

**Univerzita Karlova v Praze  
Husitská teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**Výchova a vzdělávání dětí s vadami řeči**

**Upbringing and education of children with speech disorders**

**Katedra: Učitelství**

**Studijní obor: Sociální pedagogika**

**Forma studia: prezenční**

**Vedoucí práce:**

**PhDr. Dagmar Moravcová**

**Autor:**

**Eva Kybicová, DiS.**

**Praha, 2008**

## Poděkování:

Ráda bych poděkovala všem, kteří se zasloužili o vznik této práce. Děkuji své vedoucí bakalářské práce PhDr. Dagmar Moravcové za odborné vedení práce a za podnětné připomínky. Mé poděkování dále patří Mgr. Lence Müllerové za cenné rady, zkušenosti z praxe a odbornou literaturu, kterou jsem získala v rámci blokové praxe v Logopedické základní škole a SPC v Měcholupech u Žatce.

## Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Výchova a vzdělávání dětí s vadami řeči“ vypracovala samostatně, pouze s využitím citované literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.

V Praze dne 24. 6. 2008

Eva Kybicová

## **Anotace**

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „Výchova a vzdělávání dětí s vadami řeči“. Vzhledem k tomu, že jsem se začala tímto tématem zabývat již před 3 lety, nazvala bych dnes tuto práci jako „Výchova a vzdělávání dětí s poruchami komunikačních schopností“. V teoretické části jsem popsala základní logopedické pojmy vývoje řeči, logopedické diagnózy a poruchy řeči při různých postiženích. Dále jsem uvedla diagnostiku, terapii, logopedické pomůcky, prognózu, prevenci. Ve škole, kde jsem výzkumnou část prováděla je kapacita 54 dětí a proto jsem se snažila rozšířit tento výzkumný vzorek i o nově příchozí žáky. Žáci z 1. stupně Logopedické základní školy odcházejí zpět do kmenových škol, kde jsou integrováni a vzdělávají se dle svých vzdělávacích programů. S dětmi pracují speciální pedagogové, logopedi, školní psycholog, vychovatelky a v procvičování řeči mají důležitou roli i rodiče.

V praktické části jsem rozdělila vady řeči dle diagnóz a znázornila jsem jejich četnost v tabulkách.

## **Klíčová slova**

Řeč, vývoj řeči, logopedie, škola, výchova, vzdělávání, integrace, reedukace, terapie, prognóza.

## **Annotation**

“Upbringing and education of children with speech disorders“ this is the topic, which I’ve chosen for my bachelor’s work. I have been interested in this topic for nearly 3 years and so nowadays I’d change the title of my work to “Upbringing and education of children with problems of communication abilities.“ In the first part of my work I have tried to describe the basic logopedic terms of speech development, some logopedic diagnoses and speech disorders. Then I mentioned process of diagnosis, therapeutics, some logopedic aids, prognosis and prevention. There was the capacity of 54 children in the school, which I have chosen for my research. In my work I tried to extend this number with all newcomers pupils. The pupils from the first level of this special logopedical school usually go back to their ordinary basic schools. They are educated by special teachers and logopedes, there. They cooperate with the school psychologist, nurses and, of course, the main role there is for their parents to practise their speech together.

In the practical part of my work I sorted all speech disorders according to their diagnoses and I tried to show these results in the charts.

## **Keywords**

Speech, speech development, logopedics, school, upbringing, education, integration, reeducation, therapeutics, prognosis.

## **Seznam zkratek**

SPC – Speciálně pedagogické centrum

ŠVP – školní vzdělávací program

IVP – individuální vzdělávací program

DMO – dětská mozková obrna

CNS – centrální nervová soustava

LMD – lehká mozková dysfunkce

RVP – rámcový vzdělávací program

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

OVŘ – opožděný vývoj řeči

MR – mentální retardace

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

## OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| Úvod .....  | 9         |
| <b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>   | <b>11</b> |
| 1. Pojem „řeč“ a „logopedie“ .....  | 11        |
| 2. Vývoj řeči .....   | 12        |
| 3. Poruchy vývoje řeči .....  | 14        |
| 3.1 Opožděný vývoj řeči .....   | 14        |
| 3.1.1 Příčiny opožděného vývoje řeči .....                                  | 14        |
| 3.2 Vývojová dysfázie.....  | 16        |
| 4. Získané organické poruchy řečové komunikace .....                        | 18        |
| 4.1 Afázie .....  | 18        |
| 4.2 Syndrom demence a poruch komunikace.....                                | 19        |
| 5. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus.....                            | 20        |
| 6. Poruchy hlasu a řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému..... | 21        |
| 6.1 Poruchy zvuku řeči (huhňavost – rinofonie) .....                        | 21        |
| 6.2 Poruchy řeči při vrozených anomáliích (rozštěpy) .....                  | 21        |
| 7. Narušení plynulosti řeči .....   | 23        |
| 7.1 Koktavost (balbuties) .....   | 23        |
| 7.2 Breptavost (tumultus sermonis) .....                                    | 23        |
| 8. Narušení grafické stránky řeči.....                                      | 24        |
| 8.1 Poruchy čtené a psané řeči .....  | 24        |
| 9. Symptomatické poruchy řeči.....  | 25        |
| 9.1 Poruchy komunikace při mentální retardaci.....                          | 25        |
| 9.2 Poruchy komunikace při smyslových vadách (sluch, zrak) .....            | 26        |
| 9.2.1 Poruchy komunikace při vadách a poruchách zraku .....                 | 26        |
| 9.2.2 Poruchy komunikace při vadách a poruchách sluchu .....                | 26        |
| 9.3 Poruchy komunikace při tělesných postiženích.....                       | 27        |
| 9.4 Pervazivní vývojové poruchy .....                                       | 27        |
| 9.4.1 Časný infantilní autismus (Kannerův syndrom) .....                    | 27        |
| 9.5 Dětská epileptická afázie (Landauův-Kleffnerův syndrom) .....           | 28        |
| 10. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu .....            | 29        |
| 11. Narušení článkování řeči.....   | 30        |

|   |           |
|---|-----------|
| 11.1 Dysartrie .....  | 30        |
| 11.2 Dyslalie.....  | 31        |
| 11.2.1 Terminologie.....  | 31        |
| 11.2.2 Etiologie (příčiny) .....  | 31        |
| 11.2.3 Symptomatologie (příznaky) a klasifikace .....   | 33        |
| 11.2.4 Diagnostika .....  | 34        |
| 11.2.6 Zásady logopedické péče .....  | 44        |
| 11.2.7 Logopedické pomůcky a přístroje .....  | 45        |
| 11.2.8 Prognóza – možnosti nápravy na ZŠ a ZvŠ .....  | 46        |
| 11.2.9 Prevence.....  | 47        |
| 11.3 Poruchy řeči při ADHD.....   | 47        |
| <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>   | <b>48</b> |
| 12. Výchova a vzdělávání dětí s poruchami komunikačních schopností .....  | 48        |
| 12.1 Cíl práce.....   | 48        |
| 12.2 Hypotéza.....  | 48        |
| 12.3 Metody výzkumu .....   | 48        |
| 12.4 Místo výzkumu .....  | 49        |
| 13. Výhody a nevýhody integrace žáků s poruchami řeči do běžného typu školy ve srovnání s Logopedickou ZŠ internátní..... | 50        |
| 13.1 Popis školy.....   | 50        |
| 13.2 Druhy logopedické péče .....   | 51        |
| 14. Popis výzkumného souboru.....   | 53        |
| 16. Výsledky výzkumu .....  | 66        |
| <b>Závěr .....</b>  | <b>67</b> |
| <b>Seznam literatury .....</b>  | <b>69</b> |
| <b>Přílohy.....</b>   | <b>71</b> |



## Úvod

Ač jsme si to donedávna nepřipouštěli, žijí mezi námi děti zdravotně oslabené (tj. řečově, tělesně, smyslově a mentálně postižené), děti s vážnými somatickými a psychickými chorobami či s oslabeným imunitním systémem. Ty jsou zařazeny do systému vzdělávání dětí se speciálně vzdělávacími potřebami.

Tyto děti byly dříve schovávány za zdi speciálních ústavů a škol, které se doporučovaly jako neoptimálnější řešení. Tím se uměle vybudovala psychická bariéra mezi oběma světy, a tak ve styku s postiženými je většina lidí nejistá a neumí se k nim chovat. Obvykle nastávají dva extrémy – buď postiženého člověka okázale či rozpačitě přehlídí a raději se osobnímu kontaktu vyhnou, nebo o něj projevují přehnaně starostlivý zájem či soucit a vyžadují vděčné přijetí vymyšleného způsobu pomoci. Zvláště rodiče postižených dětí si obojího užili víc než dost, proto se vlastně spolu se svými dětmi stranili zdravé populaci a vyhledávali pomoc a porozumění mezi podobně postiženými.

Jednou z možných cest, jak se seznámit s postiženými vrstevníky je INTEGRACE. Většina dětí s postižením totiž může absolvovat školní docházku společně se svými vrstevníky. Jejich vřazování do základního vzdělávání znamená v mnoha případech odloučení od rodiny a do jisté míry i segregaci od běžné populace vrstevníků. Integrace neznamená okamžité zrušení všech škol a zařízení pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, ale jde o to, nabídnout dítěti a jeho rodičům možnost volby vzdělávání.

V dnešním systému škol se již těmto dětem dává veliký prostor pro jejich seberealizaci a vynakládá se mnoho prostředků pro jejich výchovu, vzdělávání a zapojení do běžného života.

Cílem práce je sledování výchovy a vzdělávání dětí s poruchami komunikačních schopností. Do hypotézy jsem si stanovila zjišťování stavu výslovnosti a četnosti diagnóz a jejich terapií u dětí ZŠ s různými vzdělávacími programy. Druhým cílem jsem si stanovila efekt speciálně pedagogické a logopedické péče pro tyto žáky a jejich možnosti dalšího vzdělávání při přechodu do jiného typu školy.

Při praxi jsem se seznámila s jednotlivými žáky a se sestavováním individuálních logopedických plánů, popř. IVP. V průběhu školního roku jsem pozorovala průběžně děti v hodinách individuální a skupinové logopedické péče, při řečové výchově a dále i

## Úvod

v odpoledních hodinách při logopedické péči v klubovnách na internátě. Shromáždila jsem poznatky, které jsem dále zpracovala v praktické části.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Pojem „řeč“ a „logopedie“

**Řeč** lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka. I když existuje mnoho dalších definic řeči, tato je z hlediska náhledu medicínsko-rehabilitačního patrně nejpřijatelnější. Jazyk představuje jev společenský, náležící určité etnické jednotce a dále se vyvíjející. Řeč může být mluvená, psaná nebo posuňková. Řeč je prostředkem komunikace (složka výrazová expresivní, přijímací receptivní).

**Logopedie** se skládá ze dvou slov řeckého původu: *logos* – slovo, *paidea* – výchova. Výchova řeči v logopedii znamená rozvíjet správnou řeč u všech dětí z formální (tj. zvukové) stránky, v úzké spojitosti s obsahovou. Znamená to také předcházet vzniku vad a poruch řeči a v případě vzniku je odstraňovat speciálně-výchovnými prostředky, i metodami tak, aby se na základě osvojení správné formy komunikace dosáhlo dobrého sociálního zařazení. Logopedie je speciální pedagogická věda, která se zabývá výchovou osob s narušenou komunikační schopností.

## 2. Vývoj řeči

Jednou z lidských schopností je schopnost řečové komunikace. Definujeme ji jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách. Tato schopnost je nejen jakousi „hraniční zónou“ mezi člověkem a živočišnou říší, ale i schopností, díky které se lidstvo může snažit o navázání kontaktů s jinými světy.

*„I když se komunikační schopnost člověka vyvíjí a zdokonaluje po celý život, nejdůležitějším je období asi do 6. roku života.“*<sup>1</sup> Důležité jsou faktory jednotlivých vlivů a jejich vzájemné vztahy s vývojem řeči (myšlení, motorika, senzorická i sociální sféra).

### Fylogenetický vývoj řeči

Fylogenetický vývoj dorozumívání probíhal postupně v několika fázích:

- § zvuky vytvářené hlasem, jimiž tvor vyjadřoval své pocity jako bolest, radost, hlad aj. (složka projevovalá),
- § zvuky, které se vytvářely už účelově, se snahou působit na jiné. Např. varovné signály, svolávání (složka vybavovací),
- § vydávání zvuků za účelem sdělování myšlenek a schopnost vnímat a pochopit to, co sdělují pomocí zvuků jiní (složka dorozumívací).

### Ontogenetický vývoj řeči:

- § období křiku – jde o neurčitý křik, volání, reflexní činnost
- § období žvatlání = žvatlání pudové
- § první slovo – slovo zastupuje zpočátku celou větu
- § období otázek – dítě si ujasňuje gramatické struktury

### Nezbytné podmínky k správnému vývoji řeči:

- § nepoškozená centrální nervová soustava,
- § normální intelekt,

---

<sup>1</sup> Pozn.: LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, str. 13

- § normální sluch,
- § vrozená míra nadání pro jazyk,
- § adekvátní sociální prostředí (otázka stimulace k řeči).

### 3. Poruchy vývoje řeči

Vývoj řeči nelze odlišit od ostatních schopností člověka. Není proto možné rozvíjet dětskou řeč na úrovni, která by měla odpovídat věku, pokud celkový vývoj všech schopností a dovedností neprobíhá tak, jak bychom si představovali a přáli. Kolem 3. roku života dítěte jsou dospělými kladeny na jeho řeč velké nároky. Každé dítě ale není schopno bez potíží toto období překonat.

#### 3.1 Opožděný vývoj řeči

Opožděný vývoj řeči může být dominujícím příznakem klinického obrazu, nebo se může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch. Mívá různé příčiny.

Dítě by mělo vyslovit první slovo kolem jednoho roku. Za první slovo lze považovat zvuk, který se už jasně váže k nějaké osobě (baba), situaci (ham) nebo předmětu (tútú).

Jsou však děti, které začínají mluvit podstatně později. Řada dětí, a jsou to častěji chlapci než děvčata, řekne své první vědomé slovo až kolem druhého roku.

Tři roky věku se považují za hranici, kdy končí období prodloužené fyziologické nemluvnosti.

Jestliže dítě nemluví ani po třetím roce nebo mluví podstatně méně, než je v tomto věku obvyklé, a stav se nijak výrazně nemění, jde už o opožděný vývoj řeči a dítě patří v každém případě do odborné péče.

##### 3.1.1 Příčiny opožděného vývoje řeči

Sociální prostředí je nejčastějším zdrojem příčin opožděného vývoje. Dítě velmi stojí o kontakt, o rozhovor, dožaduje se ho. Ale když se časem přesvědčí, že jeho signály nejsou vyslyšeny, snažit se přestává. Jindy dospělý sice zaregistruje, že dítě něco chce, ale neporozumí dobře a reaguje jinak, než dítě očekává (např. malé dítě má žízeň, pláče, ale maminka mu vytrvale nutí dudlík). Dlouhá řada takových nezdarů postupně oslabuje původně intenzivní touhu po kontaktu.

Dědičnost se podílí na opožděném vývoji řeči nejméně jednou třetinou. Vývoj se opravdu většinou spontánně vyrovná, ale někdy přetrvá rozsáhlá dyslalie. Někdy příliš bouřlivý vývoj,

dohánějící zpoždění, vede často ke koktavosti. A někdy se může vyskytnout porucha velmi závažná, dysfázie, která vyžaduje systematickou péči řady odborníků.

U dětí, které trpí nedostatkem citových vazeb (citová deprivace), se obtížně uplatňuje přirozená zvědavost a potřeba získávat informace, napodobovat. Velmi častou příčinou opoždění řeči je nedostatek mluvního kontaktu.

Rodiče mají na dítě málo času, málo si s ním hrají a když se už dospělí dítětem zabývají, je slovní doprovod dost stereotypní: jez ... sed' klidně ... hraj si. Nedostatečná stimulace se projevuje jako výchovná zanedbanost, přitom schopnosti dítěte jsou pro rozvoj řeči přiměřené. Nejde vždy jen o nedostatek zájmu, ale o nevědomost, o podcenění nutnosti vývoji řeči napomáhat.

Extrémní nedostatek mluvního kontaktu může vývoj narušit natolik, že už se nedá nic zachránit. Příkladem jsou osudy dětí vychovaných zvířaty. Děti zanedbávaných, žijících bez citového zázemí, není zdaleka málo.

Srovnání vývoje řeči u dětí z kojeneckých ústavů a dětí z běžných rodin -) ústavní děti byly prokazatelně opožděné nejen v řeči, ale i v sociálních vztazích.

Nadbytek péče o řeč často provází příliš pečlivou výchovu. Rodina sleduje, co dítě potřebuje, stačí jen naznačit a přání je splněno. Děti sice mají velkou pasivní slovní zásobu, ale chybí vlastní akce, touha sdělovat. Dítě prostě řeč nepotřebuje, proto se také nijak zvlášť nerozvíjí.

Nedostatky ve zrakovém vnímání mohou způsobit jen přechodné opoždění vývoje řeči. Podstatnější pro vývoj řeči je stav sluchu. Není-li v pořádku, má to za následek nejen opoždění vývoje řeči, ale i podstatné změny v její kvalitě.

Nedostatky v oblasti centrální nervové soustavy, lze charakterizovat jako vrozenou nebo v raném věku získanou neschopnost pamatovat si slova a rozumět jim (akustická dysgnozie a senzorická afázie), což podstatně omezuje rozvoj řeči. Tyto poruchy patří především do oblasti dětské neurologie.

Často se setkáváme s oligofrenií, tedy poruchou intelektu různého stupně, která je provázena opožděným (a omezeným) rozvojem řeči. Nepomineme ani vzácný artismus a daleko častější artistické rysy. Rozvoj řeči se v tomto případě opožďuje, protože je omezena schopnost dítěte navazovat těsné citové vztahy. Vývoj je dost odchylný od normálu.

Citová nevyrovnanost, ať jde o předrážděnost nebo otupělost (často provází lehkou mozkovou dysfunkci), způsobuje, že se dítě nedokáže soustředit na řeč, kterou poslouchá, a proto mluví také méně a hůře, než odpovídá jeho možnostem. Dítě nemusí mluvit také proto, že ho z nějakého důvodu „neposlouchají“ mluvidla (vývojová dyspraxie celková nebo jen mluvní). Potlačování přirozené laterality, která sice nezastaví, ale může zpomalit vývoj řeči.

Vývojové vady mluvidel (rozštěpy) mohou sice poněkud pozdržet vývoj řeči, ale samy o sobě ho nemohou blokovat. Realizace řeči se však může podstatným způsobem lišit od normy.

Podstatně častěji než předchozí příčiny najdeme nesprávné postoje a výchovné metody, kterými okolí na mluvené projevy dítěte reaguje, tedy nevyhovující zpětnou vazbu. Dospělí na řečové projevy dítěte reagují odmítavě (dej mi pokoj), výsměchem (jak to proboha mluvíš, mluvíš jako hotentot), stálým opravováním (neřká se tetišta, ale tetička). Dítě těmto signálům dobře rozumí a vycítí, že není přijímáno. Do řeči se proto nehrne.

Shrňme-li tedy příčiny dětské nemluvnosti, vzniknou dvě základní skupiny. Opoždění vývoje řeči jako příznak základní je způsobeno především nevhodnými vlivy sociálními a okolnostmi výchovnými. Často provází také lehkou mozkovou dysfunkci, způsobenou hlavně nezralostí nervového systému. Tyto případy mají poměrně dobré vyhlídky na úpravu stavu řeči, i když je často nutná velká trpělivost a dlouhá, systematická reedukace.

Někdy se však vyskytuje opoždění jako příznak druhotný, jako důsledek základního onemocnění nebo vady (nedostatky rozumové, vady sluchu, DMO). Metody jsou zaměřeny především na základní problém. Také vývoj vyjadřovacích schopností dítěte je plně závislý na rozsahu základního handicapu.

### **3.2 Vývojová dysfázie**

Tato vývojová porucha řeči je charakterizována velice širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci v mnoha jejích úrovních. Může být doprovázena dalšími příznaky vyplývajícími z podstaty její etiologie. Termín vývojová dysfázie je v české foniatrické škole chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Nejde tedy o stav získaný až po osvojení si řeči.



Název dysfázie vystihuje podstatu poruchy nejlépe: *dys-* předpona označující narušení vývoje, *-fázie* – odkazující na řečové funkce jako celek.

Příčiny: *mozková dysfunkce* nejčastěji difúzního charakteru, výrazná nezralost CNS, pre-, peri- nebo postnatální narušení vývoje různé etiologie, obvykle charakterizované jako LMD.

#### Stupně poruchy:

- § *nemluvnost* – komunikace hlasem a pohybem, mluvená řeč se nevyvíjí
- § *těžká dysfázie* – *částečná nemluvnost* – řeč se sice rozvíjí, ale později, pomalu a často i deformovaně
- § *dysfázie* – neznemožňuje komunikaci, ale řeč má závažné nedostatky ve slovní zásobě, gramatice, větné stavbě i artikulaci
- § *dysfatické rysy* – řeč vykazuje jen některé typické znaky dysfázie.

#### Průběh terapie:

- § pasivní porozumění řeči;
- § aktivní používání řeči;
- § vývojová linie od nejjednodušších zvuků, slabik až po víceslabičná slova;
- § rozšiřování slovní zásoby dle jednotlivých témat a slovních druhů;
- § rozvoj řeči po stránce syntaktické, gramatické (skloňování, časování, řazení druhů slov ve větě) a fonematicko-fonologické;
- § v poslední fázi terapie se zaměřujeme na terapii z hlediska hláskových skupin, nikoliv však izolovaně, ale ruku v ruce s rozvojem všech těchto uvedených složek řeči – při tvoření vět, vyprávění, popisu obrázku dle jednotlivých tematických celků.

## 4. Získané organické poruchy řečové komunikace

Poruchy řečové komunikace, které jsou podmíněné získaným organickým poškozením či onemocněním mozku (mohou nastat i v prenatálním a perinatálním období).

### 4.1 Afázie

Afázie (= ztráta řeči na podkladě organického poškození mozku) patří do souboru vyšších kortikálních poruch (kam spadají i kognitivní funkce), k němuž řadíme také agnozie (= ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality), apraxie (= ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené pohybové výkony nebo napodobovat pohyby předvedené druhou osobou), akalkulie, agrafie (= ztráta nebo porucha schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky), alexie (= porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči), poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru atd. Mnozí autoři definují toto komplikované a nejednoznačné postižení jako ztrátu exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku. (Termín afázie je odvozen z řeckého *phasis* – řeč, *a-* značí zápor.)

Afázie je praktická neschopnost nebo porucha schopnosti chápat signální význam mluvené řeči, nemožnost nebo porucha schopnosti vyjádřit se srozumitelnou mluvenou řečí při poruše CNS. Je to porucha získaná.

Afázie vzniká při postižení řečových zón mozku, nejčastěji při ucpání mozkové cévy, při nádorech mozku, poruchách jeho výživy, při poranění mozku, při jeho zánětu.

V posledních dvaceti letech nastal v důsledku rozvoje nových diagnostických metod (počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance) v náhledu na problematiku afázií výrazný posun.

**Reedukace** (= rozvíjení a zlepšování nevyvinuté nebo porušené činnosti v oblasti postiženého analyzátoru) řeči: stupeň a rychlost obnovování řeči závisí na povaze, rozsahu a lokalizaci postižení mozkové tkáně, na věku, na vzdělání. Způsoby léčby se diferencují podle druhu a stupně postižení. Reedukace afatika musí být komplexní. Do komplexní léčby patří také medikamentózní léčení, pohybová rehabilitace a psychoterapie. Reedukaci je nutno provádět plánovitě a soustavně, s vyloučením únavy. Cvičí se několikrát za den, max. půl hodiny. Začíná se takovými cvičeními, při nichž může mít afatik alespoň částečný úspěch, např. kopírování obrázků, písmen, opsání slabiky. Dříve probrané prvky je nutno stále

opakovat. Postupujeme od jednoduchého ke složitějšímu podle druhu a stupně poruchy. Nutné je respektovat zvýšenou únavnost, náladovost. S reedukací je nutno začít, jakmile to dovoluje celkový stav nemocného.

## 4.2 Syndrom demence a poruch komunikace

Demence jsou těžké psychické poruchy, většinou podmíněné organickými onemocněním mozku. Vlivem mozkové poruchy dochází k podstatnému snížení intelektových a paměťových funkcí i dalších psychických funkcí oproti premorbidní úrovni.

Demence ve svém důsledku vedou k těžkému společenskému handicapu postiženého. Jsou proto velmi závažným problémem jak v oblasti zdravotnické péče, tak v oblasti sociální i ekonomické.

Syndrom demence = soubor duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu.

Poruchy komunikace provázejí s různými projevy a intenzitou všechny typy a stadia demence. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu a jsou spjaté s poruchami čtení a psaní.

## **5. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus**

Mutismus je všeobecně pokládán za hraniční problematiku mezi logopedií, foniatrií a psychiatrií. V psychiatrické terminologii je chápán jako symptom. Znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, které nejsou podmíněny organickým poškozením centrálního nervového systému.

Mutismus je obvykle neurotickou reakcí na mimořádný zážitek nebo je projevem akutního psychotického onemocnění. Může vzniknout náhle po těžkém psychotraumatu, nebo jako reakce na přetěžování, nesprávný styl výchovy a po těžkých stresových situacích na základě určité konstituce a dispozice jedince.

## 6. Poruchy hlasu a řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému

Nejčastějším symptomem poruch hlasu a řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému je huhňavost a porucha artikulace způsobená nedostatečnou funkcí patrohltanového závěru (= schopnost uzavření horní části nosohltanu pohybem měkkého patra vzhůru a dozadu k zadní stěně hltanu).

### 6.1 Poruchy zvuku řeči (huhňavost – rinofonie)

Při mluvené řeči se v rozličných jazycích v různé míře uplatňuje i nosní rezonance. Nosovost sama o sobě je fyziologický jev. U některých hlásek je nosovost minimální (např. u samohlásek a u některých souhlásek, třeba u exploziv a sykavek). U některých souhlásek je nosní rezonance naopak jejich charakteristickým zvukem – proto jsou nazývány nosovkami.

V českém jazyce je nosovost nejsilněji vyjádřena u souhlásek *m*, *n*, *ň* a skupiny *ng*. Při vyslovování prakticky všech souhlásek kromě nosovek *m* a *n* dochází k vytvoření ventilového závěru mezi nosohltanem a spodnějšími částmi hltanu. Znamená to, že na rezonanci hlasu se podílí hrtan nad hlasovou štěrbinou, hrtanová a ústní část hltanu a dutina ústní. Pouze u souhlásek *m* a *n* k tomu přistupuje i rezonance nosohltanu a dutiny nosní. Patrohltanový závěr musí být tím pevnější, čím je větší přetlak v dutině ústní nutný pro vytvoření té či oné hlásky.

Huhňavost se u mentálně retardovaných vyskytuje častěji než u intaktních dětí. Při otevřené huhňavosti může být příčinou nedostatečná inervace měkkého patra. Častěji než otevřená huhňavost se u nich vyskytuje zavřená huhňavost.

### 6.2 Poruchy řeči při vrozených anomáliích (rozštěpy)

Vada řeči provázející rozštěp patra, popřípadě rozštěp rtu a patra, je důsledkem orgánového defektu. Je to vada vývojová – řeč se utváří na vývojově vadném základě. Tato vývojová vada řeči spolu s deformacemi kosmetického rázu má značné důsledky ve vytváření osobnosti i v rozvíjení odpovídajících společenských vztahů.

Podle historických pramenů bylo ve starověku zvykem děti s rozštěpem po narození usmrtit. Ještě v nedávné minulosti byl nejzávažnějším důsledkem rozštěpových vad narušený vývoj osobnosti. Dříve byl člověk s rozštěpem pro svůj odpor vzbuzující vzhled a špatně

srozumitelnou řeč často ze společnosti vyřazován. V dnešní době jsou děti s rozštěpy po narození dispenzarizovány a je jim věnována komplexní péče.

*Palatolalie* = porucha artikulace způsobená rozštěpem patra.

## 7. Narušení plynulosti řeči

Narušení plynulosti řeči je stav, kdy dochází buďto ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (kuktavost – balbuties).

### 7.1 Kuktavost (balbuties)

Kuktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Jde o všeobecný jev bez vztahu k národnosti, jazyku. Je to slabost CNS na bázi dysfunkce mozku + nějaký stresor, který spolu s určitými dispozicemi vyvolá kuktavost. Dříve byla kuktavost považována za čistou neurózu.

Tato porucha má často mimořádně nepříznivý zpětný dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Snaha o její léčbu je již více než 100 let předmětem zájmu mnoha lékařských i nelékařských oborů. To je právě příčinou existence velkého množství terapeutických přístupů, ale současně i vysokého procenta recidiv a terapeutických neúspěchů. Pokud není co nejpřesněji známa etiologie a patogeneze jakéhokoliv onemocnění, zmenšuje se pravděpodobnost úspěchu při cílené terapii (Lechta, 1995).

Psychologická teorie: kuktavost je reakce na určitou situaci, tedy v podstatě forma nebo porucha chování. Může jít o strach z mluvení, reakci na nepříjemné zážitky apod., přičemž tato teorie neodmítá ani vrozené predispozice uplatňující se na klinických projevech kuktavosti.

### 7.2 Breptavost (tumultus sermonis)

Tumultus sermonis – breptavost – je narušená komunikační schopnost, o níž existují protichůdné názory jak z hlediska definování, tak z hlediska názoru na výskyt a metody odstraňování (terapie). V každém případě jde o poruchu, které se v odborné literatuře obvykle nevěnuje taková pozornost jako ostatním typům narušené komunikační schopnosti.

Klasici logopedie chápali breptavost jako neurózu řeči. Až na základě výzkumů v třicátých letech 20. století začal postupně převládat názor, že toto narušení komunikační schopnosti má organický podklad. Dnes se už breptavost za neurózu nepokládá.

## 8. Narušení grafické stránky řeči

Specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie) nelze chápat jenom jako izolované poruchy, je třeba si uvědomit, že zasažena bývá celá osobnost postiženého. Omezen je zejména přístup k získávání informací prostřednictvím čtení. Školní prospěch často neodpovídá skutečným možnostem a vynaloženému úsilí postiženého, opakované neúspěchy vedou k jeho rezignaci, narušují sebehodnocení a sociální vztahy dítěte.

### 8.1 Poruchy čtené a psané řeči

Pokud klient (dítě či dospělý) nemá mimo dyslexii nebo dysgrafii žádné další problémy ve smyslu narušené komunikační schopnosti, patří veškerá terapeutická péče (náprava) do působnosti pedagogicko-psychologického poradenství a je záležitostí speciálních pedagogů, případně psychologů v těchto poradnách působících. V péči klinického logopeda by měli být děti nebo dospělí s narušením grafické stránky řeči tehdy, mají-li např. některou z vývojových poruch řeči, poruchu plynulosti mluvené řeči (kockavost, breptavost), narušenou zvukovou stránku řeči, vadu sluchu nebo některou z dalších symptomatických poruch řeči.

*Dyslexie – porucha čtení:* je nejznámějším pojmem z celé skupiny poruch čtení. Při této poruše je úroveň čtení výrazně nižší než všeobecná inteligence.

*Dysgrafie – porucha psaní:* často bývá zahrnuta pod pojem dyslexie. Postihuje písemný projev, který bývá nečitelný, dítě si obtížně pamatuje písmena, obtížně je napodobuje.

*Dysortografie – porucha pravopisu:* vyskytuje se často spolu s dyslexií a dysgrafií. Porucha nepostihuje celou oblast gramatiky, týká se pouze tzv. specifických dysortografických jevů. Děti s touto poruchou nejčastěji zaměňují krátké a dlouhé samohlásky, nerozlišují slabiky dy-di, ty-ti, ny-ni, vynechávají, přidávají, zaměňují písmena či celé slabiky atd.

*Dyskalkulie – porucha matematických schopností:* projevuje se mimo jiné obtížemi v orientaci na číselné ose, záměnami číslic (např. 6-9), záměnami čísel (např. 2008-2800), neschopností provádět matematické operace (sčítání, odčítání, násobení, dělení), poruchami v prostorové a pravolevé orientaci.



## 9. Symptomatické poruchy řeči

Opožděný vývoj řeči může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení: tvoří součást klinického obrazu mentální retardace, vývojové dysfagie, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku. Někdy je přítomen i u tělesného postižení nebo psychické poruchy. Lechta je nazývá *symptomatickými poruchami řeči*.

Symptomatické poruchy řeči je třeba chápat jako *typické narušení komunikační schopnosti, které provází jiné dominující postižení, poruchu nebo onemocnění* (Lechta, 2002).

Sovák považuje za kombinaci poruchy stav, kdy dominující postižení přímo nesouvisí se symptomatickou poruchou řeči, za komplikaci pak stav, kdy mezi postižením a symptomatickou poruchou řeči existuje přímá příčinná souvislost (in Škodová, Jedlička, 2003).

### 9.1 Poruchy komunikace při mentální retardaci

Mentální retardace (MR, dříve oligofrenie nebo slabomyslnost) je *závažné postižení rozumových schopností* prenatální, perinatální nebo postnatální etiologie, jež významně omezuje postižené dítě či dospělého v jeho sociálním prostředí.

Při mentální retardaci všech stupňů je opožděný vývoj řeči vždy. U dětí s mentální retardací se odchylky od normy projevují už v raném věku. Řeč se rozvíjí pomalu a je deformována ve všech jazykových rovinách. Často je to první projev, podle něhož lze soudit, že se dítě vyvíjí odlišně.

Příznaky jsou individuální a velmi variabilní: poruchy aktivity (hyperaktivita, nebo naopak pasivita), poruchy koncentrace pozornosti, poruchy chování, narušení obsahové stránky řeči (nedostatečná slovní zásoba, narušená gramatická stránka řeči) současně se stránkou formální (výslovnost).

Poruchy řeči při mentální retardaci: dyslalie, huhňavost, breptavost, koktavost, dysartrie, dětský autismus a další projevy jako např. echolálie (tj. mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu).

## 9.2 Poruchy komunikace při smyslových vadách (sluch, zrak)

Vrozená vada nebo porucha smyslových orgánů bývají vždy závažnými omezeními vývoje osobnosti, těžší postižení pak může člověka omezovat a v krajním případě i ohrožovat po celý život. Získaná vada smyslových orgánů (zejména v důsledku úrazů nebo infekčních onemocnění) velmi výrazně zasáhne do života člověka, často zcela změní jeho pracovní i osobní život – a tím i jeho další životní perspektivu.

### 9.2.1 Poruchy komunikace při vadách a poruchách zraku

Jako zrakově postižené je označováno dítě, u něhož je schopnost zrakového kontaktu s prostředím omezena buď pro sníženou zrakovou ostrost (schopnost vidět zřetelně), nebo pro omezení zorného pole (rozsah vidění v různých směrech), přičemž není možná korekce obyčejnými brýlemi. Obě poruchy mohou být přítomny současně.

Nejčastější příčinou jsou mozkové nádory, stavy, při nichž měl mozek po určitou dobu nedostatečný přísun kyslíku, úraz hlavy nebo infekce CNS.

#### Příznaky:

- § proměnlivost využívání zraku (dítě na stejný zrakový podnět jeden den reaguje, druhý den ne),
- § dítě je málo zvědavé,
- § dítě lépe poznává zrakem předměty ve známém prostředí,
- § někdy se objevuje upřené zahledění do světla.

Poruchy řeči: dyslalie, narušené koverbální chování a další projevy jako koktavost, breptavost, huhňavost a poruchy hlasu.

### 9.2.2 Poruchy komunikace při vadách a poruchách sluchu

U sluchově postižených dětí jde obvykle o vývoj řeči omezený (zejména u neslyšících dětí), přerušený (při ztrátě sluchu do určitého věku), případně opožděný (u nedoslýchavých dětí). Někdy je třeba rozvíjet neverbální formy řeči.

Poruchy řeči: u neslyšících a těžce nedoslýchavých dětí jsou vlastně narušeny všechny fáze řečové produkce (dýchání, fonace a artikulace). Do poruch řeči můžeme zahrnout *dyslalii* (audiogenní dyslalie – porucha řeči v důsledku sluchového postižení, případně i kofolalie –

ztráta sluchu po úplném osvojení řeči), *dysfonie* – Böhme (in Škodová, Jedlička, 2003) vymezuje termín audiogenní dysfonie = při úplném nebo částečném vypadnutí sluchové funkce (ztráty sluchu vyšší než 60 dB) vznikají změny hlasu; *narušené dýchání, huhňavost, poruchy plynulosti*.

### 9.3 Poruchy komunikace při tělesných postiženích

Poruchy řeči v důsledku vrozeného poškození CNS, většinou dětské mozkové obrny (DMO).

Mezi tyto poruchy řeči patří dysartrie, dysfonie, poruchy dýchání (při spastických formách DMO je nejčastější křečovitě a plytké dýchání), huhňavost, narušené koverbální chování, koktavost.

### 9.4 Pervazivní vývojové poruchy

Termín pervazivní (pronikavý) je nadřazeným označením pro skupinu poruch, které se svým obrazem vyčleňují a odlišují od jiných kategorií. Odrážejí v sobě trvalost projevů, postižení vícerých psychických funkcí (na rozdíl od specifických vývojových poruch) a vyskytují se u nich symptomy, jež se kvalitativně liší od normálního vývoje (Škodová, Jedlička, 2003).

Do této kategorie spadají těžké poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství (projevují se od narození nebo začínají v období kolem 2-3 let věku).

#### 9.4.1 Časný infantilní autismus (Kannerův syndrom)

*Dětský autismus* poprvé popsal Kanner (1943) u skupiny dětí s mentální retardací. Zjistil u nich neschopnost navazovat vztahy s jinými osobami, opožděný vývoj řeči s řečovými abnormitami a obsedantní potřebu osamocení a neměnnosti. Tento soubor příznaků nazval nejprve jako autistickou poruchu afektivního kontaktu a roku 1944 pak jako raný (časný) infantilní autismus.

Poruchu Kanner od počátku odlišoval od schizofrenie a považoval ji za poruchu psychického vývoje. V současnosti je dětský autismus spolu s dalšími podobnými onemocněními považován za pervazivní, tj. celou osobnost zachvacující prostupující vývojovou poruchu, nikoli tedy psychózu (Čihák – in Škodová, Jedlička, 2003)

*Atypický autismus* je diagnostická kategorie, do níž zařazujeme pacienty, kteří buď nesplňují všechna kritéria pro dětský autismus, nebo se u nich porucha začala rozvíjet později než ve třetím roce života.

### **9.5 Dětská epileptická afázie (Landauův-Kleffnerův syndrom)**

Syndrom získané afázie popsali poprvé v roce 1957 Landau a Kleffner. Onemocnění je vázané na dětský věk a je poměrně vzácné (doposud asi 200 případů). Může se objevit u dětí, jejichž dosavadní řečový vývoj byl normální, ale i u dětí, u nichž již byla řeč ve svém vývoji opožděna či jinak narušena. Dochází náhle nebo progresivně ke ztrátě receptivní a expresivní složky řečové schopnosti v souvislosti s paroxysmálními epileptickými změnami v EEG. Tuto vzácněji se vyskytující poruchu zařazujeme do této publikace proto, že se první příznaky manifestují právě v oblasti komunikace (Škodová, Jedlička, 2003).

## 10. Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu

Komunikace zvukem vyžaduje možnost tvoření hlasu. Děj, který vede k vytvoření tohoto zvuku, se nazývá *fonace*. Dochází k ní vydechováním vzduchu a přerušováním výdechového proudu vzduchu kmitáním hlasivek. *Hlas* pak můžeme definovat jako zvuk, který vznikne průchodem hrtanového tónu vzniklého na hlasivkách rezonančními dutinami nad hrtanem, tzv. násadní trubicí. Hlas je charakterizován hlasitostí, výškou, barvou a kvalitou.

Logopedická diagnostika: sledovat hlas. polohu, unavitelnost, rozsah, sílu, barvu, výšku, zvučnost, atd.

Logopedická péče:

- § přípravná cvičení – odstranění vadného držení těla, uvolňovací cviky, cvičení motoriky a mluvidel (uvolnění úst, rtů, jazyka – roztáhnutí pusy, lízání, bzučení, smích, ...);
- § hlasová cvičení – nácvik uvolnění a rozšiřování rezonančních prostorů – zívat, smát se, volat, měnit hlasovou polohu, žvýkací cviky, dechové cvičení – dýchání nosem, uvolnění, regulace při mluvení, břišní i hrudní dýchání.

## 11. Narušení článkování řeči

Dysartrie a dyslalie jsou dvě kategorie narušené komunikační schopnosti – mají odlišnou etiologii, ale jejich symptomatologie je podobná.

### 11.1 Dysartrie

Dysartrie = poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození CNS. Je-li vývojová dysfázie důsledkem chybného zpracování řečového signálu na úrovni percepce, pak vývojová dysartrie postihuje řeč v oblasti vlastní realizace. Chybný plán motorické realizace v centrálních regionech CNS vyústí v narušenou formu řečového projevu, jehož podoba může být velmi různorodá; může připomínat prostou patlavost, ale i těžkou formu dysfázie. Označení „vývojová dysartrie“ je nutno chápat jako celek – nelze zaměňovat s klasickou představou dysartrie – tedy poruchou vyloženě motorické funkce mluvidel na té či oné úrovni.

Někteří autoři definují dysartrii jako globální poruchu hláskování, narušení artikulace jako celku (Sovák; Matulay – in Škodová, Jedlička, 2003). Jiní autoři už v definici zdůrazňují, že při dysartrii jde nejen o poruchu artikulace, ale i o poruchu fonace (Böhme – in Škodová, Jedlička, 2003), respektive i modulace a respirace (Dvončová, Nádvorníková; Arnold – in Škodová, Jedlička, 2003).

Sovák rozlišuje tyto druhy dysartrie:

- § dysartrie korová (kortikální) – uspořádání složitějších mluvních celků (delších slov a vět) vážne, řeč bývá provázena přídatnými mlaskavými zvuky;
- § dysartrie pyramidová – spastická obrna svalstva mluvidel, řeč je tvrdá, spastická, křečovitě tvořená; jazyk je neohebný, mluvení je zpomalené, provázené otevřenou huhňavostí;
- § dysartrie extrapyramidová – *forma hypertonická*: řeč je jakoby ztuhlá, postižený vyslovuje pomalu, se zpomalenou a nezřetelnou artikulací; *forma dyskinetická*: mluva je neuspořádaná, artikulace nezřetelná pro žmoulavé pohyby jazyka, některé slabiky jsou silně vyrážené, jiné naopak vyznívají slabě;

- § dysartrie bulbární – jde o poruchu typu chabé obrny, částečné nebo úplné, jednostranné nebo oboustranné; porušena je především výslovnost hlásek, zároveň s řečí je postiženo i polykání a žvýkání;
- § dysartrie mozečková – vzniká neuspořádanost mluvních pohybů; řeč je skandovaná (odsekávaná), s četnými zarážkami, jakoby se postiženému „těžko obracel jazyk v ústech“, což připomíná řeč opilé osoby.

## 11.2 Dyslalie

„Dítě si osvojuje mluvenou řeč jako prostředek k mezilidskému dorozumívání.“<sup>2</sup> Vývoj řeči probíhá souběžně s vyžíváním vyšší nervové činnosti, jež je pro každé dítě zcela individuální a specifická. Podmiňují jej genetické schopnosti, ale také sociální a zdravotní podmínky. Na správném vývoji řeči a artikulace má také výrazný podíl kvalita řeči rodičů. Úprava vadné výslovnosti u adolescentů a dospělých vyžaduje speciální metodické postupy. Je časově náročnější, protože se jedná o změnu pevných artikulacních stereotypů.

### 11.2.1 Terminologie

Dyslalie (patlavost) je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle norem (Hála, 1962). Hláška je tvořena na nesprávném místě.

### 11.2.2 Etiologie (příčiny)

Dyslalie je nejčastější poruchou komunikačních schopností u dětí. V roce 1951-1952 uvádí Seeman u dětí obecné školy 24,4 % dyslalií. V roce 1989 uvádí Janotová a kol. u dětí pražských škol 38 % dyslalií. V roce 1999 uvádí Půstová u dětí 1. tříd 36 % dyslalií (in Škodová, Jedlička, 2003).

Výskyt dyslalie u chlapců je poměrně vysoký, tvoří až dvě třetiny dětí přijatých do logopedické péče. U dětí s mentální retardací bývá zpožděný fyziologický vývoj mluvené řeči, spolupůsobí i organické odchylky mluvidel, sociální prostředí atd. Toto však není vždy pravidlem, protože dyslalie se vyskytuje také u dětí s nadprůměrným IQ, zvláště, je-li tempo jejich řeči velmi rychlé.

---

<sup>2</sup> Pozn.: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, str. 328

Příčiny dyslalie:

1. **vlivy výchovného prostředí** – nesprávné mluvní vzory v prostředí dítěte (vady výslovnosti rodičů, vzor šišlavé mluvy, nedbalá výslovnost apod.);
2. **vady sluchu** – uplatňují se podle druhu a stupně, např. nedoslýchavost vnímacího typu (ztráta slyšení vysokých tónů, kdy postižený nerozeznává jednotlivé hlásky, nemá sluchovou kontrolu vlastní výslovnosti) se projevuje poruchou výslovnosti hlásek s vysokou formantovou oblastí (formanty = rezonanční tóny charakterizující určitou hlásku – čím je menší rezonanční dutina ústní, tím je ústní formant vyšší), tj. především sykavek;
3. **poruchy v poznávací oblasti** – poruchy fonemického sluchu (dítě sice dobře slyší, ale špatně rozeznává a nedokonale poznává, neudrží v paměti slyšené zvuky);
4. **poruchy CNS různého druhu** – snížená analyticko-syntetická schopnost, tj. snížená schopnost rozpoznávat a reprodukovat slyšené zvuky, bývá příznakem oligofrenie;
5. **motorická neobratnost** – ta může být celková, nebo se může týkat pouze oblasti artikulační, přičemž stupeň motorické neobratnosti bývá přímo úměrný závažnosti výslovnostních nedostatků;
6. **nedostatek citových vztahů** – v tomto případě se nevytváří pevný základ pro mezilidskou komunikaci a nedostatky zůstávají ve vyjadřování i ve výslovnosti;
7. **organické změny mluvidel** – mohou, ale nemusí být příčinou změn ve výslovnosti. Pro kvalitu výkonu nemá hlavní význam samotný orgán, ale jeho funkce, která je řízena psychikou. Teprve v průběhu logopedického ošetřování se dá spolehlivě zjistit, byla-li vada výslovnosti způsobena opravdu orgánovou vadou mluvidel (Škodová, Jedlička, 2003).



### 11.2.3 Symptomatologie (příznaky) a klasifikace

*Při hláskové dyslalii dítě hlásku:*

- § **vynechá** – tzv. mogilalie (např. tráva – táva);
- § **nahrazuje** jinou hláskou, tzv. paralalie (např. tráva – tláva);
- § **tvoří chybně**.

*Klasifikace z vývojového hlediska:*

- § **dyslalie fyziologická** – vývojová, která je do sedmi let věku dítěte přirozeným mluvním projevem;
- § **dyslalie patologická** – kdy dítě z mnoha příčin není schopné osvojit si tvoření některých hlásek či jejich skupin.

*Klasifikace podle etiologie:*

- § **funkční dyslalie** – vzniká u dětí s nedostatečnou vjemovou (senzorickou) nebo motorickou schopností. Při diagnostice nacházíme genetické dispozice, nesprávný mluvní vzor a jen minimální orgánové poškození během těhotenství nebo porodu. Např. nesprávná poloha jazyka při výslovnosti, porucha sluchového vnímání;
- § **organická dyslalie** – vzniká důsledkem narušení dostředivých (impresivní dyslalie) a odstředivých nervových drah (expresivní dyslalie), při narušení centra řeči (centrální dyslalie), dále při anatomických a inervačních odchylkách mluvidel (labiální, dentální, palatální, lingvální a nazální dyslalie).

*Klasifikace podle místa poškození (Dvořák, 1999; Lechta, 1990 – in Škodová, Jedlička, 2003):*

- § **dyslalie akustická** – odchylná výslovnost při vadách a poruchách sluchu;
- § **dyslalie centrální** – vadná výslovnost při poruchách CNS;
- § **dyslalie dentální** – vadná výslovnost při anomáliích zubů;
- § **dyslalie labiální** – vadná výslovnost při defektech rtů;
- § **dyslalie palatální** – vadná výslovnost při anomáliích patra;
- § **dyslalie lingvální** – vadná výslovnost při anomáliích jazyka.

*Klasifikace podle kontextu:*

- § **dyslalie hlásková** – týká se izolovaných hlásek;
- § **dyslalie slabiková** – dochází k disimilaci;
- § **dyslalie slovní** – dítě vynechává slabiky ve slově, nebo je přesmykuje.

*Klasifikace podle rozsahu:*

- § **dyslalie levis**, při níž je jen několik vadných hlásek (např. č-š-ž, c-s-z, r a ř);
- § **dyslalie multiplex** (mnohočetná), při které je rozsah vadných hlásek větší, řeč je ale srozumitelná.

#### 11.2.4 Diagnostika

Cílem diagnostiky je zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti a stanovení nejen diagnózy, ale také prognózy. Ze závěrů diagnostiky vyplývá individuální plán metodických nápravných postupů.

#### I. VYŠETŘOVACÍ SCHÉMA

##### 1. Osobní anamnéza, rodinná anamnéza

Základní údaje

- § Jméno, příjmení, rodné číslo.
- § Adresa, telefon.
- § Jméno a rok narození matky, zaměstnání.
- § Jméno a rok narození otce, zaměstnání.
- § Počet sourozenců a jejich věk.
- § Výskyt poruch řeči u rodičů, sourozenců, dalších příbuzných.

Vývoj do jednoho roku

- § Okolnosti těhotenství: rizikové, hospitalizace, adopce.
- § Okolnosti porodu: nedonošené dítě, protražovaný porod, porod koncem pánevním, aj.

§ Dítě bylo sledováno: neurologie, rehabilitace, jiné, proč?

§ Zdravotní stav: horní cesty dýchací, alergie, úrazy, zažívací obtíže, horečnatá onemocnění, hospitalizace, aj.

Další vývoj

§ Věk, ve kterém řeklo dítě první slovo.

§ Věk, ve kterém řeklo první věty.

§ Věk, ve kterém dítě samo sedělo, začalo chodit.

§ Zdravotní stav – viz výše.

§ Nosní mandle – Kdy byla odstraněna?

§ Podjazyková uzdička – Kdy byla odstraněna?

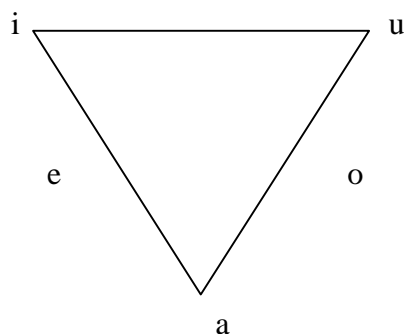
## 2. Vyšetření a popis řeči

Doplňuje a upřesňuje poznatky z první fáze zjišťování anamnézy rozhovorem. Používá se nejčastěji básnička nebo popis dějového obrázku, při nichž se obvykle projeví i míra předchozího nácviku.

Závěrečná fáze – opakování slov podle logopeda – odhalí poslední detaily odchylek v hláskovém systému. Sada obrázků a opakování slov se volí pouze účelově, neslouží už k ověření celého hláskového systému.

Datum vyšetření, věk dítěte při vyšetření: roky, měsíce

Rozdělení hlásek (samohlásky x souhlásky):



podle svislé polohy jazyka - vysoké

- středové

- nízké

podle vodorovné polohy - přední

- střední

- zadní

**Výslovnost - rozdělení dle artikulačních okrsků:**

- § první artikulační okrsek P B M F V = obouretné, retozubné
- § druhý artikulační okrsek T D N C S Z Č Š Ž L R Ř = zubodásňové
- § třetí artikulační okrsek Ť Ď Ň J = tvrdopatrové
- § čtvrtý artikulační okrsek K G CH = měkkopatrové
- § pátý artikulační okrsek H = hrtanové

- a) podle způsobu tvoření – závěrové, polozávěrové, úžinové
- b) podle místa tvoření – viz. artikulační okrsky
- c) podle znělosti – znělé, neznělé; podle délky tvoření – okamžité, trvajcí
- d) podle sluchového dojmu – výbuchové, třené, hrčivé, měkké, nosní

**I. SOUČASNÝ STAV****Řeč:**

- § slovní zásoba aktivní, pasivní
- § vyjadřovací pohotovost
- § gramatické struktury
- § chování dítěte při rozhovoru

**Mluva:**

- § hlas – kvalita a kvantita
- § nosovost – huhňavost otevřená, zavřená
- § dýchání – ústy, nedostatky v hospodaření s dechem
- § melodie řeči, tempo, cit pro rytmus, plynulost

**Popis mluvidel:**

- § výměna dentice, vady skusu, frenulum, gotické patro aj.

**Lateralita****Kresba a grafomotorické dovednosti****Dosavadní logopedická péče****3. Stanovení základních příčin poruchy**

Využívá se poznatků z úvodního rozhovoru, a ty se doplňují podle potřeby různými hrami nebo testy. Pro stanovení základní příčiny poruchy nebo několika dílčích příčin se používá schéma reflexního okruhu.

**A. PROSTŘEDÍ****B. RECEPTORY**

§ Vada zraku – brýle, typ poruchy.

§ Vada nebo porucha sluchu – je nutné vyšetření sluchu.

**C. DOSTŘEDIVÉ DRÁHY**

§ Sluchová pozornost – zvuková paměť – diferenciacie.

§ Fonematický sluch.

§ Sluchová pozornost slovní – paměť – diferenciacie.

§ Zraková pozornost – paměť – diferenciacie.

§ Hmatové vnímání a propiocepce.

§ Pravolevá orientace.

§ Lateralita.

**D. ZPRACOVÁNÍ INFORMACE, KOROVÉ FUNKCE**

Dyslalie provázející poruchy intelektu.

**E. Odstředivé dráhy a efektor**

§ Celková motorika.

§ Motorika mluvidel.

§ Koordinace pohybů.

§ Koordinace ruka – oči, mluvidla – oči.

§ Výměna dentice a vady skusu.

§ Zvětšení nosní mandle.

#### F. REAKCE OKOLÍ

§ Postoje rodiny k mluvním projevům dítěte.

§ Schopnost matky přesně reagovat na odchylky ve výslovnosti dítěte.

#### 4. Stanovení diagnózy – závěr

§ Typ dyslalie a její hlavní příčina.

§ Nesprávné nebo vadné hlásky a jejich popis.

§ Postupy nutné před zahájením reedukace hlásek.

§ Předpokládané pořadí reedukace hlásek.

### *II. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA*

Na počátku reedukace je nutné od dyslalie přesně odlišit různé formy dysfazie. Při reedukaci dyslalie, která je důsledkem opožděného vývoje řeči nebo jiných poruch (palatolalie, sluchová vada) je bezpodmínečně nutné vzít v úvahu dobu, kdy se řeč začala ve větší míře rozvíjet, a přizpůsobit tomu pořadí reedukovaných hlásek.

### *III. REEDUKACE INDIVIDUÁLNÍ*

Individuální lekce má celkově pevnou strukturu, která dává dostatečný prostor pro motivaci a vytvoření atmosféry spolupráce, pro práci s dítětem, ale také pro informování rodičů o postupech při domácí přípravě, o základních principech vývoje, umožňuje řešení konkrétních problémů apod.

**Struktura individuální lekce**

- § Anamnéza a diagnostika nebo kontrola aktuální situace.
- § Kontrola splnění úkolu.
- § Nácvik nového úkolu, doplňující testy.
- § Vysvětlení základního principu nácviku, smyslu jednotlivých kroků a nutnosti jejich návaznosti rodičům.
- § Zadání postupu nebo konkrétního úkolu k domácí přípravě, případně ještě doplnění informací, odpovědi na dotazy.
- § Dohodnutí dalšího termínu.

**IV. REEDUKACE VE SKUPINĚ**

„Skupinová terapie vyžaduje značnou variabilitu struktury lekce, protože je naplněna především přímou prací s dětmi, často každodenní“<sup>3</sup>. Pravidelný osobní kontakt s rodiči je samozřejmou součástí skupinové reedukace, má ale většinou informativní charakter.

**Základní struktura lekce ve skupině**

- § Motivační hra.
- § Opakování minulých cvičení a her.
- § Nácvik dalšího kroku reedukace nebo rozvíjení dovednosti pomocí nových her.
- § Fixace nového stereotypu.
- § Relaxační cvičení.

Ideální je proto vyvážené spojení individuální a skupinové terapie.

---

<sup>3</sup> Pozn.: KUTÁLKOVÁ, D. *Dyslalie*. Praha: Septima, 1999, str. 13

## 11.2.5 Terapie

### Zásady reedukace

- § **Zásada krátkodobého cvičení** – u malých dětí je malá schopnost udržet pozornost, proto cvičíme maximálně po dobu 3-4 minut, cvičení v časových intervalech dále opakujeme a rozvíjíme po jednotlivých krocích. Dobu cvičení volíme podle individuálních možností dítěte.
- § **Zásada užívání pomocných hlásek** – tato zásada je nejčastěji podceňována a nahrazována základním postavením mluvidel a nápodobou. K metodě nápodobou se lze uchýlovat jen v nezbytném případě, kdy nelze postupovat jinak. Osvojení si substitučních metod je základem úspěšnosti dané úpravy. Substituční metoda je velmi důležitá, protože vytváří nový sluchový a artikulační vzor. Vede dítě k správnému tvoření hlásky a k vyhasínání vadných návyků.
- § **Zásada užívání sluchové kontroly** – v současné době je velkým problémem působení hlasitých zvuků z televize na dítě od útlého věku. Můžeme mluvit o tuposti sluchového vnímání. Pak je zapotřebí začít s nápravnou sluchovou výchovou. Provádíme ji zvukovými hrami, které se např. zaměřují na vnímání obecných zvuků (šumotu deště, zpěvu ptáků, tikání hodin apod.)
- § **Zásada minimální akce** – děti mají snahu tvořit požadované hlásky ve cvičných slovech hlasitě a přehnaně, nevnímají pak jejich tvoření a znění. Proto raději cvičíme tiše a s minimální artikulační silou.
- § **Zásada individuálního přístupu**
- § **Zásada vývojovosti**
- § **Zásada názornosti**

### Základní podmínky pro zahájení reedukace hlásek

#### 1. Zralost zrakového a sluchového vnímání

Zjišťujeme vždy u dyslalie multiplex nebo tam, kde biologická zralost neodpovídá kalendářnímu věku (nedonošené děti, děti často nemocné apod.).



*Zrak – všeobecně zaměřené hry*

- § Hledání a třídění předmětů různého tvaru a velikosti (kostek, knoflíků, geometrických tvarů).
- § Skládání rozstříhaného obrázku.

*Zraková paměť*

- § Požádáme dítě, aby si dobře prohlédlo, co je na stole, na obrázku apod. a aby si zapamatovalo co nejvíc věcí.
- § Dáme dítěti několik, maximálně osm předmětů, sestavíme je do řady. Dítě má za úkol zapamatovat si jejich umístění. Pak předměty promícháme a dítě by je mělo sestavit znova ve stejném pořadí jako předtím.
- § „Co na obrázku přibylo?“ – postupně malujeme obrázek. Dítě hledá, co jsme přimalovali, když se nedívalo.

*Zraková pozornost a diferenciac*

- § „Co se změnilo?“ (v místnosti, v oblečení). Čím je dítě menší, tím výraznější změny musíme dělat.
- § „Co zmizelo ze stolu?“ Používáme maximálně osm předmětů.
- § Hledání rozdílů mezi podobnými obrázky.
- § Dvojice obrázků se liší v jednom nebo více detailech – např. 12 dvojic obrázků lodi, které se liší značkou na plachtě, polohou sluníčka. Dítě má hledat správné dvojice.
- § Vyškrtávání stejného tvaru na papíře, spojování stejných tvarů čarou.
- § Hra na němého – dítě hádá z pohybu rtů, které slovo říkáme (má před sebou řadu obrázků, které dospělý bezhlasně jmenuje, maximálně 10 obrázků).

*Sluch – všeobecně zaměřené hry*

- § Vyjádřit pohybem stoupání a klesání melodie (do dřepu nebo vstáváním, stavěním kostek na sebe nebo ubíráním).

- § Dítě hádá zvuky, které vydávají různé materiály. Na stůl dáme různé předměty: skleničku, plechový a porcelánový hrnek, klíče apod. Dítě si zkusí, jak zní t'uknutí lžičkou o hrnky, zachrastí si klíči apod.
- § „Kolikrát písknu, tolikrát tleskneš“ – dítě nejdřív poslouchá, pak tleskne.

#### *Sluchová paměť slovní*

- § Slovní řady: hry typu „Šla babička do městečka, koupila tam ...“ Každý doplní jedno slovo.
- § Dáme na stůl sadu obrázků (asi šest). Dítě poslouchá, v jaké pořadí je jmenujeme. Pak je teprve složí v tom pořadí, v jakém je slyšelo.

#### *Sluchová pozornost slovní*

- § Dospělý říká např.: kočka mňouká, pes kuňká, žába mečí ... Dítě reaguje jen na pravdivé výroky nebo může také reagovat na nepravdivé výroky a opravovat je.
- § Ve vyprávění pohádky děláme chyby. Dítě musí zareagovat na chybu a opravit ji.
- § Slovní kopaná na poslední slabiku – vymyšlíme slova na poslední slabiku předchozího slova (bota – tahá – hází – zívá ...).

#### *Sluchová diferenciacce slovní*

- § Ze sady obrázků dítě vybírá slova začínající hláskou, kterou jsme si předem domluvili.
- § Dáme na stůl sadu obrázků, v níž se vyskytují slova, která začínají na dvě různé hlásky – dítě třídí obrázky na dvě hromádky. Volíme hlásky zvukově výrazně odlišné, např. S a P.

## **2. Fonemický sluch**

Při nedostatečně vyvinutém fonemickém sluchu splývají zvukově podobné hlásky, a proto nemohou být přesně realizovány.

*Nácvik znělosti u sykavek*

- § Nabízíme zvuky, slabiky, později i slova v obou variantách (znělá a neznělá), vyslovujeme zpočátku velmi výrazně s prodlouženou sykavkou, postupně sykavky omezujeme na běžnou artikulační normu.
- § Volíme hlásku na počátku slova, později na konci a uprostřed. Nakonec mícháme slova s různou polohou hlásek.
- § Dítě určuje znělost a neznělost pomocí gesta (např. znělou hlásku označí ruka přitisknutá na krk jako symbol znělosti) nebo slovně (bzučí – nebzučí).
- § Pokud je pasivní určování bez chyb, pokusí se i napodobit zvuk, opakovat slovo.

**3. Motorika mluvidel**

Při neobratnosti mluvidel dítě nedokáže přesně napodobit artikulační pohyby a postavení mluvidel.

*Základní sada*

Slouží k orientačnímu vyšetření dosaženého stupně rozvoje motoriky mluvidel a k nácviku. Cílem je vědomé a přesné zvládnutí základních artikulačních pohybů.

- § Pohyb jazyka dopředu a dozadu, z pusy ven a zpět – čertík.
- § Pohyb jazyka z pravého koutku do levého a zpět.
- § Pohyb jazyka nahoru a dolů – zkusit si olíznout špičku nosu, bradu, olíznout si horní ret, dolní ret.
- § Pohyb jazyka do kruhu – olíznout si rty kolem dokola jednou, později i vícekrát, zkoušet na obě strany.
- § Pohyb rtů – našpulit rty – dáváme pusinku, foukáme.
- § Uvolnit rty a brnkat prstem o dolní ret (brm, brm).
- § Kloktání (procvičuje patrohltanový uzávěr).
- § Nafouknout obě tváře a prsty „propíchnout“.

Před vyvozováním hlásky je nutné provést přípravná cvičení. Dechová a hlasová cvičení, fonace, artikulační cvičení, cvičení mluvidel, rozeznávání rezonančních dutin (rty, jazyk, dolní a horní čelist, přisávání, klidová poloha jazyka, polohování jazyka), cvičení fonemického vnímání, analýzy, syntézy, rytmizace spojená s pohybem.

Příklad konkrétní logopedické nápravy ostrých sykavek – hláska c

Hláska *c* je hláska II. artikulačního okruhu, polozávěrová, přední, nepárová a neznělá. Patří mezi nejčastější narušené hlásky u dětské i dospělé populace.

Artikulační postavení: koutky rtů jsou silně zaostřené (úsměv), zuby v klešťovitém skusu, hrot jazyka se lehce dotýká dolních řezáků.

Hláska *c* je zvukově a artikulačně náročná. Je-li zaměňována za hlásku *č*, může se upevnit nepřesné znění (malý rozdíl není sluchem vnímán). Nejčastější příčinou je nesprávné artikulační postavení: sigmatismus interdentalní, laterální.

Nácvik substituční metodou, spojenou se zrakovou kontrolou, je neúčinnější. Dítě si před zrcadlem vytvoří přesné artikulační postavení. Nácvik substituční hlásky *t* vedeme šeptem, případně použijeme kroužkovou sondu (těsně za dolními řezáky). Předříkáváme tiše *t* (jako německé *tz*: *ty – ci*, *tyn – cin* atd.) a ozve se nám *c*. Je výhodné zpočátku kombinovat nácvik *c* se samohláskami *i* a *e*, které mají podobné nastavení rtů jako sykavky této řady.

Po vyvození hlásky se zapojuje do slabiky, do slova v pozicích na konci, uprostřed samohláskou, na počátku v sousloví, ve větě v říkance, v textu čteme popis dějového obrázku, fixace ve spontánní řeči.

### 11.2.6 Zásady logopedické péče

V oblasti logopedické péče je třeba respektovat široce platné zásady:

- Postupy vyvozování intaktních percepčně motorických vzorů jednotlivých hlásek nemohou být základem péče u závažnějších poruch řečové komunikace a nelze je považovat za dominantní metodiku logopedické péče.
- Projevy závažné poruchy řečové komunikace by neměly blokovat rozvoj impresivních jazykových schopností dítěte, rozvoj jeho zrakové a sluchové percepce, kognitivních procesů. Dítě by mělo absolvovat výukový školský program na úrovni svých duševních schopností a mít přirozený sociální kontakt s vrstevníky.

Logoped vychází i ze zásad obecných:

- názornost
- posloupnost
- motivace, pochvala
- reflexnost
- přiměřenost
- přesnost
- důslednost
- minimální akce a reakce
- multisenzoriální přístup
- pedagogický optimismus, takt

### 11.2.7 Logopedické pomůcky a přístroje

V logopedii samozřejmě dominuje na prvním místě lidský faktor, ale je třeba užívat i různých technických pomůcek a přístrojů jako pomocných prostředků.

#### **Jejich význam:**

- § kompenzační (např. logopedické sondy při motorické neobratnosti mluvidel);
- § motivační (podněcují dítě ke spolupráci);
- § urychlující (pro stanovení rychlé a přesné diagnózy).

#### **Dělení:**

- § *Stimulační* – hračky, dětské hudební nástroje, zvukové hračky k napodobení, bublifuk, balónky, dechové cvičení – peří, brčka, větrníky, papírové kuličky.
- § *Motivační* – vše, co motivuje dítě ke spolupráci s logopedem (hračky, lego, dětský telefon, společenské hry pro komunikaci, pexeso, loto, maňásek).
- § *Didaktické* – sám učitel ukáže obrázek k dané hlásce (soubory obrázků, říkanek), didaktické pomůcky pro odstranění dyslexie a dysgrafie).
- § *Derivační* – jde o odvrácení pozornosti vadně mluvícího jednotlivce (balbutika) od své vlastní řeči (např. metronom – pozornost koncentrujeme na pravidelný rytmus).

- § *Podpůrné* – špachtle, lopatky, sondy při nácviu artikulace; při rozštěpech – protézy; špachtle dřevěné, kovové, z plastových materiálů – důležitá je psychologická příprava, aby se dítě nebálo – při DMO; vibrátory – podporují nácvik kmitání jazyka, používají se i při odstranění hlasových poruch a koktavosti; metronom – při korigování breptavosti a koktavosti (nácviu správného tempa řeči); fonendoskop – při diagnostikování laterálního sigmatismu, při otevřené huhňavosti (jednu část zavedeme do ucha a druhou do nosu).
- § *Názorné* – logopedické zrcadlo – velké (nácvik artikulace), malé (při diagnostice huhňavosti ); kazetové terapeutické zrcadlo (Aschenbrennerovo) – přenosné v kufříku, má nastavitelný úhel zrcadlové plochy; indikátory = přístroje pro signalizaci správnosti a nesprávnosti zvuku (melodie, tónové výšky, hlasu, intonace), např. sigmatrenér = „šášek“ (v očích i ústech má vsazené žárovíčky; správná výslovnost – klaun se usmívá a má rozsvícené oči).
- § *Diagnostické* – obrázkové texty a materiály, testy, záznamové nahrávky, stopky, fonendoskop.
- § *Registrační* – magnetofon; gramofon – nácvik hlásek i jiných faktorů řeči; videozáznam.
- § *Víceúčelové* – integrátor řeči k hodnocení efektu odstraňování koktavosti; např. souprava 50 rozličných pomůcek (sondy, píšťalky, balónky, ...).

Rotavibrátor – zprostředkovává pocity vibrace blízké hlásce r.

Diktafon – slouží k sebekontrolě mluvního výkonu.

Indikátory – slouží k sebekontrolě mluvního výkonu.

Videozáznam – napomáhá k vědomému chápání reedukace hlásky.

Počítačové logopedické programy.

### 11.2.8 Prognóza – možnosti nápravy na ZŠ a ZvŠ

S nápravou začínáme v nejtětlejším věku – mezi 4. a 5. rokem. Úspěšnost terapie se vyvíjí dle věku dítěte, dle motorických schopností mluvidel a intelektových mluvidel. Proto je veliký rozdíl mezi úspěšností nápravy na ZŠ a ZvŠ. I když děti s mentální retardací hlásku

vyvodí, tak jí většinou nevyužívají ve spontánní řeči. Fixace hlásek je u nich velmi dlouhodobá.

Z praktického pozorování může trvat náprava mnohočetné dyslalie u žáka na ZŠ jeden až dva roky; u dítěte na ZvŠ i celou pětiletou docházku.

Záleží na mentálních a individuálních schopnostech každého žáka. Proto je prognóza u předškolních dětí velmi dobrá; u dětí školních záleží na inteligenci, pohlaví a důležité je také zapojení rodiny.

### 11.2.9 Prevence

Prevence poruch a vad řeči je nedílnou součástí logopedické péče. V širším pojetí je chápána jako součást výchovného procesu probíhajícího v rodině, škole a sociálním či jazykovém prostředí od raného věku dítěte. Všechno, co od novorozeneckého věku dítě prožívá – pozitivní citové vazby v rodině, podnětné motivační prostředí a přiměřený mluvní vzor, formuje nejen jeho osobnost, ale také komunikační schopnosti a dovednosti.

Prevence poruch a vad řeči se orientuje 2 základními směry:

- § *primární logopedická prevence* – výchovná stimulace přirozeného vývoje;
- § *sekundární logopedická prevence* – měla by být vždy prováděna u osob s narušenými komunikačními schopnostmi, u nichž tak cíleně odstraňujeme možnost dalšího poškození.

#### **Účinné formy v logopedické praxi**

- § *depistáž* – cíleně zaměřená na předškolní věk;
- § *osvětové akce ve všech médiích*;
- § *přednášková činnost* pro rodiče a výchovné pracovníky mateřských a základních škol atd.

### **11.3 Poruchy řeči při ADHD**

Tento anglický pojem „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (zkratka ADHD) znamená „porucha pozornosti s hyperaktivitou“. Porucha ADHD zahrnuje již zmíněné poruchy řeči. Jejich reedukace vyplývá z charakteristik těchto poruch. Nejčastěji se vyskytují artikulační neobratnosti, diferenciací měkkých a tvrdých slabik, specifické asimilace.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 12. Výchova a vzdělávání dětí s poruchami komunikačních schopností

#### 12.1 Cíl práce

Cílem práce je sledování výchovy a vzdělávání dětí s poruchami komunikačních schopností. Do hypotézy jsem si stanovila zjišťování stavu výslovnosti a četnosti diagnóz a jejich terapií u dětí ZŠ s různými vzdělávacími programy. Druhým cílem jsem si stanovila efekt speciálně pedagogické a logopedické péče pro tyto žáky a jejich možnosti dalšího vzdělávání při přechodu do jiného typu školy.

#### 12.2 Hypotéza

Domnívám se, že přibývá procentuálně dětí s vadami řeči a také, že se nejedná z větší části o čisté dyslalie, protože je u většího počtu žáků na Logopedické ZŠ prvotní diagnózou MR.

#### 12.3 Metody výzkumu

Ke své práci jsem použila metodu rozhovoru. Je to „metoda založená na přímém dotazování, tj. verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta“<sup>4</sup>.

Vedla jsem individuální rozhovor s třídní učitelkou a ředitelem školy. Rozhovor byl nestandardizovaný, měla jsem připraveny jen základní otázky, o kterých se respondent mohl sám rozmluvit.

Výsledky rozhovorů jsem se snažila co nejpřesněji zaznamenat. Rozhovor s ředitelem byl zaměřen na celkový chod školy, personální podmínky. Rozhovor s učitelkou se týkal organizace vyučování.

---

<sup>4</sup> Pozn.: SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SNP, 1983, str. 92



Další metodou bylo pozorování jako cílevědomé, plánovité a soustavné vnímání výchovných jevů a procesů, které směřuje k odhalování souvislostí a vztahů sledované skutečnosti.

Cíl pozorování zůstal před žáky utajen, sledovala jsem organizaci hodiny s přihlédnutím na potřeby postižených dětí.

## **12.4 Místo výzkumu**

Pro vlastní výzkum byla vybrána Logopedická ZŠ a SPC v Měcholupech 1 u Žatce. Výzkum jsem prováděla v období od října 2004 do dubna 2005 a rozšířila jsem ho ve školním roce 2007/2008.

### **13. Výhody a nevýhody integrace žáků s poruchami řeči do běžného typu školy ve srovnání s Logopedickou ZŠ internátní**

K nesporným kladům internátní péče patří každodenní a celodenní péče spojená s nácvičkami řeči v ranních rozcvičkách, v užívání hlásek a kontrole při čtení i v ostatních předmětech, v řečové výchově a při hodinách individuální logopedické péče. V odpoledních hodinách vše děti procvičují s vychovatelkou. Většina dětí vyrůstá v sociálně slabém domácím prostředí s nevhodným mluvním vzorem, a proto děti nemají možnost správného mluvního vzoru. Další výhodou je tým speciálních odborníků, ambulantní péči by dítě mohlo navštěvovat pouze jednou do měsíce.

K záporům patří „skleníkové prostředí“, kde je málo kladných řečových vzorů vrstevníků, malá spolupráce s rodiči. Není zde možnost pokračování na druhém stupni tohoto typu školy.

Od ledna 2005 platí nový školský zákon č. 561 z r. 2004. Škola změnila název – Logopedická základní škola. Vytvořily se nové rámcové plány. Obsah osnov základního vzdělávání je označen na vysvědčeních jednotlivými jednacími čísly. Pro žáky se bude hledat po vyřazení z této školy kmenová škola, která bude odpovídat vhodnému typu vzdělávání dle příslušného vzdělávacího programu. Rodiče si budou hledat ve spolupráci s poradenským zařízením nebo SPC odpovídající typ základního vzdělávání dle pokračujícího RVP (rámcové vzdělávací plány).

#### **13.1 Popis školy**

Logopedická základní škola v Měcholupech u Žatce je speciální zařízení zajišťující základní vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se zaměřením na poskytování odborné péče dětem mladšího a středního věku v překonávání nedostatků řečových funkcí, tj. nedostatků v mluvení, čtení a psaní, speciálními výchovnými prostředky. Současně poskytuje péči dětem s více vadami (mentální retardace + vada řeči).

Personální zabezpečení provozu školy: 36 pracovníků, z toho 21 pedagogických pracovníků, 2 sociální pracovníce, 3 asistentky pedagoga, 2 THP, ostatní pracovníci (např. údržbář, uklízečky, kuchařky).

Doporučením odborníků bývá problém s výběrem dětí do této školy. Probíhá prostřednictvím výběrového řízení. Není však možné, za tak krátkou dobu, poznat dítě a

posoudit, zda je možné ho zařadit do ZŠ logopedické nebo praktické. V mnoha případech se však za vadou řeči skrývá také mentální postižení a dítě se přeřadí během docházky z 1. ročníku ZŠ logopedické do 1. ročníku ZŠ praktické.

Kapacita základní školy je dle vyhl. MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a studentů mimořádně nadaných ve znění vyhlášky č.62/2007 Sb. a na základě rozhodnutí MŠMT ČR č.j. 7 757/2006-21 ze dne 18. 5. 2006 s účinností od 1. 5. 2006 stanovena na 60 žáků. Školu navštěvují jak děti umístěné na internátě, tak i děti docházející z místa a blízkého okolí.

Škola má 7 tříd (přípravnou třídu, 4 třídy základní školy a 2 třídy pro žáky s více vadami). Ve třídách jsou nejvíce 2 oddělení, ale pouze v rozsahu prvního stupně. Každá třída má svého třídního učitele, který je hlavním vyučujícím téměř pro všechny předměty ve třídě. K dispozici je také asistent pedagoga.

Individuální logopedická péče probíhá v rozsahu nejméně dvou hodin týdně jako samostatný předmět a dle možností ve výuce dalších předmětů.

Výuka cizích jazyků je zajišťována od 3.ročníku, dle možností školy si děti mohou vybrat anglický nebo německý jazyk.

Děti na internátě odjíždějí 1x týdně domů povinně dle odjezdového plánu, který stanovuje ředitel školy. Rodiče za pobyt a za stravování hradí úplatu ve výši stanovenou vyhláškou č. 108/2005 Sb. a 107/2005 Sb.

Internát má kapacitu 49 míst. Děti jsou rozděleny do 5 výchovných skupin, výchovnou skupinu zpravidla tvoří žáci jedné třídy.

Významnou náplní mimoškolní činnosti je uspokojování zájmů a potřeb dětí prostřednictvím kroužků - počítačový, dramatický, ručních prací, rybářský, hudebně pohybový, keramický.

Děti, které dojíždějí, pobývají na internátě nejdéle do 19 hodin.

### **13.2 Druhy logopedické péče**

*Mateřská škola:* je zde logopedický asistent; speciální pedagog dojíždí z centra pro žáky s vadami řeči 1x týdně do mateřských škol v okolí. Rodiče s těmito dětmi docházejí nebo si je spec. pedagog bere po odpoledním klidu. Zaměstnanci SPC cvičí s dětmi celé dopoledne.

*Ve škole:* ranní logopedické rozcvičky – sledování výslovnosti ve všech vyučovacích předmětech (především čtení); 2x týdně hodiny individuální logopedické péče, řečová výchova a dramatická výchova; individuální péče u zrcadla; skupinová (rozvoj řeči u 2 i více dětí se stejnou vadou); v odpoledních hodinách – opakování a fixace dle logopedických sešitů s vychovatelkou na internátě.

*V terénu (ambulantní péče):* logopedie v MŠ; logopedie při ZŠ se speciálním pedagogem; klinická logopedie při zdravotním zařízení; při SPC; při PPP. Po odchodu dítěte z Logopedické školy doporučí SPC další ambulantní péči, nebo za klientem dojíždí do kmenové školy, popř. si rodič zajistí další péči v místě bydliště.

Speciální pedagog při SPC vystaví dítěti, které odchází po ukončení nápravy integrační protokol na základě jeho diagnózy, doporučí možnost individuálně vzdělávacího plánu. Pokud má dítě diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, doporučí i změnu vzdělávacího programu na základě psychologického a speciálně-pedagogického vyšetření. Rodiče mají možnost, nechat integrovat své dítě s lehkou mentální retardací do třídy běžného typu se sníženým počtem žáků, pokud jsou v této třídě zajištěny podmínky pro integraci. Znamená to zajištění personální obsazení asistenta pedagoga, který s dítětem individuálně pracuje, a zajištění materiálních a finančních prostředků.

## 14. Popis výzkumného souboru

V praktické výzkumné části byly použity informace pouze dostupné z dokumentace dětí ve složkách učitelky/učitelů. Zdravotní dokumentace a ostatní vyšetření dětí nebyla z hlediska ochrany dat dostupná.

### Označení v tabulkách a grafech (zkratky):

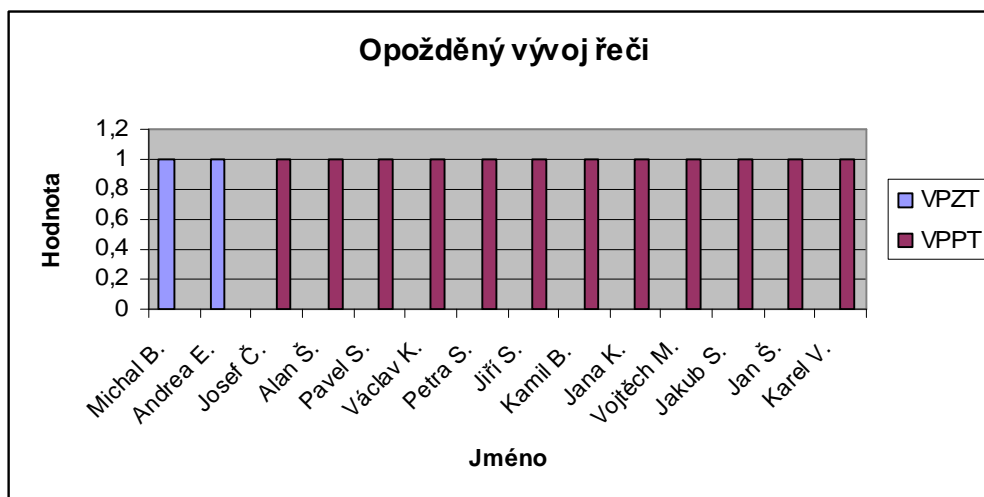
**VPZT** = vzdělávací program základních tříd

**VPPT** = vzdělávací program praktických tříd

### Opožděný vývoj řeči

| Jméno           | VPZT         | VPPT         |
|-----------------|--------------|--------------|
| Michal B.       | /            |              |
| Andrea E.       | /            |              |
| Josef Č.        |              | /            |
| Alan Š.         |              | /            |
| Pavel S.        |              | /            |
| Václav K.       |              | /            |
| Petra S.        |              | /            |
| Jiří S.         |              | /            |
| Kamil B.        |              | /            |
| Jana K.         |              | /            |
| Vojtěch M.      |              | /            |
| Jakub S.        |              | /            |
| Jan Š.          |              | /            |
| Karel V.        |              | /            |
| <b>Celkem</b>   | <b>2</b>     | <b>12</b>    |
| <b>Procenta</b> | <b>14,3%</b> | <b>85,7%</b> |

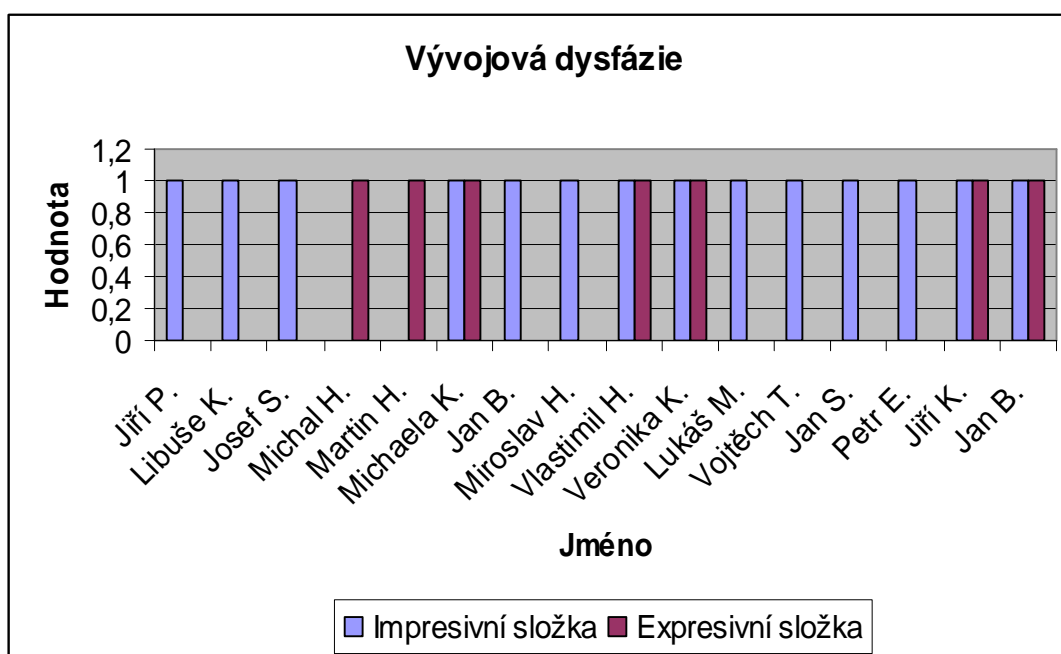
Jsou zde zahrnuti žáci, u nichž je zdrojem příčin opožděného vývoje zanedbané sociální prostředí. U 1/3 z nich se podílí dědičnost – v rodině dle rodinných anamnéz byly potvrzeny dysfatické rysy a poruchy učení u rodičů. Ve větším procentu zde převládají žáci z praktických tříd.



### Vývojová dysfázie

| Jméno         | Porucha v impresivní složce | Porucha v expresivní složce | VPZT      |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| Jiří P.       | /                           |                             | /         |
| Libuše K.     | /                           |                             | /         |
| Michal H.     |                             | /                           | /         |
| Martin H.     |                             | /                           | /         |
| Michaela K.   | /                           | /                           | /         |
| Jan B.        | /                           |                             | /         |
| Miroslav H.   | /                           |                             | /         |
| Vlastimil H.  | /                           | /                           | /         |
| Lukáš M.      | /                           |                             | /         |
| Vojtěch T.    | /                           |                             | /         |
| Jan S.        | /                           |                             | /         |
| Petr E.       | /                           |                             | /         |
| Jiří K.       | /                           | /                           | /         |
| Jan B.        | /                           | /                           | /         |
| <b>Celkem</b> | <b>12</b>                   | <b>6</b>                    | <b>14</b> |

Dysfázie je diagnostikována nejvíce u dětí se vzdělávacím programem ZŠ. U dětí se projevuje nevyzrállost CNS; některá vyšetření jsou podložena i neurologickým nálezem. Vada je charakterizována ADHD. Nemluvnost se vyskytuje u 1/3 dětí. U ostatních žáků má řeč závažné nedostatky především ve slovní zásobě, při pojmenování slov v jednotlivých tematických celcích, při tvoření jednoduchých vět, v gramatice, ve větné stavbě a v neposlední řadě i při artikulaci. Při logopedické péči byla jejich řeč rozvíjena po stránce syntaktické, gramatické a fonemático-fonologické. Převládají poruchy v impresivní složce. U některých žáků jsou poruchy v obou složkách.



### Narušení plynulosti řeči (BALBUTIES)

| Jméno           | VPZT          | VPPT          |
|-----------------|---------------|---------------|
| Vojtěch T.      | /             |               |
| Josef P.        | /             |               |
| Patrik S.       | /             |               |
| Patrik St.      | /             |               |
| Ota H.          |               | /             |
| Josef Č.        |               | /             |
| <b>Celkem</b>   | <b>4</b>      | <b>2</b>      |
| <b>Procenta</b> | <b>66,70%</b> | <b>33,30%</b> |

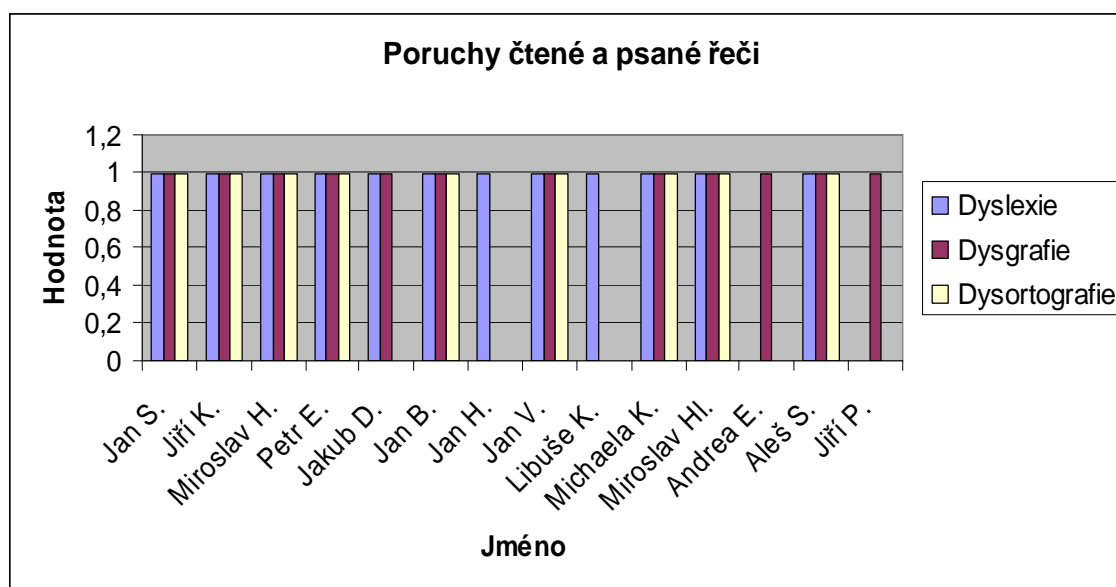
Po vyřazení z Logopedické ZŠ se budou pouze 2 žáci schopni začlenit do běžného typu vzdělávacího programu ZŠ. Ostatní děti potřebují individuální přístup -) je proto nutné, zachovávat naučené mechanismy, režim dne (dechové fonační cvičení, rytmizace, zásady při čtení, vázaná mluva, spouštěcí mechanismy řeči), jinak může dojít ke zhoršení plynulosti řeči.

### Poruchy čtené a psané řeči

| Jméno         | Dyslexie  | Dysgrafie | Dysortografie | VPZT      |
|---------------|-----------|-----------|---------------|-----------|
| Jan S.        | /         | /         | /             | /         |
| Jiří K.       | /         | /         | /             | /         |
| Miroslav H.   | /         | /         | /             | /         |
| Petr E.       | /         | /         | /             | /         |
| Jakub D.      | /         | /         | /             | /         |
| Jan B.        | /         | /         | /             | /         |
| Jan H.        | /         | /         | /             | /         |
| Jan V.        | /         | /         | /             | /         |
| Libuše K.     | /         | /         | /             | /         |
| Michaela K.   | /         | /         | /             | /         |
| Miroslav Hl.  | /         | /         | /             | /         |
| Andrea E.     | /         | /         | /             | /         |
| Aleš S.       | /         | /         | /             | /         |
| Jiří P.       | /         | /         | /             | /         |
| <b>Celkem</b> | <b>11</b> | <b>12</b> | <b>9</b>      | <b>14</b> |

Tyto poruchy se nevyskytují izolovaně, ale přinejmenším ve spojení dvojice poruch nebo celé trojice (viz. tabulka). Jsou zde zastoupeny děti se vzdělávacím programem ZŠ s vyšším IQ. V diagnózách z dokumentace dětí se odborníci často neshodují a poruchy učení často diagnostikují i dětem z praktických tříd. Je těžké však posoudit, do jaké míry se již jedná o mentální retardaci a s ní spojené vadné čtení a psaní.





### Poruchy řeči při mentální retardaci

| Jméno      | Praktické třídy |
|------------|-----------------|
| Pavel S.   | /               |
| Jan M.     | /               |
| Václav K.  | /               |
| Petra S.   | /               |
| Jiří S.    | /               |
| Kamil B.   | /               |
| Jana K.    | /               |
| Vojtěch M. | /               |
| Marek N.   | /               |
| Jan O.     | /               |
| Tereza S.  | /               |
| Jakub S.   | /               |
| Jan Š.     | /               |
| Karel V.   | /               |
| Jiří A.    | /               |
| Josef Č.   | /               |

|               |           |
|---------------|-----------|
| Jakub B.      | /         |
| Alan Š.       | /         |
| Ota H.        | /         |
| Dominika S.   | /         |
| Kateřina P.   | /         |
| Lukáš M.      | /         |
| Robert M.     | /         |
| Pavel K.      | /         |
| Veronika K.   | /         |
| Kateřina F.   | /         |
| <b>Celkem</b> | <b>26</b> |

Poruchy řeči při mentální retardaci by zřejmě patřily na 1. místo frekvence vad ve škole. Všechny děti mají dyslalickou řeč a představují vzorek dětí z praktických tříd. Z dokumentace vyplývá, že se u nich jedná o porušení rozumových schopností v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním vývoji. Jsou omezeni sociálním prostředím – vliv internátu na ně působí pozitivně. Tyto žáky jsem zahrnula i do tabulek dysartrie, dyslalie, rinofonie, palatolalie a OVŘ.

### Dysartrie

| Jméno           | VPZT          | VPPT          |
|-----------------|---------------|---------------|
| Vojtěch T.      | /             |               |
| Josef S.        | /             |               |
| Michaela K.     | /             |               |
| Miroslav H.     | /             |               |
| Ota H.          |               | /             |
| Jiří K.         | /             |               |
| <b>Celkem</b>   | <b>5</b>      | <b>1</b>      |
| <b>Procenta</b> | <b>83,30%</b> | <b>16,70%</b> |

Jedná se o chybný proces motorické realizace řeči v CNS. U žáka z praktických tříd připomíná až těžkou formu dysfázie. U ostatních dětí se jedná o poruchu článkování řeči. Je zapotřebí, spojovat při terapii řeč s pohybem.

**Poruchy při anomáliích orofacionálního systému (RINOFONIE, PALATOLALIE)**

| Jméno         | VPZT     | VPPT     | Huhňavost | Rozštěpy |
|---------------|----------|----------|-----------|----------|
| Jana K.       |          | /        |           | /        |
| Veronika K.   |          | /        | /         | /        |
| Kateřina P.   |          | /        | /         |          |
| Vlastimil H.  | /        |          | /         |          |
| Daniel K.     | /        |          |           | /        |
| <b>Celkem</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>3</b>  | <b>3</b> |

Žáci jsou uvedeni také v tabulce dyslalie. V malém procentuálním zastoupení také v tabulce MR.

Největší problém s výslovností mají tyto děti již se samohláskami, které jsem v tabulce dyslalie neuvedla, neboť je nacvičují. Dalším obtížným okrskem pro palatolaliky je 4. a 5. artikulační okrsek a vyvozování ostrých sykavek.

**Porucha řeči – dvojjazyčné prostředí (Bilinghvisionismus)**

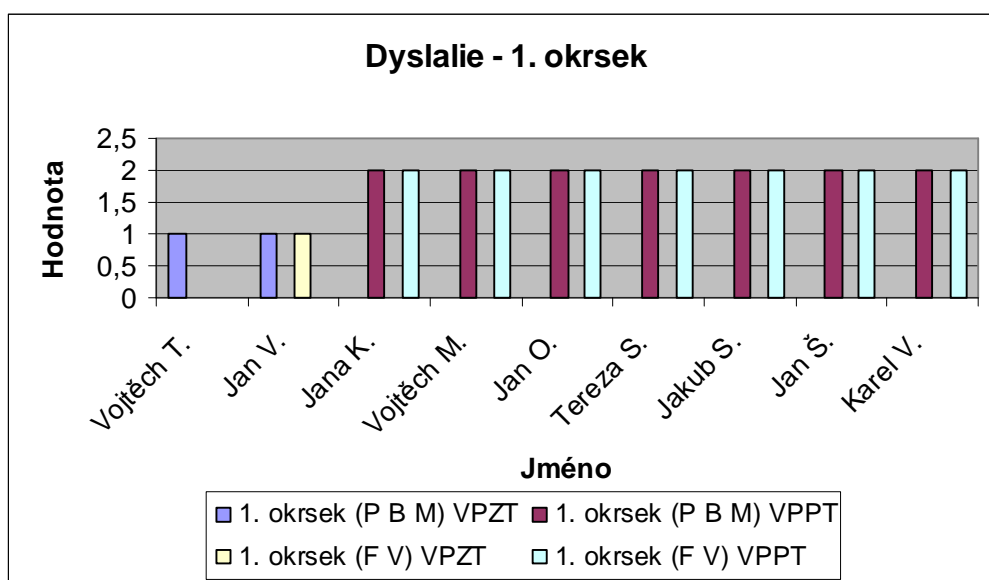
| Jméno      | VPZT | VPPT |
|------------|------|------|
| Julie D.   | /    |      |
| Vojtěch M. |      | /    |

Žákyně je vietnamské národnosti, žák romské – z toho vyplývají různé nedostatky v českém jazyce.

**Dyslalie**

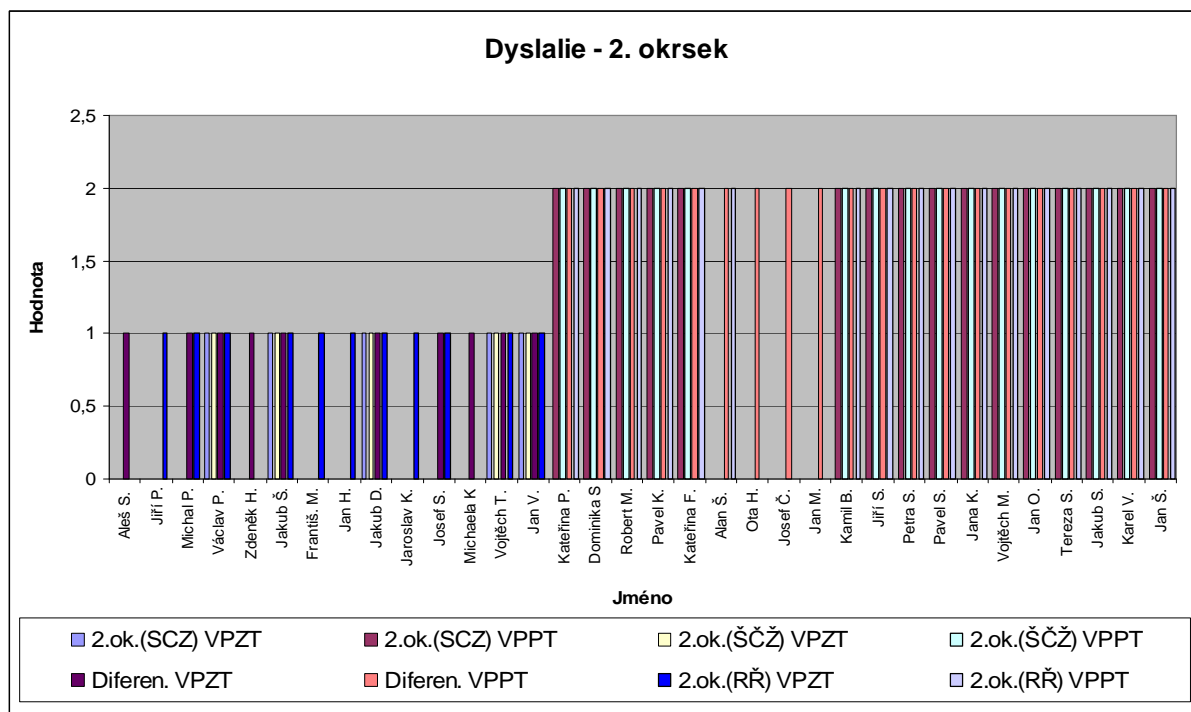
| Jméno           | 1. okresek (P B M) |              | 1. okresek (F V) |              |
|-----------------|--------------------|--------------|------------------|--------------|
|                 | VPZT               | VPPT         | VPZT             | VPPT         |
| Vojtěch T.      | /                  |              |                  |              |
| Jan V.          | /                  |              | /                |              |
| Jana K.         |                    | /            |                  | /            |
| Vojtěch M.      |                    | /            |                  | /            |
| Jan O.          |                    | /            |                  | /            |
| Tereza S.       |                    | /            |                  | /            |
| Jakub S.        |                    | /            |                  | /            |
| Jan Š.          |                    | /            |                  | /            |
| Karel V.        |                    | /            |                  | /            |
| <b>Celkem</b>   | <b>2</b>           | <b>7</b>     | <b>1</b>         | <b>7</b>     |
| <b>Procenta</b> | <b>22,2%</b>       | <b>77,8%</b> | <b>12,5%</b>     | <b>87,5%</b> |

Nejfrekventovanější zastoupení mají vady z 1. okrsku u žáků praktických tříd. Zastoupení těchto vad je u žáků základního vzdělávání ZŠ oproti zastoupení žáků praktických tříd minimální.



| Jméno         | 2.ok.(SCZ) |           | 2.ok.(ŠCŽ) |           | Diferen.  |           | 2.ok.(RŘ) |           |
|---------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|               | VPZT       | VPPT      | VPZT       | VPPT      | VPZT      | VPPT      | VPZT      | VPPT      |
| Aleš S.       |            |           |            |           | /         |           |           |           |
| Jiří P.       |            |           |            |           |           |           | /         |           |
| Michal P.     |            |           |            |           | /         |           | /         |           |
| Václav P.     | /          |           | /          |           | /         |           | /         |           |
| Zdeněk H.     |            |           |            |           | /         |           |           |           |
| Jakub Š.      | /          |           | /          |           | /         |           | /         |           |
| Františ. M.   |            |           |            |           |           |           | /         |           |
| Jan H.        |            |           |            |           |           |           | /         |           |
| Jakub D.      | /          |           | /          |           | /         |           | /         |           |
| Jaroslav K.   |            |           |            |           |           |           | /         |           |
| Josef S.      |            |           |            |           | /         |           | /         |           |
| Michaela K    |            |           |            |           | /         |           |           |           |
| Vojtěch T.    | /          |           | /          |           | /         |           | /         |           |
| Jan V.        | /          |           | /          |           | /         |           | /         |           |
| Kateřina P.   |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Dominika S    |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Robert M.     |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Pavel K.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Kateřina F.   |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Alan Š.       |            |           |            |           |           | /         |           | /         |
| Ota H.        |            |           |            |           |           | /         |           |           |
| Josef Č.      |            |           |            |           |           | /         |           |           |
| Jan M.        |            |           |            |           |           | /         |           |           |
| Kamil B.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Jiří S.       |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Petra S.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Pavel S.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Jana K.       |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Vojtěch M.    |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Jan O.        |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Tereza S.     |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Jakub S.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Karel V.      |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| Jan Š.        |            | /         |            | /         |           | /         |           | /         |
| <b>Celkem</b> | <b>5</b>   | <b>16</b> | <b>5</b>   | <b>16</b> | <b>10</b> | <b>20</b> | <b>11</b> | <b>17</b> |

Rozborem těchto tabulek potvrzují hypotézu, že dyslalie převládá u žáků praktických tříd. Vadné hlásky, které jsou zastoupeny v tomto okrsku se projevují také u dětí s poruchami učení, se syndromem ADHD, s dysfázií, palatolalií, OVRŽ a MR. Jsou zde zahrnuti žáci tříd 1. – 5. ročníku. Žáci praktických tříd jsou v zastoupení vyšších ročníků, neboť fixace těchto hlásek je mnohem delší než u žáků základního vzdělávání ZŠ. U žáků praktických tříd bývá problém s polohováním jazyka. Proto se rotacismy zařazují většinou v poslední fázi nápravy.

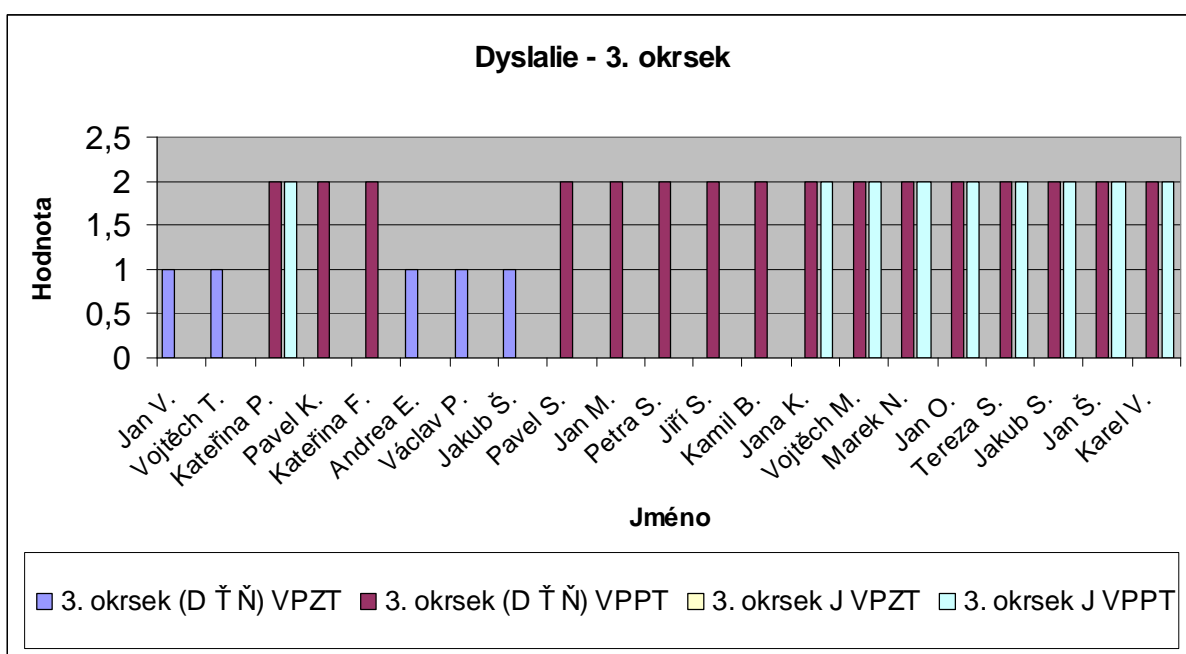


| Jméno       | 3. okrsek (Ď Ě Ň) |      | 3. okrsek J |      |
|-------------|-------------------|------|-------------|------|
|             | VPZT              | VPPT | VPZT        | VPPT |
| Jan V.      | /                 |      |             |      |
| Vojtěch T.  | /                 |      |             |      |
| Kateřina P. |                   | /    |             | /    |
| Pavel K.    |                   | /    |             |      |
| Kateřina F. |                   | /    |             |      |
| Andrea E.   | /                 |      |             |      |
| Václav P.   | /                 |      |             |      |
| Jakub Š.    | /                 |      |             |      |
| Pavel S.    |                   | /    |             |      |
| Jan M.      |                   | /    |             |      |
| Petra S.    |                   | /    |             |      |

|               |          |           |          |
|---------------|----------|-----------|----------|
| Jiří S.       | /        |           |          |
| Kamil B.      | /        |           |          |
| Jana K.       | /        |           | /        |
| Vojtěch M.    | /        |           | /        |
| Marek N.      | /        |           | /        |
| Jan O.        | /        |           | /        |
| Tereza S.     | /        |           | /        |
| Jakub S.      | /        |           | /        |
| Jan Š.        | /        |           | /        |
| Karel V.      | /        |           | /        |
| <b>Celkem</b> | <b>5</b> | <b>16</b> | <b>0</b> |

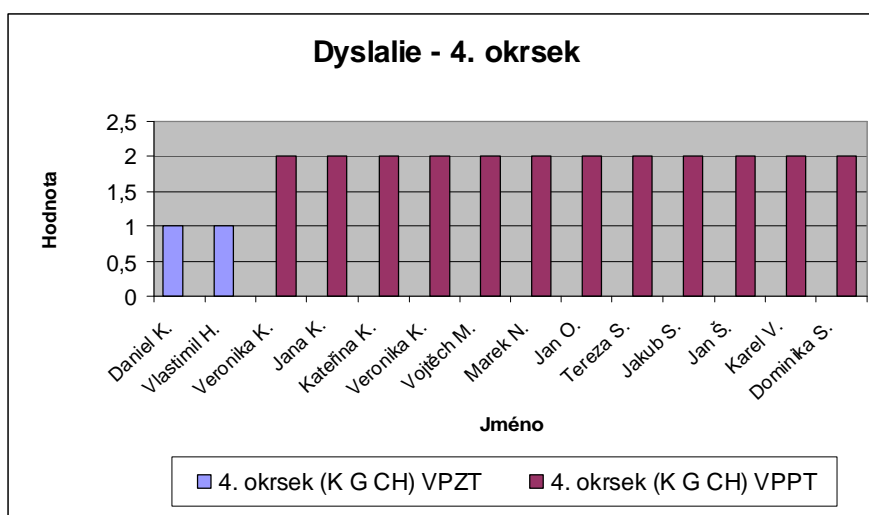
Vada 3.okrsku se objevuje nejčastěji u dětí s poruchami učení, u dysfatiků, u dětí s nesprávným polohováním jazyka, se špatnou sluchovou diferenciací a rozlišováním měkkých a tvrdých slabik.

Je zde opět převaha dětí v praktických třídách. V celkovém obsahu a přehledu jsem neuvěla samostatnou diagnózu poruch řeči při LMD, v nové terminologii ADHD, která sem nedílně patří, ale v literatuře nebyla uvedena. (Černá, M a kol.: *Skripta LMD*, Karolinum, Praha, 1994.)



| Jméno           | 4. okrsek (K G CH) |              |
|-----------------|--------------------|--------------|
|                 | VPZT               | VPPT         |
| Daniel K.       | /                  |              |
| Vlastimil H.    | /                  |              |
| Veronika K.     |                    | /            |
| Jana K.         |                    | /            |
| Kateřina K.     |                    | /            |
| Veronika K.     |                    | /            |
| Vojtěch M.      |                    | /            |
| Marek N.        |                    | /            |
| Jan O.          |                    | /            |
| Tereza S.       |                    | /            |
| Jakub S.        |                    | /            |
| Jan Š.          |                    | /            |
| Karel V.        |                    | /            |
| Dominika S.     |                    | /            |
| <b>Celkem</b>   | <b>2</b>           | <b>12</b>    |
| <b>Procenta</b> | <b>14,3%</b>       | <b>85,7%</b> |

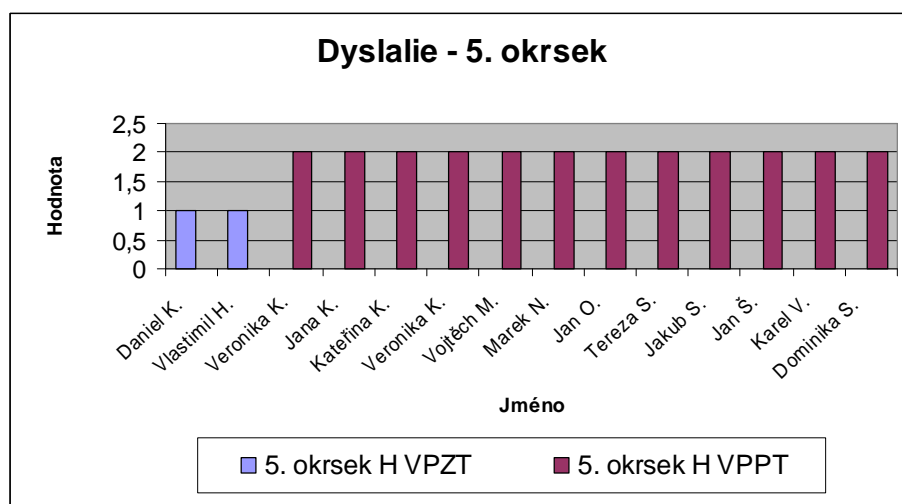
Viz. komentář k tabulce palatolalie. U ostatních dětí bývá problém s polohováním jazyka, zaujmutím jeho zadní polohy a se špatnými dechovými návyky.





| Jméno           | 5. okrsek H  |              |
|-----------------|--------------|--------------|
|                 | VPZT         | VPPT         |
| Daniel K.       | /            |              |
| Vlastimil H.    | /            |              |
| Veronika K.     |              | /            |
| Jana K.         |              | /            |
| Kateřina K.     |              | /            |
| Veronika K.     |              | /            |
| Vojtěch M.      |              | /            |
| Marek N.        |              | /            |
| Jan O.          |              | /            |
| Tereza S.       |              | /            |
| Jakub S.        |              | /            |
| Jan Š.          |              | /            |
| Karel V.        |              | /            |
| Dominika S.     |              | /            |
| <b>Celkem</b>   | <b>2</b>     | <b>12</b>    |
| <b>Procenta</b> | <b>14,3%</b> | <b>85,7%</b> |

Opět převládá vada tohoto okrsku u žáků praktických tříd. Výsledek jsem porovнала i v procentech.



## 16. Výsledky výzkumu

V této části jsem vyhodnotila výzkum a sestavila ho do tabulek. K tabulkám shrnu v závěru práce krátké vysvětlení.

Položila jsem si otázku četnosti vad řeči základního vzdělávání ZŠ a základního vzdělávání praktických tříd a frekvenci jednotlivých vad řeči.

## Závěr

Výzkum na Logopedické ZŠ sloužil k objasnění četnosti poruch řeči u dětí různých vzdělávacích programů. Výsledky uvedených tabulek a grafů ukazují, že nejfrekventovanější poruchou řeči je zde dyslalie. Patlavost je zastoupena v tabulkách i ve skupině dětí s mentální retardací, u dětí s dysartrií, balbuties, palatolalií a v neposlední řadě i u dětí s dysfázií.

Dle grafického znázornění řadím poruchy řeči v tomto pořadí:

- § dyslalie
- § porucha řeči při mentální retardaci
- § opožděný vývoj řeči – dysfázie
- § porucha čtené a psané řeči (nevyskytuje se izolovaně, může provázet kteroukoliv vadu řeči)
- § dysartrie, balbuties
- § rinofonie, palatolalie
- § dvojjazyčné prostředí.

Celá bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V první části jsem se snažila najít co nejvíce informací souvisejících s výkladem vad řeči. V druhé části jsem se zaměřila na zvolený vzorek výjimečný ve srovnání k běžné populaci.

Chtěla jsem poukázat na to, že většina vad řeči u těchto dětí je velice závažná a jejich náprava dlouhodobá. Pro některé žáky je integrace od 1. ročníku vhodná, pro některé ne.

V současné době je problém zajistit souhlas rodičů při změně vzdělávacího programu dítěte. Výhodou Logopedické základní školy je, že děti, které mají problémy, mohou být v rámci školy umístovány na diagnostické pobyty a vřazovány dle svých potřeb a možností s posouzením týmu odborníků do příslušných vzdělávacích programů.

Vzhledem k tomu, že není u dětí povinnost předškolní péče, přicházejí děti ze slabého sociálního prostředí velmi nepřipravené; často nemluvící; na nižší mentální úrovni než je jejich fyzický věk. Proto byl na této škole v minulém školním roce zřízen přípravný ročník.

## Závěr

V přípravném ročníku může být provedena diagnostika a rozhodnutí pro zařazení dítěte do příslušného vzdělávacího programu. Prioritou vzdělávání v přípravném ročníku se stává logopedická náprava a rozvoj předškolních dovedností.

Potvrdila jsem si hypotézu, že vady řeči převládají u dětí v praktických třídách a z výzkumu mohu potvrdit, že také u populace chlapců.

U většiny dětí není možné stanovit pouze jedinou diagnózu. Z dokumentace, která mi byla zčásti zpřístupněna se souhlasem rodičů vyplývá, že odborníci se nesjednocují ve stanovení těchto diagnóz a ty jsou postupně zpřesňovány.

Z tabulky jednotlivých artikulačních okrsků vyplývá, že náprava (vyvození a fixace) hlásek (1.- 3. artikulačních okrsků) probíhá v rozmezí 1. až 3. ročníku dle vlivů různých faktorů. Zbylé artikulační okrsky lze u dětí s těžkou vadou upravovat ve 4. až 5. ročníku. Toto platí především pro děti z praktických tříd.

Návrhy řešení:

- Osvěta rodičů - spolupráce s městem (příp. obcí) a SPC na tisku letáčků. Z tohoto letáčku by se rodiče dozvěděli veškeré informace, co vše by mělo dítě předškolního věku znát před zápisem do školy (mnoho rodičů si stále mylnou představu, že jejich děti se naučí „vše“ až ve škole a tak zanedbávají jak řečovou výchovu, tak i motorickou přípravu).
- Větší spolupráce MŠ a SPC.

## Seznam literatury

1. BALÁŽOVÁ, J. *Logopedie – Cvičné texty*. Praha: Akademie J. A. Komenského, 1995.
2. BUBENÍČKOVÁ, M., KUTÁLKOVÁ, D. *Koktavost – Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2001, ISBN 80-7216-145-8.
3. HÁLA, Bohuslav, SOVÁK, Miloš. *Hlas – řeč – sluch: zásady fonetiky a logopedie*. Praha: SPN, 1962.
4. KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: SPN, 1988.
5. KÁBELE, F., PÁVKOVÁ, B. *Obrázková škola řeči*. Praha: SPN, 1988.
6. KAUSCHKE, Ch., SIEGMÜLLER, J. *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. Urban & Fischer Bei Elsevier, 2002, ISBN 343-747-5908.
7. KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 1996, ISBN 80-7178-115-0.
8. KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči – Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002, ISBN 80-7216-177-6.
9. KUTÁLKOVÁ, D. a kol. *Dyslalie – Metodika reedukace*. Praha: Septima, 1999, ISBN 80-7216-100-8.
10. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-572-5.
11. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-961-5.
12. PEROUTKOVÁ, J., SVOBODOVÁ, O. *Logopedie v praxi – Obrázkový pracovní sešit*. Praha: Septima, 1995.
13. PEUSER, G. *Einführung in die Patholinguistik*. Stuttgart: UTB, 2000, ISBN 382-522-1253.
14. SIRŮČKOVÁ, M. *Zlatý klíček*. Praha: SNP, 1991, ISBN 80-04-25697-X.
15. SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SNP, 1983.
16. SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978.

## Seznam literatury

17. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SNP, 1986.
18. SVAČINA, S. *Vady výslovnosti*. Trutnov: Okresní pedagogické středisko, 1986.
19. SYNEK, F. *Hlasy a hlásky*. Praha: ArchArt, 1995, ISBN 80-901500-6-3.
20. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-546-6.
21. ŠTĚPÁN, J., PETRÁŠ, P. *Logopedie v praxi*. Praha: Septima, 1995, ISBN 80-85801-61-2.
22. ŠTĚRBA, K. *Netradiční formy logopedické péče na zvláštní škole*. Praha: Septima, 1993, ISBN 80-85801-09-4.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999, ISBN 80-7184-929-4.
24. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994, ISBN 80-7178-038-3.

### Internetové odkazy:

- [http://family.cz/rubrika/poruchy\\_uceni](http://family.cz/rubrika/poruchy_uceni) (16.6.2008)
- <http://family.cz/rubrika/lmd> (16.6.2008)
- <http://www.logoped.cz/nabizime/klinicka-logopedie.html> (17.6.2008)
- <http://www.kppp.cz/co-vas-zajima/detska-rec.html#poruchy-vyvoje-reci> (16.6.2008)
- <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=32> (14.6.2008)
- <http://www.nevimova.cz/priklady.html> (1.6.2008)
- <http://www.gemis.cz/dysgrafie.htm> (17.6.2008)
- <http://www.logopaedie-zentral.de/praxis/> (28.5.2008)
- <http://www.1-aphasie.de/sprachstoerung/> (19.6.2008)
- <http://www.logopaediewiki.de/wiki/aphasie> (19.6.2008)
- <http://www.lzs-mecholupy.cz/wp-content/svp-zakladniho-vzdelavani-deti-s-poruchami-komunikace.doc> (20.4.2008)
- <http://www.lzs-mecholupy.cz/wp-content/priloha-c-1-priprtrida.doc> (20.4.2008)

## **Přílohy**

### **Příloha 1: Kazuistika**

#### *1. Osobní údaje = údaje o žákovi*

§ Jméno: Patrik

§ Adresa: Březno u Chomutova

§ Narozen: 1994

§ Věk: 10 let

§ Škola: Speciální ZŠ pro žáky s vadami řeči – Patrik navštěvuje 3. ročník, který opakuje

#### *2. Rodinná anamnéza*

Rodiče jsou rozvedeni, matka znovu provdaná, v rodině žijí nyní 3 děti – Patrik je nejstarší. Matka nezvládá výchovné obtíže syna (agresivita, odmlouvání, praní, „šáskování“ před dětmi). Matka začala řešit problémy až po 3 letech – speciální školou. Patrik jezdí domů 1x za 14 dní (vzdálenost domova je 30 km). Doporučené vyšetření na pedopsychiatrii – nepozornost, neklid, nechuť k učení, agrese ke spolužákům.

#### *3. Diagnóza*

Suspektní vývojová dysfázie, porucha chování, znaky dyslexie, dysortografie, dysgrafie, pomalé pracovní tempo, řeč z hlediska hláskových skupin bez obtíží, oslabení sluchové analýzy a syntézy, zrakové diferenciacce, pravolevé orientace, ADHD hyperaktivní. Nutná logopedická péče.

#### *4. Opatření – odborná vyšetření*

Adaptační potíže, nedůvěra dítěte, nervozita, zmatkuje, krátkodobá koncentrace, neklid – vrtí se, samomluva, vzteká se, nezralost CNS, nesnese zátěž, mělká mechanická paměť, je ovladatelný, prognóza na ZŠ – nejistá, kresba podprůměrná. WISC – III. IQv 80, IQp 70, Iq 72 – na hranici podprůměru. Je důležité, dělat pravidelná speciálně pedagogická vyšetření. Doporučeno pracovat s matkou – tady chybí citový vztah, vlídné slovo.

5. *Rodinné působení x škola*

Protože je tu značná nevšímavost rodiny, Patrik na sebe upozorňuje – posmrkává, cucá zip, celkový motorický neklid. Průběh péče – práce v kolektivu, kamarádství s ostatními dětmi, zvykat si na režim internátu apod.

6. *Prognóza*

V Logopedické ZŠ v Měcholupech není možnost péče do 9. ročníku. Při návratu domů do kmenové školy lze předpokládat, že propuknou obtíže znovu – vzdělávací i výchovné.

7. *Závěr*

Menší kolektiv působí velmi pozitivně na Patrikovo chování. Myslím si, že by se mělo preferovat ústní zkoušení před písemným. Velmi účinné jsou pochvaly, povzbuzení, ale na druhou stranu také tresty formou zákazu kroužku, zákazu koupit si něco sladkého.



**Příloha 2: Individuální logopedický záznam**

Jméno:

Věk:

**Poruchy výslovnosti**

|            |     |              |                    |  |
|------------|-----|--------------|--------------------|--|
| 1. P B M   | F V | 4. K G CH    | Dyslalie hlásková  |  |
| 2. T D N   | C Č | 5. H         | Dyslalie slabiková |  |
|            | Z Ž |              |                    |  |
|            | S Š |              |                    |  |
|            | R Ř | L            |                    |  |
| 3. Ť Ď Ň J |     | 6. A E I O U | Dyslalie slovní    |  |
|            |     |              | Dyslalie           |  |
|            |     | AU OU EU     | univerzální        |  |

|           |  |                              |
|-----------|--|------------------------------|
| Mogilalie |  |                              |
| Paralalie |  |                              |
| Dyslalie  |  | obouretní (bilabiální)       |
|           |  | retozubní<br>(labiodentální) |
|           |  | boková (laterální)           |
|           |  | sykavá (stridens)            |
|           |  | přízubní (addentální)        |
|           |  | jazyková (lingvální)         |
|           |  | tvrdopatrová (palatální)     |
|           |  | měkopatrová (velární)        |
|           |  | čípková (uvulární)           |
|           |  | nosová (nazální)             |
|           |  | hltanová (laryngeální)       |
|           |  | hrtanová (faryngeální)       |
|           |  | vdechová (aspirační)         |

## Přílohy

### OVŘ a dysfázie

Dosažené stadium vývoje řeči

|                        |   |
|------------------------|---|
| 1. křik reflexní       | 6. porozumění obsahu řeči včetně mimiky |
| 2. křik emocionální    | 7. stadium emocionální                  |
| 3. broukání            | 8. stadium asociační                    |
| 4. žvatlání pudové     | 9. stadium logických pojmů              |
| 5. žvatlání napodobivé | 10. stadium intelektualizace řeči       |

| Impresivní složka řeči: | Expresivní složka řeči: | Fonemický sluch: | Dysgramatizmus:   |
|-------------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| 1. věku přiměřená       | 1. věku přiměřená       | 1.               | 1. lehký stupeň   |
| 2. částečně narušená    | 2. částečně narušená    | 2.               | 2. střední stupeň |
| 3. nerozumí řeči        | 3. nonverbální          | 3.               | 3. těžký stupeň   |

### Poruchy plynulosti

Příznaky na řeči a průvodní příznaky

|             |             |                   |              |   |   |
|-------------|-------------|-------------------|--------------|---|---|
| tonus       | klonus      | při hláskách:     | dýchání      | + | - |
|             |             | na začátku slova: | fonace       | + | - |
| tono-klonus | klono-tonus | uprostřed slova:  | modulace     | + | - |
|             |             | na konci slova:   | embolofrázie | + | - |

Typ koktavosti

|  |                              |
|--|------------------------------|
| 0. Iniciační koktavost slovní, slabiková | 2.b Traumatická koktavost    |
| 1. Preneurotická koktavost               | 2.c Vrstvová koktavost       |
| 2.a Progresivní koktavost                | 3. Charakterogenní koktavost |

Stupeň koktavosti (% neplynulých slov z textu o 100 slovech)

|   |   |
|---|---|
| 1. balbuties levis (0-5% neplynulých slov)          | 3. balbuties gravis (více než 20% neplynulých slov)                           |
| 2. balbuties gradus medius (6-20% neplynulých slov) | 4. balbuties gravis inaptus (neschopnost se dostatečně srozumitelně vyjádřit) |

## Přílohy

### Breptavost

| Typ osobnosti          | Písemný projev | Vývoj řeči  | Výslovnost: |
|------------------------|----------------|-------------|-------------|
| vyrovnaný              |                |             |             |
| neurolabilní           | nekoordinovaný | OVŘ v normě | v normě     |
| agresivní      pasivní |                | předčasný   | dyslalie    |
| extrovertní            |                |             |             |
| introvertní            | v normě        | jiný:       | jiná:       |

### **Příloha 3: Tiskopis – Logopedický záznam**

Jméno: .....nar. ....

Bydliště: .....

Rodiče: .....

Škola: .....

Třída: ..... Učitel: .....

Předchozí péče:

---

Depistáž:

Diagnóza:

Dne ..... porucha sluchu / VS / hlasu/ řeči .....

Vyšetřil: .....

Vadné hlásky:

dysfázie

a e i o u

dyslalie

p b m

afázie

f v

dysartrie

t d n

mutismus

s c z š č ž rozlišování

breptavost

l r ř

koktavost

ď ť ň

huhňavost – zavřená,

k g

otevřená, smíšená

h ch

palatolalie

agramatismus

Počet vadných hlásek: .....

dyslexie dysgrafie

Počet nevytvořených hlásek: .....

dysortografie dysmúzie

Obsahová stránka řeči:

## Přílohy

Lateralita:

Odborná lékařská vyšetření:

Psychologické vyšetření:

Poznámky:

Propuštěn dne: .....

---

| Hláška | Začátek nápravy | Ukončení nápravy | Poznámka |
|--------|-----------------|------------------|----------|
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |
|        |                 |                  |          |

**Příloha 4: Doporučení k integraci pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami**

**SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM  
PŘI LOGOPEDICKÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLE  
Měcholupy u Žatce**

---

PSČ: 439 31

tel.+fax: 415 722 508, 415 722 602

IČO: 61357228

***Doporučení k integraci pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami***

(dle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání/ školský zákon/ a dle Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Škola:

Školní rok:

Diagnostický závěr:

Rozsah a závažnost postižení žáka opravňuje:

- k zařazení do režimu speciálního vzdělávání -
- k čerpání navýšených finančních prostředků -
  - a to formou - individuální integrace
  - skupinové integrace

## Přílohy

Platnost odborného posudku: po celou dobu školní docházky

Odborný posudek byl zpracován na základě vyšetření

SPC Měcholupy ..... - psycholog

Pracovník SPC, se kterým může třídní učitel (výchovný poradce atd.) spolupracovat a konzultovat individuální vzdělávací program:

..... - psychoped, logoped

Návrh rozsahu a způsobu poskytování speciálně pedagogické a psychologické péče:

- v rámci kmenové třídy formou individuální péče
- mimo výuku v kmenové třídě: skupinově, v rozsahu 0 hodin týdně  
individuálně, v rozsahu 0 hodin týdně
  
- jiné
- asistent pedagoga -

Integrovala a konzultovala

.....

psychoped

.....

ředitel SPC

V Měcholupech dne