

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence v mateřské škole logopedické
Speech therapy intervention in a speech therapy kindergarten

Justýna Anna Brownová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Jana Horynová, Ph. D.

Studijní program: Speciální pedagogika/Logopedie

2025

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Logopedická intervence v mateřské škole logopedické vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13.4. 2025

.....

Poděkování

Děkuji zejména Mgr. Ing. Horynové, Ph. D. za její ochotu a laskavý přístup při vedení mé bakalářské práce, bez kterého bych se neobešla.

Zároveň patří velké díky všem učitelkám mateřské školy logopedické, které mi umožnily získat data pro praktickou část této práce.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na logopedickou intervenci v mateřské škole logopedické. Hlavním cílem práce je analyzovat průběh a realizaci logopedické intervence v konkrétní mateřské škole logopedické. Dílčími cíli práce je zmapovat proces skupinové a individuální logopedické intervence a popsat nejčastěji používané logopedické pomůcky a materiály v dané MŠ logopedické. V návaznosti na stanovené cíle byly v praktické části práce formulovány výzkumné otázky.

Teoretická část je rozdělena na tři hlavní kapitoly a dále podkapitoly, které tvoří základ pro praktickou část práce. První kapitola se zabývá ontogenetickým vývojem řeči. Druhá kapitola se zaměřuje na narušenou komunikační schopnost v předškolním věku. Třetí kapitola je věnována logopedické intervenci.

Praktická část práce představuje provedené výzkumné šetření, které bylo realizováno v konkrétní mateřské škole logopedické. K získání dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, konkrétně metoda zúčastněného pozorování v kombinaci s analýzou dokumentace. Na základě vyhodnocení získaných dat byly následně zodpovězeny výzkumné otázky.

Závěry výzkumného šetření shrnují, jak probíhá logopedická intervence v dané mateřské škole logopedické, přičemž je podrobně popsána realizace a průběh logopedické diagnostiky, individuální logopedické terapie a terapie skupinové. Dále jsou popsány nejčastěji užívané logopedické pomůcky a materiály, které jsou pro činnost logopedické intervence používány. V textu jsou uvedeny i názvy pomůcek společně s informací, jakou oblast rozvíjí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, předškolní věk, vývoj řeči, mateřské školy logopedické, logopedické pomůcky

ABSTRACT

This bachelor's project focuses on speech therapy intervention in a speech therapy preschool facility, while its main goal is to analyse its process and implementation in a particular speech therapy kindergarten. The partial goals of the project are to describe the process of group and individual speech therapy intervention and the most commonly used speech therapy aids and materials in the given speech therapy kindergarten. Based on the set objectives, research questions were formulated in the practical part of the project.

The theoretical part is divided into three main chapters with subchapters that form the basis of the practical part of the project. The first chapter deals with the ontogenetic development of speech, while the second focuses on impaired communication ability of preschool children. The third chapter is dedicated to speech therapy intervention.

The practical part of the project presents the research investigation conducted in the abovementioned kindergarten. A qualitative research investigation was used to gather data, specifically the method of participant observation combined with document analysis. Based on the assessed collected data, the research questions were answered.

The conclusions of the research investigation summarise how speech therapy intervention is carried out in the given speech therapy kindergarten, with a detailed description of the implementation and process of speech therapy diagnosis, individual speech therapy, and group therapy. Furthermore, the most frequently used speech therapy aids and materials, applied in the speech therapy intervention process, are described. The text also includes the names of such aids, along with the information about the area they support.

KEYWORDS

Speech therapy intervention, impaired communication ability, preschool age, speech development, speech therapy nursery schools, speech therapy aids

Obsah

Úvod	8
1 Ontogenetický vývoj řeči.....	10
1.1 Stadia vývoje řeči	10
1.2 Vývoj jazykových rovin	12
1.3 Faktory ovlivňující vývoj řeči	14
2 Narušená komunikační schopnost	16
2.1 Neurovývojové poruchy (NVP)	16
2.2 Poruchy vývoje řeči, jazyka a komunikace dětí předškolního věku.....	18
2.2.1 Artikulační porucha	18
2.2.2 Fonologické poruchy	19
2.2.3 Vývojová verbální dyspraxie (VVD)	21
2.2.4 Vývojová porucha jazyka	22
2.2.5 Kóktavost (Balbuties).....	26
2.2.6 Selektivní mutismus (SM).....	27
3 Logopedická intervence.....	30
3.1 Logopedická prevence	30
3.2 Logopedická diagnostika	30
3.3 Logopedická terapie	31
3.4 Logopedická intervence v České republice	32
3.4.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání.....	32
3.4.2 Možnosti vzdělávání žáků s NKS v předškolním věku.....	33
3.4.3 Školský logoped	34
4 Logopedická intervence ve vybrané mateřské škole logopedické.....	35
4.1 Cíle výzkumu.....	35

4.2	Metodologie výzkumu.....	35
4.3	Časový harmonogram.....	36
4.4	Charakteristika místa výzkumného šetření.....	36
4.5	Charakteristika výzkumného vzorku.....	37
4.6	Logopedická diagnostika.....	37
4.7	Logopedická terapie.....	40
4.7.1	Individuální logopedická terapie.....	40
4.7.2	Skupinová logopedická terapie.....	42
4.8	Nejčastěji využívané pomůcky a materiály pro podporu rozvoje řeči, jazyka a komunikace.....	44
4.9	Závěry výzkumného šetření.....	45
4.9.1	Zodpovězení výzkumných otázek.....	45
4.10	Limity výzkumu.....	47
4.11	Porovnání se zahraničními studiemi.....	47
4.12	Doporučení pro praxi.....	48
	Závěr.....	49
	Seznam zkratk.....	51
	Seznam použitých informačních zdrojů.....	52
	Elektronické zdroje.....	54
	Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence.....	58

Úvod

Podle ASHA (Americká asociace pro řeč a sluch) je za posledních několik let možno zaznamenat nárůst dětí s narušenou komunikační schopností (NKS) (American Speech-Language-Hearing Association, 2023). Pokud se NKS nedignostikuje včas, nástup dítěte do základní školy může znamenat začátek řady problémů. NKS má totiž negativní účinky nejen na školní úspěšnost, ale i na psychické zdraví a sociální dovednosti dítěte. Vzhledem k tomu, že k nejprudšímu rozvoji řeči a jazyka dochází právě v předškolním věku, je zajištění včasné a efektivní logopedické intervence v mateřských školách klíčové.

Tématem bakalářské práce je logopedická intervence v mateřské škole logopedické, tedy téma speciálně-pedagogické. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

První kapitola teoretické části se zabývá ontogenetickým vývojem řeči - popisuje stadia vývoje řeči, vývoj jazykových rovin a faktory ovlivňující vývoj řeči.

Druhá kapitola se zaměřuje na problematiku narušené komunikační schopnosti. První subkapitolou jsou neurovývojové poruchy – jejich terminologie, etiologie a klasifikace podle 11. revize mezinárodní klasifikace nemocí. Druhá subkapitola se zaměřuje na poruchy vývoje řeči, jazyka a komunikace u dětí předškolního věku. Konkrétně je zde popsána artikulační porucha, fonologická porucha, vývojová verbální dyspraxie, vývojová porucha jazyka, koktavost a selektivní mutismus.

Třetí kapitola se věnuje logopedické intervenci, ve které jsou zmíněny tři její složky (prevence, diagnostika a terapie) společně s kapitolou o logopedické intervenci v České republice. Ta je dále rozdělena na subkapitoly o rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání, možnostech vzdělávání žáků s NKS v předškolním věku a odbornících podílejících se na logopedické péči v předškolním vzdělávání.

Čtvrtá kapitola tvoří praktickou část práce, která si klade za cíl analyzovat průběh a realizaci logopedické intervence ve vybrané MŠ logopedické. V souvislosti se zmíněným cílem jsou stanoveny dílčí cíle, a to zmapovat proces individuální a skupinové logopedické intervence v konkrétní MŠ a popsat nejčastěji používané logopedické pomůcky a materiály při logopedické intervenci. V návaznosti na dílčí cíle jsou dále formulovány výzkumné otázky. K získání potřebných dat je použita metoda zúčastněného pozorování v kombinaci s analýzou dokumentace. Získané údaje jsou dále analyzovány a zpracovány.

V závěru práce jsou shrnuty poznatky o výsledcích výzkumu. Následně je vyhodnoceno, zda byly cíle práce splněny.

1 Ontogenetický vývoj řeči

Ontogeneze řeči neboli vývoj řeči dítěte tvoří nenahraditelnou složku celkového vývoje. Pro efektivní podporu řečových a jazykových schopností dítěte je velice důležité znát jednotlivé fáze v osvojování jazyka a řeči. Moškurjáková a Neubauer (2018) definují vývoj řeči jako osvojování si schopnosti rozumět, vyjadřovat se a užívat verbální komunikaci ve všech jejích podobách.

Přestože se pohledy odborníků na jednotlivé etapy ontogenetického vývoje řeči mohou lišit, většina z nich se shoduje na rozdělení stadií do dvou hlavních období: období předřečové a období vlastního vývoje řeči (Klenková, 2006).

1.1 Stadia vývoje řeči

Předřečová (přípravná) období vývoje řeči

Přípravné fáze řeči se odehrávají do jednoho roku života jedince. Období od 0–8 měsíců je charakterizované jako stadium, během něhož si dítě trénuje mluvní orgány, vytváří si vazby s okolím a zároveň získává schopnosti, jako je sání, polykání a žvýkání. Pro další vývoj řeči je fáze nepostradatelná. Tato část zahrnuje období křiku, broukání, žvatlání a rozumění řeči (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

Období křiku (narození – cca konec 6. týdne)

Jako první komunikační projev novorozeného dítěte se uvádí jeho křik. Jde o reflexní záležitost, která je vyvolána změnou prostředí, teploty a krevního oběhu (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012). Zpočátku vyjadřuje křik nespokojenost s tvrdým hlasovým začátkem a zhruba od 6. týdne se jeho charakteristika mění a dítě přechází do období broukání (Klenková, 2006).

Období broukání (cca konec 6. týdne – 3. měsíc)

Rozsah a intenzita hlasu se v tomto období rozšiřuje a projev dítěte dostává citové zabarvení. Mezi 2. a 3. měsícem je dítě schopno vyjadřovat pomocí křiku s měkkým hlasovým začátkem i pocit libosti. Jedinec začíná prozkoumávat pohyb jazyka a rtů. O hlasových projevech v této fázi hovoříme jako o broukání. Funkce sání a žvýkání slouží nejen k příjmu potravy, ale i k trénování mluvidel z pohledu vývoje řeči (Klenková, 2006; Kutálková, 2009).

Období žvatlání (cca do konce 1. roku)

Neustálé používání mluvidel a vyvíjející se hlasový aparát dále rozšiřuje zvukový repertoár dítěte. K tzv. **pudovému žvatlání** dochází, když dítě nevědomě používá sací a polykací pohyby při tvorbě hlasu. Často se uvádí, že jde o formu hry s mluvidly, kdy dítě vydává dětské zvuky připomínající hlásky nebo slova.

V šestém až osmém měsíci přechází řeč dítěte do **napodobivého žvatlání**. Jedinec imituje shluky hlásek, které sám vydává, a zvuky ze svého okolí. Mimo napodobování hlásek mateřského jazyka, používá dítě k vyjadřování emocí i modulační faktory řeči – melodii, výšku, sílu a rytmus řeči. Vzhledem k tomu, že v této fázi je již aktivní zraková a sluchová opora, je možné zaznamenat přítomnost sluchové vady (Klenková, 2006; Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

Období rozumění řeči (cca od 10. měsíce)

Před nástupem vlastní řeči nastává poslední fáze – období rozumění. Nemluvíme však o doslovném významu porozumění slov. Dítě totiž reaguje (především motoricky) na slyšené zvuky a asociuje je s opakovaným vjemem či představou specifické situace. Často používaným příkladem je situace, kdy dítě pobídne slovy „udělej paci paci“ a porozumění dítěte na naučenou melodii slov se projeví pohybem rukou.

Podnětné prostředí, které dává dítěti pocit bezpečí a možnost komunikovat, hraje fundamentální roli v dalším vývoji řeči a myšlení. Blízké vazby okolí napomáhají dítěti si utvořit asociace mezi slovy a předměty, což podporuje rozvoj pasivní slovní zásoby. Je možné, že dítě vysloví slovo již před prvním rokem života, avšak dokud vývoj řeči neprojde prahem rozumění, mluvíme o tzv. echolálii – mechanickém opakování slov bez pochopení významu (Klenková, 2006; Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

Vlastní vývoj řeči

K nástupu prvních slov dochází kolem prvního roku života. Klenková (2006), uvádí členění vlastního vývoje řeči podle Sováka do čtyř stadií: emocionálně-volní, asociálně-reprodukční, logických pojmů a intelektualizace řeči.

Pro období **emocionálně-volní** je charakteristické, že dítě pomocí jednoslovných vět projevuje své emoce. Jednoslabičné či víceslabičné projevy konkretizuje na vybrané subjekty a stejné slovo může mít různou intonaci v závislosti na situaci. V této etapě se Sovák zmiňuje o tzv. egocentrickém stadiu probíhajícím ve věku jeden a půl až dvou let,

kdy dítě poznává možnosti komunikace a imituje řeč sebe samého a dospělých. V rámci tohoto stadia nastupují tzv. první otázky: „Co je to?“, „Kdo je to?“.

V průběhu druhého roku věku nastupuje stadium **asociačně-reprodukční**, kdy jsou slova užívána k pojmenování výrazů. Schopnost základní asociace je rozvíjena tím, že dítě výrazy spojené s konkrétními jevy přenáší na jevy podobné. Zároveň jedinec zjišťuje, že pomocí komunikace může dosahovat svých cílů, což ho motivuje ke stále častějšímu verbálnímu projevu.

Následující stadium **logických pojmů**, nastupující kolem třetího roku, je velice podstatné. Slovní zásoba prudce narůstá, jedinec začíná abstrahovat a jeho myšlení se rapidně rozvíjí. Vzhledem k náročným mentálním procesům dochází mnohdy v této fázi k řečovým těžkostem, jako je například repetice hlásek, slabik, slov a dysfluence.

Poslední stadium – **intelektualizace řeči**, začíná kolem čtvrtého roku života a pokračuje až do dospělosti. Dochází zde k osvojování si nových pojmů, prohlubování významů slov, rozvoji gramatických struktur a celkovému zlepšení řečového projevu (Klenková, 2006; Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

1.2 Vývoj jazykových rovin

Morfologicko-syntaktická rovina

Jedná se o rozvoj gramatické stránky řeči, kterou lze začít zkoumat u dítěte kolem 1. roku života, v období vlastního vývoje řeči. První slova, vznikající opakováním slabik, jsou nesklonná a nemění se podle pádu ani času. Většinu slov tvoří podstatná jména v 1. pádě a poté slovesa v infinitivu, přičemž vyjadřování se pomocí izolovaných slov trvá do 1,5 až 2 let. Ve věku 2 až 3 let se slovní zásoba obohacuje o další slovní druhy, jako jsou přídavná jména, osobní zájmena, číslovky, předložky a spojky. Po uplynutí 4 let většinou dítě zvládá všechny slovní druhy. V průběhu 3. roku začíná dítě skloňovat slova a rozlišovat mezi množným a jednotným číslem. Schopnost skládat slova do souvětí si dítě osvojuje kolem 3. až 4. roku (Klenková, 2006).

Dle Vágnerové (2005) si dítě ve 3. roce zároveň osvojuje základy gramatických pravidel. Zpočátku jsou věty agramatické, jelikož nárůst slovní zásoby je podstatně rychlejší než vývoj syntaktické složky a zároveň je pro dítě podstatnější obsah, než-li forma výkladu.

Lexikálně-sémantická rovina

Tato rovina sleduje rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby. Jak již bylo zmíněno v části o období rozumění řeči, pasivní slovní zásoba se rozvíjí od 10. měsíce života jedince. Aktivní slovní zásoba se začíná objevovat kolem 12. měsíce, avšak v komunikaci s okolím stále převládá neverbální složka v podobě gest, mimiky a pohledů. Uvádí se, že okolo 1. roku se dítě vyjadřuje pomocí 5–7 slov, a ve 2 letech má slovní zásobu o 200 slovech. K největšímu nárůstu dochází ve 3. roce kdy slovní zásoba může dosáhnout až 1000 slov. Ve 4. roce života je lexikální zásoba na úrovni 1500 slov, přičemž před nástupem do školy se následně zvýší na 2500-3000 slov (Klenková, 2006).

Foneticko-fonologická rovina

Foneticko-fonologická rovina se soustředí na zvukovou stránku řeči, především na hlásky, neboli fonémy. Období vývoje začíná krátce po narození a končí kolem 5.–7. roku, přičemž důležitým momentem je přechod z pudového žvatlání na napodobující žvatlání (Klenková, 2006).

Tuto schopnost záměrné imitace zvuků z okolí zařazuje Červenková (2019) mezi tzv. fonologické znalosti, díky kterým je dítě schopno tvořit správnou zvukovou formu slov. Dalším důležitým aspektem při tvorbě správné zvukové podoby slova je schopnost sluchem identifikovat hláskové rozdíly a následně je správně reprodukovat do slov.

Výslovnost dítěte přechází z neartikulovaných zvuků k jednotlivým fonémům, přičemž každá hláska se nejdříve v řeči fixuje a následně automatizuje. V procesu vývoje artikulace je obecně známé pravidlo nejmenší námahy, kdy se dítě učí hlásky nejjednodušší a postupně přechází k hláskám náročnějším (Lechta, 2002).

Pragmatická rovina

Pragmatika reprezentuje aspekt jazyka související s jeho užitím v konkrétním komunikačním kontextu. Přestože je vytvořená věta dítěte obsahově a gramaticky správná, komunikační záměr může i tak zcela selhat, pokud neodpovídá požadavkům dané sociální situace (Smolík, Seidlová Málková, 2015).

Klenková (2006) uvádí, že dítě ve věku 2–3 let má schopnosti pochopit svoji úlohu komunikačního partnera a patřičně na ni reagovat v souladu s konkrétní situací. Po 3. roce pozorujeme u dítěte snahu vést konverzaci s okolím, a následně po 4. roce konverzace stále častěji odpovídá konkrétní komunikační situaci.

1.3 Faktory ovlivňující vývoj řeči

Podle Bednářové a Šmardové (2015) je milníkem ve vývoji řeči období do šesti až sedmi let, přičemž nejprudší rozvoj nastává do tří až čtyř let. Raný vývoj řeči je úzce propojen s motorikou, vnímáním a sociálním prostředím. **Motorický rozvoj** hraje klíčovou roli nejen při formování řeči, ale také při rozvoji kognitivních dovedností a sociálního chování. Motorické dovednosti jedince vytváří nové příležitosti pro prozkoumávání a interakci s okolím.

LeBarton a Iverson (2016) ve svém výzkumu dokázali, že motorický rozvoj je propojen s rozvojem jak řečových, tak neverbálních dovedností. Například změna postury při sedu přispívá k dosažení pokroků ve výslovnosti samohlásek a souhlásek. Stabilní sed zároveň umožňuje dítěti dosáhnout na předmět a ukázat ho blízké osobě, čímž se otevírá příležitost pro navazování cílené komunikace s dotyčnou osobou. Autoři se mimo jiné zmiňují, že u dětí s narušeným či opožděným vývojem motoriky dochází k určitým obtížím ve vývoji řeči. Do zmíněné motorické koordinace zahrnujeme nejen hrubou a jemnou motoriku, ale i oromotoriku (motoriku mluvidel). Podle Lechty (2002) můžeme produkci řeči chápat jako mechanismus, který je především precizně koordinovaným procesem jemné motoriky řečového aparátu. Činnosti, jako je polykání, sání, žvýkání, otevírání a zavírání úst, rozvíjejí motorickou koordinaci mluvních orgánů. Tato souhra je nezbytná pro správnou artikulaci a plynulou řeč.

Dalším, již zmíněným faktorem, je vnímání, konkrétně vnímání **zrakové** a **sluchové**. Pomocí zraku dítě pozoruje a kopíruje pohyby mluvidel ostatních lidí a zároveň si všímá neverbálních projevů komunikace (Bednářová, Šmardová, 2015). Podle Lechty (2002) je při prvních slovech dítěte význam zraku nezanedbatelný. Počáteční verbální projevy jsou totiž spojovány se zrakovým obrazem předmětu. Funkce zrakového analyzátoru (společně se sluchem) nabývá na významu v období napodobujícího žvatlání, kdy dítě kromě napodobování slyšených zvuků imituje pohyby mluvidel a mimiku osob v blízkém okolí.

Jak zmiňuje Kejkličková (2016), klíčovou úlohu při rozvoji řeči hraje dále sluch. Plod je od dvacátého týdne těhotenství schopen zaznamenávat zvuky, jako je matčin hlas, tlukot srdce, kašel, kýchnutí aj. Ve třetím až čtvrtém měsíci dítě pátrá po původu zvuku, ve čtvrtém až pátém měsíci dokáže zdroj zvuku lokalizovat a přibližně v šestém měsíci se učí aktivně poslouchat. Schopnost cíleného poslouchání je velice důležitou vlastností při procesu osvojování si řeči.

Ve fázi napodobivého žvatlání je dítě schopno při reprodukci zvuků z okolí oddělovat hlásky mateřského jazyka, čímž vznikají první slabiky tvořící základ pro formování celých slov (Lechta, 2002).

Na proces osvojování si mateřského jazyka mají vliv nejen faktory endogenní (dosud analyzované), ale zároveň i faktory exogenní, jako je **sociální zázemí dítěte** (Lechta, 2002).

Dlouhá (2017) v kapitole o významu sociálního prostředí dítěte vyzdvihuje důležitost správného mluvního vzoru v rodině. Ten by měl zahrnovat především srozumitelný projev s pomalým tempem a dostatečné množství řečových podnětů, které dítě stimulují k vlastní verbalitě. Zároveň je velice významný vztah dítěte k matce. Při jejím verbálním projevu si dítě všímá melodie hlasu, intenzity, rytmu a hlasitosti.

Za další faktory nezbytné pro správný vývoj řeči považuje Kejklíčková (2016) dostatečnou úroveň inteligence, správnou činnost nervového a svalového aparátu a anatomicky a funkčně neporušené řečové orgány.

2 Narušená komunikační schopnost

Mezi základní pojmy logopedického slovníku patří tzv. narušená komunikační schopnost (NKS). Nejčastěji se používá definice V. Lechty (2003, s. 17): „*Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“

V české odborné literatuře může být NKS rozdělena například podle typických symptomů dané poruchy. Tu označujeme jako symptomatickou klasifikaci NKS, kterou Lechta (2003) kategorizuje do deseti základních oblastí. Týká se vývojové nemluvnosti (vývojové poruchy jazyka), získané orgánové nemluvnosti (afázie), získané psychogenní nemluvnosti (mutismu), narušení zvuku řeči (rinologie, palatolálie), narušení fluence řeči (koktavosti, breptavosti), narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.

V současnosti se však při klasifikaci narušené komunikační schopnosti preferuje členění podle etiologického hlediska odlišující poruchy „*na bázi postižení percepce, primárních funkcí orofaciálního traktu, motorických řečových mechanismů, individuálního jazykového systému a kognitivně-komunikačních poruch*“ (Neubauer, 2018, s. 37).

Podle studií J. Boyla (2011) se s NKS setkává 6 %–7 % dětí při nástupu do ZŠ. Tato porucha může vést hned k několika problémům. Narušená komunikační schopnost má nepříznivé účinky nejen na gramotnost, ale také chování, sociální vývoj a duševní zdraví, přičemž tyto dopady mohou přetrvávat až do dospělosti. Je tedy nezbytné se věnovat této problematice již u dětí předškolního věku. Včasná podpora totiž může zmírnit negativní dopady poruchy a pozitivně přispět k celkovému rozvoji jedince.

2.1 Neurovývojové poruchy (NVP)

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definuje neurovývojové poruchy jako poruchy chování a kognitivních procesů vznikající v rané fázi vývoje. Charakteristickým znakem je výskyt problémů při osvojování a realizaci konkrétních jazykových, mentálních, motorických nebo sociálních dovedností (MKN-11, 2025).

Etiologie NVP

Národní zdravotnický informační portál (2025) uvádí jako etiologický faktor NVP abnormální zrání mozku. Pospíšilová (2018) dodává, že jde o onemocnění mozku, kdy při

vývoji dochází ke strukturálním odchylkám. Zrání centrální nervové soustavy je tedy opožděné a odlišné.

Významným etiologickým faktorem abnormálního zrání mozku je dědičnost, která může být doplněna o environmentální vlivy.

Autoři Parenti, Rabaneda, Schoen et al. (2020) zabývající se molekulární etiologií neurovývojových poruch došli k závěru, že za příčinou NVP stojí hned několik mutací genů společně s vlivy prostředí. Tyto faktory narušují složité procesy, které jsou spojené s vývojem mozku. Vzhledem ke komplexnosti etiologie se klinický obraz u každého jednotlivce výrazně liší.

Klasifikace NVP

Teorie a nové poznatky o neurovývojových poruchách jsou předmětem důkladného vědeckého bádání, které se neustále vyvíjí. Pro terminologii a na ni navazující klasifikaci NVP je typická nejednotnost v názorech. Nejaktuálnějším zdrojem pro klasifikaci NVP je 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), jejíž nejaktuálnější verze byla vydána v roce 2025. Tato klasifikace zařazuje následující podkategorie neurovývojových poruch:

- *6A00 Poruchy vývoje intelektu*
- *6A01 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka*
- *6A02 Porucha autistického spektra*
- *6A03 Vývojová porucha učení*
- *6A04 Vývojová porucha motorické koordinace*
- *6A05 Porucha pozornosti s hyperaktivitou*
- *6A06 Stereotypní pohybová porucha*

Pro tuto bakalářskou práci je nejdůležitější podskupina vývojové poruchy řeči nebo jazyka. Podle zmíněné MKN-11 se dítě s VPJ setkává s problémy porozumět, produkovat řeč, osvojovat si jazykové dovednosti a následně je užívat při běžné komunikaci s okolím. Zároveň se popsané obtíže nedají vysvětlit rozdíly v sociálním, regionálním nebo kulturním jazykovým prostředí. Dále je nelze plně přičítat anatomickým nebo neurologickým abnormalitám (MKN-11, 2025).

Vývojové poruchy řeči nebo jazyka se dělí hned na několik podkategorií, mezi které patří:

- *6A01.0 Vývojová porucha zvukové podoby řeči*

- 6A01.1 Vývojová porucha plynulosti řeči
- 6A01.2 Vývojová porucha jazyka
- 6A01.Y Vývojové poruchy řeči nebo jazyka, jiné určené
- 6A01.Z Vývojové poruchy řeči nebo jazyka, neurčené

2.2 Poruchy vývoje řeči, jazyka a komunikace dětí předškolního věku

2.2.1 Artikulační porucha

Neubauer (2018, 2011) v knize *Kompendium klinické psychologie* a knize *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek* poukazuje v české sféře diagnostiky na nadužívání zastaralého pojmu „dyslálie“ na celou oblast odchylek v artikulaci, který již neodpovídá aktuálním vědeckým poznatkům o rozlišování poruch na podrobnější typy.

Od doby, kdy byla dyslálie prvně definována, došlo ke změnám v pohledu na tento typ NKS. Dříve používaný termín dyslálie zahrnuje nyní poruchu artikulační, poruchu fonologickou a vývojovou verbální dyspraxii (Neubauer, 2018).

Všechny 3 zmíněné poruchy se však v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) slučují do kategorie vývojová porucha zvukové podoby řeči.

Díky aktuální diferenciální diagnostice lze terapeutický postup přizpůsobit cíleně na konkrétní povahu a příčinu poruchy, což výrazně zlepšuje efektivitu reedukace.

O artikulační poruše mluvíme, pokud je odchýlný percepčně-motorický vzor hlásky (tj. neměnný způsob tvoření hlásky) zafixován ve všech oblastech projevu i při vyslovování jednotlivé hlásky. V takovém případě je možné využít tradičního pojmenování dyslálie označujícího artikulační poruchu. Zjednodušeně řečeno dítě s artikulační poruchou tvoří hlásky na špatném artikulačním místě nebo špatným způsobem (Neubauer, 2018).

Pokud však percepčně-motorický vzor hlásky/hlásek není plně zafixován, hovoříme o tzv. artikulačních odchylkách v řeči dítěte. Ty se vyskytují jen ve spontánním řečovém projevu, přičemž při opakování hlásky je možné dosáhnout její správné výslovnosti. (Neubauer, 2018). Jedná se o neintaktní jev vyskytující se především v předškolním období dítěte.

Nejfrekventovanějšími patologickými odchylkami hlásek jsou tzv. sigmatismy, kdy dochází k odchýlné artikulaci sykavek, a tzv. rotacismy, kdy je odchýlný artikulační vzor vibrant. (Neubauer, 2018).

Z hlediska etiologie se jako nejběžnější příčiny vzniku hlásek na nesprávném artikulačním místě uvádí nezralosti: motorických schopností jedince, fonemického vnímání a zrakové percepce (Dlouhá, 2017).

Je nutné si uvědomit, že reedukace odchylek artikulace prostřednictvím substitučních metod a vyvozování nových percepčně-motorických vzorů je pro dítě značně náročná a měla by být zahájena až po fixované odchylné artikulaci. Především by měl být upřednostňován samovolný proces rozvoje artikulačních schopností (Neubauer, 2018).

Vzhledem k tomu, že artikulační porucha vykazuje podobné příznaky jako ostatní NKS (např. vývojová porucha jazyka, vývojová dysartrie, vývojová verbální dyspraxie), ale také poruchy sluchu či poruchy vývoje intelektu, je správná diferenciatní diagnostika klíčová pro prevenci nenapravitelných následků způsobených nesprávnou korekcí artikulace.

Diagnostika artikulační poruchy se nezaměřuje pouze na výslovnost jednotlivých hlásek, ale vyšetřuje i schopnosti řečové komunikace, celkový stav jazykového systému s ohledem na psychomotorický vývoj dítěte, kompetence napodobit rytmus, motorické dovednosti mluvidel, kvalitu sluchu a úroveň fonemického sluchu (Dlouhá, 2017).

Jak již bylo zmíněno, kvalitu a efektivnost terapie určuje především správná diagnostika. Dlouhá (2017) za nezbytné předpoklady pro zahájení terapie zaměřené na tvoření hlásek na správném artikulačním místě považuje dostatečně vyvinutou slovní zásobu, schopnost fonemického slyšení (diferencování sluchem podobně znějící hlásky), vyzrálost zrakového vnímání (rozlišování motoriky mluvidel zrakem) a rozvinutost jemné motoriky.

2.2.2 Fonologické poruchy

U dítěte s fonologickou poruchou je narušeno fonologické uvědomování, což je vědomá znalost, že slova jsou dělitelná na menší segmenty, které samy o sobě nemají žádný sémantický význam, ale mohou význam slova měnit (Dvořák, 2003). O fonologické poruše jednáme tedy tehdy, když se jedinec není schopen naučit zásady korektního používání hlásek, a tudíž je jeho tvorba slov narušena. To znamená, že dítě dokáže jednotlivé hlásky artikulovat, ale nespojí je správně do celkového slova (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Buntová a Mocsári (2019) dále uvádějí, že v řeči dítěte přetrvávají tzv. vývojové fonologické procesy charakteristické pro mladší věk či patologické fonologické procesy. Obecně bychom mohli fonologické procesy definovat jako způsoby, kterými si děti během

vývoje ulehčují vyslovování slov. Vývojové fonologické procesy, jako například záměna ostrých sykavek za tupé, jsou součástí běžného vývoje řeči a s rostoucím věkem postupně mizí. Naopak patologické fonologické procesy se u intaktního vývoje řeči nevyskytují. Příkladem patologického jevu se uvádí posouvání alveolár směrem dozadu, vypuštění počáteční souhlásky, nahrazení úžinových souhlásek jinými, nazalizace aj.

Neubauer (2018) rozděluje poruchu do 3 kategorií. První je opožděný vývoj fonologického rozlišování, kdy jedinec užívá fonologické procesy typické pro nižší vývojovou úroveň. Další kategorií jsou stabilní fonologické poruchy, u kterých jedinec produkuje vývojové fonologické odchylky, ale jeho řeč zároveň vykazuje konstantně patologické fonologické procesy. Pro poslední kategorii, nekonstantní fonologické poruchy, je charakteristická přítomnost rozličných variant odchylek při opakování týchž slov.

Dle Buntové a Mocsári (2019) je nutné provést fonologickou diagnostiku, pokud je u dítěte snížena srozumitelnost či má logoped podezření, že by jeho fonologický vývoj mohl být narušen. Poruchu lze diagnostikovat již mezi třetím a čtvrtým rokem, přičemž cílem je identifikovat přítomnost fonologických procesů v řeči, zanalyzovat četnost jejich výskytu a zjistit jejich charakter. Buntová (2013) při diagnostice fonologických poruch subjektivně hodnotí srozumitelnost řeči dítěte v komunikaci s matkou i s cizími osobami.

Mezi testy využívané při logopedickém vyšetření patří zkoušky na porovnávání slov. V rámci těchto testů je dítě vyzváno k posuzování vztahů mezi slovy, která jsou spojena určitým záměrem. Úkolem vyšetřovaného je porovnávat shodu či odlišnost slov, například při srovnávání slov body a boty. Součástí dalších úloh je vyhledávání požadované hlásky ve slově a rozpoznání rýmujících se slov (Dvořák, 2003).

Dítě s deficitem ve fonologickém uvědomování se z důvodu záměn fonémických prvků, a tím i změn celých slov, velmi často setkává s problémy v realizaci svého komunikačního záměru s okolím. Zahájení včasné a efektivní terapie je tudíž klíčové k tomu, aby se předešlo rozvoji sekundárních příznaků, jako je frustrace a odmítání komunikace (Dvořák, 2003).

Při terapii fonologických poruch se nejčastěji zaměřujeme na sluchové a zrakové rozlišování podobně znějících hlásek a jejich identifikaci ve slovech a větách. (Neubauer, 2018). Terapie dle Dvořáka (2003) cílí na podporu fonologického vývoje a jeho navrácení správným směrem, aby bylo dítě schopné přeuspořádat vlastní hláskový systém a jeho vývoj by tak probíhal v souladu s fyziologickým vývojem.

2.2.3 Vývojová verbální dyspraxie (VVD)

Vývojová verbální dyspraxie, také nazývána jako vývojová apraxie řeči, je porucha vývoje řeči označující nedostatky v orálně motorickém plánování při artikulaci (Dvořák, 2003). Preissová (2013) uvádí, že VVD představuje vývojovou odchylku ve způsobu artikulování slov. Zatímco se artikulační porucha týká narušeného tvoření jednotlivých hlásek, u vývojové verbální dyspraxie je narušeno tvoření celých slov. U dítěte s VVD dochází k obtížím při plánování, programování a realizování jednotlivých slov.

Jedinec má tedy při této poruše potíže s přesnou koordinací pohybů mluvidel potřebných k produkování jednotlivých segmentů zvuků řeči a spojováním do sekvencí potřebných k tvorbě slov (Dvořák, 2003).

Dvořák (2003) dále uvádí, že klinický obraz dítěte s vývojovou verbální dyspraxií je individuální a často má proměnlivý stav. Nekonzistentnost charakteru je projevena tak, že dítě může mít problémy s určitou aktivitou jeden den, avšak další den stejnou aktivitu zvládá. Mezi symptomy patří: omezená schopnost imitovat řečové signály (fonémy, slabiky, slova), chybná artikulace, obtíže při řazení sekvencí fonémů do slov a viditelná námaha při verbálním projevu.

Mayo Clinic (2025) popisuje další příznaky, jež naznačují výskyt VVD. Mezi ně patří opožděný vývoj řeči, užívání omezeného počtu souhlásek a samohlásek v řeči, časté pauzy mezi slabikami či slovy, potíže s plynulým přechodem z jedné slabiky či slova na druhý, nejistota při pokusu zaujmout vhodnou artikulační pozici, narušení fonace (kolísání hlasitosti) a prozodických faktorů (rytmu, melodie a intonace řeči).

U diagnostiky vývojové verbální dyspraxie hodnotí logoped především řeč dítěte, konkrétně srozumitelnost výpovědi, schopnost opakovat slova a stav oromotorických schopností (Dvořák, 2003). Červenková (2022) konstatuje, že v ČR stále neexistuje standardizovaný nástroj pro hodnocení dítěte se suspektní diagnózou VVD. Logoped by podle autorky měl kromě již zmíněných oblastí také hodnotit artikulaci, konzistentnost při mluvení, fonaci, rezonanci a prozódii.

Dalším důležitým krokem je diferenciální diagnostika, kdy logoped musí rozeznat vývojovou verbální dyspraxii od jiných poruch řeči. Některé symptomy VVD se na první pohled mohou totiž jevit jako příznaky fonologické poruchy, dysartrie nebo vývojové poruchy jazyka. Terapie každé z těchto poruch je však podstatně jiná (Dvořák, 2003).

Při terapii VVD se logoped zaměřuje na oromotorická cvičení, konkrétně na nácvik jejich koordinace s cílem produkovat smysluplná slova. Důraz je dále kladen na intenzivní repetici slov a frází, která napomáhají svalům a neurogennímu systému ukotvit dané sekvence pohybů do paměti. S dítětem se často pracuje před zrcadlem v kombinaci s využitím taktilních metod (Dvořák, 2003).

Červenková (2022) v knize *Vývojová verbální dyspraxie* uvádí hned několik možností terapie. Jedna z nich se zaměřuje na narušenou prozódii řeči, která je u VVD velice častá. Terapie se soustředí na rozvoj vnímání rytmu řeči, pracování s intenzitou, intonací a barvou hlasu a nácvik správných pauz v souvislé řeči. Terapie VVD je obecně velmi komplexní procedura kombinující hned několik terapeutických metod a přístupů.

2.2.4 Vývojová porucha jazyka

Přestože přesná definice a vymezení tvoří základ pro výzkum, diagnostiku a léčbu, terminologie této poruchy zůstává stále otevřenou debatou. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s pojmy jako: specifické jazykové postižení (*SLI-specific language impairment*), vývojová jazyková porucha (*DLD-developmental language disorder*), a vývojová dysfázie (*DD-developmental dysphasia*). Přičemž nejčastěji používaným pojmem v mnoha neanglicky mluvících zemích je právě vývojová dysfázie (VD) (Pospíšilová, 2018)

Dle nejnovější revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) je pro označení poruchy používán termín “vývojová porucha jazyka“ (VPJ), která spadá do širší kategorie neurovývojových poruch. Ve většině případů se diagnóza objeví v raném vývoji dítěte (MKN-11, 2025).

MKN-11 řadí vývojovou poruchu jazyka pod kód 6A01.2 a dále ji rozděluje do následujících kategorií:

- *6A01.20: Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka.* Zde je narušeno porozumění (recepce) mluveného či znakovaného jazyka za doprovodu zhoršené schopnosti produkce (exprese) a používání mluveného či znakového jazyka.
- *6A01.21 Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka.*

- *6A01.22 Vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka.* S touto poruchou má jedinec potíže s užíváním jazyka v sociálních kontextech, přičemž jazyková exprese a recepce bývá nenarušena. Tuto klasifikaci diagnostikujeme, pokud se deficity v pragmatické složce nedají vysvětlit poruchou autistického spektra nebo poruchami v jiných složkách receptivního nebo expresivního jazyka.
- *6A01.23 Vývojová porucha jazyka s jiným určeným narušením jazyka.* Pro danou poruchu jsou charakteristické obtíže v osvojování, porozumění, produkci či používání jazyka (mluveného nebo znakovaného). Přičemž tento konkrétní typ jazykových problémů nelze zařadit do předešlých kategorií vývojových poruch jazyka.

Většina odborníků se přiklání k názoru, že VPJ je následkem poruchy centrálního zpracování auditivního signálu. Postižení se tedy dle charakteru příznaků lokalizuje do centrální sluchové oblasti v mozkových centrech odpovědných za řeč. Příčinu je možné nalézt v povaze neurologického poškození, kdy dominujícím předpokladem je, že postižení centrální nervové soustavy má difuzní charakter. To znamená, že je zasažena celá centrální korová část mozku a v závislosti na závažnosti postižení se symptomy projevují v různé intenzitě (Škodová a Jedlička, 2003).

Podle Pospíšilové (2018) se symptomy vývojové poruchy jazyka vyznačují různorodostí. Klíčovou roli hraje její typ, stupeň, výskyt komorbidních poruch a rozsah vzájemného překrývání. Za typické komorbidní poruchy se dle Pospíšilové (2019) jeví artikulační poruchy, orální a grafická dyspraxie, ADHD a dyslexie aj.

Hlavním projevem vývojové poruchy jazyka je vývojové opoždění s nesouladem mezi jednotlivými úrovněmi jazykového systému. Řeč dítěte je velmi osobitá a může se pohybovat od neobratné výslovnosti přes nesrozumitelný projev až k úplné absenci verbálního projevu. **Slovní zásoba** je omezena, v mluvě je přítomno mnoho agramatismů a artikulace bývá odchylná od normy (Kejklíčková, 2016).

Dále pozorujeme i obtíže ve **zrakové percepci**. Například kresba jedince s VPJ je nápadná narušením tvarů, neschopností udržet linie a proporce obrázku. Dítě také nedovede vybarvit plochu bez přetahování, napodobit předlohu, rozlišovat barvy aj. (Kejklíčková, 2016). Jedinec řeč sice slyší, avšak jeho **sluchové vnímání** je poškozeno. Velice častým příznakem je **narušení fonologického systému**, tedy uspořádání zvuků hlásek, přičemž dítě s VPJ má také problémy s řazením hlásek do slabik a slov. Zvuky řeči dítěti splývají, což narušuje

schopnost rozlišovat zvukově podobné segmenty od sebe, jednotlivé hlásky ve slovech a slova ve větách (Pospíšilová, 2018).

Mezi další příznaky patří: narušení **paměťových funkcí**, především krátkodobé paměti (nejčastějším projevem je neschopnost zapamatovat si znění slov), narušení **orientace** v čase a prostoru, narušení jemné a hrubé **motoriky** a nevyhraněná či zkřížená **lateralita** (Kejklíčková, 2016).

Poškození správného vývoje mozku, které se uvádí jako příčina neurovývojových poruch, ovlivňuje též sociální vnímání jedince, jeho kontrolu nad emocemi a schopnost plánování (Fleischmann, Jelínková, Lanková et al., 2023).

Při diagnostice vývojové poruchy jazyka je zásadní spolupráce logopeda, neurologa, foniatra, psychologa a pediatra. Vzhledem k rozmanitosti symptomatologie je v prvé řadě nutné diferencovat tuto poruchu od poruch ostatních. Její příznaky mohou být zaměněny například za projevy těžké artikulační poruchy, PAS, mutismu, sluchové vady, poruchy vývoje intelektu a syndromu Landau-Kleffnera (Kejklíčková, 2016).

Diagnostiku vývojové poruchy jazyka kromě variabilního klinického obrazu a přítomnosti komorbidit stěžuje i fakt, že neexistuje standardizovaný test, jenž by s jistotou stanovil danou diagnózu (Vacková, 2019).

Přestože nemáme k dispozici standardizovanou diagnostickou baterii pro stanovení vývojové úrovně ve všech rovinách, je možné využít různé samostatné testy. Tyto nástroje slouží k vyloučení či identifikaci poruchy, popřípadě k posouzení jejího typu a stupně. Testy vyšetřují **porozumění řeči** (používán je např. Token test), **vyjadřovací schopnosti** (používána např. Zkouška jazykového citu aj.), **úroveň jemné a hrubé motoriky** (používán např. Test jemné motoriky dle Ozeretzkého, Test obkreslování aj.), **zrakovou percepci** (používán např. Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové, Edfeldtův reverzní test aj.), **sluchovou percepci** (používán např. test Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí aj.), **úroveň kresby a test laterality** (používán např. Test laterality dle Matějčka) (Pospíšilová, 2018; Vacková, 2019).

Pospíšilová (2018) dále dodává, že hlavním prvkem vyšetření u všech neurovývojových poruch by mělo být zhodnocení celkového psychomotorického vývoje a porovnávání jednotlivých oblastí.

Porucha jazyka je dlouhodobý stav, který nevyhnutelně ovlivní gramotnost a schopnost dítěte se učit. V zájmu maximálního podpoření dítěte by terapie vývojové poruchy jazyka měla vycházet z individuální diagnostiky každého jedince. Péče je mezioborová, kdy vedle klinického logopeda vstupuje do terapie též ergoterapeut, fyzioterapeut, klinický psycholog, foniatr, neurolog a pediatr. Nejdůležitější složkou podpory je však rodina a její spolupráce s odborníkem, jehož úkolem je mimo jiné pomoci rodičům pochopit diagnózu dítěte a s ní spojené komplikace (Hazel, Skeat, 2020). Celková terapie by dle Klenkové (2006) měla zahrnovat rozvoj zrakové a sluchové percepce, motoriky, paměti a pozornosti, řeči a orientace. Čili všech oblastí, které jsou u vývojové poruchy jazyka narušeny.

Dle Kejkličkové (2016) je základem terapie VPJ individuální logopedická intervence, která umožňuje přizpůsobit metodický postup péče osobním potřebám dítěte a navázat vzájemnou důvěru mezi logopedem a dítětem.

Škodová, Jedlička a kol. (2003, cit. in Kejkličová, 2016) navrhuji následující základní principy reedukace:

- vybírat cvičení od jednodušších k náročnějším a postupovat systematicky
- souběžně procvičovat pouze několik málo pojmů
- fixovat naučené dovednosti
- rozšiřovat především obsahovou složku řeči
- zaměřit se při mluvení na napodobování základních zvuků a jejich doplňování o modulační prvky řeči
- rozšiřovat slovní zásobu dítěte
- odstraňovat přítomné gramatické chyby v řeči
- popisovat příběh podle obrázků a následně se učit popisování jednoduchého děje
- korigovat artikulaci

Mimo individuální intervence existují i skupinové logopedické terapie, které rozvíjí především citovou složku dítěte a podporují navazování vztahů v kolektivu. Současně se zaměřují na cvičení dechová, fonační, motorická, grafomotorická, zraková a sluchová (Kejkličková, 2016).

Při vhodném nastavení terapie a současným zráním centrální nervové soustavy se úrovně oslabených či narušených oblastí zlepšují. Efektivita terapie je závislá na několika faktorech. Mezi ně spadá míra dosaženého intelektu, spolupráce rodiny a sociální podmínky, kam

mimo jiné řadíme i možnost adekvátního začlenění do školského systému (Škodová a Jedlička, 2003).

2.2.5 Koktavost (Balbuties)

Lechta (2010, s. 28) popisuje koktavost jako „*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.*“ Tato porucha plynulosti řeči bývá označována jako jedna z nejtěžších forem narušení komunikační schopnosti, která ovlivňuje celkovou osobnost člověka. V MKN-11 bychom ji našli pod pojmem vývojová porucha plynulosti řeči.

Sandrieserová a Schneider (2010) uvádí, že u poloviny dětí trpících koktavostí se problémy s plynulostí objevují již před 4. rokem života. Diagnóza poruchy v takto malém věku není hned stanovena z toho důvodu, že se často ve věku 3 let objevují u dětí tzv. fyziologické dysfluence. Jde o normální jev, který souvisí s vývojově náročným obdobím, kdy dochází k prudkému rozšiřování slovní zásoby a intenzivní maturaci jedince v oblasti kognice a psychiky. U většiny dětí dysfluence postupem času vymizí, avšak zvýšená pozornost, k zamezení možnosti přechodu z vývojové dysfluence k reálné poruše, je nutná. Přestože počátky koktavosti nejsou jednoznačně stanovené, jen těžko lze očekávat vznik koktavosti po 12. roce života.

Konkrétní příčina poruchy není známa. Stejně jako to je u dalších neurovývojových poruch, u koktavosti hraje roli hned několik faktorů. Dle Richtrové (2021) je vývojová koktavost vícefaktorová polygenetická porucha, u které vliv dědičnosti představuje 60–80 %. Zbytek je připisován enviromentálním činitelům. Lechta (2010) přisuzuje etiologii koktavosti hned několik faktorů, mezi které patří dědičnost, vliv sociálního prostředí, psychologické hledisko osobnosti jedince a orgánové odchylky.

Nejvýrazněji se koktavost projevuje při samotném verbálním projevu jedince. Podle MKN-11 je pro vývojovou neplynulost řeči charakteristické narušení toku rytmu a rychlosti řeči, repetice a prolongace při mluvení, vyhýbání se či nahrazování problematických slov. Následkem narušení komunikační schopnosti vznikají sekundární příznaky – obtíže v komunikaci s okolím.

Stupeň poruchy se určuje především výskytem psychické a fyzické tenze. Psychickou tenzí je myšlen především vnitřní strach z verbálního projevu, který může přejít až do logofobie. Fyzická tenze je definována jako nadměrná námaha při překonávání bloků artikulačního aparátu. Projevuje se různou nápadností v gestikulaci, záškuby těla, tiky, souhyby, zčervenáním či pocením při komunikaci, nepravidelným dýcháním, křečemi dechového a fonačního svalstva aj. (Kejklíčková, 2010).

Klenková (2006, s. 157) klasifikuje koktavost dle doby vzniku (*předčasná, obvyklá, pozdní*), verbálních projevů (*tonická, klonická, tonoklonická, klonotonická*), původu, uvědomování si vlastní poruchy a dle stupně. Lechta (2010) stupně koktavosti diferencuje do skupin: fyziologická dysfluence, incipientní koktavost, fixovaná koktavost a chronická koktavost.

Diagnostika koktavosti se vyznačuje komplexností, pracností a časovou náročností. Za cíl si klade určit druh a stupeň poruchy, zjistit specifika její patogeneze, objevit znaky a následky koktavosti a stanovit pravděpodobnou prognózu. Proces stanovení diagnózy se skládá především z osobní anamnézy, vyhodnocení spontánní řeči a analýzy projevů (Lechta, 2010).

Přístupy k léčbě jsou velice individuální a jejich výběr závisí na každém jednotlivci s poruchou. Hlavním cílem terapie je odstranit koktavost ve všech třech hlavních kategoriích syndromu – neplynulost, fyzická tenze, psychická tenze. V ideálním případě by terapie měla být kombinovaná s různými metodami a přístupy, aby byla co nejvíce přizpůsobena potřebám dítěte. Vzhledem k rozmanitosti symptomatologie existuje vysoký počet různých metod k odstranění či zmírnění projevů koktavosti – Lechta (2010) zaznamenává dokonce až 300 různých postupů terapie.

2.2.6 Selektivní mutismus (SM)

Jde o narušenou komunikační schopnost, jejíž hlavním symptomem je náhlá ztráta schopnosti verbálně komunikovat v konkrétních sociálních situacích, přičemž se nedá vysvětlit organickou poruchou CNS či nedostatečnou znalostí jazyka. Dítě tedy není schopno verbálně komunikovat v určitých prostředích či situacích (pravděpodobně vlivem silného emočního náboje), ačkoliv v jiných je to možné (Preissová, 2018).

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (2025) se selektivní mutismus zařazuje pod úzkostné poruchy, přičemž základními kritérii jsou:

- porucha musí trvat nejméně 1 měsíc,

- porucha není způsobena nedostatkem ovládnání či sebedůvěry mluveného jazyka v konkrétní situaci.

Richtrová (2023) v článku o selektivním mutismu zmiňuje další kritéria, mezi které patří:

- osoba se selektivním mutismem často hovoří v důvěrně známém prostředí, avšak nemluví v sociální situaci, kdy je verbální projev očekáván
- selektivní mutismus není přítomen u osob s PAS, schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou.

SM vzniká převážně v předškolním věku a pravděpodobnost jeho výskytu mohou zvyšovat určité osobnostní rysy jedince, jako je zvýšená podrážděnost, přehnaný stud, problémy se separací s blízkou osobou a nepřiměřený strach z cizích lidí. Toto riziko nastává již ve věku dvou a půl let (Richtrová, 2023).

V odborných publikacích je možné se dočíst, že mutismus může vzniknout jako reakce na psychotrauma. Velmi často se selektivní mutismus objevuje při počátku školní docházky, změně prostředí, konfliktu v rodině aj. (Klenková, 2006). Avšak podle Richtrové (2023) spouštějící mechanismus nemusí být ničím specifický.

Klasifikace mutismu se v odborných publikacích liší. Mulligan et al. (2015, in Richtrová, 2023) ve svém výzkumu zjistili, že vzhledem k multidimenzionální povaze poruchy existuje hned několik podtypů. Na základě této hypotézy navrhli 5 subtypů, které odpovídají heterogenitě, která je charakteristická pro lidi se selektivním mutismem. Prvním typem je **úzkostný selektivní mutismus**, kdy se člověk vyhýbá komunikaci z důvodu nepříjemného pocitu, který je se situací spojován. Dítě však touží po kontaktu a komunikuje s okolím pomocí neverbálních prvků komunikace. Druhým typem je **selektivní mutismus s obtížemi v expresi jazyka**, jenž je zapříčiněn úzkostnými pocity z vlastních jazykových či řečových kompetencí. Tento druh se objevuje často jako sekundární porucha jiné, dominantní poruchy řeči či jazyka. Třetím typem je **opoziční mutismus**. U lidí s touto poruchou registrujeme opoziční chování (záchvaty vzteku, vzpurnost, sklony k hádkám), které rezultují v neschopnost verbálně komunikovat. Čtvrtým typem je **selektivní mutismus s odlišným mateřským jazykem**. Ten identifikujeme u dětí, jejichž přirozený jazyk se liší od jazyka, kterým se mají vyjadřovat, v kombinaci s vysokou plachostí nebo úzkostlivostí. Posledním typem je **senzorický/regulační selektivní mutismus**, kdy mají jedinci problémy se

seberegulací úzkostí a jiných psychických stavů. Uvádí se, že v určitých situacích jsou plaché a jeví se jako němé, zatímco ve známém prostředí jsou hlučné a impulzivní.

Zmíněné subtypy nepochybně podtrhují důležitost správné diagnostiky a nastavení vhodného terapeutického plánu. Před určením konkrétního subtypu a vyhodnocení diagnózy selektivního mutismu je nejprve důležité vyloučit jiné poruchy, které by mohly zapříčinit neschopnost verbální komunikace. Dle Kejkličkové (2016) je v rámci diferenciální diagnostiky nutné odlišit mutismus od projevů vývojové dysfázie, syndromu Landau-Kleffnera, mentální retardace a dětské vývojové afázie.

Vzhledem k tomu, že se na selektivní mutismus nahlíží spíše jako na psychickou poruchu, je terapie zaměřena na emočně-sociální deficity a rozvíjení psychické stránky dítěte. Richtrová (2023) v článku *selektivní mutismus* představuje zahraniční výzkum, který se zaměřil na snížení sociální úzkosti dítěte se selektivním mutismem ve třídě na základní škole. Na základě aplikované terapie byla systematicky popsána spoluúčast učitele, kdy je zpočátku dítě osloveno v prostorách mimo třídu. Následně probíhá hovor dítěte s rodičem v přítomnosti učitele, který je postaven zády k dítěti. Dalším krokem je komunikace šepotem učitele s dítětem v prázdné třídě. Postupem času se dítě učí adaptovat na hovor ve třídě s dalšími žáky. Tato metoda se jeví jako potenciaálně efektivní a její aplikace by mohla být přínosná u dítěte, které trpí touto poruchou ve škole.

Obecně by dítě mělo být k verbální komunikaci vedeno nenásilným způsobem. Nejprve se navazuje kontakt s dítětem neverbální cestou. Logoped tedy směřuje terapii k reakci na druhou osobu, přes sdílený úsměv, přitakání, odpověď šepotem. Postupně rozšiřuje možnosti interakce a vytvoření důvěrného prostředí, ve kterém je dítě ochotno hovořit (Kejkličková, 2016).

3 Logopedická intervence

Logopedická intervence je termín užívaný v odborné sféře, který nejlépe vystihuje činnost práce logopeda ve všech jejích oblastech. Klenková (2006) chápe logopedickou intervenci jako komplexní proces, který se skládá z logopedické prevence, logopedické diagnostiky a logopedické terapie. Proces logopedické intervence začíná tedy ještě před tím, než dítě vstoupí do logopedické ambulance.

3.1 Logopedická prevence

Prevenci je možné vnímat jako snahu vyhnout se nežádoucím jevům. Vzhledem ke stále častějšímu výskytu vad řeči a jazyka u dětí ve věku, kdy by již jejich řeč měla být v normě, hraje účinná logopedická prevence klíčovou roli.

Logopedickou prevenci je možné rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciární. Primární logopedická prevence je chápána jako předcházení okolností, které mohou vést k narušení komunikační schopnosti. Může se jednat o primární prevenci nespecifickou (např. obecným podporováním správné péče o řeč) či specifickou, zaměřenou na konkrétní riziko vzniku NKS (např. zamezením vzniku koktavosti). Sekundární prevence se soustředí na rizikovou skupinu osob ohroženou určitou nepříznivou situací. Příkladem sekundární prevence je předcházení poruchám hlasu u osob, které nadměrně namáhají hlasivky při svém povolání. Terciární prevence se specializuje na osoby, u nichž se NKS již projevila. Cílem terciární prevence je snižování dalších negativních následků, které s sebou NKS přináší. K metodám prevence zařazujeme též depistáž logopedických vad (Lechta, 2003).

Kejklíčková (2016) vymezuje základy prevence poruch řeči, mezi které patří citlivý přístup k jedinci, správný řečový vzor, zajištění dostatku času na společné aktivity, vytvoření důvěryhodného vztahu mezi terapeutem a dítětem, kojení, rozvoj motoriky, motivace řeči pomocí různých podnětů. Při logopedické prevenci u předškolních dětí je klíčovým faktorem především komplexní rozvoj všech aspektů, které jsou s vývojem řeči úzce provázány.

3.2 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika si klade za cíl shromáždit a zaznamenat relevantní informace důležité pro plánování efektivní terapie. Podle Lechty (2003) má logopedická diagnostika hned několik úkolů:

- rozpoznat, zda jde o fyziologický jev nebo o narušenou komunikační schopnost

- zjistit příčinu poruchy
- identifikovat, jestli se jedná o NKS trvalou/ přechodnou a vrozenou/získanou
- odhalit, zdali NKS dominuje v klinickém projevu, nebo zda je NKS pouze symptom
- jiného problému
- ověřit, zda jedinec o NKS ví
- stanovit stupeň a formu NKS
- navrhnout možná terapeutická opatření

Klenková (2006) představuje doporučený model postupu při logopedickém vyšetření. Podle něj je důležité navázat kontakt s pacientem; udělat osobní i rodinnou anamnézu pacienta; vyšetřit sluch, porozumění řeči, řečovou produkci (tj. zjistit stav artikulace hlásek, slovní zásoby, gramatické stránky řeči, prozodických faktorů řeči, dýchání při řeči, fonace); vyšetřit motoriku a laterální, prozkoumat sociální podmínky jedince.

Výsledkem diagnostiky je poté stanovená diagnóza. Specifikem logopedické diagnostiky je její zaměření nejen na patologické jevy, ale i na neporušené funkce a jejich využití při následné terapii (Klenková, 2006).

3.3 Logopedická terapie

Na základě výsledků logopedické diagnostiky následně vybíráme optimální postupy, metody a formy logopedické terapie odpovídající potřebám jedince (Klenková, 2006).

Lechta (2003) definuje logopedickou terapii jako cílené učení realizované pomocí konkrétních metod. Způsoby terapie je možné rozdělit na **stimulující** nedostatečně rozvinuté či opožděné komunikační schopnosti, **korigující** narušení komunikační schopnosti, **reedukující** na první pohled ztracené komunikační schopnosti. Mezi cíle terapie patří eliminace, zmírnění nebo překonání NKS. Ideálním výsledkem je úplné odstranění NKS a komunikačních překážek s ní spojených. Avšak v těch nejzávažnějších případech je naplnění tohoto cíle jen zřídka možné, i přes maximální vynaložené úsilí. V těchto situacích je úkolem logopeda v rámci terapie zmírnit NKS a snížit její intenzitu na co nejnižší úroveň.

Průběh logopedické terapie se řídí specifickými principy řízeného učení. Mezi specificky logopedické principy patří dle Lechty (2003, s. 41)

- *princip minimální akce*
- *relaxace*

- *komplexnosti (týmový přístup)*
- *symetričnosti terapeutického vztahu*
- *multisenzoriálního nebo monosenzoriálního přístupu*
- *krátkodobého, ale častého procvičování*
- *funkčního používání řeči*
- *celostního přístupu*
- *včasné stimulace*
- *imitace přirozeného, normálního vývoje řeči*
- *princip překonávání komunikační bariéry*

Terapeutických přístupů a metod je celá řada, a jejich vhodná kombinace je klíčová pro maximální rozvoj všech oblastí formující osobnost jedince (Kejklíčková, 2016).

3.4 Logopedická intervence v České republice

V České republice je logopedická intervence uskutečňována v rámci tří rezortů. Týká se to rezortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy; Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí (Fukanová, 2003). Tato kapitola se věnuje působnosti logopedické intervence ve školství, přičemž se konkrétně zaměříme na oblast logopedie v předškolním vzdělávání.

3.4.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Logopedická péče v mateřských školách je v České republice vymezena v rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV) vydaným Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Je nutné podotknout, že rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání platí i pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. V souladu s RVP PV vypracovávají a realizují mateřské školy svůj školní vzdělávací program (ŠVP), na jehož základě probíhá výuka dětí v dané mateřské škole (Rámcový vzdělávací program, 2025).

Hlavními principy RVP PV je návaznost na vývojová specifika dětí v předškolním věku, přizpůsobování edukačních metod podle individuálních potřeb a formování základů klíčových dovedností dosažitelných v předškolním období. Obsahově je rozdělen do čtyř základních oblastí, které společně vytvářejí možnosti pro komplexní rozvoj dítěte. Jedna z oblastí, a pro obsah této práce nejrelevantnější, je Dítě a jeho psychika zaměřující se na

podporu psychické pohody a sebedůvěry. Zmíněná kategorie je rozdělena na další vzdělávací podskupiny, mezi které patří oblast Jazyk a řeč. Tato část upřesňuje, jakými metodami podporovat rozvoj řečových schopností, jazykových dovedností v oblasti recepce i percepce, a též komunikačních kompetencí. Očekávanými výsledky předškolního vzdělání je, že dítě: artikuluje většinu hlásek správným způsobem; umí nakládat s dechem, tempem a intonací řeči; rozlišuje a pojmenuje subjekty v jeho okolí; formuluje věty podle gramatických pravidel; je schopno si zapamatovat a zopakovat krátké texty; sluchově diferencuje zvuky a identifikuje první hlásku ve slově; rytmizuje slova, vypráví jednoduchý příběh; orientuje se podle slovních i vizuálních instrukcí; rozpozná český jazyk od cizích jazyků. V RVP PV je dále definováno osm základních kompetencí, kterých má dítě během docházky do mateřské školy dosáhnout. Mezi nimi je i složka komunikační, podle které má být dítě schopno smysluplně vyjadřovat své myšlenky, vyprávět o svých zájmech, hodnotit skupinové i vlastní výstupy činností, pokládat otázky a aktivně na ně hledat odpověď pomocí dostupných zdrojů, naslouchat a respektovat své okolí (Rámcový vzdělávací program, 2025).

3.4.2 Možnosti vzdělávání žáků s NKS v předškolním věku

Možnosti vzdělávání žáků s NKS vymezuje školský zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. Konkrétně odstavec §16, zabývající se vzděláváním žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, umožňuje zřizovat školy či ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny pro děti se zdravotním postižením (kam patří i děti s NKS). Dítě s NKS má tedy možnost navštěvovat mateřskou školu hlavního vzdělávacího proudu či mateřskou školu logopedickou, která je určena dětem vyžadujícím intenzivní a soustavnou logopedickou péči. Podmínkou pro přijetí žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízených podle zmíněného §16 je doporučení ze školského poradenského pracoviště (z pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra) a písemná žádost zákonného zástupce (Zákon č. 561/2004 Sb.).

Na školský zákon navazují dvě vyhlášky, které jsou pro péči o děti s NKS klíčové. První z nich je vyhláška č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Zde se mimo jiné vymezuje činnost speciálně pedagogického centra, které v rámci péče o dítě s NKS provádí logopedickou diagnostiku, vypracovává komplexní zprávu o stavu dítěte, doporučuje případná podpůrná opatření a podílí se na logopedické terapii. Pokud však dochází dítě do

škol zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona, poskytuje SPC ve většině případů pouze diagnostickou péči a následnou terapii zajišťuje mateřská škola sama. Druhou důležitou vyhláškou je vyhláška č. 27/2016, která se zaměřuje na zajištění podpůrných opatření pro žáka s NKS (Zákon č. 197/2016 Sb., Zákon č. 27/2016 Sb.).

3.4.3 Školský logoped

Školský logoped nabývá odborné způsobilosti absolvováním magisterského studia programu Speciální pedagogika/Logopedie se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a studiem pro přípravu školských logopedů. Školský logoped se zaměřuje na komplexní logopedickou intervenci, poskytuje odborné konzultace a poradenství a vypracovává a analyzuje zprávy z logopedických vyšetření (Zákon č. 183/2023 Sb.).

4 Logopedická intervence ve vybrané mateřské škole logopedické

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce je analyzovat průběh a realizaci logopedické intervence ve vybrané mateřské škole logopedické.

V souvislosti s hlavním cílem práce byly stanoveny dílčí cíle:

- Zmapovat proces individuální logopedické intervence v konkrétní MŠ logopedické.
- Zmapovat proces skupinové logopedické intervence v konkrétní MŠ logopedické.
- Popsat nejčastěji používané logopedické pomůcky a materiály při logopedické intervenci v konkrétní MŠ.

V návaznosti na dílčí cíle byly formulovány následující výzkumné otázky:

- Jak probíhá individuální logopedická intervence ve vybrané MŠ logopedické?
- Jak probíhá skupinová logopedická intervence ve vybrané MŠ logopedické?
- Jaké pomůcky a materiály jsou při logopedické intervenci ve vybrané MŠ logopedické nejčastěji využívány?

4.2 Metodologie výzkumu

Empirická část bakalářské práce představuje kvalitativní výzkumné šetření. Pro účely sběru dat byla využita metoda zúčastněného pozorování v kombinaci s analýzou dokumentace.

Pro práci byl zvolen kvalitativní přístup na základě obsáhlejšího zmapování problematiky týkajícího se logopedické intervence v mateřských školách logopedických. Na rozdíl od kvantitativní metody, kde sběr dat podléhá striktním pravidlům, tento přístup umožňuje v průběhu výzkumného šetření větší flexibilitu. Hlavním rysem kvalitativního šetření je hledání sémantických vztahů mezi získanými daty a jejich následná interpretace do logických celků. Výsledkem této metody je poté hlubší porozumění studovaného jevu (Švaříček a Šed'ová, 2010).

Dle Ochrany (2019) je pozorování empirická metoda, kdy skrze smyslové nazírání získáváme informace o zkoumaném předmětu. Jedná se o selektivní vnímání, což znamená, že při aplikaci této metody selektivně vybíráme pouze ty části, které chceme sledovat.

Cílem analýzy dokumentace je podle Janáka (2017) porozumět celkovému systému, který ve své práci zkoumáme. V této bakalářské práci byly analyzovány zprávy z SPC, logopedické deníky a využití logopedické pomůcky.

4.3 Časový harmonogram

Výzkumné šetření bylo zahájeno v září roku 2024. Důvodem byla skutečnost, že první měsíc v MŠ probíhá logopedická diagnostika. Pozorování logopedické intervence a analýza dokumentace následně pokračovala do prosince 2024. V únoru pak byla analyzována a zpracována nasbíraná data praktické části bakalářské práce.

4.4 Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo ve vybrané mateřské škole logopedické. Ta vykonává komplexní péči v oblasti speciální pedagogiky a logopedie zaměřenou na výchovu a předškolní přípravu dětí s narušenou komunikační schopností.

Mezi kritéria přijetí, mimo doporučení ze školského poradenského pracoviště, patří psaná žádost zákonných zástupců o zařazení dítěte, vyjádření odborníků pečujících o dítě (logoped, psycholog, neurolog, psychiatr...), věk dítěte od 36 let a výskyt narušené komunikační schopnosti u dítěte.

Denní režim

Denní režim je rozdělen na bloky (ranní, dopolední, polední, odpolední) a je přizpůsoben potřebám dětí ve třídě.

- 6:45–9:30: do 7:45 příchod dětí, první blok začíná hudebně – pohybovou chvilkou, kdy děti za doprovodu klavíru zpívají písničky, napodobují rytmus a melodii, cvičí prostorovou orientaci podle paní učitelky. Následně začíná 1. část terapie, která je rozložena na individuální logopedii, skupinovou logopedii či skupinovou činnost.
- 9:30–12:00: pauza na svačinu, 2. část logopedie – individuální nebo skupinová, pobyt venku na hřišti či na zahradě, procházky po okolí.
- 12:00–15:00: oběd a po něm klidový režim, během kterého se čtou nebo poslouchají pohádky a následně se odpočívá nebo spí.
- 15:00–17:00: odpolední zájmové koníčky (sportovní aktivity, keramika, výtvarná výchova...), volná hra dětí a posléze odchod.

Logopedická péče o děti je zde velice intenzivní a komplexní. Mimo individuální a skupinovou logopedickou terapii se zde dbá na celkový rozvoj dítěte. Třidu zdobí výtvary dětí, obrázky s tematikou aktuálního ročního období, piano a další hudební nástroje, skříňky s barevnými přihrádkami obsahující pomůcky a hračky na rozvoj dílčích funkcí (pomůcky na rozvoj řeči a jazyka jsou označeny obrázkem úst).

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Žáci v MŠ jsou rozděleni do 5 heterogenních tříd (z hlediska věku a komunikačních potíží), kdy v každé skupině je 10–12 dětí. Celková kapacita mateřské školy činí přibližně 50 dětí. Celkově je zastoupení chlapců v MŠ vyšší než dívek.

Při zařazování žáka do konkrétní skupiny jsou respektovány speciálně pedagogické zásady spolu s ověřenými zkušenostmi. Navzdory rozdělení do jednotlivých tříd jsou žáci v rámci programu různě seskupováni. Mísení kolektivu je realizováno s cílem poskytnout dítěti různé příležitosti ke komunikaci a k rozvoji svých řečových schopností.

Standardně jsou v každé třídě dvě paní učitelky nebo paní učitelka a paní asistentka. Paní učitelky, které vedou logopedickou intervenci, mají vystudovaný magisterský obor z logopedie, zatímco paní asistentky vystudovaly obor pedagogický, většinou se zaměřením na speciální pedagogiku.

Pozorování probíhalo ve všech třídách, přičemž nejčastěji ve třídě A. Na základě analýzy dokumentace je v konkrétní MŠ logopedické nejběžnější poruchou vývojová porucha jazyka (ve zprávách se stále užívá pojem vývojová dysfázie). U některých dětí se VPJ vyskytuje společně s dalšími poruchami, jako je porucha pozornosti, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), selektivní mutismus a artikulační porucha (ve zprávách užíván pojem dyslálie).

4.6 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika vychází ze zpráv speciálně pedagogického centra, z odborných lékařských vyšetření (od foniatra, neurologa, psychologa, psychiatra, klinického logopeda) a z diagnostiky vytvořené samotnou MŠ. Přestože si MŠ logopedická vytvořila vlastní testový materiál, samotný průběh diagnostiky je přizpůsoben věku a vlastnostem dítěte. Testování probíhá formou hry, kdy jsou vybírány materiály a pomůcky, které má dítě rádo. Účelem tohoto postupu je eliminace případného pocitu méněcennosti a selhávání dítěte.

Doba trvání diagnostiky je též individuální – klade se zde důraz dát dítěti prostor si přivyknout na nové prostředí a nevystavovat ho nadměrnému stresu.

Vyšetření v MŠ se provádí na začátku září, přičemž některé zjištěné informace se doplňují během roku. Pro děti nově nastupující do mateřské školy funguje diagnostika jako vstupní vyšetření k nastavení individuální terapie, pro ostatní jako evaluace dosažených schopností a oblastí, na které je potřeba se další rok v terapii zaměřit.

Diagnostický materiál MŠ vyšetřuje následujících 13 oblastí:

- **Pragmatika:** hodnotí se, zda dítě chápe význam komunikace, umí střídat role mluvčí/posluchač v rozhovoru; dokáže sdělit informace, svůj názor a pocity; reaguje neverbálně, jednoslovně, rozvitě. Paní logopedka klade dítěti různé osobní otázky (např. o jeho zájmech, rodině) a využívá kartičky s obrázky, které rozšiřují konverzaci o další témata.
- **Komunikace:** hodnotí se, jestli se dítě vyjadřuje neverbálně, verbálně, nebo zda je projev kombinací obou těchto způsobů komunikace. Pokud je v kolonce uvedeno „neverbální“ či „kombinovaný“, paní logopedka přidává komentář popisující konkrétní charakter tohoto vyjadřování.
- **Porozumění:** provádí se pomocí testu a přímým pozorováním chování jedince. Zde se vyhodnocuje, jak dítě rozumí slovům a větám, a zda je potřeba k porozumění využívat gesta. Zároveň se v této kategorii hodnotí i porozumění gramatickým pravidlům jazyka. K vyšetření se používá sada několika obrázků. Paní logopedka předloží dítěti kartičky s obrázky a vysloví neúplnou větu, do které má dítě vybrat vhodné slovo ve správném tvaru. Dalším úkolem je plnění slyšených instrukcí, například: „Podej mi kartičku s červenou kytičkou“.
- **Slovní zásoba:** hodnotí se, kolik slov dítě používá v porovnání s průměrem pro jeho věkovou kategorii. Hodnota je vyjádřena procenty (75 % k věku, 50 % k věku, 25 % k věku). V testu se dále zaškrťává kolonka vyjadřování pomocí onomatopoií nebo dětského žargonu, pokud dítě zatím nedokáže složit slova. K diagnostice se využívají především kartičky s obrázky, které jsou rozřazeny do určité kategorie (např: ovoce, zelenina, počasí, oblečení...). Dítě má za úkol pojmenovat obrázky, seřadit obrázky patřící do stejné skupiny a následně určit, jak se skupina nazývá.

- **Morfologie:** zkoumá gramatiku mluvního projevu dítěte. Hodnotí se zastoupení různých slovních druhů v řeči (schopnost užívat podstatná jména, přídavná jména, předložky, slovesa, zájmena atd.); používání přítomného, minulého a budoucího času; používání singuláru a plurálu. Tato oblast se vyšetřuje pomocí popisu obrázků, převyprávění příběhu, volného rozhovoru, pokládání otázek, opakování vět, plnění instrukcí (například: „Dej tužku před/za/nad/pod svého plyšáka.“).
- **Syntax:** zde se posuzuje, jaké věty dítě tvoří. Konkrétně, jestli se vyjadřuje pomocí jednoslovných, dvojslovných, tříslovných, nebo rozvitých vět. Dále se hodnotí, zda dítě dodržuje pravidla slovosledu, tvoří souvětí a pokládá otázky.
- **Orofaciální oblast:** zkoumá funkce a vývoj svalů v oblasti úst a respiraci. Paní logopedka konkrétně zjišťuje stav skusu (zda je fyziologický nebo má dítě horní/dolní předkus), stav dentice (zda dochází k prořezávání zubů, kolik má dítě zubů...), stav patra (zda je v normě, nebo je gotické), typ dýchání (zda je fyziologické, nebo ústní). Při vyšetření oromotoriky dítě napodobuje úkony paní logopedky, která do diagnostického materiálu následně zapisuje „zvládá/nezvládá“. Mezi úkony patří vypláznutí jazyka, našpulení rtů, zaostření rtů, střídání úsměvu a zamračení, vypláznutí jazyka dolů/nahoru/do strany, střídání pohybů jazyka, olíznutí rtů jazykem, napodobování zvuků koníka, přisátí papíru pomocí brčka, napodobení tvaru ruličky pomocí jazyka.
- **Artiklace:** hodnotí, jak dítě dokáže vyslovovat jednotlivé hlásky. Diagnostika probíhá pomocí volného rozhovoru, popisem obrázků, opakováním slov nebo vět. Cílem je identifikovat špatnou artikulaci konkrétních hlásek.
- **Sluchová percepce:** zde se vyšetřují sluchové schopnosti dítěte. Konkrétně se jedná o vyšetření vnímání, zpracování, zapamatování a opětovné vybavení zvukového podnětu. V diagnostickém materiálu tato oblast hodnotí, zda dítě umí vytleskávat slova, určí počet slabik, pozná první slabiku ve slově, identifikuje poslední slabiku ve slově, vnímá rytmus a tempo, umí vyhláskovat slova. Jako pomůcky se využívají obrázkové karty s vybranými slovy, které má dítě opakovat/ vytleskávat na slabiky. Další diagnostickou pomůckou jsou umělohmotné kostky, pomocí kterých dítě rozkládá slova na slabiky.
- **Paměť:** zde se vyšetřuje stav krátkodobé a dlouhodobé paměti. Při testu krátkodobé paměti si má dítě zapamatovat a opakovat krátkou sérii slov, kterou paní logopedka

říká. Dlouhodobá paměť je testována dotazováním dítěte na různé otázky, které se staly nedávno, například „Co jsi dělal o víkendu?“.

- **Myšlení:** zde se vyšetřuje míra rozvinuté schopnosti řešit problémy a logicky uvažovat. Diagnostika se konkrétně zaměřuje na schopnost třídít různé objekty podle barev, tvarů, vlastností, kategorií, podobností. Jako diagnostické pomůcky se užívají oblíbené hračky dítěte, tématické karty s obrázky, geometrické tvary, stavebnice, pexeso atd.
- **Pozornost:** zde se hodnotí schopnost dítěte soustředit se na zadané úkoly a usměrnit pozornost na relevantní informace v dané situaci. V této kategorii stačí jen pozorovat, jak se dítě chová při aktivitě.
- **Grafomotorika:** mimo grafomotorické dovednosti se zde hodnotí celková jemná motorika dítěte a vyšetření laterality. Při této zkoušce má dítě namalovat postavu, u které je sledován úchop tužky, tlak tužky na papír, vedení čáry a plynulost tahu. Zároveň je posuzována schopnost namalovat postavu, konkrétně zda dítě nevynechává základní části těla. Při některém vyšetření se užívá test jemné motoriky dle Ozeretzkého a Žlabova zkouška laterality.

4.7 Logopedická terapie

4.7.1 Individuální logopedická terapie

Individuální logopedická terapie je zajišťována každý den v samostatné logopedické místnosti. Jedná se o prosvětlenou pracovnu, která je vybavena množstvím logopedických pomůcek a logopedickým zrcadlem.

Individuální logopedie s dítětem trvá 15–20 minut, přičemž časové rozmezí je pouze orientační a liší se v závislosti na faktorech, jako je například počet žáků ve třídě či psychické nastavení dítěte v daném dni.

Přestože se podoba terapie přizpůsobuje konkrétním potřebám jedince, je možné pozorovat obecně platné specifické principy, které mateřská škola uplatňuje při logopedické péči. Mezi klíčové patří princip: vývojovosti (respektující vývojová stadia řeči a jejich posloupnost), komplexnosti (zohledňující všechny aspekty vývoje), multisenzoriálního přístupu (stimulující více smyslů při terapii), týmového přístupu (o dítě pečují blízké osoby společně s odborníky), motivace, opakování, častého procvičování, správného řečového vzoru aj.

Jak již bylo zmíněno, výběr logopedických činností probíhá podle individuálních potřeb jedince. Přesto je ale možné sledovat určitou shodu v terapii. Důvodem je především fakt, že většina dětí trpí vývojovou poruchou jazyka a tudíž se logopedická péče zaměřuje na rozvoj společných postižených složek (míra jejich narušení se však u každého dítěte liší). Děti v této MŠ mají problémy především s porozuměním mluvenému slovu, jejich slovní zásoba je omezená, v řeči se objevují četné dysgramatismy, vyjadřují se jednoslovně či pouze v jednoduchých větách a používají nesprávné tvary slovních druhů. Dále mají narušené sluchové, zrakové a prostorové vnímání, spolu s motorikou.

Každá terapie začíná úvodním přátelským rozhovorem. Paní logopedka dítěti pokládá otázky typu: „Co jsi včera dělal?“ nebo „Čím jezdíš do školky a kdo tě do školky doprovází?“. Tento způsob umožňuje nejen vyšetření schopnosti porozumění řeči a paměti, ale zároveň napomáhá k vytvoření pozitivní atmosféry hned na začátku terapie. Dále se pokračuje v cvičení oromotoriky před zrcadlem, které slouží jako příprava na vyvozování jednotlivých hlásek. Dítě má za úkol špulit ústa, dávat jazyk za horní a spodní zuby, usmát se, zamračit se, otevírat ústa do tvaru O, udělat koníka, a nakonec dávat jazyk do stran.

Po tomto cvičení často následují aktivity na rozvoj slovní zásoby a porozumění. Dítě například dostane obrázky vyobrazující různé denní aktivity, které má za úkol popsat a přiřadit k odpovídajícím částem dne. Důraz je kladen na tvoření celých vět s danou aktivitou. Paní logopedka se ptá na otázky vztahující se ke konkrétním obrázkům, pomocí kterých rozvíjí porozumění dítěte. Poté se z kartiček tvoří příběh, které upevňuje schopnost orientovat se v čase.

Další část terapie se zaměřuje na rozvoj sluchové percepce, kdy má dítě za úkol určit shodu nebo neshodu mezi páry slov (auto – auto, auto – kočka). Pokud dítě tuto fázi již zvládá, přechází se na dvojici slov, kde je odlišná pouze jedna hláska (mrak-frak). Dalším cvičením na sluchové vnímání je opakování slov či vět.

Následujícím krokem je analýza slov, kdy dítě vytleskává slabiky a poté hledá ve vybraném slovu určitou hlásku. Většinou na toto cvičení navazuje vyvozování a fixace dané hlásky. Dítě se tedy učí nejdříve hlásku slyšet a až poté jí cíleně vyslovovat ve slovech.

Mezi další oblasti, na které se zaměřuje individuální terapie, patří zraková percepce. Ta je rozvíjena nejčastěji skrze pracovní listy, kdy dítě například vyhledává určité obrázky nebo se snaží najít vizuální rozdíly.

Při terapii se rovněž rozvíjí grafomotorika a jemná motorika, přičemž tyto oblasti jsou z větší míry podporovány prostřednictvím skupinové logopedické terapie. Velice oblíbenou aktivitou je například psaní do písku podle předlohy, pomocí které se mimo zmíněné oblasti rozvíjí i prostorová vnímavost.

Na konci terapie je dítě slovně pochváleno a vyzváno k zavolání dalšího dítěte. Než dorazí, paní logopedka zapisuje do logopedického deníku průběh terapie, vybrané aktivity a použité pomůcky, jeho schopnosti plnit zadané činnosti, a nakonec přípravu na další logopedické sezení.

Speciálním programem, který je realizován pouze u vybraných dětí v rámci individuální logopedické terapie, je metoda Benaudira. Jedná se o individuální sluchový trénink, který se zaměřuje na obnovu a zlepšení poškozeného centrálního sluchového zpracování jedince. Podstatou metody je poslech instrumentální hudby, hlasů a zvuků, které byly vytvořeny pro žáka na základě výsledků diagnostiky. Pravidelné poslouchání pomáhá zlepšit schopnost poslouchat, a především harmonizovat centrální nervové zpracování. Touto specifickou aktivitou se trénuje kooperace hemisfér a snižuje akustická přecitlivělost jedince.

4.7.2 Skupinová logopedická terapie

Skupinové logopedické terapie probíhají dvakrát až třikrát týdně po dobu 1 hodiny a představují vhodný doplněk individuální terapie. Cílem skupinové logopedické terapie v konkrétní MŠ je především rozvoj sociálních dovedností a posílení pocitu sounáležitosti. Při terapii se děti navzájem motivují, pomáhají si a učí se řešit úkoly společně. Třídou si dělí paní učitelky do dvou skupin. Stejně jako je to i u individuální terapie, i zde paní učitelka vytváří pozitivní atmosféru prostřednictvím úvodního rozhovoru se skupinou. Při terapii se činnosti střídají, což dětem pomáhá udržet pozornost po delší dobu. Při skupinové logopedické terapii se využívá široká škála terapeutických programů. Na začátku roku si paní učitelky stanovují ty programy (či z nich vybírají jen určité aktivity), které budou v dané skupině během roku realizovat. Je třeba zdůraznit, že paní učitelky disponují osvědčením, které je opravňuje být lektorem patřičného programu. Aplikované terapeutické programy ve vybrané MŠ logopedické jsou následující:

- **Program Instrumentálního obohacování dle R. Feuersteina:** tato metoda cílí na rozvoj metakognitivních dovedností. Jednoduše řečeno učí děti přemýšlet o tom, jak samy přemýšlí a řeší určité problémy. Tím dochází k prohlubování jejich

kognice a schopnosti kriticky uvažovat nad situacemi. K rozvoji kognitivních schopností jsou využity tzv. instrumenty, což jsou speciální vytvořené pracovní listy, které se vždy zaměřují na specifický kognitivní deficit (Ibrahimová, 2022).

- **Program Maxík:** jedná se o stimulační program pro děti od 5 let. Během programu se rozvíjí motorické dovednosti, komunikační schopnosti, zraková a sluchová percepce, prostorové vnímání, grafomotorika a koncentrace pozornosti (Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická, 2025).
- **Program HYPO:** program HYPO je zaměřen na děti od 5,5 do 8 let věku. Posiluje percepčně-motorické a kognitivní funkce včetně pozornosti (Ibrahimová, 2022).
- **Program SINDELAR:** na základě konkrétního oslabení dílčích funkcí dítěte (zrakových, sluchových, intermodality, prostorového vnímání, seriality, řečových, motorických) jsou vybrány aktivity na rozvoj v těchto oblastech (Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická, 2025).
- **Program fonematického uvědomování dle D. B. ELKONINA:** podstatou programu je připravit děti na čtení. Tato metoda se liší tím, že se začíná od mluveného slova a přechází se k čtenému. Dítě se tedy nejdříve naučí rozpoznat hláskovou strukturu mluveného slova, a teprve poté se učí přiřazovat těmto hláskám písmena (Ibrahimová, 2022).
- **Program myofunkční terapie:** myofunkční terapie je zaměřena na změnu orálních funkcí, jako je sání, žvýkání, respirace, výslovnost, polykání, pohyblivost jazyka a mimika tváře. Realizace programu vychází z individuálních potřeb jedince a jeho diagnózy (Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická, 2025).
- **Program PIP (přípravný intenzivní kurz):** program je složen z lekcí zaměřených na grafomotoriku, zrakovou percepci, sluchovou percepci, předmatematické představy a všeobecný přehled. Je cílený pro předškoláky či děti s odloženou školní docházkou (Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická, 2025).
- **Program na grafomotoriku:** jedná se o program cílený na posílení jemné motoriky a grafomotorických schopností. Během programu se terapeut zaměřuje na uvolnění jednotlivých kloubů, podporu správného úchopu a tlaku při psaní a rozvoj vizuomotorických dovedností (Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická, 2025).

- **Neuro-vývojová stimulace:** základem programu jsou jednoduché cviky, které vychází z nápodoby pohybu vyvolaného primárním reflexem. Celá terapie se odvíjí od vstupní diagnostiky, která vyšetřuje možnou přítomnost přetrvávajících primárních reflexů. Cílem terapie je podpořit správný psychomotorický vývoj dítěte (Ibrahimová, 2022).

4.8 Nejčastěji využívané pomůcky a materiály pro podporu rozvoje řeči, jazyka a komunikace

Vzhledem k široké škále vad a věkovým rozdílům disponuje logopedická mateřská škola bohatým výběrem různých nástrojů a materiálů, jejichž užití je přizpůsobeno individuálním potřebám jedince. Ty jsou systematicky rozřazeny hned do několika kategorií podle toho, co konkrétně rozvíjejí. Mezi hlavní oblasti patří: zraková percepce, sluchová percepce, slovní zásoba, předmatematické představy, grafomotorika, vnímání času, předložkové vazby, oromotorika a respirace.

Zmíněné oblasti jsou v MŠ rozvíjeny například pomocí následujících pomůcek:

- elektronické Albi tužky a k nim sada knih - rozvíjí sluchovou a zrakovou percepci, porozumění a logické myšlení.
- bzučák - používá se při nácviu rytmizace, rozkladu slov na slabiky a rozpoznávání dlouhých a krátkých samohlásek.
- Orffovy nástroje - set hudebních nástrojů, které rozvíjí sluchovou percepci.
- set duhových kamínků s předlohami a odlišnými velikostmi – rozvíjí zrakovou percepci a orientaci v prostoru.
- naučné hry značky Alexander: *Povím ti mami; Paměť 3D; Navlékej, Nečekej! Pexeso pro uši; Najdi maminku, Barvičky, Co jedí zvířátka* aj. - rozvíjí prostorovou orientaci, sluchovou a zrakovou percepci a paměť.
- rámeček značky Logico Piccolo - rozvíjí zrakové vnímání, prostorovou orientaci, logické myšlení, a představivost.
- obrázková hra LOTO - rozvíjí slovní zásobu a zrakové vnímání.
- špátle - na oromotorická cvičení a vyvozování hlásek.
- logopedický knoflík - na posilování retního závěru.
- pingpongový míček, papír, peří, bublifuk - používané na cvičení správné techniky dýchání.

Základní pomůckou pro pravidelnou logopedickou intervenci tvoří logopedický deník. Je to sešit, do kterého se zaznamenává diagnostika, individuální plán logopedické terapie a proces jejího plnění. Zapisují se do něj aktivity a průběh terapie z každého dne, vkládají se sem různé pracovní listy a obrázky a hodnotí se konkrétní úspěchy i nezdary dítěte. Zároveň je do deníku na každý víkend zadáno 5 úkolů od paní logopedky, které mají děti cvičit s rodiči. Společně s popisem zadaných cvičení půjčuje mateřská škola domů i logopedické pomůcky, které jsou pro dané aktivity potřeba. Logopedický deník tedy podporuje spolupráci a usnadňuje komunikaci mezi logopedem, školou a rodinou. Ve vybrané MŠ logopedické je obzvláště kladen důraz na participaci rodiny. Zároveň je díky logopedickému deníku možné pozorovat, jak se dítě vyvíjí a jakých pokroků dosahuje v různých oblastech.

Další základní logopedickou pomůckou je logopedické zrcadlo, které slouží především jako vizuální podpora při nácviku správného postavení mluvních orgánů.

Součástí vybavení jsou také různé pracovní listy a obrázkové piktogramy, které jsou kopírovány z různých publikací, například z knih *Diagnostika dítěte předškolního věku* a *Rozvoj grafomotoriky* od Bednářové a Šmardové, odlišná vydání knihy *Jazyk a řeč* od Svobodové nebo *Jazyk a řeč* od Kutálkové, dále z *Šimonových pracovních listů* nebo z materiálů programu *Logošik*.

4.9 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem empirické části práce bylo analyzovat průběh a realizaci logopedické intervence ve vybrané mateřské škole logopedické. Obecně lze konstatovat, že na logopedickou intervenci je v dané MŠ kladen veliký důraz. MŠ navštěvují děti s diagnózou NKS, proto se logopedická intervence zaměřuje na diagnostiku a terapii, kterou provádí paní logopedky. Činnost logopedické intervence, konkrétně logopedické terapie, je zajišťována každý všední den.

Na základě hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle, podle nichž byly formulovány výzkumné otázky. Ty jsou v následující podkapitole zodpovězeny.

4.9.1 Zodpovězení výzkumných otázek

1) Jak probíhá individuální logopedická intervence ve vybrané MŠ logopedické?

Podoba individuální logopedické intervence ve vybrané MŠ logopedické se odvíjí od specifických potřeb jedince s narušenou komunikační schopností. Pro nastavení efektivní

terapie NKS provádí školský logoped nejprve logopedickou diagnostiku. Ta vychází ze zpráv SPC, odborných vyšetření a testového materiálu vytvořeného MŠ. Vlastní testový materiál vyšetřuje dohromady 13 oblastí, kterými jsou: pragmatika, komunikace, porozumění, slovní zásoba, morfologie, syntax, orofaciální oblast, artikulace, sluchová percepce, paměť, myšlení, pozornost a grafomotorika.

Na základě vyhodnocení diagnostiky jedince je vytvořen plán vhodné terapie, který se zaměřuje na posílení oslabených oblastí. Individuální terapie probíhá každý den cca 15–20 min v samostatné místnosti, která je vybavena širokou škálou logopedických pomůcek. Vzhledem k tomu, že většina dětí v MŠ trpí vývojovou poruchou jazyka, lze sledovat určitý soulad mezi individuálními terapiemi.

Úvodní část je zaměřena na vytvoření příjemné atmosféry mezi dítětem a školským logopedem. Následně se s dítětem dělají cvičení na rozvoj oromotoriky, slovní zásoby, porozumění, orientace, sluchové a zrakové percepce. Během jedné terapie však není možné pokrýt rozvoj všech zmíněných oblastí a každá terapie se soustředí maximálně na dvě z nich.

Dále se logoped zabývá výslovností dítěte, kdy jsou v průběhu několika sezení postupně vyvozovány a fixovány ty hlásky, se kterými má dítě problém.

Terapie je završena pochvalou. Po odchodu dítěte si školský logoped zapisuje do logopedického deníku informace o proběhlém sezení a terapeutický plán na další individuální hodiny.

2) Jak probíhá skupinová logopedická intervence ve vybrané MŠ logopedické?

Skupinová logopedická terapie se ve vybrané MŠ uskutečňuje dvakrát až třikrát týdně, přičemž doba trvání je 1 hodina. Třída, do které chodí často 10–12 dětí, je rozdělena na dvě skupiny. Na rozdíl od individuální terapie, zaměřující se na konkrétní oslabené oblasti dítěte, je skupinová terapie cílená na rozvoj sociální stránky dítěte. Zároveň se posilují ty oblasti, které je potřeba u dané skupiny posílit. Jde většinou o aktivity rozvíjející jemnou motoriku a grafomotoriku. Při této terapii se pracuje dohromady s devíti terapeutickými programy (Instrumentální obohacování dle R. Feuersteina, Maxík, HYPO, SINDELAR, PIP, Fonematické uvědomování dle D. B. ELKONINA, Myofunkční terapie, Program na grafomotoriku a Neuro-vývojová stimulace).

3) Jaké pomůcky a materiály jsou při logopedické intervenci ve vybrané MŠ logopedické nejčastěji využívány?

Mezi nejčastěji využívané logopedické pomůcky patří zejména: logopedické zrcadlo a logopedický deník. Dle věku a diagnózy dítěte se dále používají pomůcky na rozvoj oslabených oblastí ovlivňujících vývoj řeči a jazyka dítěte, které byly zmíněny v kapitole 4.8.

Vzhledem k tomu, že práce s dítětem musí probíhat zábavnou formou, uplatňují se některé pomůcky častěji než jiné, jelikož jsou pro dítě „atraktivnější“. Jedná se zejména o set duhových kamínků, elektronické Albi tužky a naučné hry značky Alexander. Stejně často se využívá obrázkových piktogramů a pracovních listů, a to jak při individuální i skupinové logopedické intervenci.

4.10 Limity výzkumu

Přestože byly všechny stanovené cíle splněny, výsledky šetření nelze aplikovat na všechny mateřské školy logopedické. Výzkum byl totiž proveden pouze v jednom zařízení tohoto typu. Zároveň se podoba logopedické intervence ve vybrané MŠ odvíjela od individuálních potřeb konkrétních dětí a odborného přístupu konkrétního logopeda, což dále znemožňuje zobecnění výsledků na všechny mateřské školy logopedické. Časové omezení sběru dat představuje další limit generalizování výsledků, jelikož výzkum probíhající v konkrétním období nemusel plně zachytit dlouhodobý průběh a realizaci logopedické intervence.

4.11 Porovnání se zahraničními studii

Pro podrobnější zkoumání problematiky logopedické intervence u předškolních dětí s NKS je přínosné porovnat výsledky výzkumného šetření bakalářské práce s relevantními zahraničními studii. Jako příklad lze uvést studii od autorky Shaaban (2024). Ta zkoumala efektivitu logopedické intervence u dětí předškolního věku s opožděným vývojem řeči, přičemž se zaměřila na její vliv na rozvoj slovní zásoby a rozvoj pragmatické stránky jazyka. Data byla získána prostřednictvím rozhovorů s rodiči a klinickými logopedy vybraných dětí. Po analýze dat došla autorka k závěru, že logopedická intervence má nepopíratelně pozitivní vliv na rozvoj řeči, jazyka a komunikace dítěte. Důležitým faktorem úspěšné logopedické intervence je dle autorky úzká spolupráce logopeda, rodiče a pedagoga. Dále se ukázalo, že děti vykazovaly nejvyšší míru spolupráce při logopedické intervenci, která byla prezentována hravou formou. Při porovnání uvedené studie s bakalářskou prací

se potvrdilo, že mezi klíčové faktory efektivní logopedické intervence patří aktivní zapojení rodiny a využívání metod, které jsou pro dítě zábavné a motivující.

Druhou studií je práce, kterou zpracovaly Leila Begic, Mirela Duranovic, Mirza Sitarevic a Fata Becirbasic (2021). Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký má logopedická terapie vliv na rozvoj dítěte. Výzkum probíhal 6 měsíců, kdy na začátku bylo provedeno vyšetření dítěte, které zahrnovalo analýzu anamnestických dokumentů, rozhovor s rodiči a hodnocení řečových a jazykových schopností. Poté byla nastavena individuální logopedická terapie probíhající jednou týdně po dobu 60 minut. Terapie se zaměřovala na rozvoj jemné a hrubé motoriky, rozvoj řeči, sociálních dovedností a kognitivních schopností. Stejně jako v předešlé studii, i zde výsledky ukázaly, že logopedická intervence má jednoznačně příznivý dopad na rozvoj řeči/jazyka a komunikace dítěte. Při porovnání uvedené studie s bakalářskou prací se potvrdilo, že pro dosažení rozvoje řeči, jazyka a komunikace je klíčové nastavit individuální dlouhodobou logopedickou terapii, která se komplexně zaměřuje na rozvoj složek souvisejících s těmito schopnostmi.

4.12 Doporučení pro praxi

Výsledky výzkumné části bakalářské práce vedou k následujícím doporučením pro praxi.

Při rozvoji řeči, jazyka a komunikace je nutné podporovat nejen samotnou řeč, ale zároveň i všechny faktory, které na její rozvoj mají vliv. Mateřské školy by tudíž měly implementovat široký výběr aktivit pro rozvoj všech potřebných oblastí dítěte.

Kvalitní logopedická intervence by měla být dostupná pro všechny děti, přičemž u dítěte s intaktním vývojem řeči, jazyka a komunikace by se měl klást důraz na efektivní primární logopedickou prevenci. Naopak u dítěte s NKS je zcela zásadní komplexní logopedická diagnostika, včasná a intenzivní terapie a terciární logopedická prevence.

Logopedickou intervencí lze považovat za efektivní v individuální i skupinové formě. Při skupinové logopedické intervenci je přínosné využití programů jako je Maxík, Instrumentální obohacování dle R. Feuersteina, HYPO, SINDELAR, Fonematické uvědomování dle D. B. ELKONINA, Myofunkční terapie, PIP, Program na grafomotoriku, Neuro-vývojová stimulace aj. Zároveň je žádoucí, aby pedagogičtí pracovníci získali potřebné vzdělání a proškolení v oblasti těchto programů.

Závěrem je vhodné poukázat na význam spolupráce všech zúčastněných aktérů při logopedické intervenci, zejména pak aktivního zapojení rodiny do terapeutického procesu.

Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo analyzovat průběh a realizaci logopedické intervence ve vybrané MŠ logopedické.

Teoretická část zahrnuje 3 hlavní kapitoly, kterými jsou ontogenetický vývoji řeči, narušená komunikační schopnost a logopedická intervence. Zmíněné kapitoly obsahují další podkapitoly, které téma podrobněji rozvádějí.

Mimo již zmíněný hlavní cíl byly v praktické části stanoveny cíle dílčí, a to: zmapovat proces individuální logopedické intervence v konkrétní MŠ logopedické, zmapovat proces skupinové logopedické intervence v konkrétní MŠ logopedické a popsat nejčastěji používané logopedické pomůcky a materiály při logopedické intervenci.

Ve vybrané mateřské škole logopedické probíhalo šetření kvalitativním způsobem, konkrétně sběr dat pomocí zúčastněného pozorování logopedické intervence a analýzy dokumentace. Na základě analýzy získaných dat byl podrobně popsán průběh individuální a skupinové logopedické intervence a vytvořen seznam nejpoužívanějších logopedických pomůcek a materiálů při logopedické intervenci.

Cíle práce byly naplněny. Podařilo se pečlivě analyzovat a popsat průběh a realizaci logopedické intervence ve vybrané MŠ logopedické. Nejprve se zde na začátku září provádí důkladná diagnostika dítěte. Ta vychází ze zpráv SPC, odborných lékařských vyšetření a z vlastního diagnostického materiálu. Na výsledky diagnostiky navazuje poté logopedická terapie. Ta je ve vybrané MŠ realizována skrze individuální a skupinová sezení. Individuální logopedická terapie probíhá každý den v intervalu 15–20 minut a její průběh se odvíjí od konkrétních potřeb dítěte. Většina individuální terapie se soustředí na rozvoj oslabených oblastí jedince. Posilována je mimo jiné složka zrakové a sluchové percepce, prostorové orientace, porozumění a slovní zásoby. Skupinová logopedická terapie probíhá v MŠ dvakrát až třikrát týdně, přičemž v jedné skupině je polovina počtu celé třídy. Při této terapii se rozvíjí především sociální složka dítěte společně s dalšími oblastmi, jako jsou většinou jemná motorika a grafomotorika. U skupinové terapie se pracuje s terapeutickými programy, které vybraná MŠ nabízí.

V konkrétní MŠ logopedické se klade důraz na to, aby práce s dítětem probíhala hravou formou. Z tohoto důvodu je možné zaznamenat široký výběr logopedických pomůcek, které je možné kategorizovat podle věku a oblasti, kterou rozvíjí.

Mimo cílenou logopedickou terapii dochází v dané MŠ k rozvoji řeči a jazyka skrze další aktivity, které jsou zařazeny do denního režimu školy. Jako příklad lze uvést hudebně-pohybovou chvíli, při které se u dětí rozvíjí sluchová percepce společně s hrubou motorikou a prostorovou orientací. Do denního programu jsou rovněž zahrnuty odpolední zájmové kroužky (např. keramika, sportovní hry, výtvarná výchova aj.), které dále přispívají k rozvoji dítěte.

Bakalářská práce může být užitečným zdrojem informací pro studenty speciální pedagogiky, logopedie či pedagogiky předškolního věku. Zároveň může sloužit jako inspirace pro mateřské školy (nejen MŠ logopedické), jak koncipovat efektivní logopedickou intervenci v předškolním vzdělávání.

Seznam zkratek

ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou

MKN-11 - mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize

MŠ - mateřská škola

MŠMT - ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NKS - narušená komunikační schopnost

NVP - neurovývojové poruchy

PAS - porucha autistického spektra

RVP PV - rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

SPC - speciálně pedagogické centrum

ŠVP - školní vzdělávací program

VPJ - vývojová porucha jazyka

VVD - vývojová verbální dyspraxie

ZŠ - základní škola

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta, 2015. *Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0658-1.
- ČERVENKOVÁ, Barbora, 2019. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2054-3.
- ČERVENKOVÁ, Barbora, 2022. *Vývojová verbální dyspraxie*. Brno: Erithacus. ISBN 978-80-908702-0-8.
- DLOUHÁ, Olga, 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.
- DVOŘÁK, Josef, 2003. *Vývojová fonologická porucha. Logopaedia clinica*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-4-4.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2016. *Vady řeči u dětí: Návod pro praxi*. Pedagogika. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9292-2.
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Pedagogika. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, Jiřina, BOČKOVÁ, Barbora a BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie: Text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2009. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-598-7.
- LECHTA, Viktor, 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, Viktor, 2003. *Metody logopedické intervence*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 37-42. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, Viktor, 2003. *Základní vymezení oboru logopedie*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 17-29. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, Viktor, 2010. *Koktavost – integrativní přístup*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-643-8.

- MOŠKURJÁKOVÁ, Zuzana a NEUBAUER, Karel, 2018. *Vývoj řeči a opožděný vývoj řeči*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 254-268. ISBN 978-80-262-1390-1.
- NEUBAUER, Karel, 2011. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-118-2.
- NEUBAUER, Karel, 2018. *Vývoj a současnost oboru klinická logopedie*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 20-41. ISBN 978-80-262-1390-1.
- NEUBAUER, Karel, 2018. *Vývojové a přetrvávající poruchy artikulace a fonologického rozlišování hlásek*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 316-340. ISBN 978-80-262-1390-1.
- OCHRANA, František, 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4200-0.
- POSPÍŠILOVÁ, Lenka, 2018. *Vývojová dysfázie*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 283-314. ISBN 978-80-262-1390-1.
- PREISSOVÁ, Irena, 2018. *Mutismus*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 525-535. ISBN 978-80-262-1390-1.
- SMOLÍK, Filip a SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, Gabriela, 2015. *Vývoj jazykových schopností: v předškolním věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9631-4.
- ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Vývojová dysfázie*. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 106-141. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

Elektronické zdroje

11. REVIZE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (MKN-11), 2025. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Online. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs>. [cit. 2025-04-07].

BEGIC, Leila, DURANOVIC, Mirela M., SITAREVIC, Mirza, BECIRBASIC, Fata, 2021. The influence of speech therapy treatment on the developmental abilities of preschool children. Online. *Research Gate*. Vol. 11, no. 2, p. 113-119. Dostupné z: <https://doi.org/10.21554/hrr.092107>. [cit. 2025-04-12].

BOYLE, Jameson, 2011. Speech and language delays in preschool children. Online. *The BMJ Publishing Group*. Vol. 343, p. 1-2. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.d5181>. [cit. 2025-02-03].

BUNTOVÁ, Dana a MOCSÁRI, Kristína, 2019. Fonologické poruchy a ich diagnostika v slovenských podmienkach. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 3, č. 1, s. 3-7. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2019.002>. [cit. 2025-02-05].

CHATGPT, 2025. *OpenAI*. Online. Dostupné z: <https://chat.openai.com/> [cit. 2025-04-11].

ČINNOSTI MATEŘSKÉ ŠKOLY. *Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická*. Online. Dostupné z: <https://www.donbosco.cz/index.php/mate-rska-skola/cinnosti-materske-skoly/>. [cit. 2025-04-08].

VOSTRÝ, Michal, PEŠATOVÁ, Ilona, LANKOVÁ, Barbora, FLEISCHMANN, Otakar, JELÍNKOVÁ, Jaroslava et al., 2023. Combination therapy for patients with a developmental dysphasia: selected approaches based on special education, rehabilitation and psychology in a systematic case study. Online. *Neuro Endocrinology Letters*. Vol. 44, no. 8, p. 517-527. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/376807312_Combination_therapy_for_patients_with_a_developmental_dysphasia_selected_approaches_based_on_special_education_rehabilitation_and_psychology_in_a_systematic_case_study. [cit. 2025-04-07].

HAZEL, Roddam a SKEAT, Jemma, 2020. Best practice in working with children who have developmental language disorder: a focused review of the current research evidence base. Online. *Listy klinické logopedie*. Vol. 4, no. 1, p. 72-78. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2020.014>. [cit. 2025-02-16].

- CHILDHOOD APRAXIA OF SPEECH, 2023. *Mayo Clinic*. Online. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/childhood-apraxia-of-speech/symptoms-causes/syc-20352045>. [cit. 2025-03-15].
- IBRAHIMOVÁ, Petra, 2022. *Program HYPO*. Online. Dostupné z: <https://www.petraibrahimova.cz/program-hypo/>. [cit. 2025-04-08].
- JANÁK, Dušan, 2017. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Online. Opava, s. 5-120. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/fvp/zima2019/UPPVFK019/um/skripta_2017_METODY_A_TECHNIKY_SOCIALNIHO_VYZKUMU_2017_nova_akreditace.pdf. [cit. 2025-04-08].
- LEBARTON, Eve Sauer a IVERSON, Jana M, 2016. Associations between gross motor and communicative development in at-risk infants. Online. *Infant behavior & development*. Vol. 44, p. 59-67. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.05.003>. [cit. 2025-02-16].
- NEUROVÝVOJOVÉ PORUCHY, 2025. *Národní zdravotnický informační portál*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1334>. [cit. 2025-04-07].
- PARENTI, Ilaria, RABANEDA, Luis G, SCHOEN, Hanna a NOVARINO, Gaia, 2020. Neurodevelopmental Disorders: From Genetics to Functional Pathways. Online. *Trends Neurosci*. Vol. 43, no. 8, p. 608-621. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.05.004>. [cit. 2025-03-15].
- POLL SHOWS INCREASES IN HEARING, SPEECH, AND LANGUAGE REFERRALS, MORE COMMUNICATION CHALLENGES IN YOUNG CHILDREN, 2023. *American Speech-Language-Hearing Association*. Online. Dostupné z: <https://www.asha.org/news/2023/poll-shows-increases-in-hearing-speech-and-language-referrals-more-communication-challenges-in-young-children/?srsltid=AfmBOopfAtMknVFMQlzpPczAcuM39O1osA2xaq-LjwMBZqg56Lp-YJiv>. [cit. 2025-04-13].
- POSPÍŠILOVÁ, Lenka, 2018. Vývojové poruchy řeči/jazyka/komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch-aneb jak na háďata v mozku. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 2, č. 1, s. 39-44. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2018.009>. [cit. 2025-03-15].

PREISSOVÁ, Irena, 2013. Vývojové poruchy řeči. Online. *Pediatric pro praxi*. Roč. 14, č. 4, s. 242-243. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/08.pdf>. [cit. 2025-02-18].

REVIZE RÁMCOVÝCH VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ: PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 2025. *Národní pedagogický institut České republiky*. Online. Dostupné z: <https://prohlednout.rvp.cz/predskolni-vzdelavani>. [cit. 2025-04-07].

RICHTROVÁ, Barbora, 2023. Selektivní mutismus – optikou současnosti. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 7, č. 2, s. 27-33. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2023.021>. [cit. 2025-03-15].

RICHTROVÁ, Barbora, 2021. Vývojová porucha plynulosti řeči v předškolním věku - případová studie. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 5, č. 1, s. 31-36. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2021.010>. [cit. 2025-03-15].

VACKOVÁ, Lenka, 2019. Vývojová dysfázie – diagnostická východiska z praxe klinického logopeda a psychologa. Online. *Listy klinické logopedie*. Roč. 3, č. 1, s. 36-42. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2019.008>. [cit. 2025-03-15].

SHAABAN, Tahany S., 2024. The Effectiveness Of Speech-Language Intervention On Expressive Vocabulary And Social Communication In Preschool-Aged Children With Language Delay. Online. *Research gate*. p. 39-64. Dostupné z: <https://doi.org/10.34120/0085-038-150-009>. [cit. 2025-04-12].

Vyhláška č. 197/2016 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky. *Zákony pro lidi*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>. [cit. 2025-04-07].

Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, 2016. *Zákony pro lidi*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>. [cit. 2025-04-07].

Zákon č. 183/2023 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 2023. *Zákony pro lidi*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-183>. [cit. 2025-04-13].

Zákon č. 561/2004 Sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2004. *Zákony pro lidi*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>. [cit. 2025-04-07].

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

V rámci zpracování mé bakalářské práce na téma Logopedická intervence v mateřské škole logopedické byla využita v omezené míře umělá inteligence, konkrétně model ChatGPT-4 od společnosti OpenAI. Umělá inteligence byla využita pouze k účelům drobných jazykových korektur. AI nebyla nikdy využita k vytváření obsahu, výsledků ani závěrů práce.