faktory, a to např. obratností artikulačních orgánů dítěte, vyzrálostí fonemického sluchu, společenským prostředím, které dítěti poskytuje mluvní vzor a stimuly.

Pragmatická rovina se zabývá sociálním uplatněním řečových dovedností dítěte. Dítě se postupně učí, jak zvládnout roli komunikačního partnera, jak komunikovat v různých situacích, jak využívat komunikační vzorce apod. (Klenková, 2006)

2. PREVENCE PORUCH ŘEČI

Prevence v oblasti řeči má za úkol předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti a vytvářet preventivní opatření, která budou řeč pozitivně rozvíjet.

Dle Krahulcové (2007) je v prevenci poruch řeči důležitá dobrá výchova řeči, během níž by se mělo dodržovat několik zásad. První zásadou je správné rozvíjení mluvní apetence, kdy je dítě vychovááno v pozitivním a podporujícím prostředí, které zároveň poskytuje správný mluvní vzor a dostatek podnětů ke komunikaci. Druhá zásada se zaměřuje na diferenciaci a fixaci hlásek mateřského jazyka. Využívá se sluchových cvičení, fonetických a rytmických her. Třetí zásadou je rozvíjení a posílení hrubé motoriky, jemné motoriky a motoriky mluvidel. Poslední zásada klade důraz na to, aby se dítě nepřetěžovalo požadavky, které nemůže zvládnout.

Výchova řeči, jak uvádí Kutálková (1996), musí respektovat věk dítěte a zároveň dosažený stupeň vývoje. Rodina by se měla zaměřit na podporu všestranného rozvoje řeči, tedy např. na rozvoj slovní zásoby, mluvní pohotovosti, představivosti, fantazie, myšlení a zároveň i na rozvoj smyslového vnímání a tělesné obratnosti. Velký význam má vhodný výběr her a zájmů, které pozitivně rozvíjejí proces mluvení a komunikace, a stimulace pomocí pohádek, básniček a říkanek. Důležitá je trpělivost okolí a motivování dítěte.

Nejčastější chyba ve výchově řeči je dle Krahulcové (2007) mluvit na dítě mazlivě, chválit za nesprávnou výslovnost, posmívat se nebo trestat za nesprávnou výslovnost, podceňovat logopedickou péči, zanedbávat nápravu narušené komunikační schopnosti, přetěžování dítěte nepřiměřenými požadavky.

Logopedická prevence, jak uvádí Škodová a Jedlička (2003), se snaží vytvářet preventivní opatření v oblasti řeči za pomoci osvětových přednášek, letáků, publikací, informací na internetu a v médiích, počítačových programů apod. Logopedickou prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku narušené komunikační schopnosti v celé populaci. Dělí se na prevenci specifickou a nespecifickou. Specifická prevence je zaměřená na konkrétní rizika a předcházení vzniku určitých poruch a vad řeči (např. předcházení opožděnému vývoji řeči). Nespecifická prevence se zabývá podporou žádoucí formy chování, jako je např. propagace správné řečové výchovy u dítěte.

Sekundární prevence se orientuje na včasné rozpoznání skupiny, která je ohrožena negativními jevy a u které je velké riziko vzniku narušené komunikační schopnosti. *„Může zde jít třeba o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž existuje riziko vzniku incipientní (počínající) koktavosti, o předcházení poruch hlasu u hlasových profesionálů, retardaci vývoje řeči u dětí v kojeneckých ústavech atd.“* (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA A KOL., 2003, s. 42)

Terciární prevence je zaměřena na jedince s narušenou komunikační schopností, u kterých se snaží předejít dalšímu negativnímu vývoji. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3. PORUCHY A VADY ŘEČI U DĚTÍ

3.1. Dyslalie

„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.“ (KLENKOVÁ, 1998, s. 9)

Dyslalie je nejčastěji se vyskytující a nejrozšířenější druh narušené komunikační schopnosti zejména v dětském věku. Krahulcová (2007) uvádí, že se dyslalie objevuje až u 38 % dětí. Výskyt dyslalie převažuje u chlapců v poměru 6:4.

Název dyslalie pochází z řeckého slova *lalein*, což v překladu znamená štěbetat, žvatlat. Obecně se tato porucha výslovnosti nazývá patlavost.

3.1.1. Etiologie dyslalie

Příčiny dyslalie jsou endogenního i exogenního rázu. Mezi nejčastější příčiny dle Škodové, Jedličky a kol. (2003) patří dědičnost, vliv prostředí, porucha sluchového nebo zrakového vnímání, poškození centrálního nervového systému a anatomické odchylky mluvidel.

Na základě dědičnosti, kdy nedědíme určitý typ dyslalie, nám může být geneticky předána například artikulační neobratnost nebo vrozená řečová slabost.

Vlivem prostředí vzniká dyslalie na základě špatného řečového vzoru v rodině, kdy je na dítě mluveno například mazlivou řečí, nebo nesprávného výchovného přístupu, při kterém dítě citově strádá, je neurotizováno trestáním a výsměchem, vychováváno nedůsledným bilingvismem apod.

Porucha sluchového vnímání vážně narušuje výslovnost dítěte a deformuje jeho řeč. Příkladem nám může být percepční nedoslýchavost, kdy dítě špatně slyší vysoké tóny a na základě toho nedokáže správně rozlišit jednotlivé hlásky. Velký vliv na řeč má i porucha zrakového vnímání, jelikož dítě nemá možnost přesně napodobit artikulační pohyby, a tak často dochází k tvoření hlásek na nesprávném místě.

Dalšími příčinami dyslalie může být poškození centrálního nervového systému, kdy vznikají vážná postižení, mezi něž může patřit i dyslalie, poškození dostředivých a odstředivých drah, které ovlivňuje motorický vývoj, nebo anatomické odchylky mluvidel, jako je přirostlá podjazyková uzdička, vadný skus a další. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3.1.2. Klasifikace dyslalie

Dyslalii můžeme dle Klenkové (1998) rozdělit z vývojového hlediska, podle příčin, lokalizace, rozsahu a kontextu.

V dělení z *vývojového hlediska* rozlišujeme fyziologickou dyslalii, prodlouženou fyziologickou dyslalii a dyslalii. O fyziologické dyslalii hovoříme, pokud nesprávná výslovnost dítěte přetrvává do pátého roku – zde se jedná o jev přirozený a výslovnost se v průběhu vývoje dítěte spontánně upraví. Pokud nesprávná výslovnost přetrvá u dítěte až do sedmého roku, mluvíme již o prodloužené fyziologické dyslalii. O vadnou výslovnost – dyslalii – se jedná, jestliže odchylka výslovnosti jedné a více hlásek dále přetrvává po sedmém roce. Výslovnost je již zafixována a není už možná spontánní náprava.

Dělení podle příčin, jak uvádí Škodová, Jedlička a kol. (2003), třídí dyslalii na funkční a organickou. Funkční dyslalie vzniká, pokud je narušena sensorická nebo motorická schopnost. Tato dyslalie je nejčastěji způsobena nesprávným mluvním vzorem nebo genetickými dispozicemi, orgánové poškození je minimální. Orgánová dyslalie je dělena na dyslalii impresivní, narušeny jsou dostředivé nervové dráhy, dyslalii expresivní, kdy jsou narušeny odstředivé nervové dráhy, a dyslalii centrální, která vzniká při narušení centra řeči.

Podle místa poškození Klenková (1998, s. 16) dyslalii dělí na: „*akustickou (při vadách sluchu), labiální (při defektech rtu), dentální (při defektech zubů), palatální (při anomáliích patra), lingvální (při anomáliích jazyka), nazální (při narušení nazality).*“

Dělení *podle rozsahu* rozlišuje dyslalii levis, dyslalii gravis a dyslalii universalis. Dyslalie levis je nejjednodušší stupeň, kdy je narušena jedna nebo několik málo hlásek, řeč je srozumitelná. Dyslalii levis dále můžeme rozdělit na monomorfni, což znamená,

že vadně vyslovované hlásky jsou v jedné artikulační oblasti, jsou si artikulačně podobné, a dyslalii polymorfní, kdy vadně vyslovované hlásky zasahují do více artikulačních oblastí. Dyslalie gravis je těžší stupeň, má větší rozsah vadně tvořených hlásek, přesto je řeč ještě srozumitelná. Nejtěžší stupeň je dyslalie universalis. Řeč je nesrozumitelná, protože je postižena artikulace většiny hlásek. (Klenková, 1998)

Z hlediska kontextu můžeme dyslalii rozdělit na hláskovou a kontextovou. Při hláskové dyslalii je narušena výslovnost jednotlivých hlásek. Dítě danou hlásku může vynechávat (tzv. mogilálie), nahrazovat za jinou hlásku (tzv. paralálie), nebo ji tvořit chybně na nesprávném místě, jiným způsobem (vadná výslovnost). Kontextová dyslalie se třídí na slabikovou a slovní, kdy dítě jednotlivé izolované hlásky umí vyslovit, ale ve slabice nebo slově je vynechává, přesmykuje, vkládá nebo připodobňuje, tvoří je tedy chybně. (Tamtéž)

3.1.3. Diagnostika dyslalie

„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.“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA A KOL., 2003, s. 331)

Diagnostiku provádí logoped, který za pomoci dalších odborníků, jako je foniatr nebo psycholog, posuzuje narušenou komunikační schopnost, stanovuje diagnózu a prognózu. Úkolem logopeda je také logopedická depistáž, kdy se především u dětí předškolního věku hledají příznaky dyslalie.

Vyštejn (1991) uvádí, že při diagnostice dyslalie je nutné shromáždit důležité údaje o dítěti a jeho rodině. Zjišťují se anamnestické údaje, psychomotorický vývoj dítěte, celkový motorický vývoj, motorika mluvních orgánů, sluchová percepce, lateralita, slovní zásoba a další důležité údaje. Především je třeba zjistit stav sluchu, protože s poruchou řeči často souvisí porucha sluchu. Používá se orientační sluchová zkouška řeči.

Základem logopedického vyšetření je rozhovor, na základě kterého získáváme představu o současném stavu řeči dítěte. Rozhovor vždy probíhá za přítomnosti rodičů

nebo zákonných zástupců dítěte a musí odpovídat věku dítěte, jeho mentální zralosti, jeho zájmům.

Rozhovor začíná již při prvním setkání, kdy se jedná o tzv. volný rozhovor. Dítě vypráví např. o tom, co v ten den dělalo, co se stalo zajímavého, o své rodině. Na základě volného rozhovoru se zjišťuje mluvní projev dítěte v běžné řeči. Sleduje se výslovnost, artikulace, slovní zásoba a další. Na volný rozhovor navazuje řízený rozhovor. Cílem je zjistit výslovnost všech hlásek. Jednotlivé hlásky jsou zkoumány ve slabikách, slovech, ve větách, zároveň se sleduje tvoření hlásek na začátku, uprostřed a na konci slova. (Vyštejn, 1991)

Celé vyšetření by mělo být formou hry, za pomoci hraček, kartiček s obrázky, říkanek, obrázkových knížek. Vyšetření musí být velmi důsledné, aby nemohlo dojít k přehlédnutí žádné odchylky ve výslovnosti. Stav výslovnosti logoped zaznamenává do záznamového archu.

3.1.4. Terapie dyslalie

Péče o děti s dyslalií by měla probíhat již v předškolním věku, aby při nástupu do školy měly řeč již dostatečně rozvinutou a zároveň, aby jejich výslovnost byla správná.

Klenková (2006) uvádí, že před zahájením terapie, je důležité, aby logoped navázal se svým klientem kontakt. Dítě by se mělo cítit příjemně, klidně a mít chuť ke spolupráci. Terapie je u každého dítěte volena individuálně, protože musí odpovídat jeho vývojovým specifikům. Logopedická péče probíhá formou hry. Při terapii je důležitá spolupráce i s rodinou dyslalika.

Podle Vyštejna (1991) by měla terapie dyslalie mít čtyři etapy reedukace: vyvozování nového zvuku, identifikace nového zvuku s hláskou, fixace, automatizace.

První etapa, vyvozování nového zvuku, vychází z toho, že se nesprávně tvořená hláska neopravuje, ale vytváří se zvuk nový. Nová hláska se vyvozuje napodobováním nejrůznějších zvuků technických nebo přírodních (např. hlasy zvířat, zvuky dopravních prostředků), za pomoci hlásek, které jsou artikulačně blízké (tzv. pomocné hlásky), použitím různých mechanických pomůcek (př. špátle, vibrační přístroje) a další.

Ve druhé etapě se nově vytvořený zvuk integruje na místo vadně tvořené hlásky a na základě pravidelného cvičení se stále více přibližuje právě nacvičované hláске. Nakonec dojde k identifikaci – ztotožnění.

Ve třetí etapě je důležité časté opakování, nejlépe 2 – 3 minuty několikrát denně, protože jedině opakováním může dojít k fixaci cvičené hlásky. (Vyštějn, 1991)

Závěrečná etapa, automatizace výslovnosti hlásek, je velmi důležitá, nikdy se nesmí vynechat. Klenková (2006, s. 114) uvádí, že se „začíná s jednoduchým opakováním slov ještě za pomoci zraku (před zrcadlem) a sluchu (napodobováním logopedova vzoru), následuje pojmenování obrázků, předmětů, reprodukování říkanek, básniček, u školáků se využívá čtení. Návčik je ukončen používáním správné výslovnosti v dialogu a monologu.“ Výsledkem této etapy je automatické používání správně vyslovovaných hlásek, které byly nacvičovány.

Při ošetřování dyslalie je vhodné dodržovat čtyři hlavní zásady, které stanovil Seeman. Zásada krátkodobého cvičení doporučuje procvičovat výslovnost jednotlivých hlásek jen 2 – 3 minuty několikrát denně. Zásada užívání pomocných hlásek využívá hlásky, které již dyslalik umí a které jsou artikulačně podobné. Zásada minimální akce upozorňuje na to, že by cvičení jednotlivých hlásek mělo probíhat tiše s minimální artikulační silou, jinak by se mohla vytvořit nepřirozená artikulace. Zásada užívání sluchové kontroly klade důraz na to, aby dítě sluchově vnímalo nově vytvořenou hlásku. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3.2. Opožděný vývoj řeči

„Opožděný vývoj řeči znamená, že dítě začíná mluvit později, než odpovídá jeho věku. To se týká hlavně užívání řeči, slovní zásoby a mluvní pohotovosti. Výslovnost může být přitom buď správná, nebo nesprávná.“ (SOVÁK, 1986, s. 171)

Většina dětí své první slovo řekne kolem prvního roku života. U chlapců se často objeví až ve druhém roce. Jsou však i děti, u kterých se vývoj řeči zpozdí. Škodová, Jedlička a kol. (2003) uvádí, že pokud dítě nemluví do tří let, jedná se o tzv. prodlouženou fyziologickou nemluvnost. V tomto případě ještě nemusí jít o vývojovou poruchu řeči. V řeči je možné dosáhnout úrovně normy, pokud však není postižen sluch,

intelekt, řečové orgány, motorika a pokud má dítě dostatek podnětů k řeči, na které adekvátně reaguje.

Podle Kutálkové (2005) jsou tři roky hranice, kdy lze mluvit o prodlouženém období nemluvnosti. Pokud dítě po třetím roce výrazně zaostává v řečovém vývoji, kdy nemluví, nebo používá jen malý počet slov, jedná se již o opožděný vývoj řeči. Dítě patří do odborné logopedické péče.

3.2.1. Etiologie opožděného vývoje řeči

Příčin opožděného vývoje řeči je velké množství, nestává se však příliš často, aby byla příčina jednoznačná, častější je, že se jednotlivé příčiny kombinují a vzájemně ovlivňují.

Kutálková (2005) uvádí, že nejčastější příčinou opožděného vývoje řeči je **vliv výchovného patologického prostředí**, ve kterém dítě žije. K útlumu řeči dochází, pokud dítě nemá dostatek mluvního kontaktu a podnětů k napodobování. Rodiče v tomto případě na dítě nemají čas, hře i komunikaci s dítětem věnují velmi málo času. Opakem této situace je, pokud dítě má nadbytek podnětů k řeči. Celá rodina se dítěti věnuje, splní mu každé přání. Dítě ztrácí přirozenou zvědavost a touhu napodobovat řeč. Komunikaci s okolím se vyhýbá.

Další příčinou opožděného vývoje řeči může být dle Kutálkové (2002) porucha receptoru, narušení nervové dráhy a zpracování informace, narušení odstředivých drah a efektorů, nevhodná reakce na okolí.

Porucha receptoru, jako je vada zraku, sluchu, ovlivňuje vývoj a kvalitu řeči, proto může docházet k jejímu opoždění. **Narušení nervové dráhy a zpracování informace** „omezují nebo zkreslují vstupní informaci, napodobování pak pracuje s informací nepřesnou, důsledkem je opoždění nebo omezení dalšího vývoje, komunikační neúspěchy vedou k omezení mluvního apetitu.“ (KUTÁLKOVÁ, 2002, s. 12). Na základě **narušení odstředivých drah a efektorů** dochází k nedostatkům v motorice a pohybové koordinaci. Dítě není schopno přesně napodobit artikulační pohyby. Příčinou opožděného vývoje řeči mohou být i **nevhodné a nepřiměřené**

reakce okolí, na které dítě reaguje obrannou reakcí. Dítě zažívá velký stres a na základě toho přestává napodobovat a komunikovat s okolím. (Tamtéž)

Škodová, Jedlička a kol. (2003) uvádějí, že podle jednotlivých příčin můžeme rozdělit opožděný vývoj řeči na opožděný vývoj řeči prostý, kdy dítě zaostává pouze ve vývoji řeči, opožděný vývoj při vadách a poruchách sluchu, opožděný vývoj řeči u dětí s mentální retardací, opožděný vývoj řeči při poruchách centrální nervové soustavy, opožděný vývoj řeči při nedostatcích ve výchově.

3.2.2. Diagnostika opožděného vývoje řeči

Dítě, které po třetím roce života výrazně zaostává v řečovém projevu, patří do odborné péče. Je důležité najít příčiny opoždění řeči a provést diagnostiku. Dle Klenkové (2006) provádí diagnostiku a diferenciální diagnostiku opožděného vývoje řeči klinický logoped společně s dalšími odborníky, jako je např. psycholog, foniatr, neurolog. Diagnostika by měla vyloučit vadu sluchu nebo zraku, poruchu intelektu, autismus, akustickou dysgnózi, vady mluvních orgánů a orofaciální rozštěpy.

Škodová, Jedlička a kol. (2003) uvádí, že diagnostika opožděného vývoje řeči je zaměřena na vyšetření intelektu, motoriky, sluchu a zraku, laterality, řeči a vlivu prostředí.

Vyšetření intelektu by se mělo provést jako jedno z prvních, neboť stav intelektu je rozhodujícím činitelem kvality mluvené řeči po stránce obsahové i formální. Vyšetření provádí klinický psycholog, který stanoví míru intelektových schopností, objasní příčinu poruchy, určí stupeň sociální úrovně a výkonové motivace.

Vyšetření motoriky je důležité, protože motorika a řeč se vzájemně ovlivňují. Vyšetření provádí klinický logoped, který zjišťuje pohybovou koordinaci celého těla, úroveň jemné motoriky a motoriky mluvidel.

Orientační **vyšetření zraku** provádí pediatr nebo klinický logoped, závažnější poruchy může provádět jen oční specialista. Vyšetření probíhá za pomoci různých testových metod, nejvyužívanější metodou je kresba. Stav zraku má pro rozvoj řeči velký význam, dítě na základě zraku odezírá artikulaci, mimiku apod. (Tamtéž)

Vyšetření sluchu je v kompetenci lékařů, logoped však může u dítěte provést orientační sluchovou zkoušku a vyšetření úrovně fonematického sluchu. Sluch má pro vývoj a utváření řeči nezastupitelné místo, bez něj se řeč nemůže správným způsobem utvářet.

Součástí diagnostiky je i **vyšetření laterality**, která se určuje standardním testem od Žlaba a Matějčka z roku 1972. Test má u dítěte zjistit laterální preferenci a dominanci ruky a oka.

Vyšetření řeči je zaměřeno na porozumění řeči, které se zjišťuje při každodenních situacích nebo za pomoci obrázků, a vlastní řečovou produkci řeči dítěte, kdy se využívá popis obrázků, rozhovorů, vyprávění a speciálních počítačových programů.

Vyšetření vlivu prostředí je také důležité, protože vliv prostředí má velký vliv na zvědavost dítěte, na jeho potřebu získávat informace, potřebu komunikovat s okolím. Klinický logoped má na základě vyšetření, kdy pozoruje komunikaci a vztahy členů rodiny, zjistit úroveň sociálních vztahů a sociokulturního prostředí v rodině. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3.2.3. Terapie opožděného vývoje řeči

Terapie opožděného vývoje řeči, která je dlouhodobější záležitostí, probíhá dle Kutálkové (1996) pod dohledem klinického logopeda a pokud je to nutné, tak i za pomoci dalších odborníků, jako je psycholog, neurolog, psychiatr. Při terapii je důležitá spolupráce klinického logopeda s rodinou dítěte a zároveň s mateřskou školou.

Klinický logoped by měl rodičům doporučit vhodný postup, jak správně stimulovat psychomotorický a řečový vývoj dítěte, a upravit podmínky tak, aby měly dobrý vliv na dítě. Pokud je chyba ve výchově, pak je potřeba, aby byla rodina poučena a prostředí upraveno. Vhodné je i doporučení k zařazení dítěte do mateřské školy. Dítěti by se měl poskytnout správný řečový vzor, který je důležitý k napodobování, a zároveň u něj vyvolat mluvní apetit. Dítě musí mít chuť mluvit. Dále je podle Klenkové (2006, s. 67) důležité *„rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci, schopnost sluchové diferenciaci, rozvíjet rozumění řeči, rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu, rozvíjet*

motorické schopnosti (motoriku hrubou, jemnou, motoriku mluvních orgánů), rozvíjet spontánní řeč.“

Na začátku terapie se nejdříve rozvíjí obsahová stránka řeči, protože je důležité, aby dítě začalo mluvit, až na druhém místě se zajímáme o stránku formální, tedy o výslovnost dítěte.

Vhodnou terapií a spoluprací s rodinou se vývoj řeči u dítěte často zcela vyrovná. Může se však také stát, že se u dítěte vyjadřování zlepší, ale přetrvává u něj dyslalie. V některých případech může dojít i k upřesnění diagnózy, kdy se opožděný vývoj řeči postupně změní v závažnou vývojovou poruchu řeči – vývojovou dysfázii. (Kutálková, 1996)

3.3. Vývojová dysfázie

Dvořák (2001, s. 51) uvádí, že vývojová dysfázie je *„specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření.“*

Vývojová dysfázie je, jak uvádí Klenková (2006), vývojová porucha, která se řadí k centrálním poruchám řeči. Tato narušená komunikační schopnost ovlivňuje řeč (expresivní, receptivní složky) a zároveň vývoj celé osobnosti dítěte. Deficity se mohou objevit např. v oblasti motoriky, pozornosti, paměti, emocionality, motivace. Porucha negativně ovlivňuje dítě v komunikaci s okolím, vzdělávání, v sebepojetí, vztahu k druhým lidem apod. Vývojová dysfázie má velký dopad na dítě, proto je velmi důležité její včasné odhalení a následná terapie.

3.3.1. Etiologie vývojové dysfázie

Etiologie vývojové dysfázie dosud není jasná. Etiologické faktory mohou být genetické, vrozené nebo získané. K nejčastějším příčinám patří dle Bytešnickové, Horákové a Klenkové (2007) poškození mozku nebo mozkové dysfunkce, které zasahují řečové zóny. Jedná se o disfúzní poškození centrální nervové soustavy (CNS)

vzniklé v časných stadiích vyvíjejícího se mozku. U většiny dětí s vývojovou dysfázií byly zjištěny příznaky lehké mozkové dysfunkce.

Dle Balášové (2003) může vývojová dysfázie vzniknout poškozením mozku v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním. V období prenatálním mají negativní vliv především léky matky a virová onemocnění, s kterými se může matka v těhotenství setkat. V období perinatálním může negativně působit např. předčasný porod, nedostatek kyslíku při porodu (hypoxie), nízká porodní váha. V postnatálním období jsou velkým rizikem virová onemocnění, jako jsou např. spalničky.

3.3.2. Klasifikace vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie se dělí do několika stupňů, které se liší závažností jednotlivých symptomů. Dle Kutálkové (2002) se jedná o dysfatické rysy řeči, dysfázii, těžkou dysfázii a nemluvnost.

Nejjednodušším stupněm vývojové dysfázie jsou tzv. *dysfatické rysy*, kdy se řeč dítěte vyznačuje jen některými znaky dysfázie. Další stupeň – *dysfázie* – neznemožňuje řeč dítěte úplně, přesto se objevují problémy ve výslovnosti, slovní zásobě, větné stavbě a gramatice. Střední stupeň této poruchy se nazývá *těžká dysfázie* neboli částečná nemluvnost. Řeč dítěte se vyvíjí, ale opožděně a velmi pomalu. V některých případech se vývoj řeči zastaví na určité vývojové etapě. Nejtěžší stupeň je označován jako *nemluvnost*. Řeč dítěte se nevyvíjí, komunikace s okolím probíhá za pomoci hlasu a pohybu. Může být postiženo i porozumění řeči.

3.3.3. Symptomatologie vývojové dysfázie

Symptomatologie vývojové dysfázie je velmi bohatá. Příznaky se objevují v oblasti řeči a zároveň i v neřečových oblastech. Škodová, Jedlička a kol (2003) uvádí, že vývoj dítěte je nerovnoměrný, mezi jednotlivými složky osobnosti jsou velké rozdíly.

Řeč je narušena v hloubkové i povrchové struktuře. Zásadním symptomem je opožděný vývoj řeči a jazykových rovin. Řeč je obsahově chudá, slovní zásoba omezená. Věty jsou většinou jednoduché, kostrbaté, s nesprávným slovosledem. Dochází k časté záměně podobných slov, vynechávání předložek a zvrtných zájmen,

chybám ve skloňování a časování apod. Výslovnost je u dětí s vývojovou dysfázií nápadná, pro okolí se jeví jako patlavá až nesrozumitelná. Je ovlivněna sníženou schopností rozlišit od sebe jednotlivé hlásky, vynecháváním nebo zaměňováním hlásek a slabik.

„Dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nedostatečně a nepřesně ji rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči. Dítě se snaží v řeči produkovat vše tak, jak rozumí, a protože rozumí chybně, a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní.“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 70)

Symptomy se objevují i v dalších oblastech, jako je např. dle Kutálkové (2002) porucha pozornosti, obtíže soustředit se, psychomotorický neklid. Dítě může mít oslabenou paměť, narušenou orientaci v čase a prostoru, opožděný vývoj hrubé a jemné motoriky, narušené sluchové (např. problémy v rozlišení jednotlivých prvků řeči, dysmuzie) a zrakové vnímání (např. problémy v kresbě, v rozlišení barev a tvarů). Na základě opožděného vývoje řeči se mohou zhoršovat i rozumové schopnosti dítěte. Ve školním věku se k vývojové dysfázii často přidružuje dyslexie či jiná dys - porucha.

3.3.4. Diagnostika vývojové dysfázie

Diagnostika vývojové dysfázie je dlouhodobý proces, založený na komplexním přístupu a týmové spolupráci. Na základě stanovené diagnózy se zpracovává terapeutický plán, který je tvořen pro každé dítě individuálně.

Součástí týmu odborníků, kteří se podílí na diagnostice vývojové dysfázie, je dle Škodové, Jedličky a kol. (2003) foniatr, neurolog, klinický logoped, speciální pedagog a psycholog. **Foniatrická diagnostika** vychází z vyšetření řeči (expresivní, perceptivní složky) a vyšetření sluchu, provádí ji lékař-foniatr. **Neurologické vyšetření** se zabývá neurologickými nálezy a nálezy na elektroencefalografii (EEG). Vyšetření provádí neurolog. **Logopedická a speciálněpedagogická diagnostika** vytváří na základě různých vyšetření celkový obraz dítěte a míru jeho opožděného vývoje. Diagnostika se zaměřuje na vyšetření orientace v prostoru a čase, laterality, motorické funkce (vyšetření hrubé motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvidel, koordinace pohybů), sluchového a zrakového vnímání, produkce řeči, grafomotoriky (kresba), čtení, psaní

a počítání, paměti, aktivity a koncentrace pozornosti. **Psychologické vyšetření** zjišťuje úroveň intelektu, pozornosti a soustředění. Součástí diagnostiky je kresba a zkouška obkreslování.

Významnou složkou diagnostiky je **diferenciální diagnostika**, jež má za úkol odlišit vývojovou dysfázii od jiných poruch a vad řeči. Dle Balášové (2003, s. 16) je důležité odlišení „*především od vývojové dysartrie, dále ADHD, DMO, opožděného vývoje řeči, který je způsoben sníženým intelektem a od sluchových vad.*“

3.3.5. Terapie vývojové dysfázie

Terapie vývojové dysfázie je proces dlouhodobý, založený na týmové spolupráci. Dle Mikuljové a Kapalkové (2005) se na terapii podílí řada odborníků, jako je klinický logoped, klinický psycholog a lékaři (neurolog, foniatr, pediatr). Důležitou roli má také rodina, pedagog v mateřské nebo základní škole, pracovníci ve speciálním centru a další. Ti všichni se mohou stát koterapeuty dítěte s vývojovou dysfázií, to znamená, že „*chápu podstatu problému, ovládají optimální způsoby komunikace s dítětem a realizují smysluplné instrukce logopedů v přirozeném prostředí dítěte.*“ (MIKULJOVÁ, KAPALCOVÁ, 2005, s. 78)

Terapie by měla vždy vycházet z dosaženého stupně vývoje dítěte a respektovat jeho individualitu a zájmy. Terapeutický plán je tedy pro každé dítě vytvářen individuálně. Dle Kutákové (2002) je důležité, aby byla terapie zaměřena na celkovou osobnost dítěte, která zahrnuje rozvoj paměti, pozornosti, myšlení, zrakového a sluchového vnímání, motoriky, grafomotoriky, pravolevé a prostorové orientace, řeči. Terapie by měla vycházet z metody malých kroků, kdy se jednotlivé úkoly rozloží na malé a snadno splnitelné úkoly. Dítě má na základě této metody častější pocit úspěšnosti a větší chuť do plnění dalších úkolů.

Klinický logoped při rozvoji řeči dle Balášové (2003) vychází z dosaženého stupně vývoje řeči dítěte. Řeč je rozvíjena za pomoci nejjednodušších prvků řeči (přírodní zvuky), postupně se přes jednoslabičná slova (např. haf) přechází až k jednoduchým dvojslabičným slovům (např. mimi). Logoped u dítěte rozvíjí slovní zásobu a postupem času se přechází i na popis obrázku či vyprávění. Poté, co dítě zvládne základní slovní zásobu, se začíná s korekcí výslovnosti. Jako první se pracuje

s fixací a automatizací elementárních hlásek. Při terapii je vhodné využít obrázkový materiál, který slouží jako dobrá motivace pro dítě.

3.4. Koptavost

Koptavost neboli balbuties je jedna z nejtěžších a nejnápadnějších vad řeči, jež ovlivňuje celou osobnost člověka. Spadá do skupiny narušení plynulosti (fluence) řeči. Jednotná a všeobecně platná definice koptavosti neexistuje, v současnosti se u nás nejvíce využívá tato definice: „*Syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr.*“ (LECHTA, 2004, s. 16 – 17)

Lechta a Baxová-Šarközyová (2001) uvádí, že je nutné rozlišit koptavost od vývojové neplynulosti. Vývojová neplynulost je u dětí ve věku dva až čtyři roky přirozeným jevem, který není považován za patologický a který ve vhodném prostředí po několika měsících spontánně zaniká. Může však dojít k tomu, že příznaky vývojové neplynulosti přerostou v příznaky koptavosti, proto je vhodné vyhledat pomoc odborníka.

V současnosti se koptavost, jak uvádí Klenková (2006), objevuje u 4 – 5 % jedinců dětské populace. Výskyt koptavosti převažuje u chlapců přibližně v poměru 3:1. Koptavost nejčastěji vzniká v předškolním období, kdy dochází k prudkému rozvoji řeči, a při nástupu do školy.

3.4.1. Etiologie koptavosti

Příčinami koptavosti se zabývalo a stále zabývá mnoho odborníků, etiologie je však dosud neznámá. Dle Řepové (2007) se většina odborníků shoduje na tom, že na vzniku koptavosti se podílí několik faktorů, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. Mezi aktuální příčiny koptavosti patří dědičnost, sociální prostředí a orgánové příčiny.

Dle Lechty (2004) je **dědičnost** jedna z nejčastěji uváděných příčin, která se objevuje až u 40 – 60 % případů. Na základě dědičnosti člověk dědí vlohy nebo určité dispozice ke koptavosti. Ke vzniku je tedy třeba dalších činitelů.

Negativní sociální prostředí, zejména rodinné a školní, a psychotraumata mají při vzniku kóktavosti také důležitou roli. Tyto faktory nemusejí kóktavost přímo vyvolat, ale mohou její rozvoj podporovat. Jedná se např. o dlouhotrvající neurotizaci, výsměch, trestání, špatný přístup k dítěti s dysfluencí.

Organické poškození mozku je stále častěji uváděnou příčinou kóktavosti. Dle Klenkové (2006, s. 156) „*postupně přibývaly teorie lokalizující příčinu kóktavosti do korových, resp. podkorových oblastí, u dětí s těžkou perinatální encefalopatií se za příčinu kóktavosti považuje poškození na extrapyramidové a mezimozkové úrovni.*“

3.4.2. Klasifikace kóktavosti

Klasifikaci kóktavosti lze rozdělit dle několik hledisek. Balášová (2002) uvádí dělení *podle vzniku kóktavosti* na předčasnou kóktavost (vzniká do tří let), obvyklou kóktavost (vzniká mezi třetím a sedmým rokem) a pozdní kóktavost (vzniká po sedmém roce).

Další dělení dle Škodové, Jedličky a kol. (2003) může být podle verbálního projevu, podle původu, podle stupně poruchy a z hlediska uvědomování si poruchy.

Podle verbálního projevu můžeme kóktavost rozdělit na formu tonickou, klonickou, tonoklonickou a klonotonickou. *Dle stupně poruchy* se kóktavost dělí na balbuties levis, balbuties gradus medius, balbuties gravis a balbuties gravis inaptus. Jednotlivé stupně se liší různou mírou závažnosti symptomů v řeči i chování. *Z hlediska uvědomění* si poruchy řeči můžeme kóktavost rozdělit na primární poruchu, kdy si dítě své problémy neuvědomuje, a sekundární poruchu, kdy si dítě své problémy v řeči již uvědomuje a na základě toho vznikají další symptomy, jako je embolofraze, logofobie apod. Dělení *podle původu* rozděluje kóktavost na „*fyzilogickou, kóktavost kombinovanou s dysartrií, dysartrickou kóktavost, dysfatickou, hysterickou a traumatickou kóktavost.*“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 157)

3.4.3. Symptomatologie kóktavosti

Nejvýraznější symptom kóktavosti je neplynulost řeči, nejedná se však o jediný symptom. Kóktavost se projevuje pestrou řadou příznaků, které se vzájemně ovlivňují. Můžeme je rozdělit na příznaky v řeči a příznaky v chování.

Příznaky v řeči

Lechta a Baxová-Šarközyová (2001) uvádí, že příznaky v řeči jsou nedobrovolné a dítě si je zpočátku neuvědomuje. Poté, co dojde u dítěte k uvědomění, se objevují příznaky i v jeho chování.

Dle Řepové (2001) lze jednotlivé symptomy v řeči rozdělit do kategorií: respirace, fonace, artikulace, dysprozodie, embolofrázie, parafráze.

Respirace je u dětí s koktavostí často narušena. Dýchání je nepravidelné, povrchní, přerývané. Dítě má především potíže s výdechovým proudem, který je ovlivněn problémy s artikulací a psychickým tlakem. U těžké koktavosti se problémy s dýcháním zvyšují, mohou se objevit dýchací spasmy (napětí, křeč) či inspirační tvoření hlasu.

Problémy s *fonací* jsou způsobeny spasmem na hlasivkových vazech. Vznikají tvrdé hlasové začátky, jež jsou zvukově nepříjemné. Hlas má nepřirozenou výšku, je tlačенý, přerývaný. Jelikož se jedná o nesprávné a škodlivé tvoření hlasu, může dojít k poškození hlasivek.

Artikulace je ovlivněna spasmem. Podle toho, kde se spasmy nacházejí, můžeme koktavost rozdělit na formu klonickou a tonickou, případně i kombinovanou (tonoklonickou, klonotonickou). Klonická forma se projevuje opakováním hlásek a slabik slov (např. ta-ta-ta-táta), je méně závažná než forma tonická. Tonická forma je tvořena tlačéním a napínáním hlásky nebo slabiky na různém místě ve slově (např. tttttttáta). Ve většině případů se nejdříve objevuje forma klonická, která postupně přechází do formy tonické, případně do formy kombinované.

U koktavosti je časté narušení modulačních faktorů řeči (*dysprozodie*), jako je melodie, tempo a rytmus. Tempo řeči je rychlé nebo kolísavé, kdy je ovlivněné spasmem. Řeč může být ale i monotónní, balbutik si monotónností ulehčuje řeč a překonává projevy koktavosti. V řeči se velmi často objevují časté pauzy a blokády. (Řepová, 2001)

Dalším symptomem koktavosti je dle Balášové (2003) *embolofrázie* neboli vsuvky v řeči (např. hmm, aa, no, tak), které pomáhají balbutikům překonat spasmy mluvidel a poté lepší vyslovení. Vsuvky se u dětí s koktavostí objevují tehdy, když si problémy s neplynulostí v řeči uvědomí a chtějí jim předcházet.

Parafráze pomáhají vyhnout se slovům, která dělají balbutikovi problém vyslovit, a tak hledá jiný výraz, synonymum nebo vytváří složitý opis. Jedná se o závažný problém, který ovlivňuje komunikaci dítěte s okolím.

Příznaky v chování

Lechta a Baxová-Šarközyová (2001) uvádí, že příznaky v chování se objevují tehdy, když si dítě začne své problémy v řeči uvědomovat a snaží se jim předejít nebo je odstranit. Koktavost silně ovlivňuje osobnost dítěte, jeho sebevědomí, emotivní složku a další oblasti. Mohou se např. objevit neurotické příznaky, tiky, enuréza.

U dítěte s koktavostí se může vytvořit negativní vztah k řeči. Dítě má strach a obavy z vyslovení určitých slov, těžkostí při mluvení. Jedná se o velmi závažný problém – *logofobii*, kdy se dítě obává řečové komunikace, vyslovit svůj názor, nevěří si. Problém může dojít až k tomu, že se dítě bude vyhýbat sociálním kontaktům.

Dalším příznakem koktavosti je dle Řepové (2001) *narušení koverbálního chování*, které působí na okolí rušivě. U dítěte se může objevit mrkání, přešlapování, různé grimasy, pohyby čelistí a rtů, vyhýbání se očnímu kontaktu, manipulace s oblečením a prsty, nafukování nosních křídel a další symptomy. Časté jsou také souhyby, svalové křeče vyskytující se nejčastěji na začátku hovoru, a součiny, vědomé složité pohyby, které pomáhají balbutikovi získat čas před mluvením anebo najít polohu, ve které se mu bude nejlépe mluvit.

Koktavost a její příznaky nejsou stálé, ale mění se podle toho, zda se dítě nachází v pozitivně nebo negativně působící situaci. Pozitivně na dítě a jeho řeč působí, pokud dítě mluví samo k sobě, mluví nezvyklým způsobem (např. šeptem, rytmicky, zpěvavě, monotónně), mluví za někoho jiného (např. loutka). Negativní dopad na dítě mají stresové situace, jako je např. strach, komunikace s neznámými lidmi, únava, citové napětí, cizí prostředí. (Řepová, 2001)

3.4.4. Diagnostika koktavosti

Diagnostika koktavosti je dle Lechty (2004) týmová a interdisciplinární práce, na které se podílejí lékaři, logoped, psycholog a další odborníci. Diagnostika je zaměřená především na symptomatiku koktavosti, na jejímž základě se stanovuje diagnóza a prognóza a zároveň se usuzuje o pravděpodobných příčinách koktavosti.

Diagnostika koktavosti musí být komplexní a podrobná, proto je vyšetření rozloženo do několika sezení. Během vyšetření je vhodné pořídit videozáznam nebo magnetofonový záznam, který umožní komplexní analýzu řečového projevu dítěte. Důležitý je také záznam spontánní komunikace pozorovaného jedince v domácím prostředí, jež může pořídit rodina dítěte. Součástí diagnostiky je získání specifických anamnestických údajů a spolupráce s nejbližším okolím, díky kterému získáme komplexnější obraz pozorovaného dítěte. Pokud je diagnostika koktavosti provedena včasné, lze v některých případech předejít k fixaci koktavosti. (Tamtéž)

Plynulost řeči je hodnocena v rámci různých komunikačních záměrů. Nejdůležitějším výzkumným materiálem je spontánní řečový projev, získaný pomocí řízeného rozhovoru. Rozhovor kombinuje přímé a nepřímé otázky a tzv. otázky projektivní, které pomáhají zjistit vztah dítěte ke komunikaci a okolí. Téma rozhovoru může být např. denní režim dítěte. Kromě řízeného rozhovoru se u dětí předškolního věku využívá popis situačních obrázků a u školních dětí čtení standardního textu.

Pro určení stupně poruchy plynulosti se využívá grafický záznam neboli tzv. balbutiogram. Zabývá se zvládáním různých verbálních úloh, sestavených v pořadí podle náročnosti (šepot, zpěv, reprodukce vět, dokončování neúplných vět apod.). (Lechta, 2004)

Součástí diagnostiky je také diferenciativní diagnostika, která má dle Škodové, Jedličky a kol. (2003, s. 262) odlišit „*koktavost od breptavosti, organicky podmíněnou koktavost od jiných typů, počínající koktavost od vývojových, fyziologických těžkostí v řeči.*“

3.4.5. Terapie kocktavosti

Terapie kocktavosti se snaží nalézt vhodnou metodu a správný přístup, pomocí kterého se odstraní nebo zmírní jednotlivé symptomy kocktavosti. Je založena na komplexní péči, při které spolupracuje řada odborníků. Důležitou součástí je i spolupráce rodiny dítěte.

Dle Kutákové (2009) je několik způsobů, kterými můžeme dítěti pomoci. Jednou z nejčastějších možností je **ambulantní, poradenská logopedická péče**. Tato péče je určena dětem s vývojovou kocktavostí a dětem, jejichž porucha výrazně neovlivňuje komunikaci. Logoped pracuje s dítětem v logopedické poradně a zároveň spolupracuje s rodinou, které poskytuje pokyny, jak s dítětem správně pracovat, čemu se vyvarovat a jak pozitivně podporovat řeč dítěte.

Další možností je **komplexní léčba kocktavosti**. Léčba je určena dětem, které si již své problémy v řeči uvědomují, a porucha značně ovlivňuje jejich komunikaci s okolím. Jedná se především o děti školního věku. Léčba je založena na tom, že dítě po dobu šesti týdnů dochází denně ke klinickému logopedovi a zároveň dvakrát denně podle jeho pokynů provádí doporučená cvičení. Po celou dobu dítě musí dodržovat přísný režim, kdy nechodí do školy, nevidá se s kamarády, nekouká na televizi apod. Dítě si postupně osvojuje nacvičené mechanismy a jeho řeč se upravuje. Na základě toho se režim uvolňuje a intervaly mezi návštěvami klinického logopeda se prodlužují. Nakonec rodina pomoc logopeda vyhledává jen tehdy, pokud je to potřeba.

Součástí komplexní léčby je dle Balášové (2002) medikamentózní léčba a psychoterapie. Psychoterapeut na dítě působí pozitivně, snaží se odstranit strach z komunikace a vytvořit k ní pozitivní vztah. Zároveň spolupracuje s rodinou, která se učí, jak vhodně přistupovat k dítěti, jak s ním pracovat apod. Medikamentózní léčba poskytuje dítěti na přechodnou dobu léky, které mu pomáhají se celkově zklidnit.

Další možnost, která není tak častá, je **komplexní léčba při hospitalizaci** ve zdravotnickém zařízení. Tato péče je vhodná pro děti, u nichž doma nelze zajistit optimální podmínky pro léčbu. Léčba trvá pět týdnů.

U dětí se závažným stupněm koktavosti je vhodné navštěvovat logopedickou mateřskou nebo základní školu, kde je jim poskytnuta odpovídající péče. (Balášová, 2002)

3.5. Ostatní poruchy a vady řeči u dětí

3.5.1. Elektivní mutismus

Mutismus neboli oněmění je dle Dvořáka (2001) psychogenně podmíněná porucha, při které jedinci ztrácejí schopnost verbálně komunikovat. Jedná se o poruchu řeči bez organického poškození centrálního nervového systému. Pod souborný termín mutismus spadá elektivní mutismus – *„útlum artikulované řeči se projevuje jen v kontaktu s určitými lidmi nebo v konkrétním prostředí či situaci (neverbální komunikace může být i v těchto situacích zachována), trvá delší dobu (nejméně měsíc), přičemž s jinými lidmi nebo v jiných situacích se dítě verbálně vyjadřuje.“* (DVOŘÁK, 2001, s. 123)

Elektivní mutismus, jak uvádí Balášová (2001), se vyskytuje u dětí předškolního a školního věku. Jedná se především o děti úzkostné, bázlivé a citlivé, u kterých se neurotické projevy objevují i v jiných oblastech. Řeč je plně rozvinuta, přesto v určitých situacích a prostředí dochází k blokaci mechanismu řeči, kdy dítě mluvit nemůže. V jiných situacích je komunikace na dostačující úrovni.

Prognóza je u dětí s elektivním mutismem dobrá, přesto je vhodné vyhledat logopedickou péči a případně i péči psychologa. Přístup k dítěti musí být vlídný, dítě nesmí být za žádných okolností nuceno k řeči. Vhodná je skupinová terapie, při které se dítě může zapojit do kolektivních her a zájmových činností.

3.5.2. Dětská vývojová afázie

Dětská vývojová afázie neboli afázie infantilní je dle Dvořáka (2001, s. 11) *„získaná fatická porucha v útlém věku (ve 2. – 3. roce); důležitou diferenciálně diagnostickou okolností je mj. změna v komunikaci mluvenou řečí (příp. v chování) i v zájmu o naslouchání řeči (příp. zvuky okolního světa) v určitém časovém období“*

(např. po horečnatém onemocnění, úrazu hlavy aj.); po určité době (rok) si může řeč dítě opět osvojit, protože se vytvořily mechanismy řeči v druhé hemisféře.“

Dětská vývojová afázie má, jak uvádí Klenková (2006), řadu příčin, jako jsou úrazy mozku, nádory nebo aneuryzma na mozku, cévní onemocnění, epilepsie, encefalitida a další. Může být typu motorického, sensorického nebo globálního.

Porucha postihuje vyvíjející se řeč dítěte, je narušeno porozumění řeči a schopnost produkovat řeč. Závažné deficity se objevují v oblasti paměti, formulace, slovní zásoby a slovní pohotovosti, artikulace apod. Afázie má negativní dopad na dítě, dochází ke změnám v osobnosti i v chování, proto je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Logopedická péče vychází z dosaženého stupně vývoje řeči.

3.5.3. Breptavost

Breptavost neboli tumultus sermonis je porucha, která patří do skupiny narušení plynulosti řeči. „*Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.“* (BYTŠNÍKOVÁ, HORÁKOVÁ, KLENKOVÁ, 2007, s. 50)

Příčiny breptavosti nejsou dosud vyjasněny, dle Kutálkové (2009) se jedná hlavně o příčiny organického původu. Velký vliv má také dědičnost. Symptomy breptavosti jsou velmi rozsáhlé, objevují se v řeči, v pohybech i chování dítěte. Typickým příznakem v řeči je zrychlené tempo mluvy. Artikulace je nepřesná nebo nesprávná, dochází k tomu na základě překotného tempa, kdy dítě hlásky nepřesně vysloví nebo hlásky a slabiky redukuje. Častým symptomem je porušené dýchání a porušení melodie, tempa a rytmu řeči. Mezi další příznaky dle Peutelschmiedové (2005) patří motorický neklid, nízká koncentrace pozornosti, snadná vzrušivost, rychlé a zbrklé pohyby.

Prognóza dětí s breptavostí je příznivá. Důležité je poskytnout dítěti správný mluvní vzor a klidné prostředí. Logopedická terapie se zaměřuje především na zpomalení tempa a plynulost řeči.

3.5.4. Dysartrie

„Dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální soustavy. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch.“ (KAREL NEUBAUER, 2005, s. 283)

Dysartrii můžeme dle Neubauera (2005) rozdělit na vývojovou a získanou dysartrii. Vývojová dysartrie se nejčastěji vyskytuje v rámci syndromu dětské mozkové obrny. Mezi další příčiny patří úrazy hlavy a mozku, mozkové nádory. Získaná dysartrie může vzniknout v období dětství, dospělosti nebo stárnutí. V dětském věku vzniká nejčastěji po úrazu mozku, onkologickém onemocnění nervové soustavy nebo infekčním onemocněním.

Příznaky jsou dle Peutelschmiedové (2005) velmi široké, závisí na typu a rozsahu dysartrie. V různé míře je vždy narušena respirace (dýchání je povrchní, přerývané, křečovitě), fonace (hlas je slabý, tichý, kolísavý), artikulace (porucha artikulace hlásek, oslabení artikulačních pohybů rtů a jazyka) a prozódie řeči (narušeno tempo, rytmus řeči).

Dětem s dysartrií je dle Klenkové (2006) poskytována komplexní péče. Součástí týmu odborníků jsou lékaři, fyzioterapeut, psycholog, klinický logoped a speciální pedagog. Logopedická péče se zaměřuje především na intenzivní gymnastiku mluvidel a na korekci hlásek.

3.5.5. Palatolálie

„Palatolálie (z latin. palatum – patro) je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra, popřípadě rozštěpu rtu a patra. Je to vada vývojová, řeč se vyvíjí na vývojově vadném základě. Jde o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikačních schopností.“ (KLENKOVÁ, 1998, s. 63)

Příčinou palatolálie jsou dle Klenkové (1998) rozštěpy patra a narušená funkce patrohltanového závěru. K rozštěpu patra dochází kolem 7. týdne embryonálního vývoje na základě endogenních (např. dědičné vlivy) a exogenních příčin (např. teratogenní

vlivy, nesprávná výživa matky, úrazy matky), nebo jejich kombinací. Charakteristickým symptomem palatolálie je změna rezonance, porucha artikulace, mimiky a srozumitelnosti. Velmi často se u dětí s touto vadou řeči objevuje převodní nedoslýchavost a opožděný vývoj řeči.

Dětem s rozštěpovou vadou je od narození věnována komplexní péče, která zahrnuje lékařskou a logopedickou péči. Důležitá je spolupráce s rodinou a pedagogy. Logopedická péče se zaměřuje na zlepšení rezonance a artikulace dítěte. Provádějí se dechová cvičení, polykací cvičení, masáže měkkého patra a procvičování artikulace jednotlivých hlásek. (Klenková, 1998)

3.5.6. Rinolálie

„Rinolálie, česky huhňavost, je patologicky změněná nosovost jednotlivých hlásek, čili změněná nazalita.“ (PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005, s. 63)

Rinolálii můžeme dle Balášové (2003) rozdělit na otevřenou huhňavost, uzavřenou huhňavost a smíšenou huhňavost. *Uzavřená huhňavost* neboli hyponazalita je porucha řeči, která se vyznačuje patologicky sníženou nazalitou. Nejčastěji se objevuje u dětí v důsledku zbytnělé adenoidní vegetace. Mezi další příčiny patří např. zduřelá nosní sliznice, nosní polypy, zakřivení nosní překážky. Jejím hlavním symptomem je změna artikulace nosovek. Logopedická péče se u dětí s hyponazalitou zaměřuje především na nácvik správného dýchání a správnou artikulaci nosovek.

Otevřená huhňavost neboli hypernazalita je patologicky zvýšená nazalita. Mezi její příčiny patří rozštěpy patra, vrozené zkrácení měkkého patra, obrny měkkého patra a další. U dětí s otevřenou huhňavostí dochází ke změně zvuku hlásek a změně hlasu. Léčba je zaměřená především na operativní zákrok. Poté se s dítětem provádějí dýchací a polykací cvičení, masáže měkkého patra a artikulační cviky.

Smíšená huhňavost neboli hyper-hyponazalita vzniká kombinací uzavřené huhňavosti a otevřené huhňavosti. (Balášová, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. VLASTNÍ PRŮZKUM

4.1. Cíl průzkumu

Cílem této bakalářské práce je zaměřit se na poruchy a vady řeči u dětí a zjistit, jaká narušená komunikační schopnost se nejčastěji objevuje u těchto jedinců. Následně pak prozkoumat, zda si jedinec svou poruchu nebo vadu řeči uvědomuje, zda má vliv na život jedince a pokud ano, do jaké míry ho ovlivňuje. Cílem průzkumu bylo také zaměřit se na rodiče a zjistit, jak řeší problematiku narušené komunikační schopnosti svého dítěte.

4.2. Pracovní hypotézy

K dosažení cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že dyslalie je nejčastěji se vyskytující vada řeči u dětí.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že poruchy a vady řeči se častěji objevují u chlapců.

Hypotéza č. 3: Lze předpokládat, že většina rodičů dítěte s poruchou nebo vadou řeči se snaží o nápravu výslovnosti.

Hypotéza č. 4: Lze předpokládat, že většina dětí s narušenou komunikační schopností si svou poruchu nebo vadu řeči uvědomuje.

4.3. Použité metody

Průzkum byl realizován za pomoci kvantitativní metody – dotazníku. Dotazník je dle Dvořáka (2001, s. 49) „*soubor otázek předkládaných osobám ve standardní podobě za účelem zjištění specifických údajů*“. Dotazník je dle Pelikána (2007) jednou z nejpoužívanějších metod v pedagogickém výzkumu. Jedná se o metodu méně časově

náročnou, jednoduchou na vyplnění i zpracování, která využívá formu písemných odpovědí. Jeho podstatou je získat data, informace, názory a postoje respondenta.

Otázky, ze kterých je dotazník sestaven, musejí být formulovány neutrálně, srozumitelně a jasně. Otázky můžeme rozdělit na uzavřené, polouzavřené a otevřené. Otázky uzavřené nabízejí různé varianty odpovědí, ze kterých si respondent musí vybrat, má tedy omezenou možnost výpovědi. Otevřené otázky respondentovi nenabízejí žádnou variantu odpovědí, ale dávají jedinci možnost samostatného vyjádření. Otázky polouzavřené, které jsou nazývány také jako polootevřené, jsou kombinací otázek uzavřených a otevřených. Tyto otázky dávají respondentovi možnost vybrat si z nabízených variant odpovědí nebo zvolit vlastní odpověď. (Pelikán, 2007)

Průzkum byl uskutečněn prostřednictvím dotazníku. Dotazník je zaměřen na problematiku narušené komunikační schopnosti u dětí a je vytvořen na základě stanovených hypotéz.

Dotazník je anonymní, na základě toho mohli respondenti odpovídat uvolněněji a bez obav, že by informace, které poskytl, byly zneužity. Dotazník je určen rodičům, kteří s dítětem navštěvují z důvodu poruchy nebo vady řeči klinického logopeda.

Dotazník obsahuje vstupní oslovení respondenta, kterým autorka dotazníku vysvětluje, za jakým účelem se na něj obrací, a prosí ho o laskavé vyplnění. Zároveň respondenta ujišťuje, že se jedná o anonymní dotazník. Dotazník se skládá ze 17 otázek. Otázky jsou otevřené, uzavřené i polouzavřené. Autorka je kombinuje podle potřeby tak, aby získala nezbytné informace k realizaci průzkumu. Začátek dotazníku tvoří otázky identifikační, prostřednictvím kterých je potřeba získat informace o respondentovi. Ostatní otázky jsou voleny na základě stanovených hypotéz.

Odpovědi respondentů byly zpracovány a výsledky autorka zaznamenala do tabulek a grafů, které umožňují čtenáři přehledně prozkoumat získané informace. Hlavním úkolem odpovědí respondentů bylo potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

4.4.Charakteristika souboru

Průzkum byl proveden na dvou logopedických poradnách – Klinická logopedie, Dobříš a Klinická logopedie, Dobřichovice. Logopedické poradny byly zvoleny záměrně, protože bylo potřeba získat informace o problematice narušené komunikační schopnosti. Kliničtí logopedi souhlasili s uskutečněním průzkumu.

Každá logopedická poradna obdržela 50 dotazníků a schránky na dotazníky. Respondenti tak měli jistotu, že jejich odpovědi budou anonymní. Průzkum byl proveden během dvou měsíců. Vyplněno bylo celkem 73 dotazníků. Z dobříšské logopedické poradny se vrátilo 33 dotazníků, z dobřichovické logopedické poradny byla návratnost 40 dotazníků. Celková návratnost je 73 %.

Výzkumný vzorek tvořili děti s narušenou komunikační schopností a jejich rodiče. Věk dětí se pohyboval od 4 let až do 10 let. Dotazník vyplňovali rodiče, jelikož se jednalo většinou o děti předškolního věku a jelikož byly otázky směřovány spíše na rodiče a na to jak, vnímají daný problém. Průzkumu se zúčastnilo celkem 73 respondentů. Jednalo se o rodiče 45 chlapců a 28 dívek.

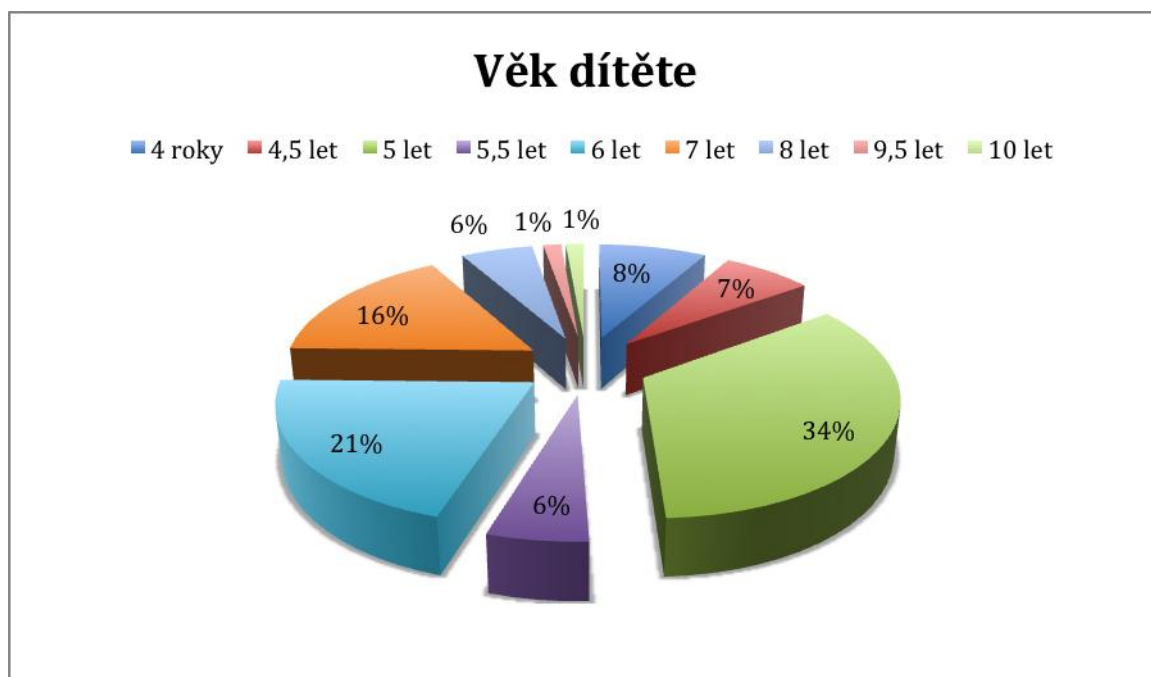
4.5.Analýza dat

Otázka č. 1.: Věk Vašeho dítěte?

Tabulka č. 1: Věk dítěte

4 roky	4,5 let	5 let	5,5 let	6 let	7 let	8 let	9,5 let	10 let
6	5	25	4	15	12	4	1	1

Graf č. 1: Věk dítěte



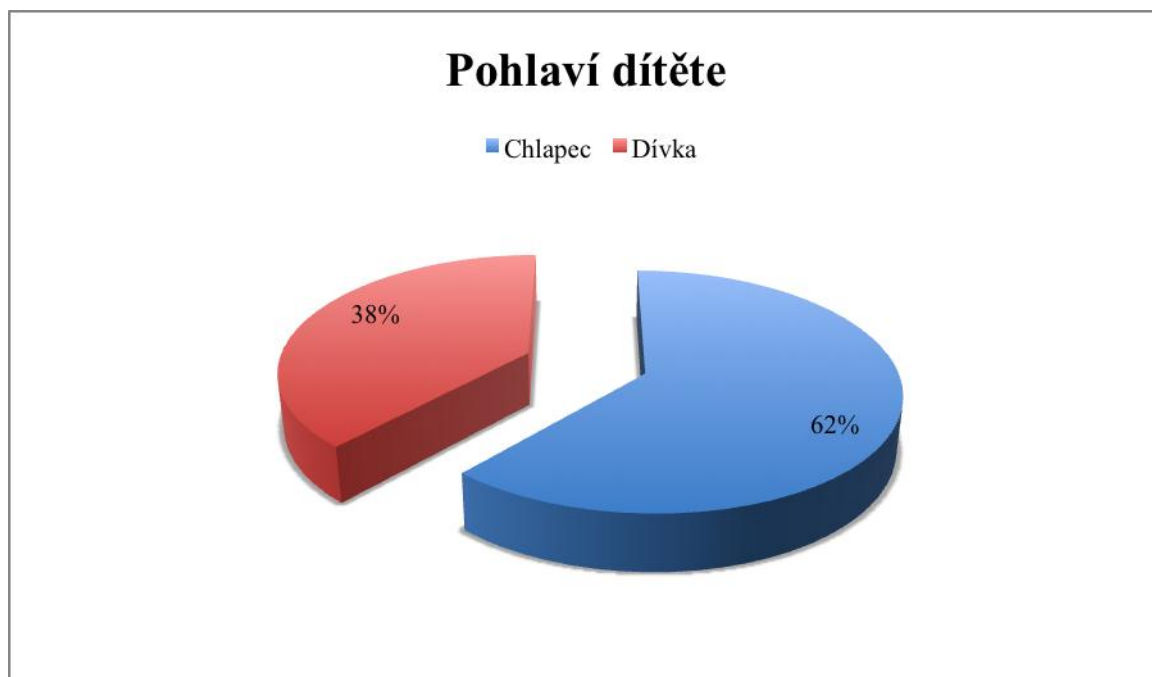
Na otázku odpověděli všichni respondenti. Věk dětí dotazovaných rodičů se pohyboval od čtyř let až do deseti let. Podle odpovědí bylo zjištěno, že nejčastěji logopedickou poradnu navštěvují rodiče s dětmi v pěti a šesti letech.

Otázka č. 2.: Pohlaví Vašeho dítěte?

Tabulka č. 2: Pohlaví dítěte

Dívka	Chlapec
28	45

Graf č. 2: Pohlaví dítěte



Na dotazník odpověděli rodiče 28 dívek a 45 chlapců, kteří navštěvují logopedickou poradnu. Z odpovědí vyplývá, že péči klinického logopeda vyhledávají častěji rodiče s chlapci.

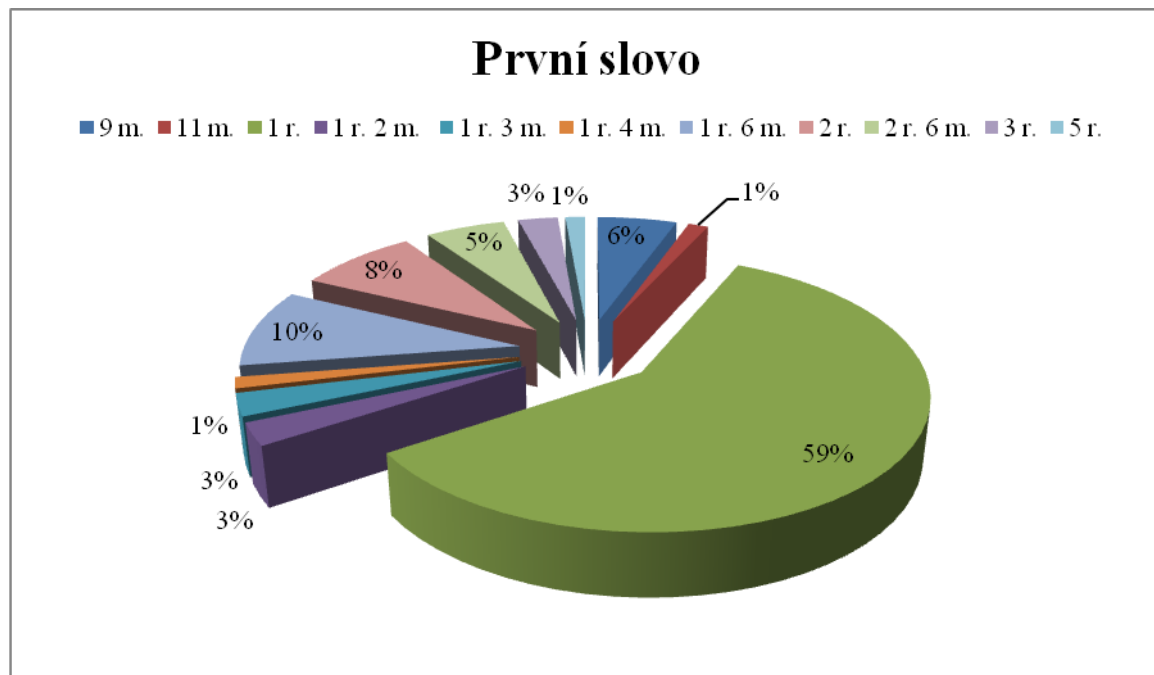
Otázka č. 3 : V jakém věku vyslovalo Vaše dítě své první slovo?

Tabulka č. 3: První slovo

9 m.	11 m.	1 r.	1 r. 2 m.	1 r. 3 m.	1 r. 4 m.	1 r. 6 m.	2 r.	2 r. 6 m	3 r.	5 r.
4	1	43	2	2	1	7	6	4	2	1

(Pozn.: m. = měsíc, r. = rok)

Graf č. 3: První slovo



Otázku zodpověděli všichni respondenti. Většina dětí respondentů, kteří navštěvují logopedickou poradnu, vyslovila své první slovo v 1. roce života. Zároveň bylo zjištěno, že nejdříve své první slovo řekli klienti v 9 měsících života a nejpozději v 5 letech.

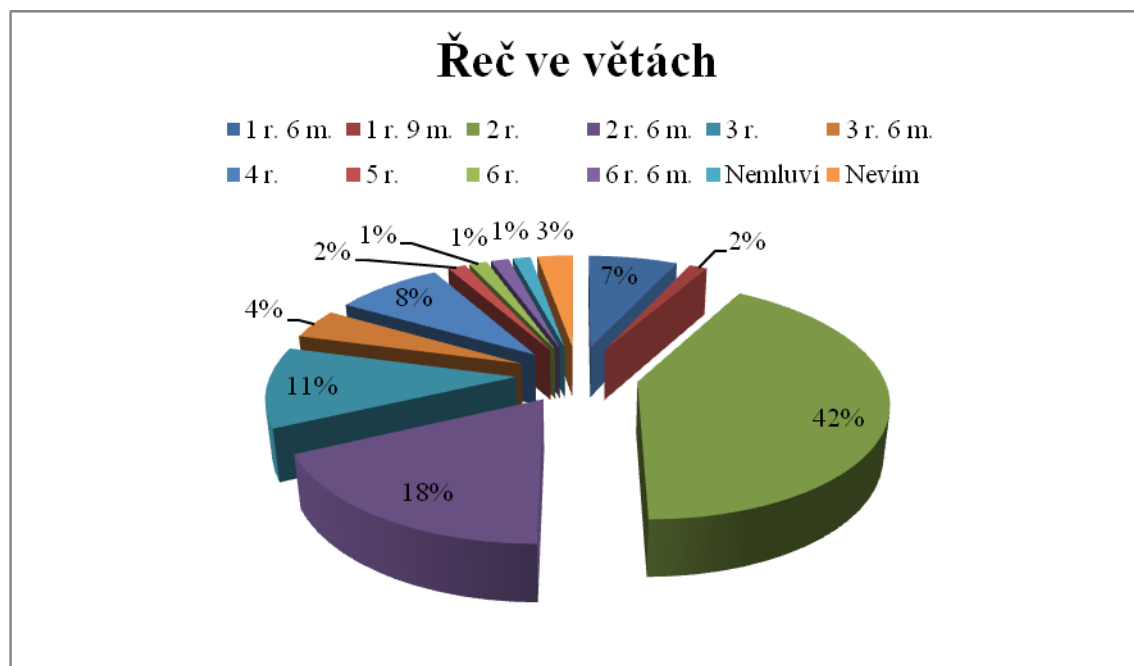
Otázka č. 4 : V kolika letech začalo Vaše dítě mluvit ve větách?

Tabulka č. 4: Řeč ve větách

1 r. 6 m.	1 r. 9 m.	2 r.	2 r. 6 m.	3 r.	3 r. 6 m.
5	1	30	13	8	3
4 r.	5 r.	6 r.	6 r. 6 m.	Nemluví	Nevím
6	1	1	1	1	2

(Pozn.: m. = měsíc, r. = rok)

Graf č. 4: Řeč ve větách



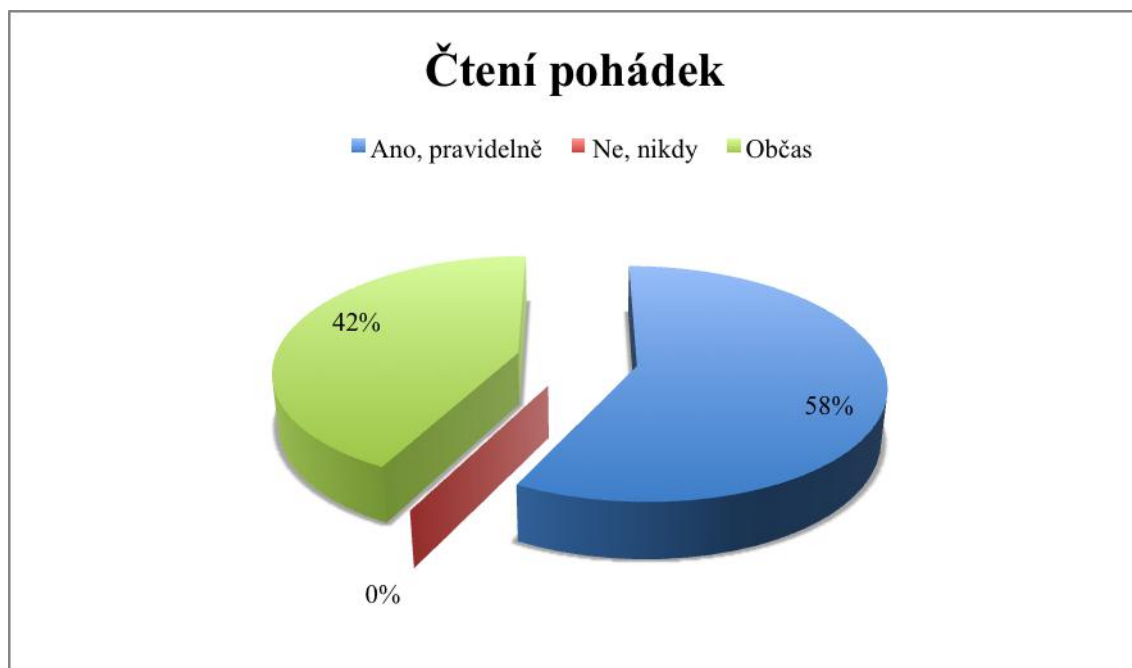
Na otázku odpověděli všichni respondenti. Bylo zjištěno, že nejvíce dětí respondentů, kteří navštěvují logopedickou poradnu, začalo mluvit ve větách ve 2. roce života. Věk klientů, kdy začali mluvit ve větách, se pohybuje od 1 roku a 6 měsíců do 6 let a 6 měsíců. Jeden klient nemluví. Zároveň bylo zjištěno, že dva respondenti si nevzpomínají, kdy jejich dítě začalo mluvit ve větách.

Otázka č. 5 : Čtete Vašemu dítěti pohádky?

Tabulka č. 5: Čtení pohádek

Ano, pravidelně	Ne, nikdy	Občas
42	0	31

Graf č. 5: Čtení pohádek



Otázku zodpověděli všichni respondenti. Na otázku, zda rodiče čtou svému dítěti pohádky, odpovědělo 42 respondentů ano, pravidelně a 31 respondentů občas. Odpověď ne, nikdy nebyla vybrána žádným respondentem.

Otázka č. 6 : Učíte Vaše dítě básničky, říkanky?

Tabulka č: 6: Říkaneky, básničky

Ano	Ne
67	6

Graf č. 6: Říkaneky, básničky



Otázku zodpověděli všichni respondenti. Většina dotazovaných rodičů, kteří s dítětem navštěvují logopedickou poradnu, učí své dítě básničky a říkanky. Pouze 6 respondentů odpovědělo záporně.

Otázka č. 7 : Dbáte u dítěte na správnou výslovnost a případně mu předložíte správný mluvní vzor (slovo po něm správně zopakujete)?

Tabulka č. 7: Správná výslovnost

Ano, vždy	Ne, nikdy	Občas
58	0	15

Graf č. 7: Správná výslovnost



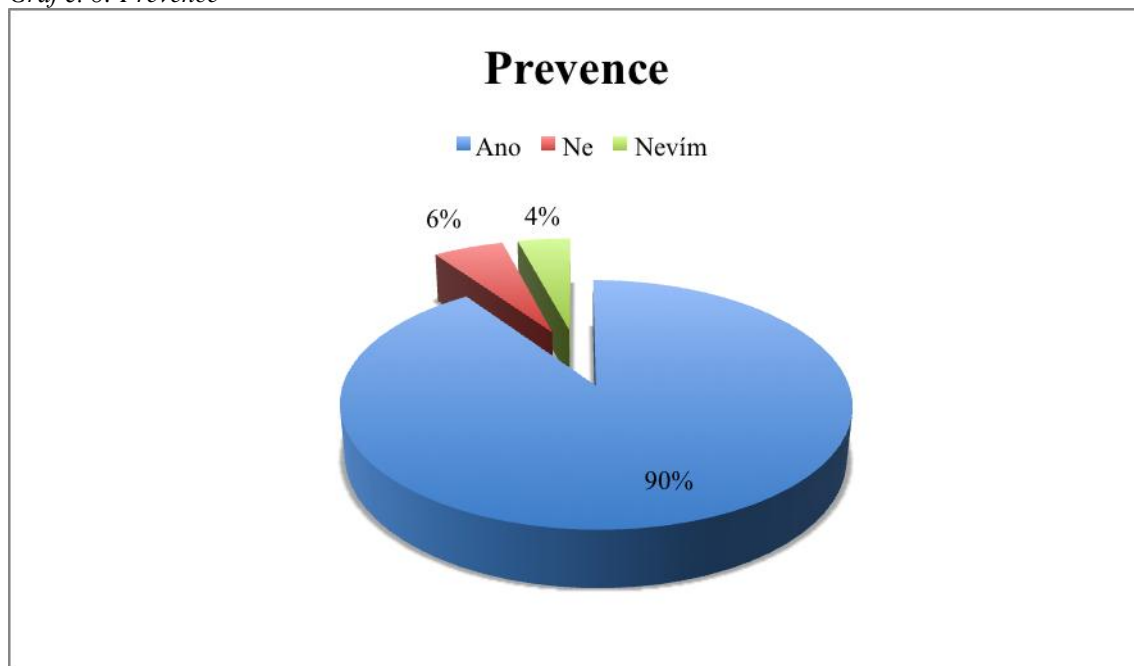
Všichni respondenti dbají u svého dítěte na správnou výslovnost a poskytují mu správný mluvní vzor. Z toho 79 % rodičů odpovědělo ano, vždy, 21 % občas a ani jeden respondent neodpověděl nikdy. Z odpovědí vyplývá, že se rodiče snaží dbát na správnou řečovou výchovu dítěte a vývoj řeči tak pozitivně ovlivňovat.

Otázka č. 8 : Snažili jste se předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti (nemluvíme na dítě mazlivě, dítě nekáráme za špatnou výslovnost, nezanedbáváme nápravu řeči apod.)?

Tabulka č. 8: Prevence

Ano	Ne	Nevím
66	4	3

Graf č. 8: Prevence



Na otázku odpověděli všichni respondenti. Z vyplněných dotazníků vyplývá, že většina respondentů se snaží předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti tak, že na dítě nemluví mazlivě, nekárají ho za špatnou výslovnost, nezanedbávají nápravu řeči apod. Z dotazovaných respondentů odpovědělo 66 rodičů, že se snaží předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti. Pouze 4 rodiče odpověděli záporně a 3 rodiče neví.

Otázka č. 9 : Jakou poruchu nebo vadu řeči má Vaše dítě?

Tabulka č. 9: Porucha nebo vada řeči

Dyslalie	Koktavost, breptavost	Opožděný vývoj řeči	Vývojová dysfázie	Nevím
49	5	9	6	4

Graf č. 9: Porucha nebo vada řeči



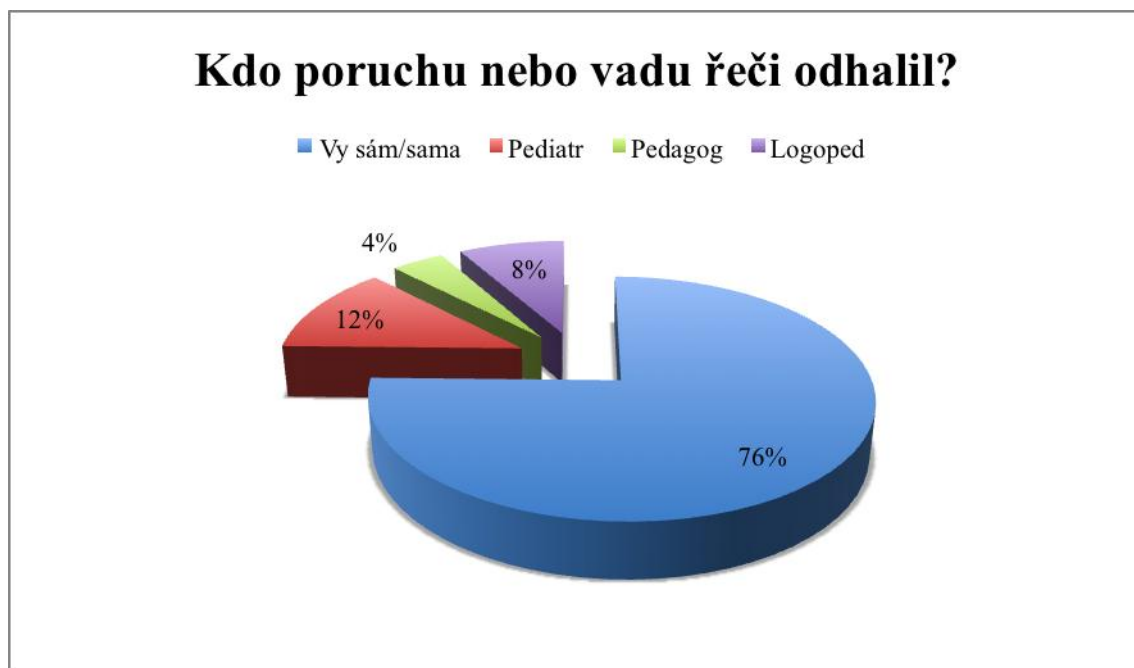
Na otázku odpověděli všichni respondenti. Na základě dotazníku bylo zjištěno, že nejčastěji se vyskytující narušená komunikační schopnost u dětí respondentů je dyslalie, která se objevila u 67 % dětí. Mezi další poruchy a vady, se kterými chodí děti respondentů ke klinickému logopedovi, patří koktavost a breptavost, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie. Pouze 4 respondenti odpověděli neví.

Otázka č. 10 : Kdo poruchu nebo vadu řeči u Vašeho dítěte odhalil?

Tabulka č. 10: Odhalení poruchy nebo vady řeči

Vy sám/sama	Pediatr	Pedagog (MŠ, ZŠ)	Logoped
55	9	3	6

Graf č. 10: Odhalení poruchy nebo vady řeči



Na otázku odpověděli všichni respondenti. Většina dotazovaných rodičů odhalila narušenou komunikační schopnost u svého dítěte sama. Tuto odpověď si vybralo 55 respondentů. U ostatních dětí byla porucha nebo vada řeči odhalena pediatrem, pedagogem mateřské nebo základní školy a logopedem.

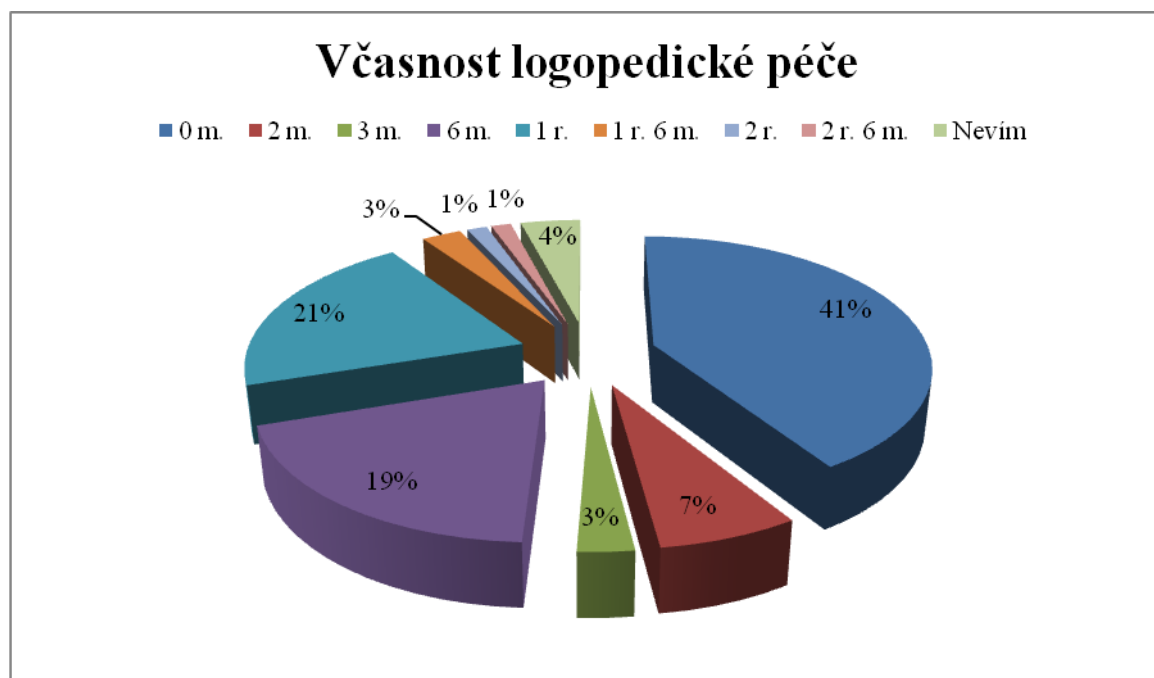
Otázka č. 11 : Kolik uběhlo času, po odhalení poruchy nebo vady řeči, než jste vyhledali odbornou pomoc klinického logopeda?

Tabulka č. 11: Včasnost logopedické péče

0 m.	2 m.	3 m.	6 m.	1 r.	1 r. 6 m.	2 r.	2 r. 6 m.	Nevím
30	5	2	14	15	2	1	1	3

(Pozn. m. = měsíc, r. = rok)

Graf č. 11: Včasnost logopedické péče



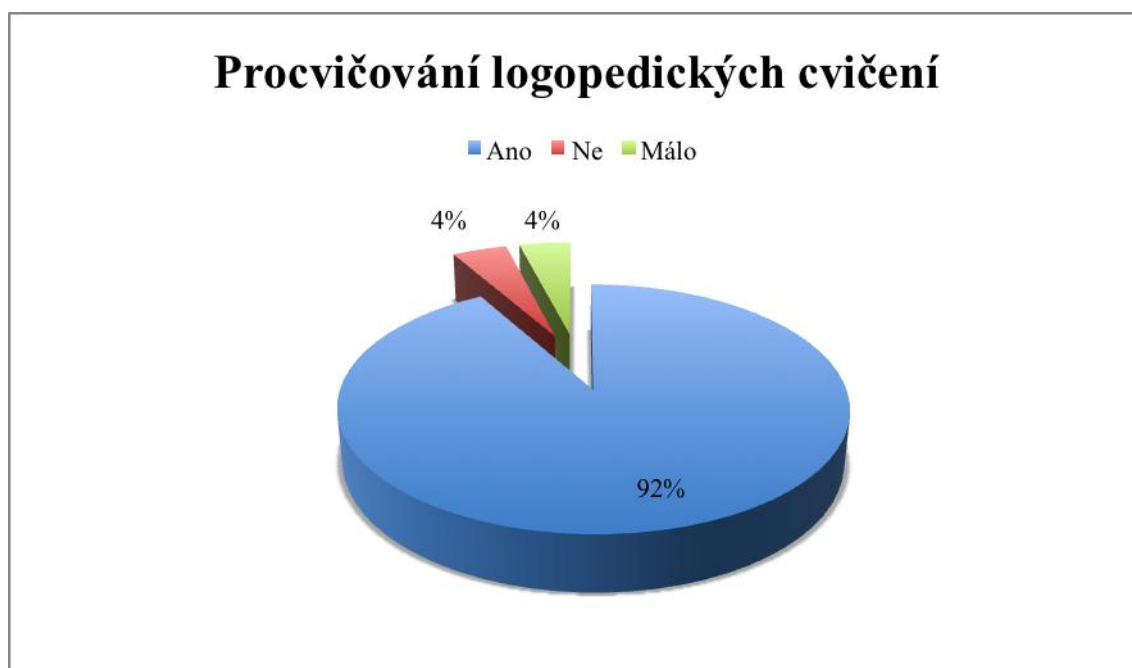
Otázky zodpověděli všichni respondenti. Až 30 dotazovaných rodičů vyhledalo odbornou pomoc klinického logopeda v době, kdy poruchu nebo vadu řeči u dítěte objevili. Druhá nejčastější odpověď byla rok po odhalení narušené komunikační schopnosti. Jeden respondent navštívil s dítětem klinického logopeda až dva a půl roku po odhalení poruchy nebo vady řeči. Odpověď nevím si vybrali 3 respondenti.

Otázka č. 12 : Procvičujete s Vaším dítětem doma doporučená logopedická cvičení?

Tabulka č. 12: Procvičování logopedických cvičení

Ano	Ne	Málo
69	1	3

Graf č. 12: Procvičování logopedických cvičení



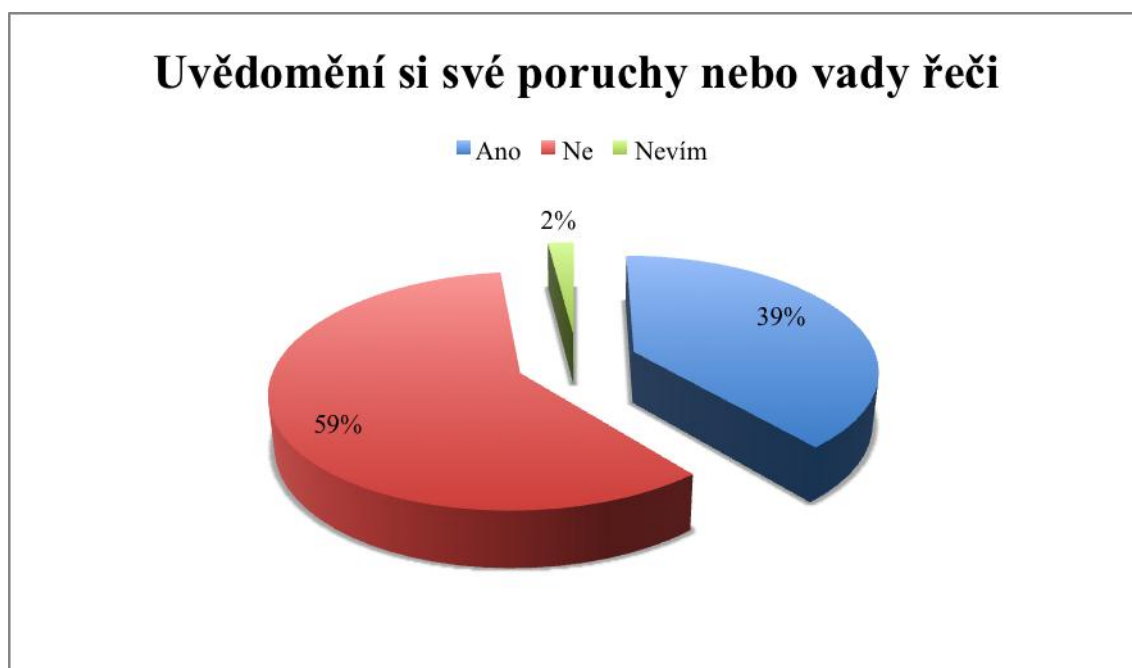
Na otázku odpověděli všichni respondenti. Z dotazovaných rodičů 92 % procvičuje doporučená logopedická cvičení. Z odpovědi vyplývá, že se rodiče snaží o nápravu narušené komunikační schopnosti a s dítětem doma pracují. Pouze 3 rodiče cvičí s dítětem málo a jeden respondent vůbec.

Otázka č. 13 : Uvědomuje si Vaše dítě, že má poruchu nebo vadu řeči?

Tabulka č. 13: Uvědomění si své poruchy nebo vady řeči

Ano	Ne	Málo
27	41	5

Graf č. 13: Uvědomění si své poruchy nebo vady řeči



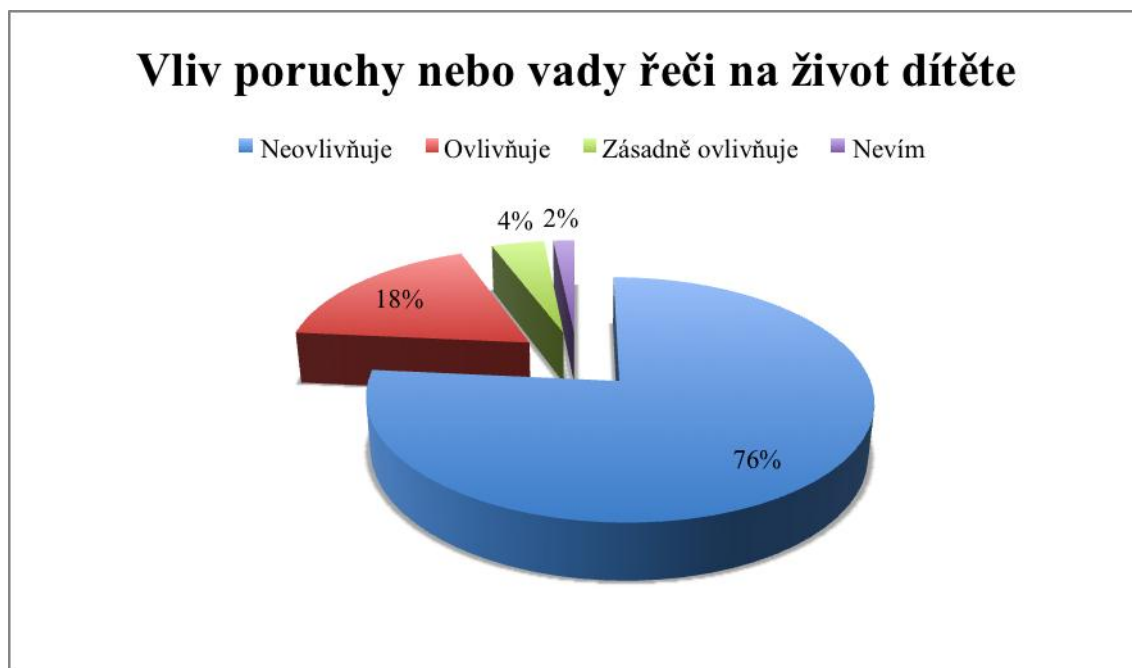
Na otázku odpověděli všichni respondenti, kdy si 59 % dotazovaných rodičů myslí, že si jejich dítě poruchu nebo vadu řeči neuvědomuje, a 39 % si naopak myslí, že si dítě svou narušenou komunikační schopnost uvědomuje. Pouze 2 % respondentů odpovědělo, že neví.

Otázka č. 14 : Do jaké míry ovlivňuje vada nebo porucha řeči život Vašeho dítěte?

Tabulka č. 14: Vliv poruchy nebo vady řeči

Neovlivňuje	Ovlivňuje	Zásadně ovlivňuje	Nevím
56	13	3	1

Graf č. 14: Vliv poruchy nebo vady řeči



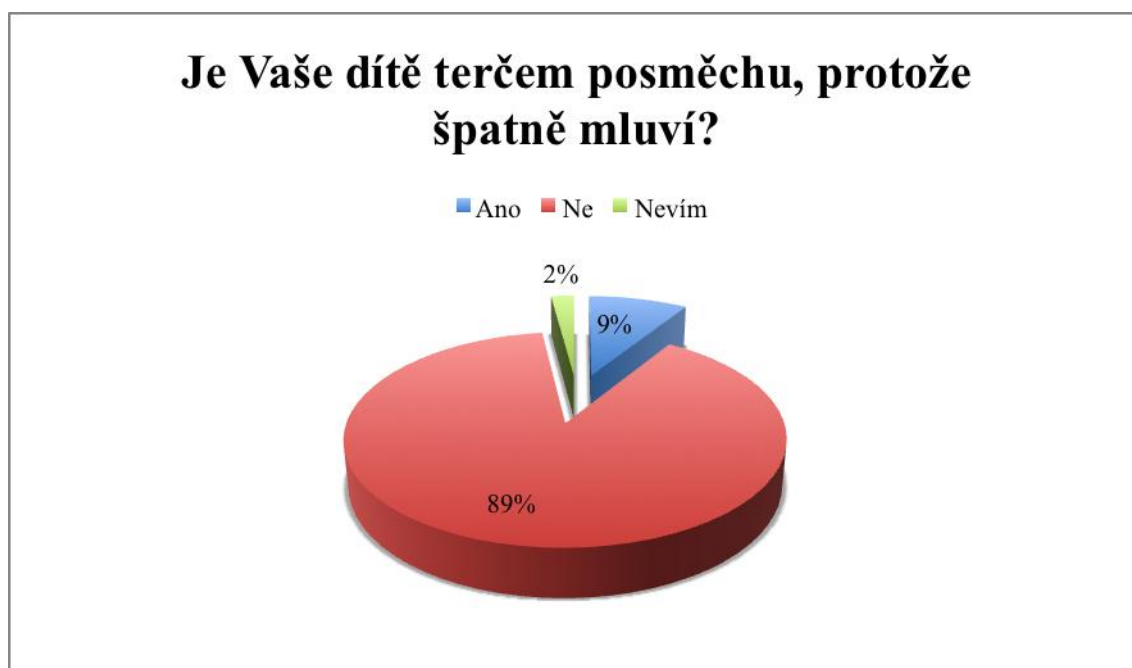
Otázku zodpověděli všichni respondenti. Většina rodičů, to je 56 respondentů, si myslí, že narušená komunikační schopnost neovlivňuje život jejich dítěte. Z ostatních respondentů se 13 rodičů domnívá, že porucha nebo vady řeči ovlivňuje život jejich dítěte, a 3 rodiče, že zásadně ovlivňuje život jejich dítěte. Pouze jeden respondent si vybral odpověď nevím.

Otázka č. 15 : Je Vaše dítě terčem posměchu, protože špatně mluví?

Tabulka č. 15: Terč posměchu

Ano	Ne	Nevím
6	60	7

Graf č. 15: Terč posměchu



Otázku zodpověděli všichni respondenti. Pouze 6 dotazovaných rodičů si myslí, že je jejich dítě terčem posměchu z důvodu narušené komunikační schopnosti a 7 respondentů neví. Ostatní, to je 60 respondentů, se domnívá, že jejich dítě není terčem posměchu, protože špatně mluví.

Otázka č. 16 : Vidíte pokroky v řeči Vašeho dítěte na základě logopedické péče?

Tabulka č. 16: Pokroky

Ano	Ne	Malé pokroky
48	1	24

Graf č. 16: Pokroky



Na otázku odpověděli všichni respondenti, z nichž se 66 % domnívá, že vidí pokroky v řeči dítěte na základě logopedické péče, 33 % sleduje malé pokroky a pouze 1% respondentů nevidí žádné pokroky. Z odpovědí vyplývá, že většina rodičů je spokojená s logopedickou péčí klinického logopeda, jelikož vidí, že se řeč dítěte postupně zlepšuje.

4.6. Interpretace výsledků

Údaje, které se podařilo získat na základě dotazníkového šetření, byly zpracovány a vyhodnoceny. Výsledky autorka zaznamenala do tabulek a grafů. Bylo zjištěno, že se výzkumného šetření zúčastnilo 73 rodičů ze dvou logopedických poraden. Jednalo se o rodiče 28 dívek a 45 chlapců. Věk dětí respondentů se pohyboval od 4 let do 10 let.

Většina dětí dotazovaných rodičů vyslovila své první slovo v jednom roce a ve dvou letech začala mluvit ve větách.

Podářilo se zjistit, že rodiče s dítětem docházejí do logopedické poradny s poruchou nebo vadou řeči, jako je dyslalie, koktavost, breptavost, opožděný vývoj řeči a vývojová dysfázie. U většiny dětí vidí rodiče pokroky na základě logopedické péče.

Hlavním cílem průzkumu bylo získat informace o problematice narušené komunikační schopnosti a na základě toho vyhodnotit stanovené hypotézy.

Hypotéza č. 1: *Lze předpokládat, že dyslalie je nejčastěji se vyskytující vada řeči u dětí.*

Stanovená hypotéza, která se zabývá nejčastěji se vyskytující vadou řeči, se opírá o dotazníkové šetření. Z šetření vyplynulo, že se u dětí respondentů nejvíce vyskytuje dyslalie. Tato porucha se objevila u 67 % dětí dotazovaných rodičů. Na základě tohoto šetření se nám nepodařilo stanovenou hypotézu vyvrátit.

Hypotéza č. 2: *Lze předpokládat, že poruchy a vady řeči se častěji objevují u chlapců.*

Druhá stanovená hypotéza se týkala častějšího výskytu narušené komunikační schopnosti u chlapců. Hypotéza se opírá o získané informace z dotazníkového šetření. Na základě šetření bylo zjištěno, že se porucha nebo vady řeči vyskytuje u 62 % chlapců a 38 % dívek dotazovaných rodičů. Z výsledků šetření vyplývá, že se narušená komunikační schopnost častěji objevila u chlapců. Stanovená hypotéza se nám pomocí šetření nepodařila vyvrátit.

Hypotéza č. 3: *Lze předpokládat, že většina rodičů dítěte s poruchou nebo vadou řeči se snaží o nápravu výslovnosti.*

Stanovená hypotéza se opírá o dotazníkové šetření, kdy se předpokládalo, že většina rodičů dítěte s narušenou komunikační schopností usiluje o nápravu výslovnosti. Bylo zjištěno, že se 90 % dotazovaných rodičů snažilo předejít vzniku narušené komunikační schopnosti tak, že např. na dítě nemluvíli mazlivě, nekáráli za špatnou výslovnost, nezanedbávali nápravu řeči.

Většina dotazovaných rodičů, jedná se o 90 %, vyhledala odbornou pomoc klinického logopeda nejdéle rok po odhalení narušené komunikační schopnosti svého dítěte.

Všichni respondenti se snaží dbát na správnou výslovnost dítěte a případně mu předkládají správný mluvní vzor, slovo po dítěti správně zopakují. Až 79 % dotazovaných rodičů dbá na správnou výslovnost u dítěte vždy a 21 % respondentů občas.

Děti potřebují pro správný vývoj řeči dostatek řečových podnětů, proto je vhodné rozvíjet slovní zásobu a vyjadřovací schopnosti. Můžeme toho docílit vyprávěním příběhů, čtením pohádek, učením říkanek a básniček apod. Prostřednictvím šetření bylo zjištěno, že všichni respondenti, někteří pravidelně a někteří občas, čtou svému dítěti pohádky a 92 % rodičů učí své dítě básničky a říkanky.

Bylo také zjištěno, že 92 % dotazovaných rodičů procvičuje s dítětem doporučená logopedická cvičení a snaží se o nápravu narušené komunikační schopnosti. Stanovenou hypotézu se prostřednictvím získaných informací nepodařilo vyvrátit.

Hypotéza č. 4: *Lze předpokládat, že většina dětí s narušenou komunikační schopností si svou poruchu nebo vadu řeči uvědomuje.*

Poslední stanovená hypotéza předpokládala, že si většina dětí svou poruchu nebo vadu řeči uvědomuje. Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 59 % dotazovaných rodičů se domnívá, že si svou narušenou komunikační schopnost jejich dítěte neuvědomuje, a 39 % respondentů si myslí, že si dítě svou poruchu nebo vadu řeči uvědomuje. Z šetření také vyplynulo, že 89 % dětí dotazovaných rodičů není terčem posměchu na základě své narušené komunikační schopnosti a 76 % respondentů se domnívá, že narušená komunikační schopnost dítěte nemá vliv na jeho život. Prostřednictvím dotazníku se nám nepodařilo stanovenou hypotézu potvrdit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku narušené komunikační schopnosti u dětí. Jedná se o často probírané téma, jelikož se poruchy a vady řeči v dnešní době u dětí vyskytují stále častěji. Správná komunikace a výslovnost umožňuje jedinci lepší sociální postavení a uplatnění ve společnosti. Rodiče dětí by proto měli problematiku narušené komunikační schopnosti řešit, včas zahájit řečovou výchovu a vyhledat pomoc odborníků.

Cílem práce bylo zaměřit se na výskyt poruch a vady řeči u dětí a zjistit, zda si dítě svou narušenou komunikační schopnost uvědomuje, jak ovlivňuje jeho život a zda rodiče tuto problematiku řeší.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část vychází z rozboru odborné literatury a dostupných zdrojů. Zaměřuje se na řeč, vývoj řeči, jazykové roviny ve vývoji řeči, prevenci a jednotlivé poruchy a vady řeči u dětí. Praktická část byla uskutečněna na základě dotazníkového šetření, které vycházelo z předem stanovených hypotéz. Šetření bylo realizováno ve dvou logopedických poradnách. Průzkumu se zúčastnilo celkem 73 rodičů.

Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejrozšířenější vada řeči u dětí respondentů je dyslalie, která se objevila u 67 % jedinců. Potvrdil se předpoklad, že výskyt narušené komunikační schopnosti je častější u chlapců, kdy jedná se o 62 % dětí dotazovaných rodičů.

Podařilo se prokázat snahu rodičů o nápravu narušené komunikační schopnosti. Většina dotazovaných rodičů, to je 90 %, se pokoušela předcházet vzniku poruchy nebo vady řeči u svého dítěte a vyhledala pomoc klinického logopeda nejdéle rok po odhalení narušené komunikační schopnosti u dítěte. Všichni respondenti dbají u dítěte na správnou výslovnost a předkládají mu správný mluvní vzor. Bylo také zjištěno, že všichni z respondentů čtou svým dětem pohádky a 92 % z nich je učí básničky a říkanky. Většina rodičů, to je 92 %, procvičuje s dítětem doporučená logopedická cvičení.

Z šetření také vyplynulo, že se 59 % rodičů domnívá, že si jejich dítě poruchu nebo vadu řeči neuvědomuje. Většina dětí, jedná se o 89 %, není terčem posměchu na základě své narušené komunikační schopnosti a až u 76 % dětí respondentů neovlivňuje porucha nebo vada řeči jejich život.

Stanovený cíl práce byl splněn.

Praktická část bakalářské práce přinesla informace o problematice narušené komunikační schopnosti u dětí a informace o rodičích, o tom, jak se zajímají o rozvoj řeči a problematiku poruch a vad řeči u svého dítěte.

Vhodným podnětem pro další zkoumání by bylo zapojit děti s poruchou nebo vadou řeči do průzkumu a zjistit, jak se samy dívají na tuto problematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALÁŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. 1. vydání. Praha : Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. ISBN 80-86723-05-4
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, HORÁKOVÁ, Radka, KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie & surdopedie : Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vydání. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-136-2
- DOLEJŠÍ, Pavel. *Jak se naučit správně vyslovovat*. 2. vydání. Humpolec : Pavel Dolejší, nakladatelství a vydavatelství, 2003. ISBN 80-86480-23-2.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník : Terminologický a výkladový*. 2. vydání. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-62-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence : Průvodce vývojem dětské řeči*. 1. vydání. Praha : Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči, dysfázie : Metodika reedukace*. 1. vydání. Praha : Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem řeči : Logopedická prevence*. 5. vydání. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie - patlavost*. 1. vydání. Praha : Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.
- LECHTA, Viktor, BAXOVÁ – ŠARKÖZYOVÁ, Eva. *Koktavost...?!*. 1. vydání. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-154-7
- LECHTA, Viktor. *Koktavost : Komplexní přístup*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8
- MIKULAJOVÁ, Marína, KAPALKOVÁ, Svetlana. Terapie narušeného vývoje řeči. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- NEUBAUER, Karel. Terapie dysartrie. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

PAVLOVÁ - ZAHÁLKOVÁ, Anna, a kol. *Prevence poruch řeči*. 1. vydání. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1976.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7184-569-0

PEUTELSCHMIEDOVA, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1233-0

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

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol.. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

VYŠTEJN, Jan. *Vady výslovnosti*. 1. vydání. Praha : SPN, 1991. ISBN 80-04-24504-8.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. 1	Věk dítěte.....	42
Tab. 2	Pohlaví dítěte.....	43
Tab. 3	První slovo.....	44
Tab. 4	Řeč ve větách.....	45
Tab. 5	Čtení pohádek.....	46
Tab. 6	Říkaneky, básničky.....	47
Tab. 7	Správná výslovnost.....	48
Tab. 8	Prevence.....	49
Tab. 9	Porucha nebo vada řeči.....	50
Tab. 10	Odhalení poruchy nebo vady řeči... ..	51
Tab. 11	Včasnost logopedické péče.....	52
Tab. 12	Procvičování logopedických cvičení.....	53
Tab. 13	Uvědomění si své poruchy nebo vady řeči.....	54
Tab. 14	Vliv poruchy nebo vady řeči.....	55
Tab. 15	Terč posměchu.....	56
Tab. 16	Pokroky.....	57

Seznam grafů

Graf č. 1	Věk dítěte.....	42
Graf č. 2	Pohlaví dítěte.....	43
Graf č. 3	První slovo.....	44
Graf č. 4	Řeč ve větách.....	45
Graf č. 5	Čtení pohádek.....	46
Graf č. 6	Říkaneky, básničky.....	47
Graf č. 7	Správná výslovnost.....	48
Graf č. 8	Prevence.....	49
Graf č. 9	Porucha nebo vada řeči.....	50
Graf č. 10	Odhalení poruchy nebo vady řeči.....	51

Graf č. 11 Včasnost logopedické péče.....	52
Graf č. 12 Procvičování logopedických cvičení.....	53
Graf č. 13 Uvědomění si své poruchy nebo vady řeči.....	54
Graf č. 14 Vliv poruchy nebo vady řeči.....	55
Graf č. 15 Terč posměchu.....	56
Graf č. 16 Pokroky.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK.....	I
---------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Rejsková a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského, obor speciální pedagogika. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku pro účely mé bakalářské práce zaměřené na téma: **Poruchy a vady řeči u dětí.**

Dotazník je zcela anonymní.

- 1. Věk Vašeho dítěte?**
- 2. Pohlaví Vašeho dítěte?**
 - a) Dívka
 - b) Chlapec
- 3. V jakém věku vyslovilo Vaše dítě své první slovo?**
- 4. V kolika letech začalo Vaše dítě mluvit ve větách?**
- 5. Čtete Vašemu dítěti pohádky?**
 - a) Ano, pravidelně
 - b) Ne, nikdy
 - c) Občas
- 6. Učíte Vaše dítě básničky, říkanky?**
 - a) Ano
 - b) Ne
- 7. Dbáte u dítěte na správnou výslovnost a případně mu předložíte správný mluvní vzor (slovo po něm správně zopakujete)?**
 - a) Ano, vždy
 - b) Ne, nikdy
 - c) Občas

- 8. Snažili jste se předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti (nemluvíme na dítě mazlivě, dítě nekáráme za špatnou výslovnost, nezanedbáváme nápravu řeči apod.)?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 9. Jakou poruchu nebo vadu řeči má Vaše dítě?**
- a) Dyslalie (patlavost)
 - b) Porucha plynulosti řeči (koktavost, breptavost)
 - c) Opožděný vývoj řeči
 - d) Jiná porucha nebo vada řeči _____
 - e) Nevím
- 10. Kdo poruchu nebo vadu řeči u Vašeho dítěte odhalil?**
- a) Vy sám/sama
 - b) Pediatr
 - c) Pedagog (MŠ, ZŠ)
 - d) Jiná odpověď _____
- 11. Kolik let bylo Vašemu dítěti, když jste u něj poruchu nebo vadu řeči odhalili?**
- 12. Kolik let bylo Vašemu dítěti, když jste s ním začali docházet do logopedické poradny?**
- 13. Procvičujete s Vaším dítětem doma doporučená logopedická cvičení?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Málo
- 14. Uvědomuje si Vaše dítě, že má poruchu nebo vadu řeči?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 15. Do jaké míry ovlivňuje vada nebo porucha řeči život Vašeho dítěte?**
- a) Neovlivňuje
 - b) Ovlivňuje
 - c) Zásadně ovlivňuje

d) Nevím

16. Je Vaše dítě terčem posměchu, protože špatně mluví?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17. Vidíte pokroky v řeči Vašeho dítěte na základě logopedické péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Malé pokroky

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tereza Rejsková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Poruchy a vady řeči u dětí

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 53

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Vaněčková