



Univerzita Karlova V Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**DÍTĚ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ
SCHOPNOSTÍ V MATĚŘSKÉ ŠKOLE**

(A child with comunicative disability in nursery school)

Vypracovala: Andrea Němečková

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Jiřina KLENKOVÁ, Ph.D**

AKADEMICKÝ ROK 2013/2014

Prohlašuji, že jsem Bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím níže uvedené literatury a za pomoci vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Jiřiny KLENKOVÉ, Ph.D.

.....

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D za její vstřícné a podnětné vedení mé bakalářské práce.

.....

Název:

Dítě s narušenou komunikační schopností v mateřské škole

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku. Cílem práce je na podkladu teoretických znalostí analyzovat stav narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku a dále zhodnotit stav poskytování logopedické péče a úroveň kvalifikace učitelek v mateřské škole v logopedické problematice. Práce je rozdělena do čtyř částí, přičemž první tři jsou teoretické a čtvrtá část je věnována výzkumu. V teoretických částech jsou vymezeny základní termíny, ontogenetický vývoj dítěte, předškolní vzdělání a následně jednotlivé druhy narušené komunikační schopnosti. V empirické části je popsáno šetření a jeho výsledky.

Klíčová slova:

řeč, jazyk, komunikace, vývoj řeči, narušená komunikační schopnost, dítě předškolního věku, logopedická intervence

Title:

A child with communicative disability in nursery school

Abstract:

This bachelor thesis deals with disrupted communication skills on preschool age children. Main goal in this thesis is to analyze the condition of disrupted communication skills on preschool age children on theoretical material and to further evaluate the state of providing logopaedic care and measure qualification level of teachers in nursery schools on logopaedic issue. This thesis is divided into four chapters. First three are theoretical and the fourth is devoted to research. Theoretical parts define basic terms, child ontogenetic development, preschool education and subsequently various types of disrupted communication skills. Empirical part describes research and results of the research.

Keywords:

speech, language, communication, speech development, communicative disability, preschool child, speech therapy

OBSAH:

ÚVOD:	7
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	9
1.1 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE	9
1.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	12
1.3 POSKYTOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE.....	14
2 DÍTĚ V PŘEDŠKONÍM VĚKU	17
2.1 ONTOGENETICKÝ VÝVOJ ŘEČI	17
2.1.1 <i>Vývoj řeči</i>	18
2.1.2 <i>Jazykové roviny v ontogenezi řeči</i>	22
2.2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	24
3 DRUHY NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	28
3.1 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI (OVŘ).....	28
3.2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	28
3.3 DYSLALIE (PATLAVOST)	31
3.4 MUTISMUS	34
3.5 RINOLALIA (HUHŇAVOST)	35
3.6 BALBUTIES (KOKTAVOST).....	37
3.7 TUMULTUS SERMONIS (BREPTAVOST)	39
4 VÝZKUM	41
4.1 CÍLE VÝZKUMU A METODOLOGIE	41
4.2 MÍSTO ŠETŘENÍ	42
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	42
4.4 ŠETŘENÍ.....	42
4.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	43
4.6 ZÁVĚRY EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	49
5 ZÁVĚR	51
6 SEZNAM PŘÍLOH	53
7 POUŽITÁ LITERATURA	54
8 PŘÍLOHY	57

ÚVOD:

Schopnost řečové komunikace patří mezi základní lidské vlastnosti. V dnešní době je řeč nejzákladnější dorozumivací prostředek. Spoustě lidí se může zdát, že řeč je pro lidi samozřejmostí, ale zdání klame. Řeči se děti učí velmi složitým procesem, přičemž se stále častěji objevuje narušení v některé jeho části. Narušená komunikační schopnost může vést ke ztížené sociální interakci nebo k problémům ve vzdělávání. Díky častému výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku se vyvinula síť péče a podpory pro tyto osoby nazývaná logopedie.

Pro častý výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí před nástupem do základní školy a pro její dopad, jsem si zvolila tuto speciálně pedagogickou bakalářskou práci se zaměřením na logopedii. K této problematice mám blízko i díky rodinné vazbě na mateřskou školu.

Za cíl práce je kladeno teoretické seznámení s problematikou narušené komunikační schopnosti, s vývojem řeči, výchovou a vzděláváním dětí v mateřské škole a poskytováním logopedické intervence. Tyto poznatky pak v empirické části využít při zjišťování stavu narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku a stavu poskytování logopedické intervence v daném šetření.

Tato práce je rozdělena do čtyř částí. První tři části jsou teoretické a poslední, čtvrtá část, se zabývá výzkumem. Celá práce se bude zabývat problematikou narušené komunikační schopnosti u dětí předškolním věku.

V teoretické části, která má tři hlavní kapitoly, se budu zabývat vymezením pojmů jako řeč, jazyk, komunikace a další. Ve druhé kapitole pojednávám o dítěti v předškolním věku, o vývoji řeči a výchově a vzdělávání v mateřské škole. A ve třetí kapitole se zabývám nejčastějšími druhy narušené komunikační schopnosti, které se u dětí vyskytují.

Ve čtvrté, empirické, části se věnuji výzkumnému šetření, které se zabývá analýzou stavu narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku. Dále zhodnotím stav poskytování logopedické péče a úroveň kvalifikace učitelek v mateřské

škole v logopedické problematice. Empirická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, k získání dat je použit anonymní dotazník.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 KOMUNIKACE A KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE

Ještě před samotným definováním komunikace je třeba si objasnit pojmy, se kterými se v oblasti komunikace operuje, **jazyk a řeč**.

Řeč má mnoho různých definic, podle hledisek náhledu na ní. Všechny se, ale shodují, že řeč je specificky lidská vlastnost. Řeč jako taková je prostředkem komunikace, spolupráce, utváření sociálních vztahů a také nástrojem myšlení.

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“ (Jedlička, I., in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 93). *„Biologickou vlastnost“*, tedy předpoklad řeči, který máme vrozený, a který je třeba rozvíjet pomocí interakce matka-dítě. Matka na dítě působí od narození do dospělosti, nejen verbálním projevem, ale i mimikou a dalšími projevy.

Řeč a jazykové schopnosti jsou vázány výlučně na člověka, ten se ovšem řeči musí učit od svého mluvícího okolí. Lidský jedinec si přináší na svět schopnost naučit se mluvit, není-li tato schopnost ale včas aktivována, řeč se nevyvine (Vyštejn, J., 1995). Vyštejn mimo faktu, že je řeč vázána na člověka, zmiňuje i problematiku působení na dítě, jinak se řeč nevyvine. Raný vývoj řeči je podmíněn a ovlivněn motorikou, vnímáním a sociálním prostředím. Pokud bude narušen vývoj některé z této oblastí, promítne se pravděpodobně i do vývoje řeči.

„Řeč má pro vývoj jedince mimořádný význam, protože ovlivňuje kvalitu myšlení, poznávání, učení, jeho orientaci a fungování v lidském společenství.“ (Bednářová, J., Šmardová, V., 2011, s. 30)

Jazyk je nejdokonalejší a nejužívanější prostředek lidského dorozumívání. Je to organizovaný systém závazných a ustálených znaků a pravidel. Jazyk je vázán na určité společenství.

Řeč i jazyk spolu vzájemně korespondují, bez znalosti (českého) jazyka nemůže člověk promluvit (řeč). Jazyk je vázán na společenství, kdežto řeč na osobnost člověka.

Schopnost řečové **komunikace** patří mezi základní vlastnosti lidské bytosti, bez které si život neumíme ani představit. Komunikace je projev, který nás pojí s jinými lidmi a slouží k výměně informací a navazování kontaktů. Můžeme ho také chápat jako interakci mezi dvěma a více lidmi. Vymezení termínu komunikace je velmi složité, jelikož zasahuje do mnoha vědních disciplín, např.: pedagogika, psychologie, sociologie, antropologie, lingvistika, kybernetika a další. Termín komunikace pochází z lat. *communicatio*- *spojení, přenos*. Komunikace je proces, který nás obklopuje neustále, i když si myslíme, že právě nekomunikujeme, nebo se snažíme nekomunikovat, komunikujeme právě tím. „*Člověk tedy komunikuje už samotnou existencí, svojí vlastní podstatou. Nepřetržitě o sobě vysílá informace (a tedy komunikuje) fakticky už tím, že je, a tím, jakým- pro každého člověka specifickým- způsobem existuje.*“ (V. Lechta in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 17).

V. Lechta (2002, s. 13) definuje komunikaci také: „...*jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách.*“

Komunikace jako proces sdělování a dorozumívání můžeme dělit do dvou úrovní, a to na komunikaci **verbální a neverbální**.

Verbální komunikace (slovní) se projevuje mluvenou nebo psanou řečí a patří mezi základní lidské vlastnosti. Není samozřejmostí, že lidé umí mluvit, máme pouze vývojově uzpůsobenou stavbu těla a vrozené nadání pro řeč. Mluvená komunikace je doprovázena paralingvistickými jevy, které podstatnou měrou ovlivňují význam a smysl komunikace. Tyto jevy se dají zařadit také do komunikace neverbální (např. J. Klenková 2000). Mezi tyto jevy patří hlasitost projevu, výška tónu hlasu, barva hlasu a intonace, emoční zabarvení projevu, kvalita řeči, plynulost a rychlost řeči a chyby v projevu. Také písemná komunikace vyžaduje zřetelnost, úplnost, stručnost, správnost a zdvořilost.

Neverbální komunikace (nonverbální, mimoslovní, nebo také řeč těla) je vývojově mnohem starší než komunikace verbální. Doprovází verbální projev člověka. Z výzkumů, ale vyplývá, že neverbální komunikace je důležitější složkou komunikace.

Slouží k vyjádření mezilidských vztahů a emocí. „*Neverbální chování podléhá společenskému kodexu dané společnosti a vykazuje, co do provedení, četnosti a významu nonverbálních projevů značné individuální, interkulturní, etnické, mezinárodní a geografické odlišnosti. Například srkání či mlaskání při jídle u nás považované za projev neslušnosti je pro sinajské národy výrazem úcty k hostiteli a výrazem spokojenosti hostů, že jim pokrm opravdu chutná.*“ (Klenková, J. 2006, s. 31-32). Neverbální komunikace rozlišuje dva druhy úkazů, které využívá. Jsou to fenomény paralingvistické (vokální) a extralingvistické (nevokální). Paralingvistické fenomény viz. verbální komunikace. Fenomény extralingvistické jsou: gestika (gesta), haptika (doteky), mimika (výraz obličeje), posturologie (postoje), proxemika (vzdálenost komunikačního partnera) a vizika (oční kontakt).

Verbální komunikace dnes nabývá na důrazu a stává se hlavním dorozumivacím prostředkem mezi lidmi, ať už z důvodu přibývajících techniky, kdy není zapotřebí vidět mluvčího, nebo z důvodu neustálého spěchu, kdy člověk nemá ani čas osobně si popovídat s přítelem. Neverbální komunikace se tak stává pouze doplňkem a je stále obtížnější dekodovat postoj mluvčího.

Komunikační kompetence je soubor jazykových znalostí a dovedností, které umožní mluvčímu realizovat různé komunikační cíle a to tak, aby korespondovaly se situací a charakterem posluchačů. Jsou to tedy prostředky, které mluvčí využije k dosažení komunikačního cíle. Komunikační kompetence se snaží, aby si mluvčí i posluchač vzájemně rozuměli. Aby se tak stalo, musí mít oba zúčastnění znalosti sociálních a komunikačních norem dané společnosti.

Jelikož se tato práce zabývá problematikou narušené komunikační schopností u dětí v předškolním věku, měly bychom zde nastínit **rozvoj komunikačních kompetencí** v tomto období. M. Vágnerová (2012) podotýká, že dítě v předškolním věku dokáže srozumitelně vyjádřit, co potřebuje a respektuje u toho většinu komunikačních pravidel, i když některá si osvojí později. Problém v komunikaci předškoláka může být v jeho kognitivním egocentrismu. Dítě běžně zapomene zmínit nějaký fakt, protože je pro něj samozřejmý. Děti v komunikaci vycházejí z vlastní zkušenosti, a proto může být jejich sdělení pro partnera sdělením nesrozumitelným.

Kolem pátého roku začíná být vyjádření dítěte koherentnější, bývá často formou krátkého vyprávění. Vágnerová, M. (2012) dále zmiňuje, že dítě kolem čtvrtého roku je schopno rozlišit svůj projev podle druhu svého komunikačního partnera. V *komunikaci s dospělými* dítě používá zdvořilejší a obsáhlejší způsob vyjadřování. Bývá to z důvodu korekce rodičů a ochoty dospělých poslouchat. V *komunikaci s vrstevníky* bývají děti stručnější. Často se stává, že místo dialogu jsou vedeny dva monology, jelikož si ne vždy uvědomují, že jeho partner neposlouchá. Při této komunikaci se také vyskytuje egocentrická komunikace, dítě si myslí, že posluchač zaujímá stejný názor. Při *komunikaci s mladšími dětmi* se dokážou starší předškoláci přizpůsobit možnostem komunikačního partnera. Používají kratší věty a snaží se vysvětlovat.

1.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Termín narušená komunikační schopnost (NKS) nahradil v moderní logopedii pojmy jako poruchy řeči, vady řeči, řečové postižení, či poruchy jazyka nebo vady jazyka. Starší termíny nezahrnovaly komplexní problematiku. V předchozí kapitole bylo zmíněno, že řeč je veskrze individuální, a proto se nemůže jednat o vady řeči, s ohledem na individualitu jedince, ale termín řeč je zde nahrazen pojmem komunikace, jakožto pojem nadřazený. Narušená komunikační schopnost se tedy nezabývá pouze narušením komunikace v oblasti foneticko-fonologické, ale i v ostatních jazykových rovinách (viz kap. 2.1.2.). Dobré je také zmínit, že slovo *narušená* komunikace je výstižnější než porucha, vada či defekt. Dává nám naději na nápravu do normálního stavu, není definitivní.

Hodnocení NKS není jednoduchou záležitostí, jelikož je odvozována od normy a tu není lehké určit. Musíme brát v úvahu jazykové prostředí, ze kterého klient přichází. Věk dítěte zase může hrát roli, zda se jedná o fyziologickou vlastnost, nebo už o patologii. Například Klenková, J. (2006) uvádí, že u dětí do 4. let věku se objevuje fyziologický dysgramatismus. Pokud by se ale objevoval déle, je dobré navštívit specialistu. V. Lechta (in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007) předkládá stavy, které se za NKS **nepovažují**: *fyziologická nemluvnost* (nemluví-li dítě do 1. roku), *vývojová dysfluence* (= *neplynulost*, normální okolo 3. roku), tzv. *fyziologickou dyslalii* (jde-li o

jednoduchou dyslalií bez vážných orgánových odchylek, poruch sluchu atd., asi do 5. roku dítěte) a *fyziologický dysgramatismus* (do 4. roku dítěte).

Na hodnocení NKS se můžeme dívat z několika hledisek. Podle **způsobu a průběhu komunikování** může být narušena jen složka *verbální* či *neverbální*, nebo *řečová produkce*, či *porozumění řeči*. Z **časového hlediska** rozlišujeme, zda NKS vznikla v *prenatálním období* (před narozením), *perinatálním* (během porodu), *nebo postnatálním období* (po narození) a zda se jedná o vadu *vrozenou* (vady řeči, např.: rozštěpy) nebo *získanou* (poruchy řeči po úrazech, např.: při nádorových onemocněních...). Z **hlediska etiologického** vydělujeme NKS *orgánové* (při poškození mozku) a *funkční* (jako důsledek neurotizace). Z **hlediska rozsahu** mluvíme o NKS *totální* (úplné) nebo *parciální* (částečné). Dalším hlediskem je **uvědomění si**. Jedná se o to, zda si člověk s NKS uvědomuje nebo neuvědomuje své znevýhodnění. Klenková, J. (2006) uvádí, že člověk s breptavostí si nemusí uvědomovat svůj nedostatek. Dále se hodnotí, zda je NKS dominantním příznakem, jedná-li se tedy o *primární poruchu řeči*, nebo jako symptom jiných dominujících postižení. Potom se jedná o *symptomatické poruchy řeči*.

Lechta (in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007) sestavil klasifikaci NKS podle symptomatického dělení do 10 základních kategorií. Příklady uvedené v závorkách Klenková, J. (2006)

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie);
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie);
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties);
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
7. narušení grafické stránky řeči;
8. symptomatické poruchy řeči;
9. poruchy hlasu;
10. kombinované vady a poruchy řeči.

Bližší charakteristika některých druhů NKS je v kapitole 3.

1.3 POSKYTOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE

V předchozích kapitolách bylo nastíněno, že není jednoduché volit nějaký termín, který by byl co nejužitečnější a pojal celou problematiku. Stejně je to i u pojmu logopedická intervence, který do logopedické terminologie přináší Lechta. Patří pod něj stávající termíny *logopedická péče, terapie, výchova řeči, rozvoj, výchova a vzdělávání, logopedická činnost* apod. Termín *logopedická intervence*, neboli zákrok v něčí prospěch, chápeme jako činnost logopeda ve všech jejích oblastech. „*Logopedická intervence je v tomto chápání specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s cílem: identifikovat NKS; eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS; předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).*“ (V. Lechta in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 37). Logopedická intervence je tedy chápána jako složitý multifaktoriální proces, který pro dosažení zmíněných cílů, se realizuje na třech úrovních: *logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence.* (Klenková, J., 2006)

Logopedická intervence se v České republice realizuje v kompetenci tří rezortů: ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), ministerstva zdravotnictví (MZ) a ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Dále je po roce 1989 možné působit i v nestátním sektoru formou soukromých praxí, nadačních a charitativních organizací.

V **resortu školství** je logopedická péče zajišťována následujícími odborníky: *logopedickým preventistou*, bývá to středoškolsky vzdělaná učitelka mateřské školy, která absolvovala kurz logopedické prevence. Pracuje s dětmi s NKS, ale i s dětmi intaktními, v rámci své pracovní náplně. Další osobou, která se podílí na péči o děti s NKS je *logopedický asistent*, který absolvoval vysokoškolské bakalářské studium speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace. Logopedický asistent pracuje pod vedením klinického logopeda. Dalším stupněm ve vzdělání je *speciální pedagog*. Je to učitel, který má státní závěrečnou zkoušku z logopedie. Jeho působení se nevztahuje jen na běžnou mateřskou nebo základní školu, ale může pracovat v různých podpůrných pracovištích, jimiž se zabývají: *vyhláška č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláška č. 73/2005 Sb. O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a jejich novely č. 114/2011 a č. 147/2011.*

Vyhláška č. 72/2005 Sb. upravuje činnost školských poradenských pracovišť. Jsou to pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně-pedagogická centra (SPC) zřízená při školách. V této vyhlášce jsou podrobně vypsány veškeré činnosti, které nabízí SPC pro osoby s NKS. Například je to: „ a) *logopedická diagnostika a depistáž poruch komunikace, b) zpracování anamnézy, c) zpracování programů logopedické intervence, d) aplikace logopedických terapeutických postupů...*“ (příloha číslo 2. k vyhlášce č. 72/2005 Sb., s. 495). Druhá vyhláška upravuje možnosti vzdělávání osob se zdravotním znevýhodněním. Pro osoby s narušenou komunikační schopností je to možnost integrace v běžné mateřské a základní škole, dále možnost získání asistenta pedagoga, nebo u dětí, které potřebují každodenní logopedickou péči, zařazení do speciální školy. Školy pro děti s NKS jsou stanoveny následovně: „...e) *mateřská škola logopedická, základní škola logopedická,...*“ (vyhláška č. 73/2005 Sb., s. 504). Novely těchto vyhlášek upravují hlavně § 1 odstavec 4 a 5. Změny se týkají pravidel pro zahájení poskytování poradenství, a to nejdéle do 3 měsíců od podání žádosti. Stanovují také délku platnosti doporučení o zařazení žáka do školy nebo vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením. Tato platnost je maximálně 1 rok.

V rezortu zdravotnictví je logopedická intervence poskytována nejenom dětem, ale i dospělým a osobám ve stáří. Péči poskytují *logopedi a kliničtí logopedi* ve státních i soukromých logopedických ambulancích, nebo na *logopedických pracovištích při lůžkových odděleních pediatrických, foniatrických, neurologických, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a rehabilitačních ústavech*. Logoped musí mít státní závěrečnou zkoušku z logopedie a být zařazen v postgraduálním vzdělávání, přesto ještě nesplňuje podmínky pro splnění vlastní licence. Logoped stejně jako logopedický asistent pracuje pod supervizí klinického logopeda. Oproti tomu klinický logoped je absolvent postgraduálního studia zakončeného zkouškou, který splnil další podmínky a získal potřebnou licenci k provozování samostatné praxe.

V rezortu ministerstva práce a sociálních věcí mohou působit, jak kliničtí logopedi, tak i logopedi a speciální pedagogové. Tito odborníci zajišťují péči v zařízeních pro tělesně, mentálně nebo kombinovaně postižené a v domovech sociální péče.

Všichni logopedi a speciální pedagogové se nevěnují pouze logopedické intervenci, ale i prevenci a osvětě.

2 DÍTĚ V PŘEDŠKONÍM VĚKU

2.1 ONTOGENETICKÝ VÝVOJ ŘEČI

Řečí a jejím vývojem se většina rodičů začne zabývat po narození dítěte. D. Kutálková (2011) ale uvádí, že dítě rozpozná některé zvuky už v prenatálním období, jako například tlukot matčina srdce, její hlas a různé melodie. To znamená, že už v prenatálním období se dá ovlivnit vnímání dítěte a jeho vazba na matku.

Dítě má tedy od narození vrozené předpoklady pro vnímání a zpracování verbálního projevu. Učením a nápodobou se snaží osvojit si stejný způsob komunikace, jako jeho mluvný vzor. Na rozvoji těchto předpokladů se v první řadě podílí matka. Je potřeba, aby dítě mělo dostatek možností poslouchat mluvenou řeč. Ke schopnosti dítěte pochopit řeč, se musí naučit rozeznávat jednotlivé zvuky, roztřídit je a zapamatovat si je (Vágnerová, M. 2012). Vývoj řečových funkcí je spojen se sluchovým a zrakovým vnímáním, s rozvojem kognitivních (poznávacích) funkcí a s rozvojem hrubé a jemné motoriky. I. Jedlička (2007) konstatuje, že nezbytné **podmínky ke správnému rozvoji řeči** jsou: *nepoškozená centrální soustava, normální intelekt, normální sluch, vrozená míra nadání pro jazyk a adekvátní sociální prostředí.*

Každé dítě je individuální osobnost a tak je třeba k němu přistupovat. Každý se vyvíjí odlišně, proto časové údaje, které budou dále uvedeny, jsou pouze orientační a musíme počítat s drobnými odchylkami.

Mezi nejznámější autory zabývající se v Čechách vývojovými stádii řeči patří Sovák, Lechta a Příhoda. Právě z jejich dělení vývoje řeči vychází většina dalších autorů, jako například Klenková, Kutálková, Bednářová a další.

2.1.1 Vývoj řeči

Nejdříve se zaměříme na vývoj řeči dle V. Lechty (1987, 2002), který dělí etapy vývoje řeči do pěti období po jednom roce. Což umožňuje logopedovi určit, na jaké úrovni by dítě mělo být a kde se skutečně nachází.

Období pragmatizace nebo také období projevování probíhá asi do 1. roku života. Po narození se dítě projevuje pouze *reflexním křikem*. Kolem 6. týdne se *křik* začíná *emocionálně zabarvovat*, tím dítě vyjadřuje pocity, jako hlad, nepohodlí, přičemž využívá tvrdý hlasový začátek. Kolem 3. měsíce vyjadřuje i příjemné stavy a pocity, které značí křik s měkkým hlasovým začátkem. Dítě také začíná experimentovat s hlasem (*brouká*) a začíná používat hlas jako prostředek k uspokojení potřeb. Tento proces se nazývá *komunikační křik*. Kolem 3. měsíce dítě také začíná reagovat úsměvem na úsměv. V období kolem 3. -4. měsíce dítě odpovídá broukáním na promlouvání matky, očima začíná hledat zdroj zvuku. Dítě se pokouší experimentovat s mluvidly a přitom vydávat hlas, *pudové žvatláni*. Postupně pomocí žvatláni odpovídá na oslovení a snaží se okolí vyprovokovat ke komunikaci. Dítě mezi 4. -6. měsícem začíná rozlišovat zvukové zabarvení hlasu (zejména matky). Dítě si stále rozvíjí svoje hlasové dovednosti a vydává tzv. *prefonémy*, široké spektrum zvuků bez vědomé kontroly. Když se dítě kolem 6. -8. měsíce naučí sedět, začíná více „mluvit“, jde mu to snáze, než na zádech. Začíná *napodobovat* zvuky z okolí i zvuky, jež samo vydává. Učí se napodobovat pohyby mluvidel se zapojením vědomé kontroly zrakem a sluchem tzv. *napodobivé žvatláni*. Postupně se jeho prefonémy stávají hláskami mateřského jazyka. Kolem 8. -10. měsíce už umí ukázat na některé osoby či věci, reaguje na zavolání, tedy *rozumí řeči*. Stále přesněji imituje zvuky z okolí.

Období sémantizace neboli období významovosti slov se odehrává zhruba mezi 1. a 2. rokem života dítěte. V této etapě začíná verbální úroveň rozvoje řeči. Dítě okolo 1. -1,5 roku začíná používat *první slova*, které mají funkci *jednoslovné věty*. Nejprve si osvojuje podstatná jména a onomatopoeia, která má v souvislosti s konkrétní situací, ale používá je v různých významech. Stále ještě používá i neverbální komunikaci, ta ovšem ztrácí na významu. Se samostatnou chůzí se zvětšuje oblast poznání dítěte. Na konci tohoto období dítě zná asi 70 -80 slov. Ve věku 1,5 – 2 roky začíná *první věk otázek*

typu: „Kdo to je?, Co to je?“. Je dobré v tomto období trpělivě odpovídat, když se dítě snaží komunikovat. Postupně se rozšiřuje slovní zásoba a dítě začíná používat *dvouslovné věty*, zatím bez správné gramatiky. Na konci druhého roku dítě umí asi 200 slov.

Období lexémizace probíhá mezi 2. - 3. rokem, kdy dítě začíná *skloňovat, časovat a ohýbat slova*. Začíná dělat pokroky v osvojování gramatiky. Postupně používá i ostatní slovní druhy, skládá víceslovné věty a jeho řeč se stává dobře srozumitelnou. Zná své jméno, ale často o sobě ještě hovoří ve třetí osobě, dokáže pojmenovat běžné předměty, rozeznává pojmy, chápe otázky „Kdy?, Proč?“. Stále suverénněji používá víceslovné věty.

Období gramatizace u dítěte probíhá mezi 3. – 4. rokem, je to období výrazného pokroku. Dítě umí pojmenovat i své sourozence a zná více než 1000 slov. S růstem slovní zásoby a upřesňováním obsahu slov roste riziko vzniku koktavosti. Dítě si prochází obdobím *fyzilogických těžkostí v řeči* (zadrhávání, vícenásobné opakování slabik a slov apod.). Dítě začíná tvořit souvětí, dokáže správně tvořit protiklady a umí říct z paměti krátkou básničku. Dále si prožívá tzv. *druhý věk otázek* („Proč“). V tomto období si také osvojuje pravidla lidské komunikace – pozdravit, poprosit, neskákat do řeči, vykat – pokud se tato pravidla dítě nenaučí včas, je velmi těžké ho přeučit.

Období intelektualizace se odehrává po 4. roce dítěte. Ve věku 4- 5-ti let by dítě mělo mít gramaticky správný verbální projev a obsahovat všechny slovní druhy. Stále přesněji se učí identifikovat barvy a začíná se orientovat na svou „šikovnější“ ruku. Mezi 5- 6 rokem dokáže reprodukovat krátký příběh, vysvětlit význam slov. Stále se můžou objevovat *fyzilogické patlavosti* některých hlásek, zejména sykavek a hlásek r a ř. Na konci tohoto období dítě ovládá zhruba 2500-3000 slov. Po 6. roce by mělo mít správnou výslovnost všech hlásek, být schopné komunikaci přizpůsobit situaci a osvojovat si grafickou stránku řeči

Další dělení vývoje řeči zpracoval Sovák. Ten vzal v úvahu orientační úroveň vývoje. Jeho koncepci užívají i další autoři, např.: J. Klenková (2000, 2006) a D.

Kutálková (1996). I Lechta v logopedickém repertoriu (1989) uvádí i toto dělení. Sovák dělí vývoj řeči do dvou částí a to na **předběžná stadia** a **stadia vlastní řeči**.

Předběžná řečová stadia, nebo také neverbální či přípravné období začíná narozením dítěte zhruba do 9. – 12. měsíce.

První, co po narození dítěte uslyšíme, je křik. Tento křik je vyvolaný nastartováním plic a tím i hlasivek, dítě tak reaguje na změnu prostředí. Jedná se o **stadium reflexního křiku**, které trvá od narození do 6. týdne. Křik v tomto období má tvrdé hlasové nasazení a nenesе známky libosti či nelibosti dítěte. Už teď ale dítě dokáže rozeznat příjemné věci, jako je krmení či pohupování v matčině náruči. D. Kutálková (2011) zmiňuje, že když dítě vytrvale pláče pomůže pevné zabalení a mírné houpání, které připomíná pobyt v děloze, ten dítě zná.

Kolem 6. týdne začíná **stadium křiku s citovým zabarvením**. Křik už nemá jen tvrdý hlasový začátek, ale přibývá hlasová škála křiku a tím dostává citové zabarvení. Dítě tvrdým a měkkým hlasovým začátkem vyjadřuje libost a nelibost. Dítě je v tomto období schopno odlišit slova od jiných zvuků. Rozumí mimice a očnímu kontaktu. Kolem 2. - 3. měsíce experimentuje s hlasem tzv. *broukání*.

Od broukání je to krok k **pudovému žvatlání**. V 6. měsíci se objevuje u dítěte větší množství zvuků, které souvisí se změnami v rezonančních dutinách. V tomto stadiu je schopno rozlišit fonémy i v cizím jazyce.

V období od 8. měsíce se objevuje **žvatlání napodobovací**. Dítě napodobuje hlásky mateřského jazyka, vydává tzv. *zvučky nebo také prahlásky*. Při nápodobě dítě zapojuje zrak i sluch. Právě v tomhle období se stává specialistou na mateřský jazyk.

S napodobovacím žvatláním úzce souvisí **stadium napodobování**, kdy dítě nenapodobuje jen zvuky, ale i gestiku a mimiku. Už v tomto období, pokud napodobuje, se dá rozpoznat, zda je dítě neurologicky v pořádku.

V posledním předřečovém období dítě využívá k rozvoji pomocné výrazové prostředky: rytmus, melodii, výšku hlasu, frázování a citové zabarvení. Jedná se o **modulační faktory**. Je vhodné dítěti číst říkadla a zpívat písně.

Vývoj vlastní řeči začíná kolem jednoho roku dítěte.

Stadium rozumění je pomezím období mezi předřečovým obdobím a vlastní řečí. Je to období mezi 9. – 12. měsícem. Dítě v tomto období rozumí situaci, ale nezná význam slova. Zda je dítě v tomto stadiu vývoje, se dá ověřit otázkami typu „*Kde máš medvídku?*“, dítě nemusí ukázat ani odpovídat, stačí, když reaguje očima.

Prvním skutečným stadiem vlastního vývoje řeči je **stadium emocionálně volní**, které nastává kolem jednoho roku. Dítě vyjadřuje svoje pocity a přání pomocí jednoslovných vět. Tato slova vyjadřují více významů např.: „*haf*“, *může znamenat „To je pejsek. Chci si pohladit pejska. Kde je pejsek?“*. První slova bývají jednoslabičná, později dvouslabičná. Slova jsou zpočátku spojena s konkrétními osobami a věcmi, ale brzy se význam přenáší i na jiné, podobné věci.

V době kolem 2. roku dítěte začíná jazyková exploze v podobě **stadia reprodukování asociací**. Slovo exploze je použito, protože se dítě zhruba každé dvě minuty učí nové slovo. Dochází k masivnímu přenosu mezi prahem vyslovení a prahem pochopení. Začíná období dotazování. Je velmi důležité, aby v tomto období mělo dítě dostatek možností ke komunikaci. Pokud se dítěti několikrát nepovede navázat komunikaci s dospělým, může dojít k frustraci a neochotě dále komunikovat.

Do **stadia logických pojmů** se dítě dostává ve 3. roce života. J. Klenková a H. Kolbábková (2003) uvádí, že dítě už umí říct své jméno a jména sourozenců a začíná tvořit všeobecnější pojmy. Pojem, který mělo dítě spjato s určitými jevy, je schopno asociovat na podobné situace. Dochází tak k zevšeobecnění slov. Z důvodu silných myšlenkových operací může docházet k nepřesnostem ve výslovnosti nebo k neplynulosti v řeči.

Intelektualizace řeči je posledním obdobím vývoje řeči. Toto období nastává po 4. roce. Dítě ve čtyřech letech ovládá gramatiku jazyka, pokračuje v rozšiřování

slovní zásoby a upřesňování významů slov. J. Klenková a H. Kolbábková (2003), dodávají, že mezi 4. - 5. rokem by dítě mělo používat všechny slovní druhy a správnou gramatiku. Během 5. - 6. roku dítě dokáže vyprávět krátký příběh.

Je třeba zmínit důležitost každého vývojového stádia. I když by mělo některé stadium trvat jen několik málo týdnů, nesmí být přeskočeno, jinak dojde k nesprávnému vývoji dítěte.

2.1.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Znalost jazykových rovin je nezbytnou součástí logopedické intervence. V lingvistice stojí jednotlivé roviny samostatně, ale v logopedii jsou tyto roviny propojeny.

Lexikálně- sémantická rovina se zabývá oblastí slovní zásoby a to jak *aktivní*, tak *pasivní* a pochopením významů jazykových jednotek. J. Bednářová a V. Šmardová (2011) uvádí, že pasivní slovník se rozvíjí už v deseti měsících a aktivní slovník až v roce, roce a půl. Množství slov v aktivním a pasivním slovníku je dost rozdílné. D. Kutálková (2005) zmiňuje, že je obvyklé, aby dítě slovo slyšelo dvěstěkrát, než si ho zapamatuje, ale někdy stačí slovo zaslechnout jen jednou. Dítě si prochází dvěma obdobími otázek, při kterých si rozšiřuje slovní zásobu. Okolo roku a půl se dítě ptá: „*Co (Kdo) to je?*“ a kolem třetího roku „*Proč?, Kdy?, Jak?*“. Rodiče si zpočátku zaznamenávají slova, které se dítě naučilo, časem je ovšem nárůst slov tak velký, že to nestíhají zapisovat. Dítě v jednom roce umí průměrně 5-7 slov, ve dvou letech už je to 200 slov, tříleté dítě umí už 1000 slov, ve čtyřech letech zná 1500 slov a v šesti letech je to 2500-3000 slov aktivní slovní zásoby. Tyto poznatky uvádí J. Klenková (2010) a vyplývají z výzkumů Smithové, Kondáše a Sterna.

Morfologicko-syntaktická rovina se zabývá tvaroslovím a stavbou vět a souvětí, proto ji můžeme u dítěte pozorovat až při vlastním vývoji řeči, tedy okolo jednoho roku věku dítěte. J. Klenková (2000, 2006) uvádí, že funkci vět mají už první slova, která vznikají opakováním slabik a jsou podobné ve více jazycích (např. *baba, mama, tata*). Ze slovních druhů dítě užívá nejdříve citoslovce (onomatopoeia), podstatná

jména a poté slovesa. Zpočátku dítě slova neskloňuje, až mezi 2. - 3. rokem začíná prudký rozvoj gramatického osvojování. Posledními slovními druhy, které začne používat, jsou číslovky, předložky a spojky. Ve věku asi 4. let by dítě mělo používat všechny slovní druhy, mělo by umět říct jednoduché věty i souvětí. V tomto věku se také může objevovat tzv. *fyziologický dysgramatismus*, který by po 4. roce měl samovolně odeznít. Pokud přetrvává, mohl by znamenat narušený vývoj řeči.

Foneticko-fonologická rovina sleduje zvukovou stránku řeči od doby, kdy dítě vydává první skutečné hlásky a to v období mezi pudovým a napodobujícím žvatláním, což je kolem 6. - 9. měsíce. Pro osvojování jednotlivých hlásek platí tzv. *princip minimální námahy*, se kterým přišel Schulze. Tento princip je založen na tvrzení, že si dítě osvojuje hlásky od nejjednodušších ke složitějším, tedy od samohlásek přes retné souhlásky, až k hrdelním (J. Klenková 2000, 2006). Pro správnou artikulaci jsou mluvidla připravena ve dvou až třech letech (Bednářová, J., Šmardová, V., 2011). Pro logopeda je nesmírně důležité znát pořadí fixace jednotlivých hlásek, neboť se této znalosti využívá při korekci artikulace. *Vývoj výslovnosti* začíná od 12. měsíce a trvá do 5. roku, někdy až do 6 -7 let dítěte. Jako první si dítě osvojuje samohlásky (a, o, u, i, e), ze souhlásek jsou to závěrové (b, p, m, d, t, n) a upravuje se artikulační postavení „l“, které po třetím roce ovlivňuje vývoj hlásky „r“. Od 2,5 do 3,5 let se v řeči dítěte objevují dvojhásky (au, ou) a hlásky úžinové (v, f, h, ch, k, g). Od 3,5 do 4,5 let dítěte začíná používat měkčení (bě, pě, mě, vě, d', t', ň), které v současné době začíná být problematické. V období od 4,5 až 5, 5 roku si dítě osvojuje tupé sykavky (č, š, ž). Dál od 5,5 do 6,5 roku přidává ostré sykavky (c, s, z) a vibranty (r, ř). Po 6. roce může docházet k diferenciaci „ř“ a ostrých a tupých sykavek. Pokud dítě výrazně zaostává v osvojení některé hlásky, je dobré navštívit logopeda.

Pragmatická rovina se zabývá schopností adekvátně využít všechny osvojené prostředky, verbální i neverbální, ke komunikaci s okolím a vedení dialogu. Tato rovina sleduje vývoj řečových dovedností teprve od 2 -3 let dítěte, kdy je schopno přijmout roli komunikačního partnera. Do té doby sledujeme vývoj neřečových komunikačních prostředků a tzv. *presupozice pro řeč*. Mezi 2,5 -3 lety se dítě učí pomocí řeči dosahovat cíle. Tento jev se nazývá *regulační funkce řeči*. Mezi 3. -4. rokem je dítě schopno vést a

samo navázat konverzaci s dospělým. Při rozhovoru je důležité, aby byla ve shodě verbální a neverbální složka řeči, aby dítě nebylo zmatené. Po 4. roce dokáže komunikaci přizpůsobit situaci a používá řeč k ovlivnění svého okolí.

2.2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Předškolní vzdělávání je dnes v době pracujících matek nedílnou součástí vzdělávání. Jeho náležitosti jsou upravovány školským zákonem č. **561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním vyšším odborném jiném vzdělávání** a jeho novelizacích. Tento zákon stanovuje povinnost ředitele mateřské školy přijmout dítě do posledního ročníku předškolního vzdělávání. Už tím je dána důležitost tohoto vzdělávání. Dítě přijde do kolektivu a bude pod odborným vedením rozvíjet svoje schopnosti, jak po stránce tělesné, a duševní, tak po stránce sociální a bude soustavně připravován k povinné školní docházce. Cíle předškolního vzdělávání definuje školský zákon následovně: *„Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.“* (Školský zákon č. 561/2004 Sb. s. 10273)

Výchovně vzdělávací náplň mateřských škol nalezneme v **rámčovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV)**, který zpracoval tým odborníků. Tento dokument je závazný pro všechna školská zařízení předškolního typu. *„RVP PV vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání předškolního věku.“* (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2004, s. 4). Obsah vzdělávání rozděluje RVP PV do pěti výukových oblastí: *biologická* (Dítě a jeho tělo), *psychologická* (Dítě a jeho psychika), *interpersonální* (Dítě a ten druhý), *sociálně- kulturní* (Dítě a společnost) a *environmentální* (Dítě a svět). U jednotlivých oblastí jsou rozpracovány *dílčí cíle*, co by měl pedagog sledovat a rozvíjet, *vzdělávací nabídka*, souhrn možností vhodných k dosažení cílů a *očekávané*

výstupy, jsou výstupy, které jsou pouze orientační, jsou to výstupy, které by dítě mělo být schopno zvládnout. Jedná se o dovednosti, které by dítě mělo umět před nástupem do základní školy, ale s ohledem na individualitu dítěte. Všechny tyto oblasti jsou propojené a uspořádané tak, aby si škola podle RVP PV mohla vypracovat vlastní *školní vzdělávací program*.

Před nástupem do základní školy jsou dány určité schopnosti, která by dítě mělo umět tzv. **školní zralost**. Dnes častěji a výstižněji používaný termín **školní připravenost**, který zahrnuje pojem připravenosti na školu. Jedná se o soubor požadavků v oblasti *tělesné, mentální i emocionálně-sociální* s ohledem na individuální přístup. Při hodnocení školní připravenosti se posuzují tyto oblasti: *tělesný (somatický) vývoj a zdravotní stav, úroveň vyspělosti poznávacích (kognitivních) funkcí, úroveň práce schopnosti (pracovní předpoklady, návyky), úroveň zralosti osobnosti (emocionálně-sociální)*. (Bednářová, J., Šmardová, V., 2010)

Tělesným (somatickým) vývojem a zdravotním stavem dítěte se zabývá praktický nebo odborný lékař. Lékař se zabývá tělesnou vyspělostí, vlivem některých somatických vad či chronických onemocnění. Bednářová, J., Šmardová, V. (2010) uvádějí příklady a důsledky některých potíží. Například výška může ovlivnit, jak dítě vnímají spolužáci, pokud je menší, může docházet k problémům v kolektivu. Dále uvádějí, že u předčasně narozených dětí se častěji vyskytují poruchy pozornosti a učení. A také zmiňují, jak je pro dítě důležitá pravidelnost výuky, která je u často nemocných dětí narušená. Dále doporučují, aby se rodiče s chronicky nemocnými, nebo jinak znevýhodněnými dětmi obrátili na SPC a odborné lékaře.

Velký vliv na školní připravenost mají **poznávací (kognitivní) funkce**. Je třeba posoudit, zda je dítě na stejné úrovni vývoje v jednotlivých oblastech, jako jeho vrstevníci. U dětí, které výrazně zaostávají za ostatními, je vhodný odklad školní docházky a během dalšího roku v MŠ rozvíjet oblasti, ve kterých je dítě opožděné individuálním přístupem. Poznávací funkce je zastoupena následujícími schopnostmi: *vizuomotorika, grafomotorika; řeč; sluchové vnímání, zrakové vnímání; vnímání prostoru; vnímání času a základní matematické představy*.

Motoriku si rozvíjíme každý den při manipulaci s předměty. U dětí je velmi důležitý dostatek podnětů, aby mělo možnost přirozeného pohybu. Rozvíjíme

„koordinaci těla a jemných pohybů rukou, zároveň souhrnu rukou a očí si dítě rozvíjí také tím, že se učí oblékat, stolovat, zvládat základní hygienické dovednosti; při pomáhání v domácnosti (například chystání na stůl, uklízení hraček, „spoluúčast při vaření“).“ (Bednářová, J., Šmardová, V., 2010, s. 3). Rozvoj vizuomotoriky a grafomotoriky je podkladem pro psaní, proto je třeba dítě dostatečně podněcovat k činnostem, jež tuto oblast podporují (např.: modelína, nůžky, nalepování, pracovní sešity, stavebnice, korálky...). Už v předškolním věku je třeba dbát na úchop tužky a postavení ruky při kreslení.

Řečí, jejím vývojem a důležitostí se zabývají kapitoly 1.1 a 2.1.1. Řeč je důležitá pro sociální interakci, soužití v kolektivu a vůbec vlastní vyjádření myšlenky.

Rozvoj *sluchového vnímání* má velký vliv na vývoj řeči. Pokud má dítě oslabené sluchové vnímání, můžou nastat problémy ve čtení, psaní a zapamatování si. Pro podporu sluchového vnímání je dobré dětem číst pohádky, vyprávět příběhy nebo zpívat písničky. Také je dobré hrát hry na určování zdroje zvuku, určování rýmů nebo hry na rozklad slov na slabiky (rytmizace, vytleskávání, hra na tělo).

Zrakem neboli *zrakovým vnímáním* přijímáme největší množství informací, proto je pro nás nezastupitelným ve vnímání světa. Je důležité pro rozvoj řeči, myšlení, prostorovou orientaci, matematické představy a ve škole pro rozlišení písmen a číslic. Při rozvoji této schopnosti je důležité u všech cvičení a her postupovat zleva doprava.

Pro orientaci a rozvoj sebeobslužných aktivit je důležité *vnímání prostoru*. Nejdříve se dítě učí pojmy nahoře-dole, později vpředu-vzadu a nakonec vpravo-vlevo (Bednářová, J., Šmardová, V., 2010). Dále si dítě osvojuje předložky a další slova napomáhající orientaci jako nízko, daleko, první a další. Neefektivněji se dítě všechny polohy a směry naučí na vlastním těle.

Uvědomování si časové posloupnosti úkonů ovlivňuje úroveň *vnímání času*. Je důležité, aby dítě mělo pravidelný denní režim, aby vědělo, které činnosti se kdy vykonávají. Dobré pro rozvoj vnímání času je vyprávět si a chápat posloupnosti. Např.: roční období, denní činnosti nebo vývoj (předtím, nyní a potom).

Všechny dosud míněné oblasti vnímání ovlivňují *základní matematické představy* dítěte v předškolním věku. Dítě nejdříve ovládá předčíselné představy, které se časem přetvářejí v představy číselné. Tento proces začíná porovnáváním hodně-málo, krátký-dlouhý nebo více-méně. Dále pokračuje přes třídění dle druhu (ovoce, věci,

oblečení...), barvy, velikosti a tvaru k třídění dle více kritérií (malé žluté jablko). Na konci tohoto období by dítě mělo chápat, že číslo není vázáno na různé charakteristiky, ale je kritérium samo o sobě. Tomuto rozvoji napomáhají hry jako kuželky, domino nebo člověče nezlob se.

Práceschopnost (pracovní předpoklady, návyky) je nedílnou součástí školního procesu. Je to schopnost využívat své vědomosti, a dovednosti, mít chuť poznávat a učit se. Už pro dítě v předškolním věku je nezbytná schopnost koncentrace na daný úkol a mít věku přiměřený smysl pro odpovědnost (dokončení úkolu). U dětí ve škole se klade důraz na kvalitu pozornosti (stálost, vytrvalost, intenzitu, odolnost vůči rušivým vlivům) a určitou samostatnost.

Posuzování **osobnosti (emocionálně-sociální zralosti)** je těžké, jelikož je každé dítě individuální. Při posouzení, zda dítě bude ve škole úspěšné, se zaměřujeme na jeho povahu a důvody chování. Ve škole je kladen důraz na zvládnutí emocí například při nezdaru. V tomto ohledu jsou děti velmi rozdílné, některé vše bere s úsměvem, jiné je úzkostné a předem se bojí něco vyzkoušet, nebo naopak je při nezdaru agresivní. Ve škole je důležitá nejen emocionální stabilita, ale i sociální vyspělost. Schopnost vnímat autoritu, zapadnout do kolektivu a osamostatnit se od rodiny. Už od dětství je proto dobré poskytnout dítěti možnost setkávat se s jinými lidmi a podporovat kamarádské vztahy. *„Učíme ho základním pravidlům slušného chování (umět správně oslovit, pozdravit, požádat o něco, poděkovat, nezasahovat nevhodně do hovoru, chovat se ukázněně v různých situacích- při jídle, u lékaře, v obchodě, v kině, na návštěvě, v restauraci).“* (Bednářová, J., Šmardová, V., 2010, s. 6).

Všechna tato kritéria posuzování školní zralosti nejsou zcela rozhodující, při rozhodování je třeba se zamyslet a brát v úvahu intuici a zkušenost, které nám pomohou rozhodnout se, zda dítě půjde nebo nepůjde do školy. Dále je třeba posoudit životní situaci rodiny, například pokud bude rodina v rozvodovém řízení, může to ovlivnit i dítě s dobrými výsledky v oblastech školní připravenosti. Někdy naopak žádají odklad rodiče, kteří se nemůžou smířit s tím, že dítě roste a osamostatňuje se. Je tedy velmi důležité vzít v úvahu všechny možné situace a kritéria hodnocení školní zralosti a posoudit je objektivně dle potřeb a stavu dítěte.

3 DRUHY NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Problematika narušené komunikační schopnosti je velmi široká a v této práci není prostor pro detailní popis všech druhů NKS. Proto se zaměříme na ty kategorie NKS, které se nejčastěji vyskytují u dětí v předškolním věku. U jednotlivých kategorií budou uvedeny důležité rysy, její etiologie, symptomatologie a možnosti diagnostiky a terapie.

3.1 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI (OVŘ)

O opožděném vývoji řeči můžeme zřejmě mluvit, pokud dítě nemluví ve 3 letech. V této situaci je třeba provést diferenciální diagnostiku u odborníků, která vyloučí jinou příčinu nemluvnosti. Příčiny, které mohou mít za následek opožděný vývoj řeči, uvádí Klenková, J. (2006): *sluchová vada (nedoslýchavost), vada zraku, porucha intelektu, vady mluvních orgánů (rozštěpy), akustická dysgnozie (neschopnost zapamatovat si slova, porozumět smyslu slov) a autistické rysy.*

Etiologie je velice široká. OVŘ může mít spoustu příčin. Nejčastější dle Klenkové, J., (2006) jsou: nepodnětné a nestimulující prostředí, citová deprivace, vliv dědičnosti, nedonošenost a nevyzrálá CNS a lehká mozková dysfunkce.

Pro **terapii** je důležité množství přiměřených řečových podnětů, správný řečový vzor. Efektivně se jeví zařazení dítěte do MŠ. Je třeba rozvíjet všechny řečové roviny, sluchovou a zrakovou diferenciaci, rozvíjet motoriku a spontánní řeč.

Pokud probíhá správná terapie OVŘ, neměly by být žádné následky v dospělosti.

3.2 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Vývojová dysfázie se řadí do kategorie narušeného vývoje řeči, proto se někdy označuje jako specificky narušený vývoj řeči, nebo centrální porucha řeči. Ve starší

literatuře se můžeme setkat s názvy jako sluchoněmota, alalie nebo afémie. V Anglii se pro vývojovou dysfázii používá název *specific language impatient*.

„*Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.*“ (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 110)

Etiologie vývojové dysfázie je poměrně složitá, jelikož panuje nejednotnost odborníků v názorech na příčiny vzniku, což komplikuje její určování. Obecně lze příčiny vzniku rozdělit na prenatální, perinatální a postnatální (do 1. roku) a na genetické, vrozené a získané. Nejčastěji se však odborníci shodují na *poruše centrálního zpracování řečového signálu*, přičemž dochází ke zpoždění, překrytí nebo dezinterpretaci signálu. Časté bývá poškození mozku, lehká mozková dysfunkce v oblasti řečových zón i jiných oblastí. Nálezů mají většinou difúzní charakter, nikoli ložiskové postižení CNS. Difúzní postižení CNS postihuje celou korovou oblast a podle míry postižení se projevuje i rozsah příznaků. Dále se přemítá o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem poškození mozku. Odborníci také spekulují o možnosti dědičnosti a vlivu pohlaví. Není výjimkou ani kombinace příčin.

Symptomatologie: Vývojová dysfázie se projevuje nerovnoměrným vývojem celé osobnosti, tím pádem i širokou škálou příznaků. Lze je rozdělit na příznaky v řečové oblasti a v oblastech jiných. Nejvýraznějším příznakem je *opozdění vývoje řeči*.

V **řečové oblasti** zasahují příznaky jak do hloubkové, tak do povrchové struktury řeči. Rozsah příznaků se může jevit přes patlavost až k úplné nemluvnosti. Z hlediska příznaků v povrchové struktuře jsou problémy ve fonetické a fonologické realizaci hlásek. Kutálková, D. (2005) uvádí, že dítě umí vyslovit hlásky, ale neumí je poskládat do slova, např.: dítě umí *sss* jako had, *pipi* jako ptáček, ale slovo *pes* neumí. Z hlediska narušení hloubkové struktury řeči se projevuje v různých jazykových rovinách, postihuje slovní zásobu, gramatickou strukturu: časté chyby jsou ve skloňování a časování, často špatný slovosled, poruchy gramatické struktury (dítě nedodrží počet slabik ve slově, nedodrží pořádek slov ve větě).

V **dalších oblastech** se vývojová dysfázie projevuje: *narušeným zrakovým vnímáním* (projevy zejména v kresbě), *narušeným sluchovým vnímáním* (poruchy rozlišování podobných hlásek, opoždění zvukového signálu), *nepoměrem mezi verbálním a neverbálním projevem*, *narušením paměťové funkce* (snížení krátkodobé paměti, např.: nezvládne více úkolů najednou), *narušením orientace v čase i prostoru* (problémy v lateralitě, projevuje se např. chaotickou kresbou), *narušením motoriky* (ve všech úrovních motorických funkcí). Vývojová dysfázie bývá doprovázena poruchami pozornosti a hyperaktivitou.

U vývojové dysfázie rozlišujeme dva typy podle toho, kterou sféru řeči dysfázie postihuje. Dělí se na **motorickou** a **senzorickou**.

Při **motorické dysfázii** převládají potíže ve výkonu mluvy, obratnosti mluvidel. Dítě má výrazně menší aktivní slovník než stupeň porozumění. Dítě se vyjadřuje převážně pomocí neverbální komunikace. Jeho řeč je těžkopádná. Mluvní neobratnost přetrvává po celý život.

Při **dysfázii senzorické** mají převahu obtíže v *receptci* (příjmu), konkrétněji v oblasti porozumění a chápání řeči, fonematického sluchu a poruch paměti. Dítě nemusí mít chudý slovník, jen má potíže s významem slov, většinou vyjadřuje plynule, ale nesrozumitelně (vlastní slovník).

Nejčastější je kombinace obou forem, tedy **dysfázie smíšená**, která postihuje jak motorický vývoj řeči, tak poruchy týkající se rozumění řeči.

Diagnostika musí být komplexní, ve spolupráci logopeda, foniatra, neurologa a psychologa. Pro úspěšnou terapii je důležitá správná a včasná diagnostika. Je důležité vyloučit jiné vady, za které by mohla být vývojová dysfázie zaměněna (OVR, MR, vývojová nemluvnost, sluchové postižení, nebo PAS).

Při **terapii** je důležitá spolupráce odborníků, rodiny a učitele. Zásadní je vzájemné propojení a komplexní přístup k rozvoji osobnosti. Dnes se při rozvoji komunikačních funkcí u dětí s vývojovou dysfázií rozvíjí tyto oblasti: zrakové vnímání, sluchové vnímání, myšlení, paměť a pozornost, motorika, schopnost orientace, grafomotorika a řeč (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007). Terapie se provádí buď formou individuální, nebo skupinovou terapií, což vede k motivaci.

Dítě s vývojovou dysfázií prochází dlouhodobou terapií, kterou během školní docházky doprovází několik nesnází, se kterými se dítě musí vypořádat. S věkem u dítěte ubývá impulzivní chování a zlepšuje se pozornost. Stále ale přetrvávají problémy se čtením a psaním, s učením se cizím jazykům, dítě mívá potíže s větším množstvím učiva z učebnic a osvojováním si abstraktních pojmů. V dospělosti, nebo starším věku, když si jedinec uvědomuje své potíže, si může vypěstovat určité komunikační zábrany. Proto je důležitý správný přístup a motivace člověka ke zdravému životnímu postoji.

3.3 DYSLALIE (PATLAVOST)

Dyslalie je jedna z nejčastějších druhů narušené komunikační schopnosti. Je to porucha artikulace, přičemž je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek mateřského jazyka, zároveň jsou ostatní hlásky vyslovovány podle náležitých norem (Klenková, J., 1998). Dále se setkáváme s termíny nesprávná, vadná nebo nepřesná výslovnost. Jedná se o vadu vývojovou, jež vznikla vývojem výslovnosti, a řadíme jí k poruchám článkování řeči. Výskyt dyslalie je častější u chlapců než u dívek a u dětí se sníženým IQ, což není pravidlo (může se vyskytovat i u dětí nadprůměrně inteligentních).

Etiologie dyslalie bývá nejčastěji rozlišována podle funkční a orgánové podmíněnosti. U **funkční dyslalie** jsou mluvidla bez poruchy a vzniká na základě nedostatečných *senzorických* (vjemových) nebo *motorických* schopností. „**Organická dyslalie** je způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech, taktéž jako následek porušení sluchových drah, poruchami centrální nervové soustavy.“ (Klenková, J., 1998, s. 11). Salomonová, A., (in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007) uvádí další příčiny vzniku dyslalie: *dědičnost* (zdědění artikulační neobratnosti, nikoli konkrétní typ dyslalie), *vliv prostředí* (nesprávný řečový vzor, špatný výchovný přístup), *poruchy zrakového a sluchového vnímání* (porucha fonemického sluchu, snížená schopnost vnímání artikulačních pohybů), *poškození dostředivých a odstředivých drah* (koordinace pohybu mluvidel), *poškození centrální části* (dyslalie jako součást vážnějších postižení), *anatomické úchyly mluvidel* (přirostlá podjazyková uzdička, špatný skus, zubní protézy). Klenková, J., (2006) dělí příčiny ještě na *vnitřní* a *vnější*. K vnitřním příčinám

řadí: poruchy sluchu, nedostatečnou diskriminaci zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně-lingvistické nedostatky (podle úrovně mentálního vývoje). Mezi vnější příčiny uvádí Klenková, J., (2006) psychosociální vlivy a osobnost dítěte.

Symptomatologie a klasifikace dyslalie je velmi členitá a hodnotí se podle různých kritérií.

Podle **vývojového hlediska** je nutné odlišovat *fyziologickou dyslalii* (do 5. roku) a *prodlouženou fyziologickou dyslalii* (do 7 let), teprve poté můžeme hovořit o *pravé dyslalii*.

Podle **kontextu** se dělí dyslalie na *hláskovou* (pouze izolované hlásky), *slabikovou* (chybné tvoření hlásek uvnitř slabiky, jinak správné) a *slovní* (chybné tvoření hlásek ve slovech, jinak správné).

Při *hláskové dyslalii* je hláska buď vynechávána, hovoříme o tzv. mogilalii (ruka-uka), nahrazována jinou hláskou, tento jev nazýváme paralalie (mrak-mlak) nebo dítě tvoří hlásku chybně, tato porucha se nazývá pomocí latinského názvu hlásky a přípony -ismus, -izmus (rotacismus, lambdacismus, sigmatismus, deltacismus).

U *slabikové a slovní dyslalie* může docházet k redukci nebo k přesmyku hlásek, přičemž výslovnost izolovaných hlásek může být správná. Dítě může zjednodušovat souhláskové skupiny (polštář - poštáz), může vynechávat celé slabiky (lokomotiva – lokomíva), dále může vytvářet přesmyčky (trolejbus → trojelbus), vkládat nadbytečné hlásky (v t pokoji, v t koupelně), nebo přidávat nadbytečné slabiky (slepičice).

Podle **rozsahu** vydělujeme tři kategorie dyslalie:

Dyslalia univerzalis (mnohočetná) postihuje většinu hlásek. Řeč je téměř nesrozumitelná. Pokud dítě hlásky nahrazuje hláskou „t“ nazývá se to tetizmus, dříve hotentotizmus.

Dyslalia multiplex (gravis) se projevuje těžkou výslovností ale už srozumitelnou řečí. Stále je postiženo velké množství hlásek.

Dyslalia levis (simplex, parciální) je nejjednodušší formou z hlediska rozsahu. Dítě má vady výslovnost jen u jedné nebo několika málo hlásek.

Při **diagnostice** dyslalie se snažíme zmapovat řečový projev dítěte, vyhodnotit, které hlásky ovládá, a které ne, ve srovnání s požadovanou normou. Jednotlivé hlásky při vyšetření je třeba sledovat v různých pozicích (na začátku, uprostřed a na konci slova). Dále je při vyšetření třeba zhodnotit stavbu mluvidel, skus a stavbu čelisti, sluchovou percepci a úroveň motorických schopností. Diagnostika se většinou provádí formou rozhovoru. V rámci diferenciální diagnostiky je podstatné odlišit dyslalii od: vad výslovnosti v důsledku poruch sluchu, poruchy výslovnosti při onemocnění bazálních ganglií, vad výslovnosti u MR, poruchy výslovnosti při neurologických syndromech, komolení a redukce slabik i celých slov při breptavosti, specifických vad výslovnosti při LMD, nedbalé řeči jako deformaci sociálních vztahů, při výchovné zanedbalosti, žargonové a dialektové zvláštnosti a od odchylek ve výslovnosti u osob z cizojazyčného prostředí (Klenková, J., 1998,2006).

Terapie u dyslaliků by měla začít probíhat už v předškolním věku. Základem úspěchu je spolupráce mezi logopedem a klientem, proto je třeba dobré motivace dítěte i rodičů. Terapie často probíhá formou hry, přičemž je obsahová stránka a význam na prvním místě, potom přichází na řadu artikulace. Klenková, J., (1998, 2006) i Salomonová, A., (in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007) uvádějí zásady terapie dyslalie: *zásada krátkodobého cvičení* (častěji, ale jen chvíli), *zásada využití sluchové kontroly* (možnost samokorekce), *zásada používání pomocných hlásek* (hlásky, které umí dyslalik správně vyslovit, znějí odlišně, ale jsou artikulačně blízké, např.: k vyvození hlásky „r“ se využívají hlásky t, d, l), *zásada minimální akce* (cvičení bez přemáhání, doporučuje se nácvik hlásek šeptem).

Při korekci dyslalie se postupuje následovně: *přípravná cvičení* (rozcvičení orofaciální oblasti, dechová cvičení, nácvik fonematické diferenciaci), *vyvozování hlásky*, *fixace hlásky* (upevnění artikulačního stereotypu, nácvik se samohláskou, ve slabice až ve slově, fixace v různých polohách), *automatizace hlásky* (zařazení hlásky do spontánního projevu).

V přístupu k terapii je nutné brát v úvahu osobnost dítěte a postoj rodiny. Při prognóze je třeba zohlednit včasnost zahájení terapie a úsilí věnované redukci ze strany klienta. Většinou, je ale korekce úspěšná a bez následků.

3.4 MUTISMUS

Mutismus je druh NKS, který koliduje mezi několika disciplínami, mezi logopedií, psychiatrií, psychologií a foniatrií. „*Souborný termín **mutismus** v praxi většinou zahrnuje (nepřesně) všechny případy, pro něž je hlavním symptomem typická náhlá ztráta schopnosti užívat mluvené řeči...*“ (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 207). V psychiatrické praxi se mutismus uvádí jako symptom rozličných klinických stavů. Podle toho se v psychiatrii rozlišuje několik druhů mutismů, které jsou uvedeny v logopedickém slovníku: *autistický mutismus*, *neurotický m.* (neurotické zábrany), *perzistentní m.* (oněmění po delší dobu), *primární m.* (nesprávné označení pro absenci artikulované řeči od začátku vývoje), *psychotický m.* (symptomem nastupující psychózy), *reaktivní m.* (po psychotraumatizujícím zážitku), *situační m.* (krátkodobá nemluvnost vázaná na určitou situaci), *totální m.* (oněmění je generalizováno na všechny osoby, místa a situace), *tranzistentní m.* (přechodné oněmění), *traumatický m.* (po emocionálně traumatizujícím zážitku), *elektivní (selektivní) m.* (jen v kontaktu s určitými lidmi, v určitém prostředí), *totální- specifický m.* (úplná náhlá ztráta řeči i hlasu na podkladě traumatu). V logopedii užíváme termíny *totální mutismus*, *elektivní mutismus a surdomutismus* (útlum řečových i sluchových funkcí), jež vznikly na traumatickém nebo psychotickém podkladě (Dvořák, J., 2001).

Etiologie:

Mutismus totální nastává jak u dětí tak dospělých zejména při těžkých stresových situacích. Může vzniknout po náhlém psychotratu, nebo jako reakce na přetěžování a nesprávnou výchovu. Příčinou může být i strach před slovním projevem jako reakce na mluvní nesnáze, ale může souviset i s negativismem vůči okolí (schopnost začlenit se do skupiny vrstevníků, adaptace na změny, rodinné faktory – špatná výchova, časté bití). Jiným druhem příčin mohou být krvácení, nádory.

Elektivní mutismus vzniká zejména při nástupu do zařízení (MŠ, ZŠ) a lze jej chápat jako obranu proti nepříznivým psychotraumatizujícím jevům, kdy nejsou uspokojeny potřeby dítěte. Pečeňák, J. (in Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007) rozděluje faktory ovlivňující mutismus následovně: *bezprostředně vyvolávající faktory* (počátek školní docházky, jiný psychotraumatizující činitel), *predispoziční faktory*

(rodinné faktory- špatná výchova, nadměrné nároky na dítě a tresty, konflikty mezi rodič, sourozenci, osobnostní rysy- úzkostnost, pocit neschopnosti, a chronické působení stresových faktorů- nadměrná přísnost učitele, strach z trestu, strach ze spolužáků) a *udržovací faktory* (přetrvávání již zmíněných vlivů, reakce okolí na mutismus- tresty, výsměch, sociální izolace, nátlak).

Diagnostika se zabývá převážně rodinou anamnézou, od kdy dítě nemluví, a za jakých okolností (jestli pořád, nebo jen v určitých situacích). Tím se rozliší selektivní mutismus. Dále se určuje, zda dítě mluvit nemůže (mutismus), nebo nechce (mluvní negativismus). U mutismu dítě rozumí, co se mu říká. U surdomutismu je patrné, že dítě nereaguje na hlasové projevy, pokud nemá možnost odezírat. Od začátku práce s dítětem (při diagnostice) už začíná i terapie. Při diagnostice je důležité odlišit mutismus od OVR, vývojové dysfázie, dětské epileptické afázie, PAS, MR nebo mluvního negativismu.

Terapie mutismu je dlouhodobá záležitost. Nejdříve je nutné provést některé lékařské vyšetření z psychologie, psychiatrie, foniatry nebo neurologie. Přístup k terapii mutismu je třeba brát jako komplet psychoterapie, logopedické a foniatrické péče. Psychoterapii je dobré podstupovat i nějaký čas po odeznění mutismu.

3.5 RINOLALIA (HUHŇAVOST)

Huhňavost se řadí mezi poruchy zvuku řeči, ale postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. Jedná se o patologicky změněná nazalitu (nosovost - rezonance) v mluvené řeči. Nazální rezonance je typická pro každé člověka v jiné míře. Při poškození velofaryngeálního (patrohltanového) uzávěru (VFU) může docházet ke snížení nebo zvýšení nazality. VFU při artikulaci některých hlásek odděluje ústní a nosní dutinu a reguluje tak míru rezonance. V českém jazyce máme přirozeně zvýšenou nazalitu u hlásek M, N, Ň, (NG), přičemž je záměrně zvýšená rezonance v nosní dutině. Pokud se u orálních hlásek nazalita zvýší, dojde ke snížení u hlásek nazálních.

Rinolalii dělíme podle míry rezonance na rinolalii otevřenou, zavřenou a smíšenou.

Zavřená huhňavost (rhinolalia clausa) nebo také hyponazalita, která se projevuje sníženou nosovostí, jako následek zmenšení prostoru nosní a nosohltanové dutiny. **Etiologie** bývá *funkční* (narušení funkce měkkého patra), nebo *orgánové*, a to získané nebo vrozené. Mezi vrozené příčiny hyponazality patří deformace obličeje, úzké nosní průduchy nebo zkřivená nosní přepážka. A mezi získané se řadí zduření, zhrubnutí nosní sliznice v důsledku akutní či chronické rýmy, nádory, cysty, polypy, zbytnělá nosní mandle nebo deformace obličeje v důsledku úrazu. Hyponazalita se **projevuje** sníženou nosovostí zejména u nosovek, samohlásky jsou tlumené. Dítě bývá často unavené a nesoustředěné v důsledku menšího okysličování. Při **diagnostice a terapii** je nutné spolupracovat s lékařem, jelikož může dojít k lékařskému ošetření. Po ošetření se provádí zejména nácvik dýchání nosem, následně nácvik nosovek a jejich použití.

Otevřená huhňavost (rhinolalia aperta) neboli hypernazalita je definována jako patologicky zvýšená nosovost. Změna rezonance je patrná u všech hlásek kromě nosovek. **Etiologie** se opět dělí na *funkční* (snížená činnost VFU) a *orgánové vrozené nebo smíšené*. Vrozené příčiny hypernazality jsou rozštěpy (palatolalie), vrozené zkrácené měkké patro, oslabené svalstvo či patologická činnost měkkého patra a syndrom Sedláčkové. Mezi získané příčiny patří centrální obrny, obrny měkkého patra a periferní obrny po infekčních nemocích (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007). Při hypernazalitě dítě začíná mluvit později a má porušenou výslovnost, artikulace je celkově oslabena, vede až k nesrozumitelnosti řeči. Terapie se zaměřuje na podporu činnosti VFU.

Smíšená huhňavost (rhinolalia mixta) vzniká kombinací hypernazality s hyponazalitou. V případě, kdy VFU je nedostatečný a současně je překážka v nosní dutině.

Pro **diagnostiku** se využívá např.: tzv. *Gutzmanova A-I zkouška* (vyslovuje se střídavě A, I a mačká se při tom nosní chřípí, pokud se při stlačeném chřípí změní hláska I, přičemž A se nemění, jde o otevřenou huhňavost, při zavřené huhňavosti se nemění ani A ani I), *Czermakova zkouška* (pomocí zrcátka a míry zamlžení) a další.

Prognóza je závislá na chirurgické úpravě u orgánových poruch. U poruch funkčního charakteru je huhňavost většinou odstraněna.

3.6 BALBUTIES (KOKTAVOST)

Spolu s breptavostí (*tumultus sermonis*) se koktavost řadí mezi poruchy plynulosti řeči. „*Koktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Jde o všeobecný jev bez vztahu k národnosti, jazyku.*“ (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007, s. 261). V počátcích péče o balbutiky (koktavé-hanlivé označení) stáli lékaři, kteří se dodnes podílí na jejich péči. Při hledání výstižné definice koktavosti se nejlépe jeví definice Lechtova: „*Zajakovost¹ pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinácie orgánov participujúcich na hovorení, ktorý sa najnápadnejšie prejavuje charakteristickým (tonickým, klonickým) prerušovaním plynulosti procesu hovorenia.*“ (Lechta, V., 1989, s. 228). Klenková, J. (2006) uvádí, že se ale nejedná pouze o narušení plynulosti řeči, ale že se toto narušení projeví i ve smyslu výpovědi. V Čechách se koktavostí výrazně zabývá Peutelschmiedtová.

V názorech na **etiologii** panuje mezi odborníky několik různých teorií. Klenková, J. (2006) předkládá názory Peutelschmiedtové a Lechty. Peutelschmiedtová rozděluje pohledy na vznik koktavosti do dvou skupin, a to do názorů již překonaných a aktuálních názorů. Mezi *překonanými názory* jsou výroky jako, že za koktavost může narušený vztah mezi matkou a dítětem a následné tvrzení „on z toho vyrosté“, nebo že koktavost vzniká s anomálií jazyka. K *přetrvávajícím názorům* řadí například, že koktavost se dostavuje po náhlém traumatu, nebo že vzniká napodobováním, či přecvičováním leváků. Tyto tvrzení nejsou podložené, ba některé úplně překonané. K *aktuálním názorům* patří vliv dědičnosti, není ovšem jasné zda jde jen o zděděné předpoklady, nebo o orgánové odchylky, dále sem řadí vznik koktavosti na podkladě poškození CNS a různé neurologické faktory (poškození mozku během těhotenství a při porodu, vlivem biochemických látek, nebo fyzikálními změnami ve fonačním ústrojí).

¹ pozn. autora: zajakovost¹= koktavost

Lechta se k dělení etiologie koktavosti staví podle druhů koktavosti, z nichž sami vyplývají příčiny jejího vzniku. Jak zmiňuje Klenková, J. (2006), Lechta dělí typy koktavosti zaprvé na *orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči*, druhou skupinu tvoří *sekundární neurotické nadstavby vznikající na primárně predispozičním základě, na bázi orgánového poškození*, a třetí jsou *dysfluence vznikající už primárně jako neuroza*.

Mezi nejčastější příčiny koktavosti řadí dědičnost, negativní vlivy sociálního prostředí, rozličná psychotraumat, napodobování, a předkládá, že stále častěji se uvádí orgánové příčiny (stále častěji se příčiny koktavosti lokalizují jako podkorové poškození mozku). Mezi méně časté příčiny jsou uváděny poruchy metabolismu, vrozená řečová slabost nebo narušená zpětná sluchová vazba.

Ve většině případů koktavosti sehrává roli několik činitelů současně, například genetická dispozice s traumatizujícím zážitkem.

Symptomatologie se dělí na *vnější a vnitřní příznaky*. Lechta, V. (1989) navíc uvádí dělení podle doby vzniku na koktavost *předčasnou* (u dětí do 3 let), *obvyklou* (mezi 3. -4. rokem života dítěte) a *pozdní* (po 7. roce). *Vnější příznaky* se projevují narušením artikulačních, fonačních a dýchacích pohybů a jsou patrné na promluvě člověka, právě podle těchto příznaků se vydělují tři formy koktavosti: *tonická, klonická a smíšené formy*. *Tonická forma* se projevuje spazmem, který vzniká zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové štěrbině. U osoby postižené tímto druhem koktavosti je patrné svalové napětí. Dále se porucha týká špatného a nevhodného dýchání. *Klonická forma* se na rozdíl od tonické projevuje samovolným opakováním slabik nebo slov, které postižený nedokáže ovládat. U této formy se nemusí vůbec projevovat napětí artikulačních svalů. Nejčastější formou bývá smíšená *tonoklonická forma* u které bývá opakování slabik předcházeno svalovým spazmem. Dále lidé s koktavostí využívají mimovolní pohyby svalů a končetin, které jim pomáhají k překonání tonů a tonoklonů (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007). Mezi *vnitřní příznaky* se udávají duševní stavy, které reagují na komunikační problémy. Může dojít až k vytvoření *logofobie*, neboli strachu z mluvení, kdy se balbutik vyhýbá hovoru a když už musí hovořit, tak je nervózní a spasmus a klony jsou větší a delší.

Diagnostika koktavosti je zatím stále velmi složitá, díky velkému množství příčin, proto se spíše hledají symptomy. Podle kterých se diagnostikuje a hledá vhodný druh terapie. Při diagnostice je třeba brát v potaz věk klienta, a pak se hodnotí spontánní projev a projev při řízeném rozhovoru a při četbě. Je důležité provést také diferenciální diagnostiku a odlišit koktavost od breptavosti, od organicky podmíněných typů a od počínající koktavosti, nebo vývojové těžkosti.

Zvolit správný druh **terapie** je velmi složitý proces, jelikož se terapií snažíme odstranit příčiny, ale pokud je neznáme, pouze potlačujeme symptomy. Terapie koktavosti byla původně v medicínské oblasti. Dnes máme spoustu různých metod, ale jsou ustáleny 4 formy terapie, a to psychoterapie, medikamentózní terapie, řečový trénink a kombinované metody.

Pro správný přístup k dítěti nebo osobě s koktavostí je dobré odstranit tlak na řeč, být trpělivý, netrestat dítě, odstranit jeho strachy a nevytavovat je stresujícím situacím jinak může docházet k psychickému bloku k řeči.

3.7 TUMULTUS SERMONIS (BREPTAVOST)

Breptavost je druh narušení komunikační schopnosti, která ředíme do poruch plynulosti řeči, v minulosti se ovšem řadila mezi neurózy řeči. Této poruše se zatím nevěnuje příliš odborníků, pravděpodobně z důvodu že se její problematika pohybuje mezi psychickou poruchou, poruchou fyziologickou a lingvistickou. Přesto se objevuje u dětí od raného dětství až do dospělosti.

V **etiologii** se dříve uplatňoval názor, že jsou příčiny podobné jako u koktavosti. Dnes se stále častěji s rozvojem moderní techniky ukazuje, že breptavost je z hlediska klinického obrazu *podobná symptomům LMD* (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007). Toto tvrzení hájí názor, že breptavost vzniká na orgánovém podkladě. U dětí s breptavostí bývá pozitivní EEG nálezný, který je velmi podobný jako u dětí s LMD. Jsou zde také patrné vlivy dědičnosti.

Z hlediska **symptomatologie** je pro breptavost charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči. Řeč je často úplně nesrozumitelná, breptavý polyká slabiky, části slov. Může se vyskytovat opakování a vynechávání slabik, bývá narušeno dýchání, dochází k hlasovým poruchám a narušení artikulace. Dále se o osob trpící breptavostí projevuje dysmuzie a poruchy koverbálního chování (unáhlené, impulzivní jednání).

Během **diagnostiky** je třeba odlišit breptavost a rychlou řeč (řečový projev je srozumitelný a nedeformovaný) a určit zda nejde o kombinaci s koktavostí. Při diagnostice bereme v úvahu, že na rozdíl od koktavých breptaví netrpí úzkostí a ve zvláštních situacích dokážou svůj projev koordinovat. Proto je těžké provést diagnostiku při řízeném rozhovoru. Velkou roli hraje také vyšetření EEG a u jiných odborníků.

K **terapii** breptavosti příliš často nedochází, pokud není spojena s koktavostí. Breptavost totiž mluvčímu nečiní nijak velké potíže a nemá problém na požádání zopakovat, co řekl, proto nevyhledávají pomoc odborníků. Terapie se zaměřuje především na zlepšení plynulosti řeči, zvýšení koncentrace pozornosti, stabilizace správného tempa řeči, rozvíjení rytmického cítění a zlepšení čtení a vyjadřování se (Škodová, E., Jedlička, I. a kol., 2007).

4 VÝZKUM

4.1 CÍLE VÝZKUMU A METODOLOGIE

Cílem empirické části bylo na výzkumném vzorku zhodnotit stav narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku. Dále zhodnotit stav poskytování logopedické péče v oblasti Milovic, kde se provádělo šetření.

Dle výzkumného záměru byly stanoveny následující dílčí cíle:

- Zhodnocení zajištění logopedické péče, v dané MŠ a oblasti;
- zjistit kvalifikovanost učitelek v MŠ v logopedické problematice a spolupráci s rodiči;
- zjistit rozsah narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku a zjistit úroveň dosažené řečové schopnosti.

K vypracování a získání dat jsem použila metodu kvalitativního výzkumu. Sběr dat probíhal formou anonymního dotazníku (příloha č. 1). Otázky v dotazníku byly sestaveny podle požadavků na zjištění výsledků dílčích cílů. Dotazník obsahoval 25 otázek. Z toho 17 otázek bylo uzavřených a na 8 otázek byla číselná odpověď. U otázek č. 5, 9, 15 a 20 byla možnost doplnění odpovědi. *Otázky 1 -2* byly položeny obecně ke zjištění velikosti školy a celkovému počtu žáků ve třídě, což nám dává orientační posouzení možností pro zajištění logopedické péče. Například pokud se jedná o vesnickou mateřskou školu, je menší pravděpodobnost výskytu logopeda přímo ve škole. *Otázky 3 -4* zjišťují spolupráci školy s logopedem, a zda je logoped v místě, kde se nachází mateřská škola. S těchto dvou otázek se dozvíme, jestli je možnost navštěvovat logopeda ve škole či místě bydliště, nebo zda je nutné někam dojíždět. *Otázky 5 -11* jsou zaměřené na osobnost vyučující a její kompetence v logopedické problematice. *Otázkou 11* jsem se snažila zjistit míru spolupráce školy a rodičů dětí s NKS. *Otázkami 12 – 20* zjišťuji rozsah různých druhů NKS mezi předškoláky a výskyt přidružených postižení. V *otázkách 21 – 25* se snažím odhalit stupeň řečové úrovně předškoláků a následně porovnat se znalostmi řečového vývoje a zjistit zda dnešní děti dosahují všeobecně dané úrovně, nebo zda se opoždují.

4.2 MÍSTO ŠETŘENÍ

Výzkum byl realizován v oblasti Milovic, která spadá do okresu Nymburk, kde se nachází PPP a SPC. Nejbližší klinický logoped má sídlo v Poděbradech, což je úplně na druhé straně okresu. Ten zajišťuje vedení školských logopedů. Přímo v Milovicích se nachází školský logoped při Základní škole T. G. Masaryka. V Milovicích se nacházejí 4 mateřské školy, které zajišťují předškolní vzdělávání pro Milovice. V Lysé nad Labem se nacházejí další 4 MŠ a v téměř každé další vesnici alespoň malotřídní mateřská škola.

4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek tvoří 11 přijatých dotazníků, což je asi 30% z celkově očekávaných odpovědí. Díky anonymitě dotazníků a vyplňování přes internet se nedá zjistit, ze kterých škol konkrétně dotazníky přišly. Všechny mnou oslovené MŠ byly běžného typu. Dotazníky byly vyplněny učitelkami, které měli v loňském roce ve třídě předškoláky, na což byly upozorněny v pokynech před samotným vyplněním v záhlaví dotazníku.

4.4 ŠETŘENÍ

Vlastní šetření probíhalo na základě vypracování dotazníků v internetové službě „VYPLŇ TO“, dostupné na webových stránkách www.vyplnto.cz. Kde jsem si vytvořila dotazník a přes e-mailů jednotlivých MŠ jsem požádala paní ředitelky o poskytnutí dotazníku učitelkám, které v loňském roce vyučovaly předškoláky (5-6 let). K e-mailu byl připojen odkaz pro vyplnění dotazníku. Po časovém limitu jsem si v již zmíněné aplikaci vyzvedla výsledky dotazníků, které jsem následně procentuelně, graficky, nebo jiným způsobem zpracovala.

4.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Učitelky, které vyplňovaly dotazníky, byly z různě velkých škol. Jedna byla ze školy pouze s maximálně 50 -ti žáky. Šest z dotazovaných uvedlo, že jejich MŠ čítá mezi 50-80 žáky. Jedna uvedla, že je z MŠ s 80- 100 -ti žáky a zbývající tři pracují v MŠ, do které chodí více než 100 žáků. Z tohoto se dá soudit, že většina odpovědí pochází z městských mateřských škol, které mají více žáků než MŠ na vesnici (do 50 -ti žáků).

Nejčastější odpovědí na počet dětí předškolního věku (5 -6 let) ve třídě bylo 25 žáků, a toto číslo uvedly tři z dotazovaných. Průměrný počet dětí ve třídě činí 23 dětí, přičemž nejvíce bylo 37 a nejméně 12 žáků.

Na otázku, zda se v místě mateřské školy nachází logoped, odpovědělo 82% ano a 18% ne, což je na poměr odpovědí 9:3. Rozdíl těchto odpovědí mi přišel velmi dobrý, jelikož dostupnost logopedické péče, byť třeba jen školského logopeda je zastoupena velkou měrou.

Naopak odpověď na otázku, zda škola spolupracuje s logopedem, není příliš uspokojivá, protože 4 odpovědi z 11 byly záporné. To znamená, že s logopedem nespolupracují. S klinickým logopedem spolupracuje 36,36% škol a se školským 27,27%. Tyto údaje jsou zpracovány v grafu (graf 1).

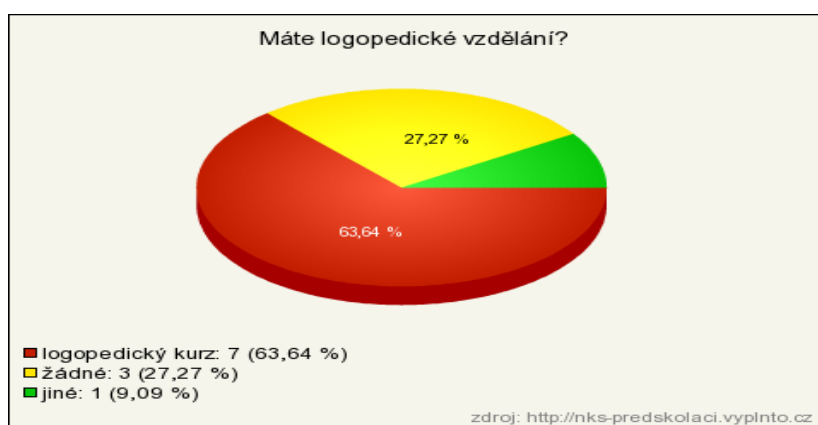
Graf 1



V otázce na nejvyšší dosažené pedagogické vzdělání a obor vzdělání bylo mým záměrem zjistit, jestli mají všechny učitelky vzdělání v předškolní pedagogice, nebo jen ve vychovatelství a také jestli má někdo vysokoškolské vzdělání. A navíc jestli někdo z dotazovaných nestudoval speciální pedagogiku na vysoké škole. Z výsledků vyplývá, že všech 11 dotazovaných má vystudovanou předškolní pedagogiku na střední škole. Pouze 1 dotazovaný má i vysokoškolské vzdělání z předškolní pedagogiky. Žádný z dotazovaných nemá vystudované vychovatelství ani speciální pedagogiku.

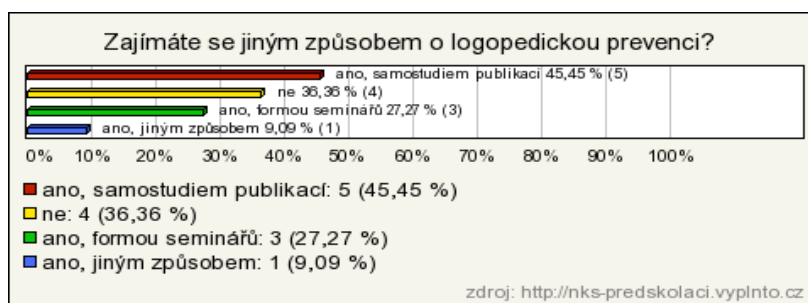
Dále jsem zjistila, že 7 z 11 dotazovaných prošlo logopedickým kurzem, 1 má jiné logopedické a 3 nemají žádné. Tyto informace jsou zobrazeny v následujícím grafu (Graf 2).

Graf 2



V následující otázce, která se týkala dalšího zájmu o logopedickou prevenci, bylo uvedeno, že formou seminářů se zajímají 3 dotazovaní. 5 dotazovaných, což je téměř polovina se vzdělává samostudiem publikací. Jedna učitelka se seznamuje s problematikou jiným způsobem a 4 se o problematiku logopedické prevence nezajímají. Tyto poznatky zobrazuje následující graf (graf 3).

Graf 3



Odpovědi na otázku, zda se v MŠ provádí logopedický screening, nebyly podle mého očekávání. 45,45% dotazovaných uvedlo, že v MŠ logopedický screening neprovádí. V 27 % ho provádí škola ve spolupráci s logopedem. V 18 % případů logopedický screening provádí sama vyučující a ve stejném počtu případů (18%) ho provádí jiný odborník, přičemž nebylo vypsáno jaký konkrétně. V jednom z uvedených případů provádí logopedický screening sama učitelka ve spolupráci s logopedem.

V rámci řízené činnosti s dětmi provádí cvičení pro rozvoj komunikačních dovedností celkem 10 z 11 dotazovaných. Z toho všech 10 provádí dechová cvičení. 8 z nich s dětmi provádí hlasová cvičení a pouze 6 z nich s dětmi rozvíjí mluvidla. V následujícím grafu jsou zpracovány tyto údaje (graf 4).

Graf 4



Další otázka zjišťovala, jestli s dětmi s narušenou komunikační schopností vyučující provádí individuální cvičení. Přičemž 54,5% odpovědělo, že žádná individuální cvičení s dětmi s NKS neprovádí. 36,36% uvedlo, že s dětmi pracují samostatně. A 9% (1 odpověď) s dětmi pracuje samostatně na základě doporučení od logopeda.

V otázce č. 11 měli dotazovaní zhodnotit spolupráci s rodiči dětí, které mají NKS. Největší podíl tvoří odpověď, že je spolupráce částečná, uvedlo ji 63% dotazovaných. Po jednom hlasu měly odpovědi velmi dobrá spolupráce, dobrá, obtížná a žádná spolupráce. Z toho vyplývá, že je velký rozdíl v přístupu rodičů k problematice NKS u jejich dítěte

.Průměrně je ve třídě 10 žáků s narušenou komunikační schopností. Přičemž nejčastější odpovědí bylo právě 10 žáků. Nejméně bylo uvedeno, že jsou ve třídě jen 3 děti s NKS. A naopak nejvíce 18 dětí s NKS ve třídě.

Z odpovědí na otázky, kolik dětí s NKS navštěvuje klinického logopeda, logopeda v SPC, nebo jiného logopeda vyplývá, že ne všechny děti využívají logopedické péče. Porovnání počtů dětí, které mají narušenou komunikační schopnost a které navštěvují logopeda, je zobrazeno v tabulce (tabulka 1). Z tabulky vyplývá, že pouze v případech 1, 2 a 4 jsou všechny děti v péči logopeda. U ostatních případů tomu tak není. Možné také je, že vyučující neměla informace o tom, zda dítě logopeda navštěvuje nebo ne a tak nic nevyplnila.

Tabulka 1-Porovnání počtů dětí, které mají NKS a které navštěvují logopeda

Kolik dětí ve vaší třídě má řečovou vadu:	Kolik dětí z vaší třídy navštěvuje klinického logopeda?	Kolik dětí z vaší třídy navštěvuje logopeda v SPC?	Kolik dětí z vaší třídy navštěvují jiného logopeda? Jakého?
3	3		
10	10	2	8 – školního logopeda
8	4		preventivního logopeda v MŠ
10	10		
18	0	0	6 – školního logopeda
16			
7	5	0	
15	0	2	4 - školního logopeda
10	4	0	
1	0	1	
8	0	0	6 - školního logopeda

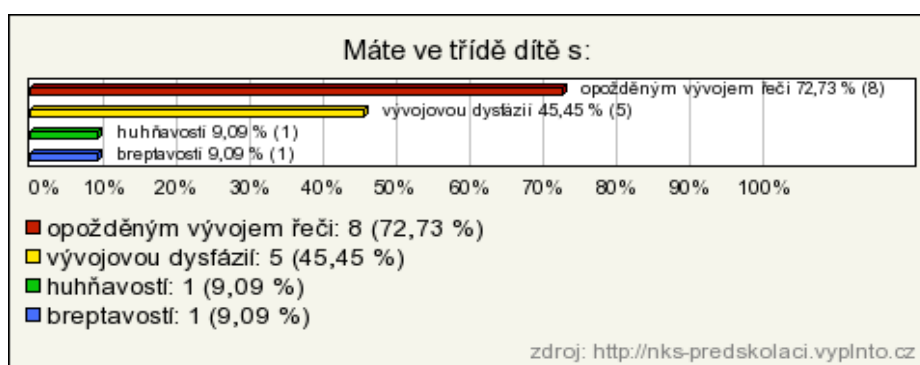
Výslovnost sykavek dle výsledků nezvládají průměrně 3 děti na třídu. Toto číslo se pohybuje mezi žádným dítětem (1 případ) až do 8 dětí ve třídě.

U výslovnosti hlásek LRŘ byla četnost dětí ve třídě větší. Průměrně je to 7 dětí na třídu. Přičemž nejméně jsou to 2 děti ve třídě, následně 3 děti (ve dvou případech), dále 4 děti ve třídě, ve třech případech to je 6 dětí ve třídě co nezvládají hlásky LRŘ. Ve zbylých čtyřech případech byly počty dětí ve třídě 10, 11 a 12.

U otázky kolik dětí nezvládá výslovnost jiných hlásek, byly odpovědi v 5 -ti případech 0, v dalších případech to bylo od 1 do 4 dětí ve třídě. V jednom případě byla konkrétně vypsána hláska D.

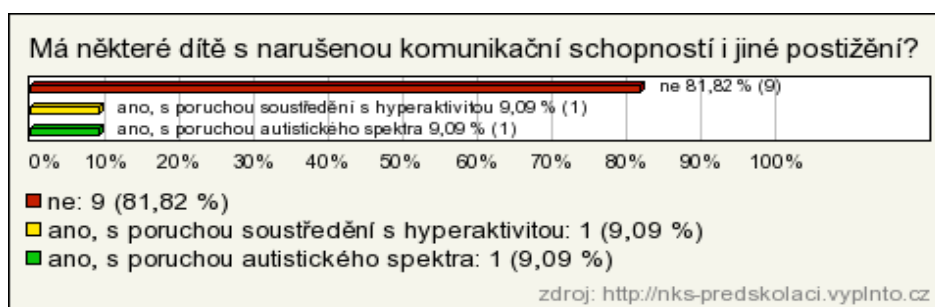
V další otázce jsem zjišťovala konkrétní druhy NKS u dětí ve třídě. Dokonce 8 dotazovaných uvedlo, že má ve třídě děti s OVŘ, což je 72,7% dotazovaných. Další početnější skupinu tvoří děti s vývojovou dysfázií, ty má ve třídě 5 učitelek z 11, to je téměř polovina. Další druhy NKS, které byly uvedeny, jsou po jednom případě huhňavost a breptavost. Záměrně jsem v tomto členění neuváděla dyslalii, jelikož jsem se na konkrétní okruhy hlásek ptala v předešlých otázkách. Odpovědi jsou zpracovány v grafu (grafu 5).

Graf 5



Z 81% nemá žádné dítě s NKS i jiné postižení. Z 11 dotázaných však dva uvedly, že ve třídě mají dítě s NKS, které je i jinak znevýhodněné. První dítě má poruchu autistického spektra a druhé má poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Tyto výsledky jsou zaznamenány v následujícím grafu (graf 6).

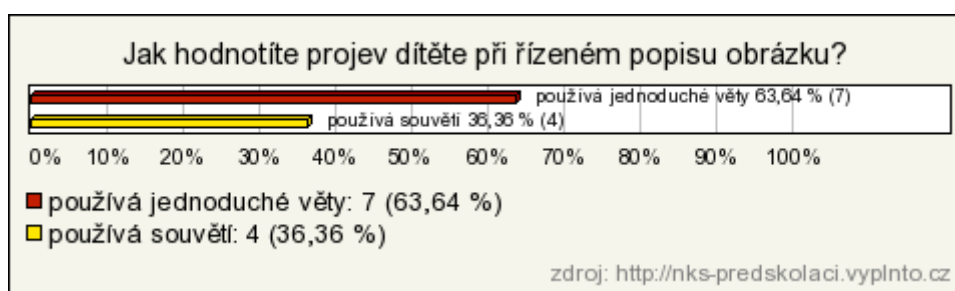
Graf 6



Další otázka byla zaměřená na hodnocení spontánního projevu dítěte, jestli používá jednoduché věty nebo souvětí. 5 dotazovaných uvedlo, že děti užívají převážně souvětí, 3 učitelky uvádí, že se děti vyjadřují převážně v jednoduchých větách a 3 učitelky vybraly obě možnosti. Celkově je to 72% dětí, které používají souvětí a 54% které se vyjadřují stále ještě jednoduchými větami.

Při řízeném popisu obrázku užívá 64% dětí jednoduché věty a 34% dětí používá souvětí. Údaje jsou zpracovány v grafu (graf 7).

Graf 7



Nadpoloviční většina, 64%, dětí užívá ve spontánním projevu všechny slovní druhy. Ovšem stále ještě 36% dětí je nepoužívá, i když by je měly začít používat okolo 4 let.

Schopnost vyprávět spontánně nějaký příběh je podle odpovědí vyučujících 73% dětí. Naopak tři učitelky uvedly, že toho dětí v jejich třídě ještě nejsou schopny, což je 27% dětí. Výsledky jsou uvedeny v následujícím grafu (graf 8).

Graf 8



V poslední otázce jsem zjišťovala, zda děti stále ještě užívají dysgramatizmy. Z odpovědí vyplývá, že celých 72% dětí už je nepoužívá, ale 28% stále ještě ano.

4.6 ZÁVĚRY EMPIRICKÉ ČÁSTI

Z výzkumného šetření vyplývá, že se vyplňování dotazníků zúčastnily převážně učitelky ze středně velkých až větších mateřských škol, což zvyšuje pravděpodobnost působení logopeda v místě, kde se nachází mateřská škola. Výsledky potvrzují, že v místě MŠ, se nachází také logoped, v 82%. Toto zastoupení je velmi dobré. Oproti tomu mě docela překvapilo, že ne všechny MŠ s logopedem spolupracují. Když už v místě MŠ logoped je, bylo by dobré jeho služby využívat, a provádět logopedický screening, který provádí pouze 55% škol. Dále musím kladně hodnotit vzdělání učitelek, protože každá měla dosažené vzdělání v předškolní pedagogice. Navíc má 63% z dotázaných logopedický kurz a i jinými způsoby se zajímají o logopedickou prevenci. Pouze jedna z dotazovaných se o tuto problematiku vůbec nezajímá. Dále uvedla, že s dětmi neprovádí žádná cvičení pro rozvoj komunikačních schopností v rámci řízené činnosti. Je tedy na pováženou, proč toto uvedla, neboť rozvoj jazykových a komunikačních schopností je součástí RVP PV v oblasti Dítě a ten druhý. Výsledky individuální práce s dětmi s NKS byly pro mne očekávané, pracuje s nimi pouze 45% dotazovaných učitelek. Z toho vyplývá, že druhá polovina dotazovaných učitelek ponechává intervenci na rodičích a odborníkovi. Oproti tomu mě překvapilo, že jedna učitelka pracuje s dítětem podle doporučení od logopeda. To znamená, že buď spolupracuje přímo s logopedem, nebo s rodiči. Právě spolupráce s rodiči je hodnocena v celé škále přístupů od velmi dobré spolupráce až po žádnou. Počet dětí s řečovou vadou byl zhruba 10 dětí na třídu, což je sice dost vysoké číslo. Není to problém pouze oblasti, kde se prováděl výzkum, je všeobecně známo, že dětí s narušenou komunikační schopností přibývá. Na druhou stranu je dobré, že větší polovina dětí navštěvuje logopeda. Největší část chodí ke klinickému, nebo školnímu logopedovi a jen velmi málo dětí k logopedovi do SPC. Z výzkumu vyplývá, že děti mají potíže s výslovností sykavek nebo hlásek LRŘ. U sykavek měly obtíže průměrně 3 děti, což není moc vysoké číslo, vzhledem k počtu dětí, které mají opožděný vývoj řeči. Problémy s výslovností hlásek LRŘ má průměrně 7 dětí na třídu. Tohle číslo je sice vyšší, ale

jejich výslovnost se může upravovat až do sedmi let. Jiné hlásky většinou dětem problémy už nedělají, pouze v malém množství případů. Byly uvedeny 1 -4 děti. Již zmíněným OVŘ trpí dle dotazovaných učitelek 72% dětí, a to je velké množství. Další nezanedbatelným druhem NKS, který se mezi dětmi vyskytuje je vývojová dysfázie. Jedná se o komplexní poruchu komunikační schopnosti, která vyžaduje individuální přístup k dítěti. Dítě s touto vadou má ve třídě 5 učitelek. Ještě dvě vyučující uvedly, že mají ve třídě dítě s huhňavostí a druhá dítě s breptavostí. Děti s jiným postižením bylo podle mého názoru velmi málo, jen jedno dítě mělo k NKS poruchu autistického spektra a druhé poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Hodnocení projevu dítěte bylo rozdílné, prakticky přesně opačné u spontánního projevu a u řízeného popisu obrázku. Ve spontánním projevu děti ze 72% používají souvětí, naopak u popisu jednoduché věty. Z 64% procent při spontánním projevu děti užívají všechny slovní druhy, což mi přijde docela malé procento, vzhledem k jejich věku. Schopnost samostatně vyprávět nějaký příběh má dle výsledků dotazníku 73 % dětí. A stejné množství dětí už v řeči nepoužívá dysgramatizmy. Celkově hodnotím vzdělanost učitelů, jejich zájem o logopedickou prevenci jako velmi dobrou. Zajištění logopedické péče se jeví také jako dostačující, ovšem dala by se zlepšit spolupráce školy s logopedem. Stav řečových schopností a výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí předškolního věku je dle výsledků výzkumu poměrně vysoký. Proto bych doporučovala zamyslet se nad tím, proč tomu tak je a snažit se tomu předcházet. Nikoli následně hledat pomoc, a když už je třeba pomoc odborníky vyhledat, tak to udělat včas.

5 ZÁVĚR

Problematika narušené komunikační schopnosti je velmi široká oblast, která zabíhá do spousty disciplín, jako je pedagogika, psychologie, logopedie, foniatrie, lékařství a další. Zabývají se jí nejen odborníci, ale i rodiče a širší veřejnost, proto je toto téma velmi aktuální. Jelikož si největší část komunikačních kompetencí osvojuje dítě především v období před nástupem do školy. Proto třeba dbát zvýšené pozornosti na vývoj řeči v předškolním věku dítěte. Právě touto oblastí se zabývá tato bakalářská práce.

Teoretická část obsahovala tři kapitoly, ve kterých jsem se snažila postihnout řečový vývoj dítěte zaměřený na věk před nástupem do školy. Nejprve jsem objasnila význam pojmů jako: řeč, komunikace, komunikační kompetence, nebo narušená komunikační schopnost, se kterými bylo dále pracováno. Dále jsem teoreticky zpracovala problematiku poskytování logopedické intervence v České republice. Podstatná část byla věnovaná problematice vývoje řeči a předškolnímu vzdělávání. V poslední kapitole jsou stručně popsány vybrané druhy narušené komunikační schopnosti.

Cílem empirické části bylo na základě poznatků v teoretické části analyzovat stav narušené komunikační schopnosti u dětí v předškolním věku a dále zhodnotit stav poskytování logopedické péče a úroveň kvalifikace učitelek v mateřské škole v logopedické problematice.

Z výsledků šetření vyplývá, že velké množství dětí před nástupem do školy má narušenou komunikační schopnost, nebo alespoň nedostatky v komunikačním projevu. Proto je třeba dbát na správné zajištění logopedické intervence už v mateřské škole, což z výsledků šetření vyplývá, jako výborné. Ale ne každá škola využívá služeb logopeda, proto bych doporučila v této oblasti více aktivity ze strany mateřské školy a pozvat si každý rok logopeda, aby provedl alespoň základní logopedický screening. Naopak vzdělání učitelek a zájem o logopedickou prevenci vyšel na vysoké úrovni. Přes vysokou úroveň vzdělání a aktivity učitelek je nesporné, že největší vliv na vývoj řeči dítěte má především rodinné zázemí, ve kterém dítě vyrůstá.

POUŽITÉ ZKRATKY

- DMO - dětská mozková obrna
- CNS - centrální nervová soustava
- IQ- inteligenční kvocient
- MR - mentální retardace
- MŠ – mateřská škola
- NKS – narušená komunikační schopnost
- OVŘ - opožděný vývoj řeči
- PAS - poruchy autistického spektra
- PPP – pedagogicko- psychologická poradna
- RVP PV – rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
- SPC – speciálně- pedagogické centrum
- VFU - velofaryngeální uzávěr

6 SEZNAM PŘÍLOH

příloha č. 1: Prázdný dotazník

7 POUŽITÁ LITERATURA

- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Diagnostika dítěte předškolního věku. Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let.* Dotisk 1. vydání. Brno: Computer Press, a.s., 2011, 217 s. ISBN 978-80-251-1829-0
- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Školní zralost, Co by mělo umět dítě před vstupem do školy.* 1. vydání. Brno: Computer Press, a.s., 2010, 100 s. ISBN 978-80-251-2569-4
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník. Terminologický a výkladový.* Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 2001, ISBN 80-902536-2-8
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III.* Brno: Paido • edice pedagogické literatury, 1998, 101 s. ISBN 80-85931-62-1
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie.* vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí.* Brno: Paido • edice pedagogické literatury, 2000, 123 s. ISBN 80-85931-95-5
- KLENKOVÁ, Jiřina, KOLBÁBKOVÁ, Helena. *Diagnostika předškoláka- správný vývoj řeči dítěte.* Brno: © MC nakladatelství, 2003, 125 s.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *BUDU SPRÁVNĚ MLUVIT, Chodíme na logopedii.* vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3687-7
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči.* 4. vyd. Praha: Portál, 2005, 213 s. ISBN 80-7367-056-9

- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 192 s. ISBN 80-7178-572-5
- LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repertorium*, 1. vyd. Slovenské pedagogické nakladatel'stvo , 1989. 265 s. ISBN 80-08-00447-9
- PIAGET, Jean, INHELDEROVÁ, Bärbel. *Psychologie dítěte*. vydání 1., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, 117 s.
- PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vydání. Brno: Paido • edice pedagogické literatury, 2007, 178 s. ISBN978-80-7315-157-7
- ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2. dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1
- VYŠTEJN, Jan. *Dítě a jeho řeč*. vydání 1., Beroun: BAROKO & FOX, 1995, 62 s. ISBN 80-85642-25-5

Internetové zdroje:

- STRNAD, Jan. *Co přináší novela vyhlášek 72 a 73/200*, 2011, článek dostupný na <http://www.inkluze.cz/clanek-428/co-prinasi-novela-vyhlasek-72-a-73-2005>
- *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*, Praha: VUP, 2004 <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-predskolni-vzdelavani>

- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb. *O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. *O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>
- Zákon č. 561/2004 Sb. *O předškolním, základní, středním vyšším odborném jiném vzdělávání* <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>
- Výsledky dotazníku <http://nks-predskolaci.vyplnto.cz>

8 PŘÍLOHY

příloha č. 1: Prázdný dotazník

1.) *Jaká je velikost mateřské školy?*

- a. do 50- žáků
- b. 50-80 žáků
- c. 80-100 žáků
- d. více než 100 žáků

2.) *Počet dětí předškolního věku ve třídě (5-6 let):*

3.) *Nachází se v místě vaší mateřské školy logoped? (v místě: myšleno městě, obci apod.)*

- a. ano
- b. ne

4.) *Spolupracuje vaše mateřská škola s logopedem?*

- a. ano, s klinickým
- b. ano, se školským
- c. ne

5.) *Jaké je vaše nejvyšší dosažené pedagogické vzdělání?*

- a. vysokoškolské
- b. vyšší odborné
- c. středoškolské
- d. doplňte obor:

6.) *Máte logopedické vzdělání?*

- a. vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- b. logopedický kurz
- c. jiné
- d. žádné

7.) *Zajímáte se jiným způsobem o logopedickou prevenci?*

- a. ano, formou seminářů
- b. ano, samostudiem publikací
- c. ano, jiným způsobem
- d. ne

8.) *Provádíte v mateřské škole logopedický screening?*

- a. ano, ve spolupráci s logopedem
- b. ano, realizuji sama
- c. ano, realizuje kolegyně
- d. ano, realizuje jiný odborník
- e. ne
- f. v případě odpovědi 4, doplňte jaký odborník

9.) *Provádíte s dětmi cvičení pro rozvoj komunikačních dovedností v rámci řízené činnosti?*

- a. ano, dechová cvičení
- b. ano, rozcvičení mluvidel
- c. ano, hlasová cvičení
- d. ne

10.) *Provádíte s dětmi s narušenou komunikační schopností individuální cvičení?*

- a. ano, na základě doporučení logopeda
- b. ano, pracuji s dětmi samostatně
- c. ne

11.) *Jak hodnotíte spolupráci s rodiči dětí, které mají narušenou komunikační schopnost?*

- a. velmi dobrá spolupráce
- b. dobrá spolupráce
- c. částečná spolupráce
- d. obtížná spolupráce
- e. žádná spolupráce

12.) *Kolik dětí ve vaší třídě má řečovou vadu:*

13.) *Kolik dětí z vaší třídy navštěvuje klinického logopeda?*

15.) *Kolik dětí z vaší třídy navštěvují jiného logopeda? Jakého? Kde?*

16.) Kolik dětí nezvládá výslovnost sykavek?

17.) Kolik dětí nezvládá výslovnost hlásek LRŘ?

18.) Kolik dětí nezvládá výslovnost jiných hlásek?

19.) Máte ve třídě dítě s:

- a. opožděným vývojem řeči
- b. vývojovou dysfázií
- c. huhňavostí
- d. koktavostí
- e. breptavostí
- f. mutismem
- g. jinou:

20.) Má některé dítě s narušenou komunikační schopností i jiné postižení?

- a. ano, se zrakovým postižením
- b. ano, se sluchovým postižením
- c. ano, s DMO
- d. ano, s poruchou autistického spektra
- e. ano, s mentálním postižením
- f. ano, s poruchou soustředění a hyperaktivitou
- g. ne
- h. jiné vypište:

21.) Jak hodnotíte spontánní projev dítěte?

- a. používají jednoduché věty
- b. používají souvětí

22.) Jak hodnotíte projev dítěte při řízeném popisu obrázku?

- a. používají jednoduché věty
- b. používají souvětí

23.) Používají děti ve spontánním projevu všechny slovní druhy?

- a. ano
- b. ne

24.) *Jsou děti schopny spontánně vyprávět příběh?*

- a. ano
- b. ne

25.) *Používají děti ve třídě dysgramatizmy?*

- a. ano
- b. ne