

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

**SPOLUPRÁCE UČITELE A RODIČŮ
ŽÁKŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ
SCHOPNOSTÍ S LOGOPEDEM**

Diplomová práce

Autor: Monika Švaříčková

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.

**COOPERATION TEACHERS AND PARENTS
FROM PUPILS WITH DISTURBED
COMMUNICATION ABILITY WITH SPEECH
THERAPIST**

ANOTACE

Práce se zabývá narušenou komunikační schopností u žáků v prvních třídách běžné školy, jejich příčinou vzniku, projevy, prevencí a terapií. Dále se zaměřuje na logopedii, diagnostiku poruch komunikace a na metody a formy terapie. Nejvíce je pozornost věnována spolupráci mezi učitelem, rodiči těchto žáků a klinickým logopedem. Je zjišťováno, do jaké míry je spolupráce mezi nimi naplňována.

ANNOTATION

Thesis deals with pupils disturbed communication ability in first class ordinary schools, their cause of, manifestations, prevention and therapy. Further it focuses on logopaedia, fault diagnostics of communication and on method and therapy forms. Most attention is devoted to cooperation among teacher, parents these pupils and clinical speech therapist. Is detected to what extent is cooperation among them fulfilled.

Velmi děkuji paní PaedDr. Evě Suchánkové, Ph.D., za obětavý přístup, cenné připomínky, odborné rady a konzultace, které mi věnovala v celém průběhu zpracování mé diplomové práce.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 12. 2011 podpis

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1. KOMUNIKACE	3
1.1 Vymezení pojmu komunikace	3
1.2 Řeč a její význam	4
2. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....	8
2.1 Příčiny narušení komunikační schopnosti	8
2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti	9
2.3 Opožděný vývoj řeči.....	10
2.4 Centrální poruchy řeči.....	11
2.5 Poruchy zvuku řeči.....	17
2.6 Poruchy plynulosti řeči.....	20
2.7 Poruchy artikulace – článkování řeči	24
2.8 Narušení grafické stránky řeči.....	27
2.9 Symptomatické poruchy řeči.....	28
2.10 Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu.....	31
3. LOGOPEDIE	32
3.1 Základní vymezení oboru	32
3.2 Diagnostika komunikačních schopností.....	33
3.3 Spolupráce s obory	35
3.4 Spolupráce s rodiči.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
4. CÍL VÝZKUMNÉHO VZORKU	37
5. METODY ŠETŘENÍ	37
6. CHARAKTERISTIKA ŠETŘENÉHO VZORKU	38
7. STANOVENÉ HYPOTÉZY.....	38
8. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	39
8.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření u pedagogů v 1. třídách základních škol	39
8.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření u rodičů dětí s narušenou komunikační schopností. 46	
8.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření u klinických logopedů žáků s narušenou komunikační schopností.....	56
ZÁVĚR	61
SHRNUTÍ.....	63
POUŽITÁ LITERATURA	64
SEZNAMY	66
1. SEZNAM GRAFŮ.....	66
2. SEZNAM TABULEK	66
3. SEZNAM PŘÍLOH.....	67

Úvod

Komunikace, verbální i neverbální je přirozenou schopností každého člověka. Význam řeči, ať už mluvené či psané, je pro nás zcela zásadní, protože bez řeči by nebylo myšlení. S její pomocí vyjadřujeme své pocity, názory apod.. Řeč je pro každého z nás nedílnou součástí veškerého společenského života, protože bez řeči bychom nebyli schopni se s okolím dorozumět.

Obtíže s řečí nejsou jednoduchou problematikou a na nápravě se podílí celá řada odborníků, především z oblasti medicíny. Velmi důležitá je spolupráce s pediatry, foniatry, lékaři ORL, neurology, klinickými psychology a celou řadou dalších. Velmi důležitou roli má především klinický logoped, který narušenou komunikační schopnost diagnostikuje, provádí terapii, spolupracuje s rodinou, základními i speciálními školami.

Počet dětí s narušenou komunikační schopností stále narůstá a na základních školách se s těmito žáky učitelé setkávají mnohem více, než tomu bylo dříve. Moje diplomová práce se zabývá spoluprací mezi pedagogem, rodiči a klinickým logopedem, kteří pečují o žáka s narušenou komunikační schopností, který dochází do 1. třídy běžné základní školy. Sama jsem totiž na praxích pozorovala, jak narůstá počet žáků, kteří mají poruchu komunikace. Zároveň jsem chtěla zjistit, do jaké míry je spolupráce mezi nimi naplňována.

Práce je členěna do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část pojednává o komunikaci, vývoji dětské řeči a podmínkách správného vývoje. Podrobněji se zmiňuji o poruchách komunikace, jejich příčinou vzniku, symptomy, prevencí, terapií a výskytem v populaci. V neposlední řadě jsem se zaměřila na logopedii a to především na logopedickou diagnostiku a terapii. Samozřejmě jsem nemohla zapomenout na spolupráci s obory a rodiči. Spolupráce učitele a rodičů žáků s narušenou komunikační schopností s logopedem je podrobně zkoumána v praktické části.

V praktické části jsou zpracovány výsledky mého výzkumu pomocí dotazníkové metody. Zde se snažím zjistit, do jaké míry je naplňována spolupráce mezi učitelem, rodiči a klinickým logopedem. Dotazník pro pedagogy se opírá o odborné znalosti, názory v oblasti logopedické problematiky a zkušenosti se spoluprací s logopedem. U rodičů se snažím zjistit, jakou poruchu komunikace dítěti klinický logoped diagnostikoval, jak často na logopedii dochází, protože rodič spolupracuje jak s pedagogem, tak i s klinickým logopedem. U logopedů jsem své otázky směřovala ke

spolupráci s učiteli těchto žáků. Chtěla jsem zjistit, jestli vůbec s pedagogem spolupracují a pokud ano, jak tato spolupráce probíhá a zda mají zájem o její prohloubení.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Komunikace

1.1 Vymezení pojmu komunikace

Podle Škodové, Jedličky a kol. (2003, 2007) je jedním ze základních termínů moderní logopedie **narušená komunikační schopnost**. Chceme-li se tedy zabývat narušenou komunikační schopností, musíme logicky vycházet z **komunikace** jako takové.

Termín komunikace je používán v mnoha vědních disciplínách – v psychologii, pedagogice, sociologii, kybernetice, lingvistice a v dalších oborech. Tento pojem nemá v literatuře jednotnou definici. Komunikace obecně znamená lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, pěstování a udržování mezilidských vztahů a významně ovlivňuje rozvoj celé osobnosti. V nejširším slova smyslu ji lze chápat jako vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Současně znamená i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů podílejících se na komunikaci.

Dorozumívání (komunikaci) lze chápat jako složitý proces výměny informací, jehož základ tvoří čtyři stavební prvky, které se navzájem ovlivňují:

- *komunikátor* – osoba sdělující něco nového, do svého sdělení promítá svoji osobnost, zkušenosti apod.
- *komunikant* – příjemce informace, který na ni reaguje
- *komuniké* – je vysílaná zpráva, kterou jeden člověk sděluje druhému, nová informace
- *komunikační kanál* – nezbytná podmínka úspěšné výměny informací. Komunikat a komunikátor si rozumí, pokud používají předem dohodnutý kód (Klenková, 2006).

1.2 Řeč a její význam

Dříve než dítě vysloví svoje první srozumitelné slovo projde mnoha stupni řečového vývoje. Mluvení a řeč nezačínají prvním slovem, ale sociální vzájemnou výměnou podnětů mezi dítětem a matkou (Stará, 1996).

Řeč slouží člověku ke sdělování pocitů, myšlenek, přání. Nejedná se o vrozenou schopnost. Na svět si pouze přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč je záležitostí nejenom mluvních orgánů, ale i mozku a jeho hemisfér (Klenková, 2006) a je nezbytná pro komunikaci lidí. Jazyk můžeme definovat jako kód řeči. Učíme se ho používat za účelem sdělování svých myšlenek a k vyjadřování našich požadavků a potřeb (Bondy, Frost, 2002).

Řeč podle Lechty (Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 13) můžeme definovat takto: *“Je to 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.”*

Význam řeči je pro člověka zcela zásadní. Nejen, že je spojena s celým jeho vědomím, má základní a určující vztah k myšlení, ale bez řeči by nebylo myšlení (Vyštejn, 1995). Je to schopnost, která je dána pouze člověku (Kutálková, 2010).

1.2.1 Vývoj dětské řeči

Vývoj řeči (komunikačních schopností) patří k nejpozoruhodnějším procesům v celém životě člověka. Probíhá ve stádiích, mezi nimiž jsou jen nevýrazné hranice. U zdravého průměrného dítěte jednotlivá stádia nastupují s určitou časovou variabilitou. Z logopedického hlediska je důležité vědět, že může docházet k obdobím akcelerace nebo retardace ve vývoji. Žádné stádium řeči dítě nemůže vynechat, ale trvání jednotlivých stádií je individuální. Dítě si musí projít všemi stádii řečového vývoje (Klenková, 1996).

Novorozenec svůj příchod na svět oznamuje křikem. Během prvních týdnů života **křik** neznamena, že dítěti něco chybí. Jedná se o **reflexní činnost**, směřující k budoucímu používání hlasu.

Koncem druhého měsíce se charakter křiku mění. Křik dostává citové zabarvení (Kutálková, 2010). Zpočátku vyjadřuje nespokojenost, projevuje se tvrdým hlasovým začátkem, ale později začíná dítě svým křikem vyjadřovat i spokojenost. Tento křik má měkký hlasový začátek (Klenková, 1996). Kojenec brzy zjistí, že křik spolehlivě přivolá pomoc a někdy tento fakt začne velmi využívat. Křik, který byl původně jen reflexním dějem se stává nástrojem vůle. Období křiku pozvolna přechází do **období broukání** (Kutálková, 2010).

Na toto období plynule navazuje **období pudového žvatlání**. Pudově žvatlají děti slyšící i neslyšící, protože u nich ještě není zapojena vědomá sluchová kontrola.

V druhé polovině prvního roku života začíná **období napodobujícího žvatlání**. Zapojuje se zraková i sluchová kontrola, dítě začíná napodobovat hlásky, ale častěji než hlásky napodobuje melodii a rytmus řeči.

Okolo 10. – 12. měsíce u dítěte nastupuje **období rozumění řeči**. Dítě ještě nechápe obsah slov, která slyší, ale na základě slyšeného slova sleduje osobu nebo předmět a dokáže reagovat na určitou výzvu. Reakci dítěte vyvolává melodie řeči, obrovský význam má i mimika a gestikulace mluvící osoby (Klenková, 1996).

První slovo obvykle rodiče zachytí **kolem prvního roku**. Někdy mu rozumí jenom máma, někdy je zcela srozumitelné i pro okolí (Kutálková, 2010).

V průběhu 2. roku se řeč postupně stává nástrojem sdělování a myšlení. Dítě je již schopno mluvit v krátkých větách, avšak slova ještě komolí. Gramatická stavba řeči se zdokonaluje (Vyštejn, 1995).

Na přelomu 3. – 4. roku vyjadřuje dítě své myšlenky zpravidla formálně i obsahově s dostatečnou přesností. Další vývoj se více týká kvantitativní stránky osvojování nových slov, zpřesňování a prohlubování slov, gramatických forem a rozšiřování slovní zásoby (Klenková, 1996).

Kolem 5. a 6. roku života dochází k dalšímu zdokonalování řeči a to po stránce zvukové i obsahové (Vyštejn, 1995). Podle Lechty (Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 50): *“Vedeme dítě k tomu, aby svoje přání, pocity a potřeby už dokázalo vyjádřit samo, pokud možno souvislým, gramaticky správným a srozumitelným mluvním projevem.”*

Růst slovní zásoby pokračuje po celý náš život (Vyštejn, 1995).

Výzkum zjišťování slovní zásoby je velmi složitý, proto řada výzkumníků docházela často k různým výsledkům. Dle různých výzkumů předkládám v tabulce průměrný počet slov. Tato tabulka podle Klenkové (Kapitoly z logopedie I, 1996, s. 15) ukazuje, že největší nárůst slovní zásoby je okolo 3. roku života dítěte.

Tabulka 1: Průměrný počet slov u dítěte dle různých výzkumů

věk	průměrný počet slov
1 rok	5
1,5	70
2	270 – 300
2,5	350 – 450
3	1 000
3,5	1 200
4	1 500
5	2 000
6	2 500 – 3 000

1.2.2 Podmínky správného vývoje řeči

Vývoj řeči je složitý proces a je ovlivněn vnitřními i vnějšími faktory. **Vnitřní faktory** vyplývají ze schopností dítěte a stavu organismu. Jsou to nejdůležitější vrozené předpoklady: zdravý vývoj dálkových analyzátorů – zrakového a sluchového, řečově-motorických zón v mozku, mluvních orgánů a celkový duševní a fyzický vývoj, hlavně vývoj intelektu. **Vnější faktory** jsou ovlivněny především prostředím, ve kterém dítě žije. Hlavní je množství a přiměřenost řečových podnětů a správný řečový vzor. Klenková (1996) rozděluje **vzájemný poměr vnitřních a vnějších faktorů v jednotlivých etapách reflexního okruhu komunikace podle Sováka (1974) takto:**

1. Podněty na začátku reflexního okruhu vychází ze společenského prostředí, které dítěti musí poskytovat dostatek přiměřených řečových podnětů a stimulaci k řečovému projevu. Nedostatek řečových podnětů zpomaluje vývoj řeči, nadbytek dítě neurotizuje. Správný řečový vzor je důležitým faktorem a musí odpovídat zvukovým, artikulačním a gramatickým normám jazyka. Když není řečový vzor správný, dítě ho napodobuje se všemi chybami.

2. Receptory dálkových analyzátorů – zrak a sluch přijímají podněty z prostředí. Na utvoření řeči je důležitější sluchový analyzátor než zrakový. Bez sluchu se řeč nemůže vyvíjet normálním způsobem. Pro vývoj řeči má samozřejmě význam i zrak, neboť odezírání artikulace, gestikulace a mimiky je důležitým doplňkem sluchového vnímání řeči. Při ztrátě nebo oslabení sluchu přebírá zrak hlavní roli při vnímání řeči.
3. Dostředivé dráhy vedou podněty z prostředí, přijímané zrakem a sluchem do korové oblasti analyzátorů. Procházejí podkorovými útvary, ve kterých všechny podněty získávají citové zabarvení. Citová oblast má velký význam v rozvoji sociálních vztahů, protože rozvojem sociálních vztahů se rozvíjí i osobnost. Pokud od dětství nemáme dostatek sociálních vztahů, může nám to způsobit opožděný vývoj řeči, asociální až antisociální chování atd..
4. V centrální části se informace zachycují a zpracovávají. Správné tvoření a užívání řeči závisí na koordinované součinnosti centrálního oddílu. Rozhodujícím činitelem pro kvalitu výrazové i obsahové stránky mluvního projevu je stav rozumových schopností a intelektu.
5. Motorická korová i mimokorová centra upravují a koordinují celkový výkon naší řeči. Motorika a řeč se vzájemně ovlivňují a poruchy motoriky se promítají do jemných mechanismů řeči.
6. Výkonné orgány – efekторы, umožňují řečový výkon, uskutečňuje se hybný akt reflexního dějství. Dýchací, hlasové a artikulační řečové orgány jsou výkonným orgánem mluvené řeči.
7. Dalším článkem reflexního okruhu komunikace je společenské prostředí, které přijímá řečový projev. Řečový projev dítěte může být přijat buď negativně, což má negativní vliv na dítě a negativně ovlivňuje jeho další vývoj, nebo pozitivně, to mu poskytuje uspokojení a povzbuzení k mluvení.
8. Druhá osoba zpracuje a přijme řečový projev dítěte. Výsledkem zpracování je reakce na řeč, která má komunikační význam a zpětně dítě ovlivňuje. Reakce musí být přiměřená situaci a pro dítě pochopitelná.

Podle Škodové, Jedličky a kol. (2003, 2007), jsou **nezbytné podmínky ke správnému vývoji řeči:**

- nepoškozená centrální nervová soustava
- normální sluch
- normální intelekt
- vrozená míra nadání pro jazyk
- otázka stimulace k řeči – vhodné sociální prostředí

2. Narušená komunikační schopnost

Klenková (Logopedie, 2006, s. 53) uvádí: *“Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti nesnadné. Velmi komplikované je již vymezení normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení. Platí zde totiž určité jazykové zvláštnosti. Hodnotíme-li, zda je či není u určité osoby narušena komunikační schopnost, vždy zvážíme, v jakém jazykovém prostředí žije, jaké má hodnocená osoba vzdělání, je-li profesionálem (herec, pěvec, učitel). Nelze se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka.”*

U dítěte nelze považovat za narušenou komunikační schopnost určité projevy, které jsou fyziologickými jevy. **Fyziologická neplynulost** (dysfluence) se může u dítěte projevit v období okolo 3. – 4. roku života. Ovšem není to ještě projev narušené komunikační schopnosti, ale je vhodné poradit se s odborníkem. Fyziologický dysgramatismus se projeví přibližně do 4 let života dítěte. Jsou to určité nedostatky v gramatické složce řeči, které nepokládáme za narušení komunikační schopnosti. Za narušení nelze také považovat nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický. Zda se jedná o jev fyziologický, může posoudit pouze odborník – klinický logoped (Klenková, 2006).

2.1 Příčiny narušení komunikační schopnosti

Řeč se vyvíjí bezchybně a správně, když jsou zachovány vnější i vnitřní podmínky. Pokud je porušen jeden z faktorů, který se účastní realizace a tvorby řeči, naruší se celý komunikační proces (Klenková, 1996).

Klenková (Kapitoly z logopedi I, 1996, s. 17) uvádí: *“Narušená komunikační schopnost může být trvalá nebo přechodná. Může se projevat jako vrozená vada řeči, nebo jako vada získaná. Může být hlavním, dominantním symptomem (příznakem) nebo může být symptomem, případně důsledkem jiného, dominantního postižení. V tom případě mluvíme o symptomatické poruše řeči.”*

Dále se autorka zabývá příčinami narušení komunikačních schopností a rozděluje je do dvou hledisek: časového a lokalizačního.

Příčiny narušení komunikace z časového hlediska:

- prenatální (v období vývoje plodu, před narozením dítěte)
- perinatální (porodní poškození)
- postnatální (k poškození dojde po narození dítěte)

Příčiny narušení komunikace z lokalizačního hlediska:

- aberace chromozomů
- genové mutace
- negativní vliv prostředí
- vývojové odchylky
- orgánové poškození efektorů, receptorů, CNS

2.2 Kategorie narušené komunikační schopnosti

Od 90. let minulého století je užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro narušení nejtypičtější. Klenková (2006) uvádí symptomatickou klasifikaci Lechty (1990, 2003) a dělí v ní narušenou komunikační schopnost do 10 základních kategorií:

- 1. vývojová dysfázie** (vývojová nemluvnost)
- 2. afázie** (získaná orgánová nemluvnost)
- 3. mutismus** (získaná psychogenní nemluvnost)
- 4. rinolalie, palatolalie** (narušení zvuku řeči)
- 5. narušení plynulosti** (fluence) **řeči** (balbuties, tumultus sermonis)

6. **dyslalie, dysartrie** (narušení článkování řeči)
7. **narušení grafické stránky řeči**
8. **symptomatické poruchy řeči**
9. **poruchy hlasu**
10. **kombinované vady a poruchy řeči**

Škodová, Jedlička a kol. (2003, 2007) mezi těchto deset kategorií řadí ještě **opožděný vývoj řeči**.

2.3 Opožděný vývoj řeči

Klenková (1996) uvádí, že pokud dítě ve třech letech nemluví, nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, jedná se o opožděný vývoj řeči. Dítě patří do rukou odborníka, který hledá příčinu vzniku.

Etiologie

Podle Klenkové (1996) jsou **nejčastější příčinou opožděného vývoje:**

1. **prostředí** – důležité je, aby se dítěti věnovala především matka. Dítě se s ní snaží navázat kontakt, ale může být neustále odmítáno. Po neúspěšných pokusech jeho snaha ochabuje a začíná být nemluvné
2. **citová deprivace** – vlivem nedostatku citových vazeb se opoždí i ve vývoji řeči
3. **málo mluvních popudů** – tato příčina souvisí především s prostředím, kde je dítě vychovávalo. Málo mluvních popudů může mít např. pokud je vychovávalo u rodiny s nízkou sociální úrovní atd.
4. **neslyší-li jedinec lidské slovo** – může vzniknout úplná nemluvnost
5. **slabý typ nervové soustavy** – pomaleji se vytvářejí podmíněné reflexy a reflexy mluvní
6. **předčasně narozené děti** (nedonošené)
7. **lehká mozková dysfunkce** – nedokáží se na řeč soustředit
8. **dědičnost**

9. nadužívání masmédií – u dítěte se může vytvořit závislost např. na televizi a to může mít nepříznivý vliv na jeho vývoj řeči

10. počítače – místo hraní si s hračkami a komunikaci s okolím hrají děti hry na počítači

Symptomatologie

Může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení. Nejprůkaznějším symptomem je, že dítě po třetím roce nezačne mluvit tak, jak je pro toto období obvyklé.

Terapie

Podle Sováka (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007) musí být vnější a vnitřní faktory v jednotlivých etapách komunikace ve vzájemném vyrovnaném poměru. Volba vhodného terapeutického postupu by se zásadou měla plně korespondovat.

Důležité je vhodné sociální prostředí, správný řečový vzor, rozvíjení slovní zásoby, která rozvíjí především obsahovou stránku řeči.

Prevence

Zvláště opožděný vývoj řeči je podmíněn nedostačující nebo nesprávnou výchovou. Účinnou prevencí je tedy výchova přiměřená věku a schopnostem dítěte. Pobyt ve společnosti vrstevníků a pod vedením profesionálních pedagogů je pro dítě též přínosem (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

2.4 Centrální poruchy řeči

2.4.1 Vývojová dysfázie

Podle Škodové a Jedličky (Klinická logopedie, 2003, 2007, s. 110) “současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené”.

Etiologie

Podle Klenkové (2006) uvádí Mikulajová (2003), že určení příčin nebývá jednoduché. Všeobecně by se mohly rozdělit na **genetické, vrozené a získané**.

Porucha postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. Řeč dysfatických dětí je obsahově chudá, ve vyjadřování jsou neobratné, málo pohotové a často volí nevhodné výrazy. Mají špatný slovosled a používají jednoduché věty, chybují i ve skloňování a časování. Znají všechny hlásky, které správně vyslovují jako přírodní zvuky, ale správné užití ve slově se nedaří. Navození správné výslovnosti trvá dlouhou dobu, stejně tak i automatizace a fixace. Protože příčiny dysfázie jsou různé a mohou se navzájem kombinovat, je nutné komplexní lékařské vyšetření a dlouhodobé logopedické pozorování (Klenková, 1996).

Symptomatologie

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy. Nejnápadnějším symptomem je vždy výrazné opoždění vývoje řeči a nerovnoměrný vývoj celé osobnosti (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Klenková (Logopedie, 2006, s. 70) uvádí **oblasti podle Lejsky (2003), ve kterých se symptomy projevují:**

- porucha fonetické i fonologické realizace hlásek
- vážne syntaktické spojování slov do větných celků
- porucha v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje apod.
- řeč je agramatická, často nesrozumitelná
- vážne percepce distinktivních rysů, fonemická percepce je postižena
- neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky
- nedokáže kombinovat symboly
- nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu
- porucha krátkodobé paměti
- malá aktivní slovní zásoba
- dyslexie, dyspraxie

- nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi
- porucha kresby
- porucha percepce zrakových, hmatových a rytmických signálů
- porušena je jemná motorika a lateralizace

Terapie

V počátcích péče je nutná úzká spolupráce lékaře (foniatr, neurolog, pediatr), klinického logopeda a klinického psychologa. V další fázi se spolupráce rozrůstá o pedagoga (učitelé mateřských, základních, zvláštních a speciálních škol) a pracovníci speciálněpedagogických center. Úspěšná terapie dítěte je vždy podmíněna týmovou prací. Nejdůležitější složkou je rodinná péče a především spolupráce rodiny s uvedenými odborníky.

Celková terapie musí tedy zahrnovat rozvíjení zrakového a sluchového vnímání, myšlení, motoriky, grafomotoriky, řeči, paměti, pozornosti a schopnosti orientace. Rozvíjení jednotlivých dovedností a schopností nelze cvičit izolovaně, protože vývoj schopností u těchto dětí je velmi nerovnoměrný a individuální. Všechny rehabilitační, reedukační a edukační postupy je potřeba kombinovat tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007). **Celková terapie se podle Klenkové (Logopedie, 2006, s. 75) orientuje na rozvoj následujících oblastí:**

- zrakové a sluchové vnímání
- myšlení
- paměť a pozornost
- motorika
- schopnost orientace
- grafomotorika a řeč

Prevence

Děti s dysfázií jsou v komunikaci pasivní, častěji zůstávají v roli naslouchajícího. Samy nenavazují hovor, ale spíše čekají na otázku. **Klíčový význam ve vývoji řeči má komunikace dítěte s matkou.** Většinou si odlišnost vývoje dítěte uvědomí jako první matka a tato skutečnost její vztah k dítěti vždy ovlivní.

Funkčním poruchám řeči lze úspěšně předcházet. Prevencí můžeme zmírnit i následky některých organických vad (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

2.4.2 Afázie (získaná orgánová nemluvnost)

Mnozí autoři definují afázii jako náhlou ztrátu již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči zpravidla po organickém poškození levé mozkové hemisféry. Nejčastěji se orgánová nemluvnost objevuje u dospělých lidí po cévní mozkové příhodě, nádorech na mozku, úrazu hlavy apod. (Slowík, 2007). Existují mnohá dělení, ale **nejzákladnější dělení afázie je:**

- **senzomotorická** (zraková, sluchová) – hendikepovaný slyší, vidí, ale nerozumí nám
- **motorická** – rozumí obsahu sdělení, ale neví jak odpovědět
- **celková, totální** – nepoznává slova, nemůže nic sdělit

Etiologie

Příčiny vzniku afázie jsou různé, ale především na nich závisí vedení terapie.

Klinický obraz afázie záleží na lokalizaci léze. Rozlišujeme dvě základní skupiny. Cévní příhody ischemické (snížené prokrvení mozku) a cévní příhody hemoragické (krvácení).

Známe tři příčiny cévní **příhody ischemické**. Za prvé je to **systémová hypoperfuze**, kdy je průtok krve snížen a příčinou bývá srdeční choroba či pokles krevního tlaku. Druhou příčinou je **trombóza mozkových cév**, což znamená, že se krev sráží v cévách. Třetí příčinou je **embolie**. Jedná se o uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Na rozdíl od trombózy bývá průběh a především začátek velmi rychlý (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Nejčastější příčinou cévní **příhody hemoragické** je vysoký krevní tlak (hypertenze). Může dojít k prasknutí aneurysmatu (tepenná výduť) a tím dochází ke krvácení do mozku. I mozkový nádor se nejdříve může projevit krvácením. Krvácení může vzniknout v kterékoliv oblasti mozku. Jsou ale oblasti, kde je výskyt krvácení častější. Je to především krvácení do bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku.

Mezi další příčiny vzniku afázie můžeme zahrnout:

- úrazy a poranění mozku (otřes mozku)
- mozkové expanze (nádory)
- zánětlivá onemocnění mozku
- degenerativní onemocnění CNS (Alzheimerova a Pickova nemoc)
- intoxikace mozku
- dětská afázie (náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející CNS)

Symptomatologie

Základní charakteristický symptom u afází je **parafázie**. Jedná se o označení pro deformace slov různého typu a stupně. Důležité je, aby klinický logoped správně diagnostikoval typ parafází a akceptoval, ve kterém stádiu onemocnění se vyskytují.

Jsou známy **tři základní typy parafází**. Prvním typem je **parafázie fonemická**, kdy slovní tvar je deformovaný, obsahuje některé správné prvky daného slova. Lze tedy porozumět jeho významu. U **žargonové parafázie** jde o těžkou slovní deformaci, kde je slovo k nepoznání změněné a nelze mu porozumět v produkované řeči. Při **sémantické afázii** je typická náhrada slova, na které si pacient nemůže vzpomenout, slovem podobným.

Může dojít i ke snížení schopnosti až nemožnosti větného spojení, dále k poruchám porozumění či k poruchám pojmenování (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Terapie

Terapie afázie by měla být především dlouhodobá a cílená, uchovávat kontinuitu od počátečního ošetření v akutním stádiu až do období stabilizace. V průběhu hospitalizace v akutním stádiu je za úkol poskytnout nejen kvalitní terapii, ale také zajistit návaznost péče po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení. Používá se zde i hudba, která zejména během vyšetření slouží jako utišující a zklidňující prostředek, protože samo vyšetření může být pro člověka jakéhokoli věku obrovské trauma. Je velmi obtížné a téměř nemožné popsat ucelený návod na reedukaci a rehabilitaci afázie. Metodiky, které jsou dostupné klinickým logopedům, jsou rámcové a dávají všeobecné

návody. Záleží pouze na nich, jakým způsobem tyto návody použijí. Cílem terapie je dosáhnout maximální schopnosti komunikovat a současně s tím dochází i k obnovování sociálních vazeb (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Prevence

Na poškození CNS se podílí mnoho příčin a je tedy těžké říci, kterou lze a nelze ovlivnit. Určitou roli hraje i dědičnost, kterou ovlivnit nemůžeme. Důležité tedy je dodržovat správné zdravotní návyky. Svoji roli zde hraje i kouření, drogy, alkohol a stres.

2.4.3 Mutismus

Pečeňák (in Lechta, Diagnostika narušené komunikační schopnosti, 2003, s. 251) uvádí: *“Mutismus se v psychiatrické terminologii chápe jako symptom – znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému.”*

Nejčastěji se vyskytuje u těchto dětí: ostýchavé, bojácné, nápadně nejisté ve styku s cizími lidmi (Kutálková, 1996).

Etiologie

Mutismus je náhlá ztráta již vyvinuté řeči. Porucha se nejčastěji objevuje v předškolním věku a mírně převažuje u děvčat. Příčinou mutismu může být úlek, duševní úraz, vzrušení atd.. Tito jedinci vyžadují především odbornou péči psychiatra nebo psychologa (Klenková, 1996).

Elektivní mutismus (výběrová ztráta řeči) – je spojen s negativistickým postojem a lze ho tedy chápat jako obranný mechanismus. Projevuje se útlumem řeči vůči určitým osobám a za určitých podmínek. Příčinou bývá nejistota v cizím prostředí. U dětí vzniká se spojením se školou – dítě odmítá mluvit s učitelkou, ale venku či doma mluví bez zábran.

Surdomutismus (oněmění a rozšíření útlumu i na oblast slyšení) – obvykle se charakterizuje jako hystericky podmíněný projev labilní osobnosti a je poměrně málo se vyskytujícím postižením. Odstranění přímo souvisí s psychiatrickou léčbou hysterie, která ho podmiňuje (Klenková, 1996).

Symptomatologie

Dominantním příznakem je ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí. Hendikepovaný mluvit chce, ale nemůže, a to v žádné situaci. Čím více snahy projevuje, tím se jeho potíže zvětšují. Ke komunikaci používá náhradní formy – psaní a gestikulaci (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Terapie

Mutismus je spíše chápán jako psychická porucha než porucha řeči, přestože zasahuje převážně schopnost verbálního vyjadřování. **Dítě do komunikace nenutíme.** K úspěchu vede především skupinová terapie, protože dítě se při hře v malé skupince dětí často spontánně samo projeví. Prvotní je vždy lékařské ošetření. Foniatr vyloučí organický podklad a vybaví hlas, klinický psycholog odstraní příčinu a klinický logoped naváže na foniatrické metody a vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov a vět. V terapeutickém týmu by měl být i psychiatr, psycholog případně i neurolog. Nesmíme zapomenout ani na rodiče a učitelku mateřské či základní školy.

Prevence

Podle Škodové, Jedličky a kol. (Klinická logopeie, 2003, 2007, s. 213) by prevence měla být součástí osvěty. *“Důležité je seznámit s možnými komplikacemi zejména rodinu. Ambiciózní rodiče nebo prarodiče mnohdy rádi předvádějí, jak již dítě dovede mluvit, a to téměř vždy proti jeho vůli. I v našich ordinacích je – bohužel – nejčastějším pokynem nově přichozího rodiče dítěti “Řekni...!” a řada pro dítě lukrativních odměn slibovaných za jeho verbální projev.”*

2.5 Poruchy zvuku řeči

2.5.1 Huhňavost (rinolálie)

Postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. Zvuk hlasu je u člověka během jeho řeči podmíněn individuální mírou jeho nosní (nazální) rezonance. Dojde-li k poškození tohoto mechanismu, naruší se rovnováha ústní a nosní rezonance (Klenková, 2006).

Etiologie

Škodová, Jedlička a kol. (2003, 2007) uvádí, že nejčastější příčinou huhňavosti bývají **vývojové vady**. Jedná se především o:

- rozštěpy patra – nespojení příslušných anatomických struktur při vývoji obličeje
- vrozeně zkrácené patro – měkké patro není dostatečně dlouhé
- změny anatomických poměrů v hltanové brance (enormní hypertrofie krčních mandlí)

Klenková (2006) zmiňuje i další etiologii. Za prvé se jedná o hyponazalitu. **Hyponazalita** je patologicky snížená nosovost. Může mít příčinu organickou, kdy je zablokován výdechový proud vzduchu překážkou (vybočení nosní přepážky, rýma, zvětšená nosní mandle, nádor nosohltanu). Zatímco **hypernazalita** je patologicky zvýšená nosovost. Příčinou vzniku jsou vrozené vývojové vady (rozštěpy atd.), ale příčiny mohou být i získané (organické onemocnění, úraz), v jejichž důsledku vznikne obrna měkkého patra. Nejrozšířenější příčinou vzniku huhňavosti u dětí je **zbytnělá nosní mandle**, kdy opakovanými záněty dochází k jejímu zbytnění.

Symptomatologie

Projevuje se změnou rezonance zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci. V těžších případech může být zvuková stránka narušena až tak, že řeč se pro nás stává nesrozumitelnou.

Terapie

Péče o osoby s huhňavostí vyžaduje širokou spolupráci lékařských oborů. Na péči se podílí pediatr, foniatr, logoped.

U hyponazality se po odstranění příčiny provádí nácvik dýchání nosem v klidu, ale i při pohybu. Dále správný nácvik artikulace nosovek a jejich užití ve slabikách, slovech, větách.

U hypernazality se cvičení zaměřuje na zlepšení směru výdechového proudu vzduchu a jeho usměrňování (Klenková, 2006).

Prevence

K logopedické prevenci patří nácvik dýchání nosem a trvalé užívání tohoto dechového stereotypu.

Výskyt v populaci

V literatuře se uvádí 18% výskytu této poruchy zvuku řeči u dětí mladšího školního věku. K jejímu napravení dochází po chirurgickém odstranění nosní madle. (Naše řeč, 1995).

2.5.2 Palatolálie

Palatolálie je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra. Jde o vrozený orgánový defekt, jehož důsledkem je nedostatečný patrohltanový závěr, který má vliv na vývoj řeči. Řeč se vyvíjí na vývojově vadném základě a proto je palatolálie vývojová vada a jde o jednu z nejtěžších a zároveň nejnapadnějších poruch komunikačních schopností (Klenková, 1998).

Etiologie

Jedná se o vrozené orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní, nebo orgány patrohltanového závěru. Rozštěpy vznikají přibližně v 8. – 12. týdnu vývoje embria. Na vzniku se podílí vnější a vnitřní faktory, ale hlavní roli má dědičnost. Rozštěpy se rozdělují podle místa vzniku na typické a atypické. **Typické rozštěpy** rozdělujeme do dvou skupin. **První skupina** je kombinace rozštěpu rtu s ostatními částmi (rozštěp rtu a čelisti, celkový rozštěp) a do **druhé skupiny** řadíme rozštěpy týkající se pouze patra (rozštěp patra, podslizniční rozštěp patra, vrozené zkrácení patra). Mezi atypické rozštěpy řadíme některé vzácné vrozené vývojové vady, jako je laterální rozštěp úst, dolního rtu či šikmý rozštěp obličeje.

Symptomatologie

V problematice palatolálií je uváděno mnoho přístupů, tedy i mnoho symptomů. To svědčí o její rozmanitosti a složitosti (Škodová, Jedlička, 2003, 2007).

Maruša (in Klenková, 1998) uvádí čtyři hlavní rysy palatolálie:

- otevřená huhňavost
- nesprávná artikulace
- porucha mimiky
- poruchy sluchu

Seeman k symptomům palatolálie přidal opožděný vývoj řeči. Nejtypičtější je ovšem porucha rezonance, artikulace a srozumitelnosti.

Terapie

Terapie **músi být vždy týmová a komplexní**. Musí být zajištěna spolupráce lékařských oborů (neonatolog, pediatr, plastický chirurg, foniatr, stomatolog-ortodontista atd.) i nelékařských oborů (klinický logoped, klinický psycholog, pedagog, případně i speciální pedagog). Proces léčby je dlouhodobý a probíhá od narození až do dospělosti (Škodová, Jedlička, 2003, 2007).

Prevence

Důležité je zdravé životní prostředí, předcházení psychosociálním problémům a vyšetření genetiky. Významný podíl na prevenci má i včasný a především úspěšný chirurgický zákrok (Klenková, 1998).

Výskyt v populaci

Kerekrétiová (2008) uvádí, že se za posledních 30 let výskyt vrozených vývojových malformací ztrojnásobil a představuje 5% až 6% výskytu v celkové populaci.

2.6 Poruchy plynulosti řeči

2.6.1 Kóktavost (balbuties)

Lechta a Laciková (Terapie narušené komunikační schopnosti, 2005, s. 239) vymezuje definici kóktavosti takto: *“Kóktavost považujeme za syndrom kóplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje*

charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami, narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působícími rušivě s ohledem na komunikační záměr. Je to multifaktoriální syndrom se složitou syptomatikou, která je obvykle následkem řady parciálních, vzájemně se prolínajících a recipročně i souhrnně reagujících příčin.”

Etiologie

Dlouhodobě byla otázkou sporů a dodnes není prokázána. Existuje hned několik teorií. První teorie se nazývá **psychologická**. Ta považuje koktavost za reakci na určitou situaci, v podstatě za formu nebo poruchu chování (může jít o strach z mluvení, nepříjemné zážitky atd.). **Dynamická teorie** koktavost vysvětluje jako stav koordinační rozlady, který se projeví křečí mluvidel. **Somatická teorie** říká, že koktavost doprovází v některých případech somatická onemocnění (endokrinní poruchy, metabolické atd.). Seemanova teorie je přesvědčena o organické příčině koktavosti (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Klenková (2006) uvádí tyto nejčastější příčiny:

- dědičnost
- negativní vlivy sociálního prostředí
- psychotraumata
- napodobování
- orgánové příčiny
- poruchy metabolismu, řečová slabost, vegetativní labilita
- narušená sluchová zpětná vazba

Symptomatologie

Podle Klenkové (2006) je nejnápadnějším projevem koktavosti nedobrovolné přerušování toku řeči. Koktavost se ovšem neprojevuje pouze jediným příznakem, ale souborem příznaků (syndromem). **Komplexní syndrom lze pozorovat ve všech čtyřech jazykových rovinách:**

- foneticko – fonologické (problémy s artikulací)
- lexikálně – sémantické (parafráze)

- morfologicko – syntaktické (usilujeme o co nejkratší věty)
- pragmatické (snažíme se vyhnout verbální komunikaci)

Příznaky řeči se projevují ve třech rovinách. První rovina se týká **dýchání**, které je nepravidelné, povrchní, přerývané a objevují se i dýchací křeče. Kvůli křečím na hlasivkových vazech má **fonace** tvrdý hlasový začátek a někdy se hlas vůbec není schopen vytvořit. V **artikulaci** se neprojevuje vadná výslovnost, ale její průběh je narušen křečemi na začátku slov a vět.

Koktavost zasahuje celou osobnost. Nejvíce bývá zasaženo sebevědomí a mezilidské chování. Postupně se může objevit strach z mluvení a to v situacích pro nemocného důležitých nebo emočně významných, kdy mu záleží na dokonalém řečovém projevu. Mluvíme o **logofobii**, která se u všech pacientů neprojevuje (Klenková, 2006).

Terapie

Dříve byla terapie doménou medicíny, ale dnes se kromě lékařských oborů terapií zabývají i obory nelékařské. K terapii se užívá **psychoterapie** – postupy jsou založené na tom, že se předpokládá psychogenní příčina koktavosti. Chceme-li dosáhnout toho, aby pacientovi nevadily příznaky na řeči a jejich vnější podoba byla co nejpříjemnější nebo zcela odstraněna. Nadále využíváme pomocnou **medikamentózní terapii**, kde se využívají anxiolytické léky (zmírňují úzkost). Podle dlouholetých klinických výzkumů samotné používání léků nepřináší výraznější efekt. **Řečový trénink** má za úkol pomocí řečových cvičení navodit plynulou řeč a správný dechový stereotyp při mluvení. Ovšem kombinace všech uvedených metod je u nás dnes nejčastěji používanou terapií (Klenková, 2006).

Prevence

Z hlediska prevence je důležité se zaměřit na terapii v raném věku. Pro tuto prevenci lze velmi dobře využít program Irwingové, která říká, že pro odstranění tlaku na řeč je důležitých **šest podmínek**:

- vytvořit pocit ochrany
- klást dítěti méně otázek
- nenutit ho k hovoru

- při hovoru dítě nepřerušovat
- věnovat mu přiměřenou pozornost
- zabezpečit přenos

Při realizaci těchto podmínek je zároveň potřeba dodržet několik zásad. Nesmíme mít nepřiměřené očekávání. Zároveň je vhodné odstranit situace, kterých se dítě evidentně bojí. Měli bychom se vyhýbat extrémnímu rozrušení, koktavost u dítěte netrestat a důležité rozhovory vést zásadně v jeho nepřítomnosti (Škodová, Jedlička, a kol., 2003, 2007).

Výskyt v populaci

Naše významná odbornice na problematiku koktavosti u dětí uvedla, že výskyt koktavosti k roku 1994 je cca 1,5 – 4 % a v dospělosti trpí koktavostí až 1 % populace (Benšíková, 2007). Podle výzkumů a praxe je dokázáno, že téměř ve všech případech vzniku koktavosti má 70 – 80 % kořeny v předškolním věku dítěte (Lechta, 2005).

2.6.2 Breptavost (tumultus sermonis)

Škodová, Jedlička a kol. (Klinická logopedie, 2003, 2007, s. 292) uvádí tuto definici: *“Breptavost je narušená komunikační schopnost, o níž existují protichůdné názory, jak z hlediska definování, tak z hlediska názoru na výskyt a metody odstraňování. V každém případě jde o poruchu, které se v odborné literatuře obvykle nevěnuje taková pozornost, jako ostatním typům narušené komunikační schopnosti.”*

O proti tomu Klenková uvádí definici Zbigniewa Tarkowského (Logopedie, 2006, s. 170): *“Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.”*

Etiologie

Škodová, Jedlička a kol. (2003, 2007) uvádí, že klinický obraz breptavosti je do jisté míry podobný symptomům lehké mozkové dysfunkce (poruchy koncentrace, drobné poruchy percepce apod.).

Symptomatologie

Hlavním příznakem breptavosti je nadměrně zrychlené tempo řeči, nesprávné věty, chudá skladba, desorganizace myšlení, opakování hlásek, slabik, slov a vět, chybná artikulace, prodlužování hlásek a monotóní řeč (Klenková, 2006).

Terapie

Nejdůležitějším úkolem logopeda je obnovit či vytvořit akustickou a motorickou zpětnou vazbu, aby se dotyčná osoba sama slyšela (dobré je řeč dítěte nahrát na kameru, magnetofon). Důležité také je, aby si postižený uvědomil svůj stav a dokázal korigovat svůj řečový projev, správně dýchat a artikulovat (Klenková, 2006).

Prevence

Prevenčí je především správný řečový vzor (rodiče), správná výslovnost (zejména samohlásek) a vhodné sociální prostředí.

2.7 Poruchy artikulace – článkování řeči

2.7.1 Dyslálie (patlavost)

Lechta a kol. (Terapie narušené komunikační schopnosti, 2005, s. 168) definuje dyslálii jako: *“Neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.”*

Klenková (Kapitoly z logopedie II, III, 1998, s. 9) píše: *“Můžeme říci, že dyslálie je nejrozšířenější, nejčastěji se vyskytující porucha komunikační schopnosti.”*

Etiologie

Mezi nejčastější příčiny patří vlivy dědičnosti, poruchy sluchu, zraku a CNS, vliv prostředí (nesprávný řečový vzor), riziková těhotenství (Salomonová in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Klenková (1996) uvádí i další příčiny: nedostatek citů (děti začínají mluvit později), nedostatečná schopnost rozlišovat jednotlivé hlásky, motorická neobratnost, anomálie řečových orgánů (rozštěpy a defekty chrupu).

Symptomatologie

Při hláskové dyslálii dítě hlásku:

- vynechá
- nahradí hláskou jinou
- vytvoří chybně

Podle Klenkové (1996) rozlišujeme dyslálii:

- hláskovou – postihuje jednotlivé hlásky
- slabikovou – postihuje slabiky nebo skupinu hlásek
- slovní – postihuje celá slova

Terapie

Při terapii je důležitý především individuální přístup logopeda, který musí dbát na specifika, která jsou spojena s daným obdobím řeči. **Rodiče pak musí respektovat jisté zásady nácviku doma:**

- cvičit s dítětem víckrát denně v krátkých intervalech trvajících maximálně 5 minut
- při nácviku hlásky používat hlásku pomocnou (např. hláska C se vyvozuje z hlásky T)
- nesnažit se novou hlásku vyslovovat přehnaně nahlas, mnohem lepší je cvičit tiše, bez velkého úsilí (<http://www.logopedonline.cz/vady-rci/dyslalie.html>).

Prevence

Dobrý řečový vzor, vyrovnaný citový život, dostatečně motivační prostředí a mnoho dalších věcí, díky kterým se formuje nejen osobnost dítěte, ale také jeho komunikační schopnosti a dovednosti (Salomonová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Výskyt v populaci

Salomonová (in Škodová, Jedlička a kol., Klinická logopedie, 2003, 2007, s. 332) píše že: “V roce 1951 – 1952 uvádí Seeman u dětí obecné školy 24,4 % dyslálií.

V roce 1973 uvádí Sovák na základě šetření Olchavové u dětí 1. stupně základní školy 42,8 % dyslálií. V roce 1989 Janatová a kol. (1991) uvádí u dětí pražských škol 38 % dyslálií a v roce 1999 uvádí Půstová u dětí 1. tříd 36 % dyslálií.”

2.7.2 Dysartrie

Cséfalvay (in Lechta a kol., Diagnostika narušené komunikační schopnosti, 2003, s. 237) uvádí že: “*Dysartrie je narušení artikulace jako celku vznikající při organickém poškození centrálního nervového systému. Kromě globální poruchy hláskování jsou v různé míře přítomny i poruchy respirace, fonace, rezonance a prozódie.*”

Etiologie

- **Prenatální příčiny** – řadíme sem vrozené defekty motorických struktur CNS, nedonošenost různého stupně, infekční onemocnění matky atd..
- **Perinatální příčiny** – při těžkých porodech může dojít k postižení motorické oblasti drobnými či většími krváceními.
- **Postnatální** – v prvních měsících života může dojít k zánětu mozkových blan mozku. V pozdějším věku jsou příčinou dysartrie např: cévní onemocnění mozku, traumata hlavy, nádory, metastáze a jiná neurologická onemocnění CNS (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

Symptomatologie

Dysartrii nesmíme zaměňovat s dyslálií. Dysartrie se používá u vývojových poškození (u dětské mozkové obrny) a nebo u získaných poruch (např. u degenerativních onemocnění CNS) v dětském věku, ale i v období dospělosti. Plná neschopnost artikulovat se nazývá **anartrie**.

Symptomy dysartrie jsou následující:

- **porucha artikulace** – řeč může být namáhavá, nekoordinovaná
- **porucha respirace** – dýchání je přerývané, povrchní, nekoordinované s tvorbou hlasu
- **porucha fonace** (tvorby hlasu) – hlas může být zcela nepřítomen, drsný, přiškrčený, nepřírozeně tichý, hlasitý, kolísavý

- **nosní rezonance** – vzduch při řeči uniká nosem a řeč tak nabývá nosový, huhňavý charakter
- **prozódie** – narušeno může být řečové tempo, rytmus, frázování a přízvuk (Lechta, 2003)

Terapie

Dysartrie jako komplexní porucha vyžaduje komplexní terapii. Terapie není nikdy zaměřena pouze na samotnou poruchu artikulace, ale provádí ji vždy klinický logoped ve spolupráci s foniatrem (při současné přítomnosti poruchy hlasu). Prognóza onemocnění je závislá na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější je včasná logopedická intervence nebo charakter základního onemocnění (<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost—co-je-to—dysartrie>).

Prevence

Primární je preventivní medicínská činnost, která má snížit riziko vzniku onemocnění, jež poškozuje nervový systém a na základě výzkumných šetření vysledovat přímou souvislost mezi rizikovými faktory (rozdílný Rh faktor matky a plodu, diabetes atd.) a vznikem mozkové příhody.

Výsky v populaci

Nejčastější příčinou vzniku je dětská mozková obrna. U těchto dětí je výskyt dysartrie uváděn v rozmezí 60 - 70 % (Lechta, 2005).

2.8 Narušení grafické stránky řeči

“Specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie) nelze chápat jenom jako izolované poruchy, je třeba si uvědomit, že zasažená 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” (Žlab in Škodová, Jedlička a kol., Klinická logopedie, 2003, 2007, s. 361).

Většina dětí v předškolním věku je schopna hovořit graficky správně, protože mají **jazykový cit**. U dyslektiků je tento cit na nižší úrovni (opožděn zhruba o 2 roky). Jazykový cit ale neznamena pouze hovořit graficky správně, ale souvisí i s rychlostí čtení a celkovým prospěchem v českém jazyce.

Zelinková (1994) má **zásady pro rozvíjení řeči dyslektiků a dysgrafiků**:

- správný mluvní vzor
- důraz na klidnou a plynulou řeč
- cvičit jemnou motoriku a motoriku mluvidel
- cvičit sluchové vnímání
- hry motivující ke správné výslovnosti (moderátor, novinář atd.)
- dechová cvičení (jak správně dýchat a hospodařit s dechem)
- rozvíjet obsahovou stránku řeči pomocí vyhledávání protikladů atd.
- zpřesňování významů slov (tvoření slov skládáním, vyhledávání slov příbuzných atd.)
- umět naslouchat dospělým, ale i spolužákům

Je třeba vytvořit postupy, s jejichž pomocí mohou dyslektici dosáhnout úspěchu jak ve škole, tak i v dalším osobním životě (Škodová, 2003, 2007).

2.9 Symptomatické poruchy řeči

Tato problematika je velmi široká a jistě by stačila na napsání samotné diplomové práce. Pokusím se vystihnout to nejdůležitější.

Klenková (2006) definuje symptomatické poruchy řeči jako narušení komunikační schopnosti doprovázející jiné dominantní postižení, nemoc nebo poruchu. Dominantní postižení může být sluchové, zrakové, mentální, tělesné, poruchy chování, epilepsie, duševní nemoci atd. (Klenková, 1996).

Etiologie

Příčiny jsou různé. Na vzniku se podílejí jak prenatální, perinatální či postnatální poškození CNS, různé negativní vlivy působící během života (nádorová onemocnění, infekce, úrazy atd.).

Podle Lechty 2000 (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007) jsou **tři základní možnosti vzniku**:

1. Primární příčina – může způsobit dominující postižení (např. slepota), které je kromě jiných postižení provázené narušenou komunikační schopností (symptomatickou poruchou řeči).
2. Jediná primární příčina zaviní dominující postižení (např. orgánové poškození mozku má za následek mentální retardaci) a současně i druhotné postižení. Jejich vliv se tak násobí na obrazu narušené komunikační schopnosti.
3. Existují dvě a více primárních příčin, které způsobí dominující i druhotné postižení.

2.9.1 Poruchy komunikace při mentální retardaci

Mentální retardace je závažné postižení rozumových schopností, které postiženého omezuje v sociálním prostředí.

Příčiny vzniku mohou být různé, ale nejčastější příčinou bývá poškození CNS, genetická vada a metabolická porucha.

Příznaky jsou závislé na příčinách onemocnění, jsou individuální a velmi variabilní. U těchto lidí je celkově větší výskyt i psychických poruch (úzkost, deprese, poruchy spánku apod.).

Terapie závisí na typu a formě mentální retardace a na stupni snížení intelektu. Logopedická péče spočívá v nácvičce elementárních neverbálních a alternativních komunikačních technik. **Komplexní péči** zpravidla zajistí ústavy sociální péče, vlastní rodina atd..

V posledních letech lze **děti s mentální retardací integrovat do běžné školy**. Dítěti je přidělen **osobní asistent**, který je s ním po celou dobu vyučování, ale i o přestávkách. Asistent dítěti pomáhá ve všech činnostech, které není samo schopno vykonávat (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

2.9.2 Poruchy komunikace při smyslových vadách

Vrozená vada, která vždy závažně omezuje vývoj osobnosti. Během života, zejména v důsledku úrazů nebo infekčních onemocnění, můžeme přijít o sluch či zrak a velmi výrazně se změní celý náš osobní i pracovní život (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Poruchy komunikace při vadách a poruchách sluchu

Při vrozených vadách sluchu je vždy přítomen opožděný vývoj řeči. Při získaných vadách sluchu, zejména v důsledku úrazu nebo infekčního onemocnění, by péče měla být zaměřena na udržení komunikačních schopností a měla by zabránit úniku neslyšícího do sociální izolace. Je třeba zapojit rodinu a nejbližší okolí postiženého.

Poruchy komunikace při vadách a poruchách zraku

U zrakově postiženého dítěte je schopnost zrakového kontaktu s prostředím omezena buď **pro sníženou zrakovou ostrost**, nebo **pro omezení zorného pole**. Schopnost využívat zrak efektivně závisí na řadě dalších vlivů, zejména na složité souhře smyslů, vrozených intelektových dispozic a příležitostí k učení (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Řeč má pro zrakově postiženého velký význam, protože je spojena s rozvojem kognitivních procesů (myšlení), má význam jako komunikační prostředek a kompenzuje omezené zrakové vnímání (Přinosilová, 2007).

2.9.3 Poruchy komunikace při tělesných postiženích

Příčina vzniku dětské mozkové obrny není dosud jednoznačně objasněna. Vždy se ale jedná o prenatální poškození mozku v raných stádiích vývoje, perinatální poškození při těžkém porodu dítěte. Příčin poškození je ovšem tolik, že nemá smysl je zde vyjmenovávat (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

Nejkomplikovanějším a nejobtížnějším narušením komunikačních schopností u DMO je **dysartrie**. Nejrůznějším způsobem se může projevovat nadále **dysprozódie** (narušení tempa, melodie, rytmu). Ovšem objevují se i další poruchy komunikačních schopností: huhňavost, koktavost, opožděný vývoj řeči atd.. Tělesně postižený má i nápadné poruchy motoriky.

Při spastických formách DMO je velmi časté křečovité a plytké dýchání, které má bezprostřední souvislost s řečí. Výdechový proud nestačí na vytvoření zvukové řeči a dalších mluvních celků.

Poměrně často se u dětí s DMO objevují i **poruchy zraku** (až 50 %) , **poruchy sluchu** (20 %) a **epilepsie** (až u 50 %) (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2007).

2.10 Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu

Dvořák (in Klenková, 2006) vymezuje **hlas** jako zvukový prostředek lidské komunikace. Je to zvuk, který vzniká průchodem hrtanového tónu vzniklého na hlasivkách rezonančními dutinami nad hrtanem. Oborem specializující se na hlas je **foniatrie**.

Etiologie

Klenková (2006) rozděluje příčiny na:

- **vnitřní** – vrozené asymetrie hrtanu apod.
- **vnější** – špatná hlasová technika, která byla převzata od nesprávných hlasových vzorů, opakované záněty, alergie
- **orgánové** – onemocnění hlasového ústrojí (záněty dýchacích cest, nádory, hormonální změny – kouření apod.)
- **funkční** – je narušena funkce hlasového ústrojí v důsledku namáhání hlasového orgánu a může vzniknout hyperkinetická dysfonie projevující se chrapotem
- **psychogenní** – na hlasivkách není patologický nálezní (psychogenní dysfonie a afonie)

Symptomatologie

Hlavním příznakem je chraptivý, drsný hlas a nemluvnost.

Prevence

Základní prevencí je péče o hlas a hlasová hygiena. Nadále správná životospráva, dostatek spánku, správně rozvržený režim dne, aktivní odpočinek a nesmíme zapomenout ani na stravu a dodržování pitného režimu (Klenková, 2006).

Terapie

Léčba je věcí lékařskou (ORL, foniatr) a logoped vede hlasové cvičení. Musí dbát na správné držení těla, provádí uvolňovací cviky, rozvíjí hybnost mluvidel (Klenková, 1996).

Výskyt v populaci

Kerekrétiová (in Lechta, 2003) uvádí, že údaje týkající se výskytu, se od různých autorů liší a pohybují se od několika až po 20% a více. Např. Senturia a Wilson uvádějí u dětí 6 % výskytu poruch hlasu, zatímco McWilliamsová zmiňuje 6 – 7 % výskytu u dětí a u dospělých 5 – 7 %.

3. Logopedie

3.1 Základní vymezení oboru

Logopedie patří mezi nejmladší vědní disciplíny. Eva Škodová, Ivan Jedlička a kol. (Klinická logopedie, 2007, s. 22) uvádí tuto definici: *“Logopedie je věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. Klinickou logopedii lze potom chápat jako aplikovaný obor logopedie směrem do zdravotnické, medicínské oblasti.”* Klenková (Logopedie, 2006, s. 12) uvádí citaci podle Lechty (2002, s.11): *“.....definujeme logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie v moderním chápání je vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.”*

Logopedická péče je poskytována resortem školství, zdravotnictví a sociálních věcí a to všem bez rozdílu věku. Logopedickou péči poskytují logopedové dětem, dospělým, ale i starým lidem (<http://milan.cernoch.net/download/otazka013.pdf>).

3.2 Diagnostika komunikačních schopností

Základním předpokladem pro diagnostiku verbálních schopností dítěte je navázání kvalitního vztahu a získání jeho důvěry. Je dobré, když vyšetření může probíhat ve známém prostředí.

V rámci diagnostiky sledujeme bohatost **aktivní slovní zásoby**, **pasivní slovní zásobu**, která dítěti umožňuje chápat instrukce a rozumět různým situacím. Zajímá nás i **plynulost, tempo a rytmus** řečové komunikace (Přinosilová, 2007).

Od dítěte, které má nastoupit do školy se očekává, že:

- ve svém mluvním projevu bude využívat všechny druhy slov
- bude umět rozlišovat intenzitu, výšku a délku tónů, zvuků a hlásek
- sluchem dokáže vnímat určitou hlásku na začátku, uprostřed, na konci slova
- správně vyslovovat všechny hlásky a skupiny hlásek
- dokáže zřetelně artikulovat
- hlasitost, intonace a tempo řeči bude přirozené
- v řeči dokáže uplatnit jednoduchá souvětí, rozvité věty
- jeho vyjadřování bude gramaticky správně
- dokáže reprodukovat obsah nějakého příběhu

Bohužel nemohu stoprocentně říci, že všechny děti při nástupu do první třídy splňují tyto podmínky. Děti mají malou slovní zásobu, řadu pojmů ani neznají, což učiteli velmi ztěžuje práci při výkladu.

Nejvíce zodpovědnými jsou v tomto případě rodiče. Po stránce komunikace se svým dětem často nevěnují. Nečtou jim pohádky, nepovídají si s nimi, nezpívají. Nejsou jim tedy dostatečným komunikačním vzorem (Přinosilová, 2007).

3.2.1 Diagnostické metody a terapie

V diagnostice komunikačních schopností se osvědčuje:

- rozhovor
- sledování komunikace dítěte s ostatními dětmi

- pozorování ho při hře a jeho komentování herní situace
- povídání si nad obrázkem
- dramatizace příběhů apod. (Přinosilová, 2007)

Lechta (2005) uvádí **tři úrovně vyšetření logopedické diagnostiky:**

- **orientační** – zodpoví nám otázku, zda daná osoba má nebo nemá poruchu komunikačních schopností
- **základní** – zjištění konkrétního druhu poruchy
- **speciální** – o jaký typ, formu, stupeň poruchy komunikačních schopností se jedná

“Cílem terapie narušené komunikační schopnosti v nejširším slova smyslu je eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost. Samozřejmě, nejžádanějším cílem terapie je zcela odstranit, eliminovat narušenou komunikační schopnost a zároveň s tím i komunikační bariéru. V nejtěžších případech však nelze tohoto ideálního cíle dosáhnout” (Lechta a kol., Terapie narušené komunikační schopnosti, 2005, s. 21).

Metody a formy logopedické terapie na základě jejich všeobecného vymezení (Lechta, 2005):

Metody terapie:

- **stimulující** nerozvinuté a opožděné řečové funkce (narušený vývoj řeči)
- **korigující** vadné řečové funkce (dyslálie)
- **reedukující** ztracené řečové funkce (afázie)

Formy terapie (Lechta, 2005):

- **individuální** (sezení podle věku a druhu narušené komunikační schopnosti)
- **skupinová** (tvoří 3 až 6 lidí)
- **intenzivní** (několikrát denně)
- **intervalová** (po odstupu určité doby se opakovaně aplikuje intenzivní terapie)

3.3 Spolupráce s obory

Podle Klenkové (2006) je logopedie u nás **součástí speciální pedagogiky** a má těsný vztah k ostatním oborům speciální pedagogiky – somatopedii, psychopedii, surdopedii, oftalmopedii, neboť u všech jedinců s různým postižením, ať mentálním, tělesným či smyslovým se projevuje ve větší nebo menší míře narušením komunikační schopností. Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu a to určuje její vztah k ostatním oborům.

Spolupracuje s **psychologií**, kde využívá psychologické poznatky o psychických zvláštěnostech osob s poruchami komunikačních schopností, dále spolupracuje s foniatří, otorinolaryngologií, neurochirurgií, neurologií, stomatologií, plastickou chirurgií, pediatrií, psychiatrií. **Lékařské obory** se zaměřují na léčbu osob s narušenou komunikační schopností, ale v logopedii jde o výchovu. Důležitý je i vztah k **jazykovědním oborům**. Poznatky z fonetiky a fonologie se aplikují při diagnostice i při odstraňování poruch komunikace (Klenková, 1996).

V popředí zájmů logopedie jsou však poznatky z oboru informatiky, genetiky, právních věd, kybernetiky atd.

Lékař a foniatr Miloš Sovák společně s němcem Beckerem (in Klenková, 2006) považují logopedii za hraniční disciplínu pedagogiky a medicíny.

3.4 Spolupráce s rodiči

Logoped je profesionální odborník, jehož hlavním úkolem je prevence, hodnocení, úprava, zvládnutí a vědecký výzkum poruch lidské komunikace (Michalová, Šotolová a kol., 2003). Zelinková (in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006) shrnula spolupráci s rodiči takto: *“Spolupráce s rodiči je mnohdy velmi svízelná. Odborník by však měl vždy zůstat nad věcí, nenechat se strhnout emocemi.”*

Rodiče se mohou obrátit na:

- **logopedickou poradnu** – při zdravotnických zařízeních (foniatrie), na oddělení neurologie a nebo na soukromé logopedické poradny
- **speciálně pedagogická centra** – při speciálních mateřských školách, nebo základních školách pro děti s vadami řeči (zde funguje každodenní ambulantní péče)

- **mateřskou školu, kde je zřízena a provozována speciální třída** – dítě je zde integrováno na základě vyšetření SPC
- **speciální mateřskou školu** – zde se zabývají výchovou a výukou dětí s narušenou komunikační schopností
- **speciální školy pro vadně mluvící a nemluvící žáky**
- **ambulanci s logopedickou péčí** – dítě do ambulance dochází a přitom se vzdělává na běžné základní škole
(<http://milan.cernoch.net/download/otazka013.pdf>).

Logoped stanoví diagnózu a začne s dítětem danou poruchu odstraňovat pomocí různých metod a cvičení. Pokud dítě s logopedem odmítá spolupracovat, je na rodičích, aby odstranili prvopočáteční bariéru. Samozřejmě tímto jejich vzájemná spolupráce nekončí.

Logoped nemá na procvičování dostatek času, a proto dává rodičům pokyny, jak správně s dítětem cvičit doma a materiály, které mohou k cvičení využít. Logoped rodičům ukáže různé pomůcky, např. zrcátko, ale především, jak mohou pomocí svých vlastních rukou správně tvarovat ústa. Jejich úkolem je pak s dítětem doma denně pilně cvičit.

Rodina je založena na komunikaci, kooperaci a koordinaci. Bez vzájemné interakce různých odborníků a rodiny by nebylo možné dosáhnout konečného cíle (Lechta, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíl výzkumného vzorku

Cílem mého výzkumu bylo zjistit do jaké míry je naplňována spolupráce učitelů a rodičů žáků s narušenou komunikační schopností s klinickým logopedem.

Celkem jsem měla tři výzkumné sondy. První byla určena učitelům, u kterých jsem zjišťovala, jak se seznámili s logopedickou problematikou, konzultují-li s někým přístup k dítěti, spolupracují-li s klinickým logopedem. U druhé sondy jsem se zaměřila na rodiče dětí s narušenou komunikační schopností, kde jsem zjišťovala jakou diagnózu dítěti logoped stanovil, jak dlouho trvá sezení, zda rodiče dostávají materiály a procvičují-li doma se svým dítětem. V neposlední řadě jsem se zaměřila i na logopedy, kde jsem zjišťovala, do jaké míry spolupracují s učiteli těchto žáků.

5. Metody šetření

Při výzkumu jsem použila dotazníkovou metodu. Dotazník pro pedagogy se skládá z 11-ti otázek. Většina otázek nabízí zakroužkování jedné nebo několika odpovědí, v jiných žádám pedagogy o napsání svých odborných znalostí a zkušeností. Některé dotazníky byly předány osobně pedagogům, jiné jsem osobně předala ředitelům základních škol, kde jsem jim v ředitelně vysvětlila, k čemu dotazníky potřebuji a čeho se týkají.

Pro rodiče je dotazník sestaven z 8 otázek z nichž 6 otázek nabízí zakroužkování jedné odpovědi a ve dvou otázkách je prosím o vypsání. Některé dotazníky jsem předala osobně, ale většina dotazníků byla poslána po žákovi s narušenou komunikační schopností. Kvůli nízké návratnosti jsem požádala pedagoga, zda by dotazník rodičům předal osobně na třídní schůzce. Všichni učitelé mi vyšli vstříc, dotazníky na třídní schůzce předali a rodiče je vyplněné poslali po svém dítěti zpátky k pedagogovi. Vyplněné dotazníky jsem si vyzvedla za týden.

Dotazník pro logopedy obsahuje 5 otázek. Většina otázek nabízí zakroužkování jedné nebo několika odpovědí, v jiných prosím respondenty o vypsání.

Dotazníkové šetření mi přineslo informace o spolupráci učitelů a rodičů žáků s narušenou komunikační schopností s logopedem.

6. Charakteristika šetřeného vzorku

Výzkum jsem prováděla v prvních třídách základních škol v Třebíči a okolí. Na většině školách jsem měla známého pedagoga, ostatní školy byly vybrány zcela náhodně. Osobně jsem předala 30 dotazníku, z nichž se mi vrátilo 21 vyplněných. Moje hodnocení u učitelů v prvních třídách vychází ze vzorku 21 dotazníků vyučujících, do jejichž třídy dochází žák či žáci s narušenou komunikační schopností.

Šetření jsem prováděla na těchto základních školách:

Tabulka 2: Základní školy, na kterých jsem prováděla výzkum

ADRESA ŠKOLY	POČET VYPLNĚNÝCH DOTAZNÍKŮ
Základní škola Bartušková	4
Základní škola Benešova	4
Základní škola Kapitána Jaroše	2
Základní škola Na Kopcích	4
Základní škola Okříšky	1
Základní škola Horka-Domky	4
Základní škola Vladislav	1
CELKEM	21

Spolupracovat s rodiči bylo už obtížnější. Většina dotazníků, které jsem po žákovi rodičům poslala, se mi bohužel nevrátila. Když jsem ovšem poprosila vyučujícího, který rodiče znal osobně a dotazníky jim předal, byli už shovívavější. Ze 42 předaných dotazníků se mi vrátilo pouze 22.

Logopedové spolupracovali velmi ochotně a vyplněný dotazník mi ještě ten samý den vrátili. Z pěti rozdaných dotazníků se mi pět také vrátilo.

Protože dotazníky byly anonymní, nemohu uvést jméno a příjmení rodičů ani klinických logopedů.

7. Stanovené hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že logoped informuje telefonicky nebo písemně pedagoga o narušené komunikační schopnosti žáka.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že klinický logoped informuje učitele o přístupu k žákovi.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že rodiče se účastní logopedické terapie.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že logoped předává učiteli individuálně upravené úkoly směřující k upevnění správných řečových stereotypů.

8. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

8.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření u pedagogů v 1. třídách základních škol

Pro zjištění informovanosti pedagogů o logopedické problematice, s kým konzultují přístup k dítěti, jejich podíl na nápravě poruch komunikace a spolupráci s klinickým logopedem jsem použila dotazníkové šetření. Ze 30-ti předaných dotazníků do všech sedmi základních škol byla návratnost 21 dotazníků. Dotazník vyplnili pouze pedagogové, do jejichž tříd žáci s narušenou komunikační schopností dochází.

Dotazník obsahuje 11 otázek, které nabízí možnosti výběru jedné nebo více odpovědí. Dále jsou zde 4 podotázky, které nabízejí otevřenou odpověď. Zde mě především zajímala vlastní zkušenost pedagogů.

Otázka č. 1: Absolvoval(a) jste někdy nějaký kurs školení v logopedii?

Tabulka 3: Počet pedagogů, kteří absolvovali kurs školení v logopedii

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	11	52
ne	10	48
CELKEM	21	100

Jak můžeme v tabulce vidět celkem 11 pedagogů absolvovalo kurz školení v logopedii. Je tedy zřejmé, že s danou problematikou se setkávají na své škole či přímo ve své třídě častěji, než zbytek dotazovaných.

Při vrácení dotazníků mi většina učitelů, co označili odpověď “ne” řekla, že s poruchami komunikace se seznámili již na vysoké škole.

Otázka č. 2: S logopedickou problematikou jsem se seznámil(a):

Tabulka 4: Přehled získávání informací o logopedické problematice u pedagogů

ODPOVĚĎ	POČET	%
z knih	14	39
z časopisů	6	17
z internetu	5	14
jinak	11	30
CELKEM	36	100

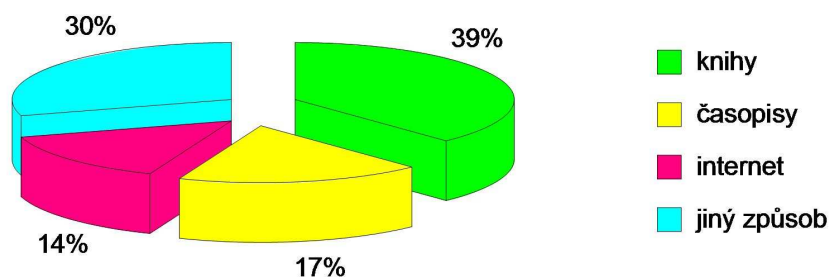
V této tabulce zjišťuji, z kterých zdrojů pedagogové shání informace o problematice poruch komunikačních schopností. Někteří učitelé volili i více odpovědí. Nejvíce pedagogů čerpá především z odborné literatury, ale není to jejich jediný zdroj informací. Pouze 3 učitelé čerpají jen z knih, 2 učitelé čerpají pomocí knih a odborných časopisů. Dalších 5 učitelů k odborným knížkám přidává internet. Pouze dva pedagogové informace vyhledávají v knížkách, v odborných časopisech a internetu. Jeden učitel své zdroje vyhledává v knížkách, v časopisech, nebo volí jiný způsob získávání informací a další učitel své informace získává z knížek, internetu, nebo volí jiný způsob.

Pouze 4 pedagogové uvedli, že získávají informace jinak, než z nabízených možností, 2 označili, že jediným zdrojem je pro ně internet a jeden čerpá pouze z časopisů.

Z tabulky vidíme, že pedagogové se s logopedickou problematikou nejčastěji seznamují za pomoci odborné literatury a nebo volí jiný způsob, než jsem jim nabídla.

Pro větší přehled jsem využila graf.

Graf 1: K seznámení s logopedickou problematikou pedagogové využívají



Otázka č. 3: Kdo Vás seznámil s tím, že dítě dochází na logopedii?

Tabulka 5: Seznámení pedagogů o docházce dítěte k logopedovi

ODPOVĚĎ	POČET	%
rodiče	19	82
žák	2	9
logoped	0	0
nikdo	2	9
CELKEM	23	100

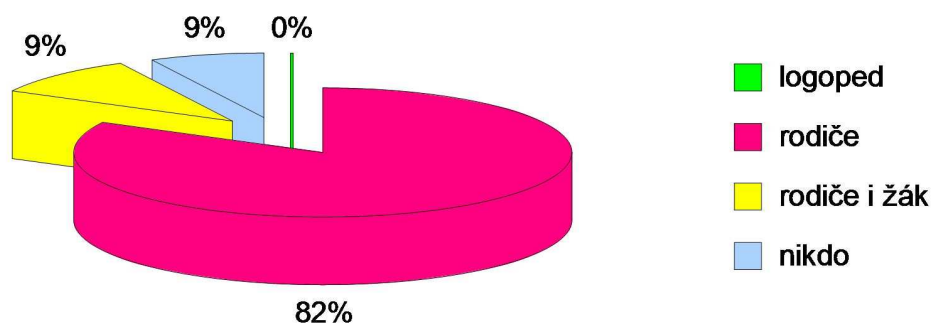
Zde zjišťuji, kdo nejčastěji učitele seznamuje s tím, že dítě dochází na logopedii. Jak z tabulky vyplývá, logopeda neoznačil ani jeden z dotazovaných pedagogů.

Dva učitelé označili odpověď, že je nikdo neseznámil s tím, že dítě dochází k logopedovi. V následujících otázkách nezávisle na sobě označili stejné odpovědi:

- Oba pedagogové s nikým nekonzultují přístup k dítěti s vadou řeči.
- Nevědí, ke kterému klinickému logopedovi dochází.

Celkem 17 pedagogů bylo seznámeno o docházce dítěte na logopedii přímo od rodičů, 2 učitele informoval rodič i žák.

Graf 2: Seznámení pedagogů o docházce žáka na logopedii v %



Otázka č. 4: Konzultujete s někým přístup k dítěti s vadou řeči?

Tabulka 6: Konzultace pedagoga o přístupu k dítěti s narušenou komunikační schopností

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	14	67
ne	7	33
CELKEM	21	100

Všech 21 respondentů na tuto otázku odpovědělo. Odpověď “ano” byla označena 14x a odpověď “ne” 7x. Na následující otázku tedy odpovídali pouze pedagogové, kteří uvedli odpověď “ano”.

Otázka č. 5: Konzultuji s a konzultace probíhá:

Tabulka 7: Pedagog konzultuje přístup k dítěti s vadou řeči nejčastěji

ODPOVĚĎ	POČET	%
s logopedem	5	36
s rodiči	7	50
se spec. pedagogem školy	2	14
CELKEM	14	100

V této otázce zjišťuji nejčastější způsob konzultace pedagogů ohledně přístupu k dítěti s poruchou komunikační schopností. Z tabulky je zcela jasné, že polovina učitelů konzultuje především s rodiči dítěte. Jen pět z nich se obrací přímo na klinického logopeda a dva na speciálního pedagoga školy.

Tabulka 8: Průběh konzultace

ODPOVĚĎ	POČET	%
telefonicky	6	35
osobní návštěvou	9	53
písemně (fax, email, atd.)	2	12
CELKEM	17	100

Tato tabulka ukazuje, jak konzultace probíhá. 12 učitelů označilo pouze jednu možnost odpovědi. Dva pedagogové uvedli více možností, jak jejich konzultace probíhá.

Nejčastěji pedagog svůj přístup konzultuje s rodiči osobní návštěvou, nebo telefonicky. S logopedem pedagog konzultuje telefonicky, nebo písemně přes email. Osobně s logopedem konzultuje pouze jeden z dotazovaných pedagogů.

Otázka č. 6: Víte, k jakému logopedovi dítě dochází?

Tabulka 9: Přehled pedagogů o docházce dítěte k logopedovi

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	14	67
ne	7	33
CELKEM	21	100

Celkem 14 učitelů ví, ke kterému logopedovi dítě dochází. U této otázky jsem byla mile překvapena, protože sama si myslím, že je velmi důležité vědět jméno logopeda, který spolupracuje s žákem. Pokud se objeví nějaký problém, který učitel nebude schopen vyřešit, může hned zavolat příslušnému klinickému logopedovi a poprosit ho o radu. Zároveň s ním může probrat možnost přístupu k dítěti, jeho zlepšení či zhoršení. Samozřejmě to má i další výhody. Logoped učiteli dá odborné rady, může mu předávat terapeutické materiály apod..

Otázka č. 7: Předává Vám logoped nějaké terapeutické materiály, které máte s dítětem procvičovat?

Tabulka 10: Předávání terapeutických materiálů klinickým logopedem kantorovi

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	1	5
ne	20	95
CELKEM	21	100

Bohužel jak můžeme z tabulky vidět, pouze jednomu učiteli předává logoped terapeutické materiály. Ze zbývajících 20-ti pedagogů si můžu jen domyslet, proč jim logoped terapeutické materiály nepředává. Může to mít hned několik důvodů.

1. Kantor neví, ke kterému logopedovi dítě dochází.
2. Učitel sice ví, kterého logopeda dítě navštěvuje, ale nemá zájem spolupracovat.

3. Kantor spolupracovat chce, ale logoped o jejich spolupráci nemá zájem.
4. Logoped s učitelem spolupracuje, ale terapeutické materiály mu nepředává.

Otázka č. 8: Podílíte se na automatizaci řeči dítěte během školního roku?

Tabulka 11: Podíl pedagoga na automatizaci řeči dítěte během školního roku

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	10	48
ne	10	48
nevyjádřil se	1	4
CELKEM	21	100

Jeden pedagog mi na tuto otázku neodpověděl. Bohužel nevím proč. Je možné, že otázku přeskočil a zapomněl se k ní vrátit, nebo na ni neznal odpověď.

Celkem se mi k této otázce vyjádřilo 20 kantorů. 10x zazněla odpověď “ano” a 10x odpověď “ne”.

Zde jsem byla nemile překvapena, protože jsem se domnívala, že každý učitel by se měl podílet na automatizaci řeči u dítěte během školního roku. Je zcela zřejmé, že to jak se dítě vyjadřuje je i vizitkou pedagoga. Učitel u dítěte řeší spíše stránku obsahovou. Po formální stránce by dítě mělo být připraveno od rodičů.

Učitelé, kteří odpověděli “ano” byli požádáni, aby napsali, jak se na automatizaci u žáků podílí. Jejich odpovědi nabízím v tabulce č. 12.

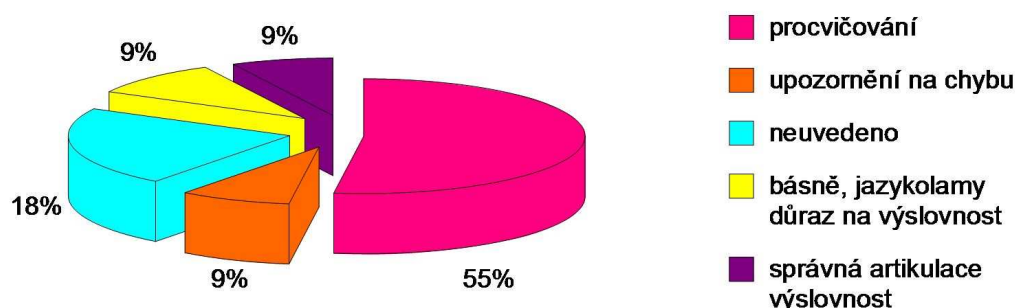
Tabulka 12: Automatizace řeči z pohledu pedagoga probíhá pomocí

ODPOVĚĎ	POČET	%
procvičování	4	40
upozornění na chybu, procvičování	1	10
neuveдено	2	20
básně, jazykolamy, důraz na výslovnost	1	10
dohlíží na správnou artikulaci a výslovnost, procvičování	2	20
CELKEM	10	100

Nejčastěji mi učitelé odpovídali, že se na automatizaci řeči podílí pomocí procvičování, což je pro mě spíše všeobecná informace. Takto odpověděli 4 pedagogové, u několika zbývajících ale tato odpověď též zazněla.

Jeden kantor preferuje procvičování a upozornění na chybu, další důraz na výslovnost a procvičování pomocí básní a jazykolamů. Dva kantoři dohlíží na správnou výslovnost, artikulaci a s dítětem též procvičují. Dva učitelé se k této otázce nevyjádřili.

Graf 3: Upevňování řeči u dětí s narušenou komunikační schopností z pohledu pedagoga v %



Otázka č. 9: Máte na Vaší škole logopedický kroužek?

Tabulka 13: Počet logopedických kroužků na školách

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	0	0
ne	21	100
CELKEM	21	100

Ani jeden pedagog neodpověděl “ano”. U několika z nich jsem měla napsáno, že na škole mají speciálního pedagoga, který s těmito dětmi pracuje. Samozřejmě to není jediná náplň jeho práce. Dovoluji si napsat alespoň částečně náplň práce speciálního pedagoga na školách:

1. Má za úkol vyhledat žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.
2. Vytyčení hlavních problémů tohoto žáka, sestavení IVP.
3. Pracuje se žáky se speciálními potřebami, individuálně nebo skupinově.

4. Zlepšuje a prohlubuje spolupráci a komunikaci mezi školou a rodiči těchto žáků.
5. Zajištění speciálních pomůcek, diagnostických a didaktických materiálů apod..

Otázka č. 10: Spolupracujete s vedoucí logopedického kroužku?

Jelikož na otázku č. 9 neodpověděl ani jeden pedagog “ano”, nikdo tuto otázku nevyplnil, protože na své škole logopedický kroužek nemají, tudíž ani spolupracovat s vedoucí tohoto kroužku nemohou.

Otázka č. 11: Myslíte si, že je Vaše spolupráce s logopedem dostačující?

Tabulka 14: Počet pedagogů, kteří jsou spokojeni se spoluprací s klinickým logopedem

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	14	67
ne	6	28
neodpověděl	1	5
CELKEM	21	100

Celkem na tuto otázku odpovědělo 20 pedagogů. Jeden pro mě z neznámých důvodů žádnou odpověď neoznačil. 14 kantorů odpovědělo, že jejich spolupráce s logopedem je dostačující, zbývajících 6 označilo odpověď “ne”.

Z 6-ti učitelů dále zpřesnili výpověď pouze čtyři. Přestože si všichni přejí zlepšení spolupráce s logopedem, 3 pedagogové nedokázali odpovědět.

Představa pedagogů o zlepšení spolupráce:

- informace o postupu, pokrocích a problémech
- písemná zpráva, osobní kontakt
- častější konzultace

8.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření u rodičů dětí s narušenou komunikační schopností

Pro zjištění co nejvíce informací o dítěti např.: jakou poruchu komunikačních schopností mu logoped diagnostikoval, jak často dochází, zda dostávají domů

terapeutické materiály a procvičují-li s ním rodiče, jsem použila dotazníkové šetření. Dotazník se skládá z 8 otázek, z nichž 6 nabízí možnost jedné správné odpovědi. Na zbývající dvě otázky je třeba odpovědět vlastními slovy.

Otázka č. 1: Jakou diagnózu Vašemu dítěti logoped zjistil?

Tabulka 15: Diagnózy, které dítěti klinický logoped diagnostikoval

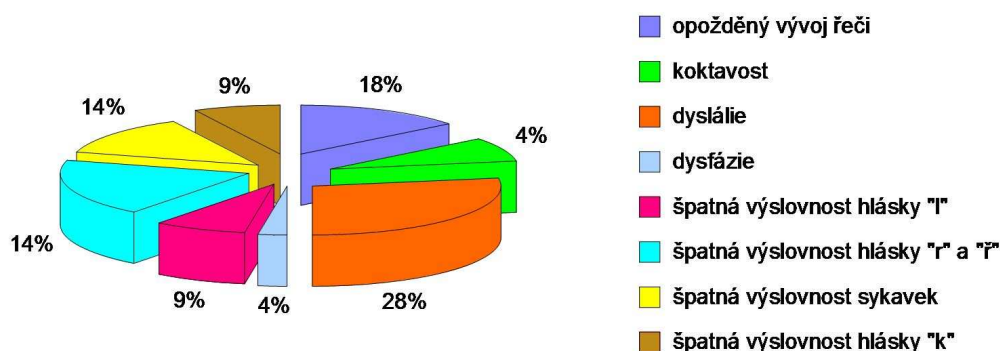
ODPOVĚĎ	POČET	%
opožděný vývoj řeči	4	18
koktavost	1	4
dyslálie	6	28
vývojová dysfázie	1	4
špatná výslovnost hlásky “l”	2	9
špatná výslovnost hlásek “r” a “ř”	3	14
špatná výslovnost sykavek	3	14
špatná výslovnost hlásky “k”	2	9
CELKEM	22	100

Někteří rodiče napsali odborný název, který jejich dítěti logoped stanovil. Ostatní mi napsali, v jakých hláskách má jejich dítě špatnou výslovnost.

Nejčastěji dítě trpí dyslálií. Tuto poruchu označilo 6 rodičů. 4 rodiče napsali, že jejich dítě má opožděný vývoj řeči. 3 rodiče dochází se svými dětmi k logopedovi, protože špatně vyslovuje sykavky, další 3 rodiče napsali, že jejich dítě má špatnou výslovnost hlásky “r” a “ř”. Dvě děti špatně vyslovují hlásku “l” a “k”. Koktavost byla označena 1x, stejně tak i vývojová dysfázie.

Pro větší přehled diagnostikovaných poruch komunikačních schopností dodávám zobrazení v grafu.

Graf 4: Přehled diagnostikovaných poruch komunikačních schopností v %



Nejzávažnější ze všech zmiňovaných poruch komunikačních schopností je vývojová dysfázie. Tato porucha má často přechod a projevy do specifických vývojových poruch učení jako je:

- **dyslexie** – specifická vývojová porucha čtení. Dítě má problémy s rozpoznáním a zapamatováním jednotlivých písmen (především s písmeny, které jsou tvarově podobné). Potíže se promítají do rychlosti a správnosti čtení a porozuměním čteného textu.
- **dysgrafie** – specifická vývojová porucha psaní. Porucha postihuje písemný projev, který je nečitelný a neuspořádaný. Dítě si nepamatuje tvary písmen, píše pomalu a písemný projev je pro něj velmi namáhavý.
- **dysortografie** – specifická porucha pravopisu. Velmi často souvisí s dyslexií a dysgrafií.
- **dyskalkulie** – specifická porucha matematických schopností. Postihuje matematické představy, operace s čísly, prostorovou představivost apod..

Vedle těchto poruch se ještě uvádí **dysmúzie** (postihuje schopnost vnímání a reprodukce hudby), **dyspinxie** (specifická vývojová porucha kreslení) a **dyspraxie** (specifická vývojová porucha obratnosti).

Z toho důvodu blíže pojednávám o dítěti s vývojovou dysfázií formou kazuistiky.

Kazuistika

Jméno: Adam

Rok narození: 2004

Věk, od kdy dítě dochází k logopedovi: 3,5 roku

Současný věk: 7 let

Celková charakteristika

Adam má malou drobnou postavu, ale výrazně se od svých vrstevníků neliší. Na spolužáky i ostatní působí usměvavě, je velmi vnímavý. Má krásné hnědé vlasy.

K neznámým lidem je ze začátku nedůvěřivý, ale po čase ostýchavost ztrácí. Pozornost dokáže soustředit jen krátce, ale pokud ho nějaká práce zaujme je ochoten spolupracovat.

Rodinná anamnéza

Rodiče spolu nejdříve jenom žili, ale před pěti lety se vzali. Adámek je jedináček. Matka nedávno dokončila VŠO a získala titul DiS. Je mistrovou na středním odborném učilišti. Otec má středoškolské vzdělání a podniká. Nemá žádné zdravotní problémy.

Matka je epileptická od 11-ti let. Prodělala i operaci mozku – oblast pravého spánkového laloku. Po celou dobu těhotenství brala analgetika (dvojkombinace antiepileptik + antidepresiva) a byla pod neustálým dohledem lékařů.

Osobní anamnéza

Matka měla těžké těhotenství, porod císařským řezem. Adam byl přidušený pupeční šňůrou. Porodní váha 3 120g, 48cm. Pro matku to byl první porod. Dítě bylo kojeno do 6 měsíců.

Už kvůli těžkému porodu matka nechala Adama kolem 4 roku podrobit různým vyšetřením. Sluch i zrak měl v normě, pravostranná lateralita. Jemná motorika oproti vrstevníkům byla o rok v předstihu, hrubá motorika v průměru. Foniatr bez problémů, stejně tak i neurologie byla v pořádku. Řeč ale byla velmi opožděná. Adam neslabikoval, rovnou vyslovoval celá slova. Nárůst slovní zásoby velmi pomalý a ve čtyřech letech první věty.

Často komolená slova, vyslovuje jen poslední slabiku nebo dvojslabiku, nepoužívá zájmena, nesklonuje, nepoužívá množné číslo a má špatný slovosled.

Matka se s dítětem doma snaží cvičit, ale dítě je velmi spurné, tvrdohlavé a občas se u něj objeví i agresivní chování. V 7 letech díky pravidelnému cvičení s matkou a odbornému vedení klinického logopeda u Adama nastalo velké zlepšení ať po stránce zrakového a sluchového vnímání, paměti a pozornosti tak i v řeči. Velké problémy má s hláskami “r”, “ř”, “l” a “k”.

Terapie

Logoped chtěl při vyvození hlásky “k” prstem přidržit špičku jazyka, ale Adam měl sklony ke zvracení a tento postup odmítal. Vysvětlení, že má jazyk opřít o spodní zuby nechápal a tento postup též nezvládal.

Logoped stanovil, že se jedná o vývojovou dysfázii a usoudil, že vyvozovat hlásky ve 4 letech není vhodné, protože by to Adam tak v nízkém věku nezvládnul. Doporučil rozvíjet především hrubou a jemnou motoriku, zrakové a sluchové vnímání, slovní zásobu, vyjadřovací schopnosti, grafomotoriku, atd.. Toto vše probíhalo formou hry, protože bylo důležité, aby to Adama zaujalo a bavilo. Kdyby nespolupracoval, klinický logoped doporučoval motivaci pomocí obrázků, sladkostí, nálepkou apod.. Úkoly rodiče častěji měnili. Adam se nedokázal dlouho soustředit a tak chvíli popisoval obrázky, následně je vybarvoval apod..

V šesti letech byl doporučen odklad školní docházky.

V 7 letech poruchy komunikace stále přetrvávají. Adam sice dokáže tvořit věty, ale jsou velmi krátké, jednoduché a s gramatickými chybami. Má narušení paměťových funkcí tz., že má velmi krátkodobou verbální paměť. Delší slovo neumí zopakovat bez zkomolení.

Klinický logoped doporučil zařadit dítě do speciální ZŠ pro děti s vadami řeči.

Školní anamnéza

Rodiče se rozhodli odložit školní docházku o jeden rok.

V současné době Adam navštěvuje běžnou základní školu. Je v první třídě a do kolektivu velmi dobře zapadl. Sedí v první lavici. Často bývá roztržitý, nedokáže se dlouho soustředit na činnost. Paní učitelka proto činnosti často střídá.

Nejvíce ho baví tělocvik, plavání, výtvarná výchova a pracovní činnost. Má rád matematiku a zde dosahuje mnohem lepších výsledků jak v českém jazyce.

Pozadu je i s grafomotorikou. Psací pero drží špatně, nedokáže odhadnout velikost písmena, tvar ani sklon.

Z celkového pohledu Adam už oproti ostatním dětem ve třídě zaostává. Nezvládá takový nápor a tak rodiče uvažují, že Adama přeřadí do speciální ZŠ pro děti s vadami řeči. Zde se byli už i podívat. Adam by byl v kolektivu 7 dětí, takže učitelka by měla více času na individuální přístup k dítěti a tempo výuky by mohla přizpůsobit podle potřeb dítěte. V této škole jsou děti vzdělávány podle programu běžné ZŠ a denně zde mají logopedickou péči.

U Adama se už začínají projevovat specifické vývojové poruchy učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie. S vyvozováním hlásky “k” má neustále problémy.

Otázky č. 2: Jak dlouho trvá jedno sezení a jak často docházíte?

Tabulka 16: Docházka dítěte k logopedovi

ODPOVĚĎ	POČET	%
1 x za týden	3	14
1 x za 14 dní	12	55
1 x za 3 týdny	6	27
1 x za měsíc	1	4
CELKEM	22	100

V této tabulce se snažím zjistit jak často dítě k logopedovi dochází. Nejčastěji rodiče s dětmi k logopedovi dochází 1x za 14 dní. Takto odpovědělo 12 rodičů. 6 napsalo, že k logopedovi dochází 1x za 3 týdny, tři dochází 1x za týden a jeden rodič 1x za měsíc.

Jak můžeme vidět, docházka k logopedovi je velmi individuální a rozmanitá. Záleží tedy na diagnóze, kterou logoped dítěti diagnostikoval a na rozsahu poruchy.

Tabulka 17: Doba trvání jednoho sezení u klinického logopeda

ODPOVĚĎ	POČET	%
20 minut	3	14
30 minut	8	36
45 minut	4	18
1 hodina	5	23
neodpověděli	2	9
CELKEM	22	100

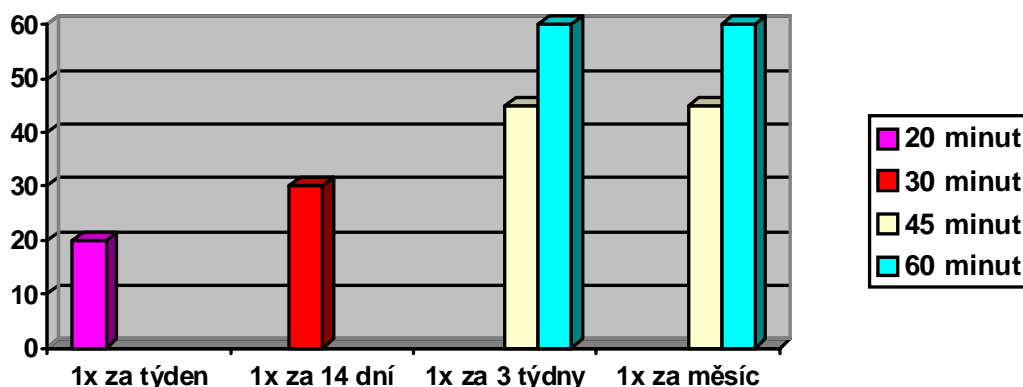
Délka trvání jednoho sezení se také velmi liší. Většina rodičů psala rozmezí trvání mezi 30 – 45 minutami. Záleží především na logopedovi, kolik času potřebuje strávit s dítětem. Nejčastěji sezení trvá 30 minut. Tuto dobu uvedlo 8 rodičů. 5 rodičů pak s dítětem na logopedii stráví jednu hodinu a 4 rodiče 45 minut. 20 minut trvá sezení třem rodičům. Dva rodiče mi na tuto otázku neodpověděli.

Celkový přehled doby trvání jednoho sezení a docházky k logopedovi:

- 1x za týden – doba trvání je 20 minut
- 1x za 14 dní – doba trvání je 30 minut, v některých případech 45 minut
- 1x za 3 týdny – sezení trvá 45 minut, nebo 1 hodinu
- 1x za měsíc – doba trvání jednoho sezení je 45 minut, nebo 1 hodina

Pro větší přehled celkové doby trvání jednoho sezení a docházky k logopedovi jsem vytvořila graf. Zde přehledně můžeme vidět, jak často dítě s rodiči dochází a kolik času tráví u klinického logopeda.

Graf 5: Docházka dítěte k logopedovi a doba trvání sezení v minutách



Otázka č. 3: Jste jako rodič dostatečně seznámen s metodikou nácviu doma?

Tabulka 18: Spokojenost rodičů s metodikou nácviu doma

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	21	95
ne	1	5
CELKEM	22	100

V této otázce zjišťuji, jak jsou rodiče seznámeni s metodikou nácviu doma. Pouze jeden z dotazovaných rodičů je toho názoru, že s metodikou nácviu doma není dostatečně seznámen.

Rodiče doma s dítětem mohou různě procvičovat, ať už při rozhovorech nad obrázky, hraní pexesa apod.. V rámci nácviu doma mohou rodiče provádět i různá artikulační a dechová cvičení. Při artikulačním cvičení je důležité, aby dítě umělo správně pohybovat jazykem a rty (např.: dítěti potřít rty medem a ten si je pak bude dokola olizovat, v ústech vytvořit “mističku”, nebo ukázat mámě “ruličku”, hra na konička apod.). Důležitá jsou i dechová cvičení. S dítětem můžeme formou hry např.: sfouknout svíčku (do plamínku nejdříve foukat jen jemně, aby plápolal, ale neshasl), foukání do bublifuku (soutěž o největší bublinu), foukací fixy apod..

Otázka č. 4: Dostáváte domů materiály na procvičování?

Tabulka 19: Počet rodičů, kteří dostávají materiály domů

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	22	100
ne	0	0
CELKEM	22	100

Všichni respondenti uvedli že “ano”. Každý z dotazovaných rodičů domů dostává materiály, které slouží k terapii a nápravě narušené komunikační schopnosti.

Záleží především na druhu poruchy komunikace, kterou klinický logoped diagnostikoval. Je zřejmé, že když dítě má poruchu ve výslovnosti sykavek a již jiný problém ve výslovnosti nemá, nebude domů dostávat pracovní listy k nápravě výslovnosti “l”.

Rodiče dostávají různé pracovní listy, kde jsou říkadla, básně, obrázky apod..

Otázka č. 5: Procvičujete doma se svým dítětem?

Tabulka 20: Přehled rodičů, kteří doma se svým dítětem procvičují

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	22	100
ne	0	0
CELKEM	22	100

Všichni rodiče odpověděli, že doma se svým dítětem procvičují. Logoped nemá na procvičování dostatek času, proto veškerá zodpovědnost padá na rodiče. Bez jejich pomoci by k nápravě narušené komunikační schopnosti nedošlo. Denně s dítětem musí doma pilně cvičit. Každý logoped pozná, kdy se rodič svému dítěti opravdu věnuje a kdy naopak procvičování zanedbává.

Otázka č. 6: Dochází Vaše dítě k logopedovi rádo?

Tabulka 21: Počet dětí, které z pohledu rodičů k logopedovi rády dochází

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	14	64
ne	8	36
CELKEM	22	100

Rodiče uvedli ve 14-ti případech, že jejich dítě k logopedovi dochází rádo. 8 rodičů naopak zvolilo odpověď ne.

Na tyto rodiče jsem se více zaměřila, protože mě zajímalo, proč jejich dítě k logopedovi nerado chodí. Může na to mít vliv jejich diagnostikovaná porucha. Odpověď “ne” byla zvolena u těchto poruch komunikace:

- koktavost
- vývojová dysfázie
- dyslálie (2x)
- opožděný vývoj řeči (2x)
- špatná výslovnost sykavek
- špatná výslovnost hlásek “r” a “ř”

Otázky č. 7: Účastníte se sezení?

Tabulka 22: Počet rodičů, kteří se s dítětem účastní sezení u klinického logopeda

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	17	77
ne	5	23
CELKEM	22	100

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik rodičů se se svým dítětem účastní sezení. Zjistila jsem, že 17 rodičů se sezení účastní a 5 ne.

Důvody neúčasti rodičů na sezení mi nebyly zodpovězeny, můžu jen předpokládat, že to mohou být např. tyto důvody:

- Rodiče by se sezení účastnili, ale bohužel jsou pracovní zaneprázdněni. S dítětem k logopedovi dochází např.: babička nebo dědeček.
- Dotazník vyplňoval jen jeden z rodičů (např. manžel) a otázku zodpovídal pouze za sebe. Sezení se tedy účastní manželka – matka dítěte.
- Rodiče na logopedii dítě dovedou, ale u sezení nemusí být přítomni. Dítě s logopedem bez problému spolupracuje.

Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že **struktura logopedického sezení** je následující:

1. navázání kontaktu s dítětem – co je nového, co se učí ve škole, jaké má zájmy, jestli má doma nějaké zvířátko, apod.
2. procvičování jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky – rozhýbání prstíků pomocí básničky nebo říkanky, kreslení, obkreslování (u předškoláků), čtení a psaní (u školáků)
3. opakování vyvozených hlásek – dítě s logopedem opakuje co už umí a zná, ale činí mu to ještě potíže
4. vyvozování správného mluvního stereotypu – zde se používá tzv. “vyvozovací hláska” (r – d) a různé pomůcky (např. logopedické zrcátko)
5. upevnění vadné hlásky ve slabikách, slovech a slovních spojeních
6. předání pracovních listů rodičům a instrukce, jak s dítětem doma správně cvičit

Otázka č. 8: Domníváte se, že porucha komunikace má vliv na školní úspěšnost Vašeho dítěte?

Tabulka 23: Vliv poruchy komunikace na školní úspěšnost z pohledu rodičů

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	15	68
ne	4	18
nevím	3	14
CELKEM	22	100

Na tuto otázku odpovědělo všech 22 rodičů, kteří využili po jedné odpovědi. Odpověď “ano” označilo 15 rodičů, “ne” 4 rodiče a 3 rodiče nevěděli, zda má porucha komunikace vliv na školní úspěšnost jejich dítěte.

Musím jediné souhlasit s rodiči, kteří odpověděli “ano”. V jistém případě může mít porucha komunikačních schopností vliv na školní docházku, ale i na začlenění do kolektivu. Reakce spolužáků může být různá. Na handikepovaného mohou, ale také nemusí reagovat. Spolužáci se dítěti mohou smát, provokovat ho, ponižovat, nebo ho litovat. V takovém případě má porucha komunikace vliv i na jeho chování.

Pokud se dítě s poruchou komunikace mezi zdravé vrstevníky zařadí bez jakýchkoliv odchylek, dokáže své postižení lépe přijímat a pro své spolužáky se stává rovnocenným partnerem.

Svůj vliv na školní úspěšnost a samozřejmě i zařazení mezi vrstevníky má i pedagog. Postiženého žáka musí více chválit, povzbuzovat ho při práci, dostatečně motivovat apod.. Ovšem ve třídách o velkém počtu dětí to není tak snadné a může se stát, že pedagog si ho bude méně všímat a on se tak ve vyučovacím procesu bude ztrácet a může se u svých vrstevníků stát snadným objektem šikany.

8.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření u klinických logopedů žáků s narušenou komunikační schopností

V dotazníku jsem především volila otázky týkající se spolupráce s učiteli žáků s narušenou komunikační schopností, protože je zcela zřejmé, že s rodiči těchto žáků spolupracují.

Dotazník se skládá z 5-ti otázek. 4 otázky nabízí pouze jednu možnost odpovědi, u jedné otázky lze vybrat více možností. Dotazník obsahuje dvě podotázky, kde klinické logopedy žádám o napsání vlastního názoru, zkušenosti, představy.

Otázka č. 1: Spolupracujete s učiteli dětí docházející k Vám na logopedii?

Tabulka 24: Spolupráce klinického logopeda s pedagogem

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	4	80
ne	1	20
CELKEM	5	100

Na základě dotazníků bylo zjištěno, že jeden logoped nespolupracuje s pedagogem. Spolupráce ovšem u tohoto logopeda neprobíhá přímo, ale domlouvá se s rodiči, kteří učiteli vyřídí potřebné informace např.: jak k dítěti přistupovat, pracovat s ním apod.. Spolupráce sice není přímá, ale přesto se na ni podílí jak logoped s rodiči, tak i učitel.

Na otázku č. 2, 3, 4 odpovídali tedy pouze logopedové, kteří zvolili odpověď “ano”.

Otázka č. 2: Jakým způsobem spolupráce probíhá?

Tabulka 25: Způsob spolupráce klinického logopeda s pedagogem

ODPOVĚĎ	POČET	%
telefonicky	3	43
docházím do ZŠ	1	14
osobní návštěva učitele na logopedii	0	0
jiný	3	43
CELKEM	7	100

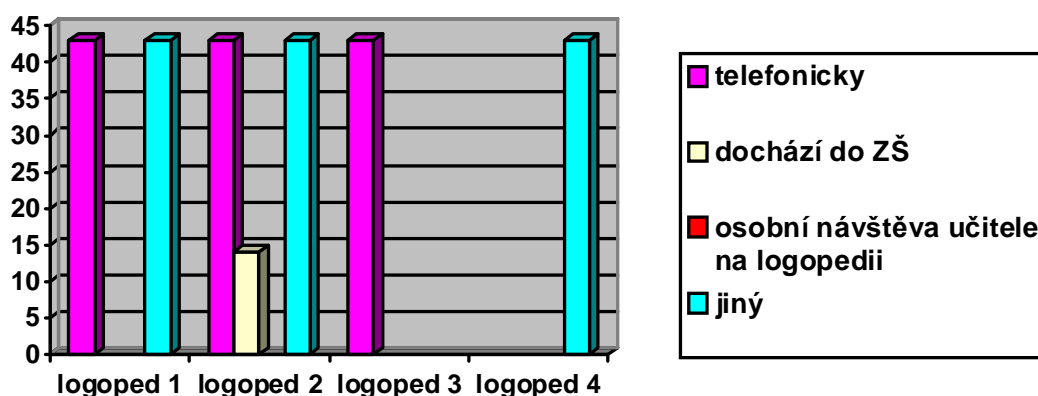
V této tabulce se pokouším zjistit nejčastější způsob komunikace mezi pedagogem a klinickým logopedem. Logopedové mohli zvolit jednu nebo více odpovědí.

Jak můžeme z tabulky vidět, nejvíce preferují spolupráci po telefonu a nebo volí jiný způsob komunikace. Žádný logoped nezvolil možnost c, tedy osobní návštěvu učitele na logopedii.

Celkový přehled způsobu komunikace mezi pedagogem a klinickým logopedem:

1. logoped 1 – preferuje telefonický kontakt, nebo jiný způsob komunikace
2. logoped 2 – s pedagogem komunikuje telefonicky, jiným způsobem, nebo dochází do ZŠ
3. logoped 3 – s pedagogem spolupracuje pouze telefonicky
4. logoped 4 – volí jiný způsob spolupráce

Graf 6: Spolupráce klinického logopeda s pedagogem v %



Otázka č. 3: Předáváte terapeutické materiály učitelce (učiteli)?

Tabulka 26: Přehled o předávání materiálů kantorům

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	1	15
ne	3	75
CELKEM	4	100

V tabulce jsem chtěla zjistit, zda klinický logoped předává terapeutické materiály pedagogům.

Jen jeden klinický logoped odpověděl “ano”, zbývajících tři zvolili odpověď “ne”.

Klinického logopeda jsem se tedy ještě zeptala, jak předává terapeutické materiály. Odpověděl mi, že materiály zasílá pedagogovi na email po telefonické domluvě.

Otázka č. 4: Jste spokojen(a) se spoluprací s učitelem (učitelkou)?

Tabulka 27: Spokojenost klinického logopeda se spoluprací pedagoga

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	3	75
ne	1	15
CELKEM	4	100

Touto otázkou se snažím zjistit spokojenost klinických logopedů se spoluprací s pedagogy základních škol.

Z průzkumu vyplývá, že pouze jeden klinický logoped je nespokojen. Ostatní dotazovaní jsou se spoluprací spokojeni.

Otázka č. 5: Měl(a) by jste zájem o prohloubení spolupráce s učitelem (učitelkou)?

Tabulka 28: Zájem klinického logopeda o prohloubení spolupráce s pedagogem

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	2	40
ne	3	60
CELKEM	5	100

Otázkou jsem se pokusila zjistit, zda klinický logoped má zájem o prohloubení spolupráce s pedagogem. Tři logopedové označili odpověď “ne” a 2x byla označena odpověď “ano”.

Z odpovědí vyplývá, že tři respondenti jsou se spoluprací spokojeni a nemají zájem spolupráci dále rozvíjet.

Dva logopedové označili odpověď “ano” a byli požádáni, aby napsali, jak si prohloubení spolupráce s pedagogem představují.

Tabulka 29: Představa klinického logopeda o zlepšení spolupráce

ODPOVĚĎ	POČET	%
častější konzultace	1	50
osobní kontakt, větší zájem ohledně nápravy poruch komunikace	1	50
CELKEM	2	100

Každý z dotazovaných logopedů má představu o spolupráci zcela jinou. První klinický logoped by si zlepšení spolupráce představoval formou častějších konzultací s pedagogem. Druhý logoped by chtěl, aby pedagog měl větší zájem ohledně nápravy poruch komunikace a dává přednost osobnímu setkání.

Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo objasnit spolupráci mezi učitelem a rodiči žáků s narušenou komunikační schopností s klinickým logopedem. Svůj výzkum jsem zaměřila na spolupráci mezi učitelem a logopedem, protože rodič musí spolupracovat z každým z nich. Na každého respondenta jsem se zaměřila zvlášť. U učitelů jsem zjišťovala jejich zkušenosti s logopedickou problematikou. Nejvíce mě zajímalo, do jaké míry spolupracují s klinickým logopedem těchto žáků. 67% dotazovaných ví, k jakému logopedovi dítě dochází, ale pouze jednomu z nich logoped předává terapeutické materiály.

Hypotéza č. 1, že logoped informuje telefonicky nebo písemně pedagoga o narušené komunikační schopnosti žáka **se nepotvrdila**.

Přestože většina učitelů ví, ke kterému logopedovi dítě dochází, o narušené komunikační schopnosti je z 82% informovali rodiče a z 9% jim tuto informaci sdělil sám žák a 9% dotazovaných nikdo neinformoval.

Hypotéza č. 2, že klinický logoped informuje učitele o přístupu k žákovi **se nepotvrdila**.

Dotazníkové šetření mi ukázalo, že pouze 67% dotazovaných pedagogů s někým konzultuje přístup k dítěti s vadou řeči. Většina, 33% pedagogů, konzultuje přístup k dítěti s rodiči. Pouze 24% se obrací na klinického logopeda a 10% přístup konzultuje se speciálním pedagogem školy.

Hypotéza č. 3, že se rodiče účastní logopedické terapie **se potvrdila**.

Pomocí dotazníkové šetření jsem zjistila, že 77% dotazovaných rodičů se účastní s dítětem logopedické terapie. Důvody neúčasti zbylých 23% dotazovaných mi nebyly zodpovězeny.

Hypotéza č. 4, že logoped předává učiteli individuálně upravené úkoly směřující k upevnění správných řečových stereotypů **se nepotvrdila**.

Bohužel pouze jednomu z dotazovaných učitelů předává klinický logoped terapeutické materiály, které pedagog využívá k upevnění správných řečových stereotypů u žáka s narušenou komunikační schopností.

Pomocí výzkumu jsem došla k názoru, že spolupráce mezi učitelem a rodiči žáků s narušenou komunikační schopností s logopedem není dostačující a bývá velmi často zkreslená. Spolupráce probíhá mezi logopedem a rodičem, kdy logoped rodiči řekne doporučení, na které by se měl učitel zaměřit a rodič je následně pedagogovi vyřídí. Ovšem může zde dojít ke zkreslení, protože rodič může podstatnou část zcela vynechat a nebo říci jinak než klinický logoped. Spolupráce probíhá i opačným směrem: učitel, rodič, klinický logoped. Jen málo pedagogů spolupracuje přímo s klinickým logopedem a pokud ano, jejich spolupráce probíhá většinou pouze po telefonu.

Shrnutí

Diplomová práce pojednává o spolupráci učitele prvních tříd běžné základní školy a rodičů žáků s narušenou komunikační schopností s logopedem. Vychází ze zkušeností pedagogů, názorů rodičů a odborných zkušeností klinických logopedů.

Teoretická část se zabývá pojmem komunikace. Nastiňuje vývoj řeči a podmínky, které jsou pro správný vývoj důležité. Nejvíce se věnuje narušené komunikační schopnosti, zejména jejím kategoriím, kde se zmiňuje o příčině vzniku, projevech těchto narušení a zaměřuje se na prevenci i terapii. Nastiňuje základní vymezení oboru logopedie a spolupráci s obory a rodiči.

Praktická část pomocí dotazníkového šetření zjišťuje, do jaké míry je naplňována spolupráce především mezi učitelem a klinickým logopedem. U pedagogů se zaměřuje na konzultace o přístupu k dítěti s vadou řeči, její průběh a zda spolupracují s klinickým logopedem svého žáka. U klinického logopeda zkoumá spolupráci s učitelem, její průběh a spokojenost s ní. U rodičů se zaměřuje na dostatečné seznámení s metodikou nácvičku doma, procvičování a docházku dítěte k logopedovi.

Použitá literatura

1. BENÍŠKOVÁ T., První třídou bez pláče: Pro rodiče, Grada Publishing a.s., 2007, 168 s. ISBN 80-2471-906-1
2. BONDY A., FROST L., *Vizuální komunikační strategie v autismu*, Grada Publishing a.s., 2007, 132 s., ISBN 978-80-247-2053-1
3. KERERÉTIOVÁ A., Velofaryngální dysfunkce a palatolalie, Grada Publishing a.s., 2008, 203 s., ISBN 97-8802-4722-641
4. KLENKOVÁ J., *Kapitoly z logopedie I.* Brno, Paido, 1996, 93 s., ISBN 80-85931-41-9
5. KLENKOVÁ J. *Kapitoly z logopedie II a III.* Brno, Paido, 1998, 101 s., ISBN 80-85931-62-1
6. KLENKOVÁ J., *Logopedie*, Havlíčkův Brod, Grada Publishing a.s., 2006, 228 s., ISBN 80-247-1110-9
7. KUTÁLKOVÁ D., *Logopedická prevence, Průvodce vývojem dětské řeči*, Praha, Portál, 1996, 213 s., ISBN 80-7178-115-8
8. KUTÁLKOVÁ D., *Vývoj dětské řeči krok za krokem*, Grada Publishing a. s., 2010, 136 s., ISBN 978-80-247-3080-6
9. LECHTA V. A KOL., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, Praha, Portál, 2003, 359 s., ISBN 80-7178-801-5
10. LECHTA V. A KOL., *Terapie narušené komunikační schopnosti*, Praha, Portál, 2005, 386 s., ISBN 80-7178-961-5
11. LECHTA V., *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, Praha, Portál, 2002, 192 s., ISBN 80-7178-572-5
12. MICHALOVÁ Z., ŠOTOLOVÁ E. A KOL., *Speciálněpedagogická čítanka*, Univerzita Karlova, Praha, 2003, 171 s., ISBN 80-7290-109-5
13. PŘINOSILOVÁ D., *Diagnostika ve speciální pedagogice*, Brno, Paido, 2007, 178 s., ISBN 978-80-7315-1577
14. RENOTIÉROVÁ M., LUDÍKOVÁ L. A KOL., *Speciální pedagogika*, Univerzita Palackého, Olomouc, 2006, 313 s., ISBN 80-244-1475-9

15. SLOWÍK J., *Speciální pedagogika*, Grada Publishing, 2007, 160 s., ISBN 978-80-247-1733-3
16. STARÁ M., *Od prvního hlasu k prvním slovům*, Tech-market, Praha, 1996, 104 s., ISBN 80-902134-0-5
17. ŠKODOVÁ E., JEDLIČKA I. A KOL., *Klinická logopedie*, Praha, Portál, 2003-2007, 616 s., ISBN 978-80-7367-340-63
18. Ústav pro český jazyk ČSAV., Česká akademie věd a umění, třída 3, *Naše řeč*, Svazek 78., The Akademie, 1995
19. VYŠTEJN J., *Dítě a jeho řeč*, Beroun, Baroko & Fox, 1995, 62 s., ISBN 80-8564-25-5
20. ZELINKOVÁ O., *Poruchy učení*, Praha, Portál, 1994, 196 s., ISBN 80-7178-038-3

Elektronické zdroje

1. <http://www.logopedonline.cz/vady-rci/dyslalie.html>
2. <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost—co-je-to—dysartrie>
3. <http://milan.cernoch.net/download/otazka013.pdf>
4. <http://www.logopedie-sulistova.cz/hernicek-large.php?id=02>

Seznamy

1. Seznam grafů

GRAF 1: K SEZNÁMENÍ S LOGOPEDICKOU PROBLEMATIKOU PEDAGOGOVÉ VYUŽÍVAJÍ	40
GRAF 2: SEZNÁMENÍ PEDAGOGŮ O DOCHÁZCE ŽÁKA NA LOGOPEDII V %	41
GRAF 3: UPEVŇOVÁNÍ ŘEČI U DĚTÍ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ Z POHLEDU PEDAGOGA V %	45
GRAF 4: PŘEHLED DIAGNOSTIKOVANÝCH PORUCH KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ V %	48
GRAF 5: DOCHÁZKA DÍTĚTE K LOGOPEDOVI A DOBA TRVÁNÍ SEZENÍ V MINUTÁCH.....	52
GRAF 6: SPOLUPRÁCE KLINICKÉHO LOGOPEDA S PEDAGOGEM V %	58

2. Seznam tabulek

TABULKA 1: PRŮMĚRNÝ POČET SLOV U DÍTĚTE DLE RŮZNÝCH VÝZKUMŮ	6
TABULKA 2: ZÁKLADNÍ ŠKOLY, NA KTERÝCH JSEM PROVÁDĚLA VÝZKUM.....	38
TABULKA 3: POČET PEDAGOGŮ, KTERÍ ABSOLVOVALI KURS ŠKOLENÍ V LOGOPEDII	39
TABULKA 4: PŘEHLED ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ O LOGOPEDICKÉ PROBLEMATICE U PEDAGOGŮ.....	40
TABULKA 5: SEZNÁMENÍ PEDAGOGŮ O DOCHÁZCE DÍTĚTE K LOGOPEDOVI.....	41
TABULKA 6: KONZULTACE PEDAGOGA O PŘÍSTUPU K DÍTĚTI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ.....	42
TABULKA 7: PEDAGOG KONZULTUJE PŘÍSTUP K DÍTĚTI S VADOU ŘEČI NEJČASTĚJI	42
TABULKA 8: PRŮBĚH KONZULTACE.....	42
TABULKA 9: PŘEHLED PEDAGOGŮ O DOCHÁZCE DÍTĚTE K LOGOPEDOVI.....	43
TABULKA 10: PŘEDÁVÁNÍ TERAPEUTICKÝCH MATERIÁLŮ KLINICKÝM LOGOPEDEM KANTOROVI.....	43
TABULKA 11: PODÍL PEDAGOGA NA AUTOMATIZACI ŘEČI DÍTĚTE BĚHEM ŠKOLNÍHO ROKU	44
TABULKA 12: AUTOMATIZACE ŘEČI Z POHLEDU PEDAGOGA PROBÍHÁ POMOCÍ.....	44
TABULKA 13: POČET LOGOPEDICKÝCH KROUŽKŮ NA ŠKOLÁCH.....	45
TABULKA 14: POČET PEDAGOGŮ, KTERÍ JSOU SPOKOJENI SE SPOLUPRÁCI S KLINICKÝM LOGOPEDEM.....	46
TABULKA 15: DIAGNÓZY, KTERÉ DÍTĚTI KLINICKÝ LOGOPED DIAGNOSTIKOVAL	47
TABULKA 16: DOCHÁZKA DÍTĚTE K LOGOPEDOVI.....	51
TABULKA 17: DOBA TRVÁNÍ JEDNOHO SEZENÍ U KLINICKÉHO LOGOPEDA	52
TABULKA 18: SPOKOJENOST RODIČŮ S METODIKOU NÁCVIKU DOMA.....	53
TABULKA 19: POČET RODIČŮ, KTERÍ DOSTÁVAJÍ MATERIÁLY DOMŮ	53
TABULKA 20: PŘEHLED RODIČŮ, KTERÍ DOMA SE SVÝM DÍTĚTEM PROCVIČUJÍ.....	54

TABULKA 21: POČET DĚTÍ, KTERÉ Z POHLEDU RODIČŮ K LOGOPEDOVI RÁDY DOCHÁZÍ	54
TABULKA 22: POČET RODIČŮ, KTEŘÍ SE S DÍTĚTEM ÚČASTNÍ SEZENÍ U KLINICKÉHO LOGOPEDA	55
TABULKA 23: VLIV PORUCHY KOMUNIKACE NA ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST Z POHLEDU RODIČŮ	56
TABULKA 24: SPOLUPRÁCE KLINICKÉHO LOGOPEDA S PEDAGOGEM.....	57
TABULKA 25: ZPŮSOB SPOLUPRÁCE KLINICKÉHO LOGOPEDA S PEDAGOGEM.....	57
TABULKA 26: PŘEHLED O PŘEDÁVÁNÍ MATERIÁLŮ KANTORŮM	58
TABULKA 27: SPOKOJENOST KLINICKÉHO LOGOPEDA SE SPOLUPRÁCÍ PEDAGOGA	59
TABULKA 28: ZÁJEM KLINICKÉHO LOGOPEDA O PROHLoubENÍ SPOLUPRÁCE S PEDAGOGEM	59
TABULKA 29: PŘEDSTAVA KLINICKÉHO LOGOPEDA O ZLEPŠENÍ SPOLUPRÁCE	60

3. Seznam příloh

- Příloha č. 1:** Dotazník určen pedagogům v 1. třídách běžných škol, kteří ve své třídě mají žáka (žáky) s narušenou komunikační schopností
- Příloha č. 2:** Dotazník určen rodičům žáků s narušenou komunikační schopností
- Příloha č. 3:** Dotazník určený klinickým logopedům, u kterých jsou tito žáci v odborné péči
- Příloha č. 4:** Pomůcka při nápravě poruch komunikace (logico piccolo), která dá klinickému logopedovi okamžitou zpětnou vazbu.
- Příloha č. 5:** Ukázka logopedického cvičení (Šimonovy pracovní listy), které klinický logoped dává rodičům žáků s narušenou komunikační schopností na procvičování domů.
- Příloha č. 6:** Ukázka pracovního listu, který si učitel a rodič může vyhledat na internetu.

Příloha č.1

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Monika Švaříčková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který použiji ve výzkumné části své diplomové práce.

Zakroužkujte pro Vás nejbližší odpověď. V ostatních otázkách Vás prosím o vypsání.

Děkuji Vám za Váš čas.

1. Absolvoval(a) jste někdy nějaký kurz školení v logopedii?

- a) ano
- b) ne

2. S logopedickou problematikou jsem se seznámil(a):

- a) z knih
- b) z časopisů
- c) z internetu
- d) jinak

3. Kdo Vás seznámil s tím, že dítě dochází na logopedii?

- a) rodiče
- b) žák
- c) logoped
- d) nikdo

4. Konzultujete s někým přístup k dítěti s vadou řeči?

- a) ano
- b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ne“, přejděte prosím na otázku číslo 6.

5. Konzultuji s a konzultace probíhá:

- a) telefonicky
- b) osobní návštěvou
- c) písemně (fax, email atd.)

6. Víte, k jakému logopedovi dítě dochází?

a) ano

b) ne

7. Předává Vám logoped nějaké terapeutické materiály, které máte s dítětem procvičovat?

a) ano

b) ne

8. Podílíte se na automatizaci řeči dítěte během školního roku?

a) ano

b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ano“, napište prosím, jak se na automatizaci podílíte.

9. Máte na Vaší škole logopedický kroužek?

a) ano

b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ne“, přejděte prosím na otázku číslo 11.

10. Spolupracujete s vedoucí logopedického kroužku?

a) ano

b) ne

Pokud je vaše odpověď „ano“, napište prosím, jak Vaše spolupráce probíhá.

11. Myslíte si, že je Vaše spolupráce s logopedem dostačující?

a) ano

b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište prosím, jak by jste si představoval(a) zlepšení spolupráce.

Příloha č.2

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Monika Švaříčková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který použiji ve výzkumné části své diplomové práce.

Zakroužkujte pro Vás nejbližší odpověď. V ostatních otázkách Vás prosím o vypsání.

Děkuji Vám za Váš čas.

- 1. Jakou diagnózu Vašemu dítěti logoped zjistil?**

- 2. Jak dlouho trvá jedno sezení a jak často docházíte?**

- 3. Jste jako rodič dostatečně seznámen s metodikou nácviku doma?**
 - a) ano
 - b) ne
- 4. Dostáváte domů materiály na procvičování?**
 - a) ano
 - b) ne
- 5. Procvičujete doma se svým dítětem?**
 - a) ano
 - b) ne
- 6. Dochází Vaše dítě k logopedovi rádo?**
 - a) ano
 - b) ne
- 7. Účastníte se sezení?**
 - a) ano
 - b) ne

8. Domníváte se, že porucha komunikace má vliv na školní úspěšnost Vašeho dítěte?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 3

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Monika Švaříčková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který použiji ve výzkumné části své diplomové práce.

Zakroužkujte pro Vás nejbližší odpověď. V ostatních otázkách Vás prosím o vypsání.

Děkuji Vám za Váš čas.

1. Spolupracujete s učiteli dětí docházející k Vám na logopedii?

- a) ano
- b) ne

Pokud Vaše odpověď byla „ne“, přejděte prosím na otázku číslo 5.

2. Jakým způsobem spolupráce probíhá?

- a) telefonicky
- b) docházím do ZŠ
- c) osobní návštěva učitele na logopedii
- d) jiný

3. Předáváte terapeutické materiály učitelce (učiteli)?

- a) ano
- b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ano“, napište prosím, jakým způsobem materiály předáváte.

4. Jste spokojen(a) se spoluprací s učitelem (učitelkou)?

- a) ano
- b) ne

5. Měl(a) by jste zájem o prohloubení spolupráce s učitelem (učitelkou)?

a) ano

b) ne

Pokud je Vaše odpověď „ano“, napište prosím, jak si spolupráci představujete.

Příloha č. 4



NA CHODNÍKU

K

Paní Koubová jde po chodníku. Byla na nákupu. Na hlavě má klobouk a koupila si nový kabát. K domku jde kominík, má štětku a kouli. „Kampak, pane Tománku?“ povídá paní Koubová. Kominík odpovídá: „Paní Koubová, jdu se podívat na ten komín.“ Paní Koubová pokyvuje hlavou: „Pojďte dál, pane Tománku. Udělám vám kávu a pak půjdete na komín.“ „Děkuji vám, paní Koubová. Dnes mám bolavé koleno, a tak kulhám, ale na komín se podívám.“

Venku je Majka a Kamila. Kamila skáče panáka a povídá: „Majko, hlídej mi kelímeček. Mám v něm kakao.“ Majka kouká, jak Kamila poskakuje. Na chodník namalovaly panáka. Panák je pěkně velký.

Majka má na triku kotvu a chová klokánka. Vedle Majky je panenka. Panenka je Katka. A vlak? Ten tu nechal Kája. Majka povídá: „Kamilo, podívej, jde kominík - pan Tománek. A on kulhá! Pojď ke mně, ať jde pěkně po chodníku.“

„Děkuji vám, Majko a Kamilo,“ povídá kominík. Kominík a paní Koubová jdou do domku.

Domek má čtyři okna a jedno malé kulaté okénko. Na jednom okně je kompot. Vedle v okně je Katka. „Ahoj, mamko,“ volá Katka, „nemáme mouku!“ „Ale ano, mouku jsem koupila,“ povídá paní Koubová. „Budeme, Katko, dělat knedlíky.“

Pod oknem je konev, kbelík a motyka. Kvetu tu kytky. Dům má komín a také okap. Kolem domku utíká kohout. Utíká k okapu. Vedle domku Kuba a Kája kopou do balonu. Balon je kulatý. Kuba a Kája mají tepláky. Kuba má košili a Kája má mikinu. U plotu je kůň Beník. Kůň má kopyta a na nich podkovy. Koník někdy kope. Beník pokukuje po kominíkově.

1. Jazyková výchova (viz Seznam her a cvičení)

Slovní zásoba a vyjadřování:

- *Čí je to?* (obdoba hry 1i) Děti užíváním přivlastňovacích přídavných jmen určují, komu věci patří: Majčín klokánek, Katčina panenka, Kamilin kelímeček, Kájův vlak, Kubův míč.

Sluchové vnímání:

- *Krátce - dlouze* (5g). Využijeme slova: kluk, pan, vlak, mrak, plot; dům, kůň, míč.

2. Rozvíjení poznání

Témata k rozhovoru:

- *Hry dětí.*
- *Profese.* Různá povolání, např. kominík. Co dělá? Co potřebuje k práci?

3. Rozvíjení matematických představ, orientace na obrázku

- *Co je kulaté, co je hranaté* - určení geometrických tvarů - kruh, trojúhelník, čtverec, obdélník.
- *Prostorové pojmy:* nahoře, dole, za, vzadu, před, vpředu, vpravo, vlevo.
- *Počet do 6:* počítáme různé věci. Vztah více - méně (chlapci - dívky).

4. Pohybová výchova

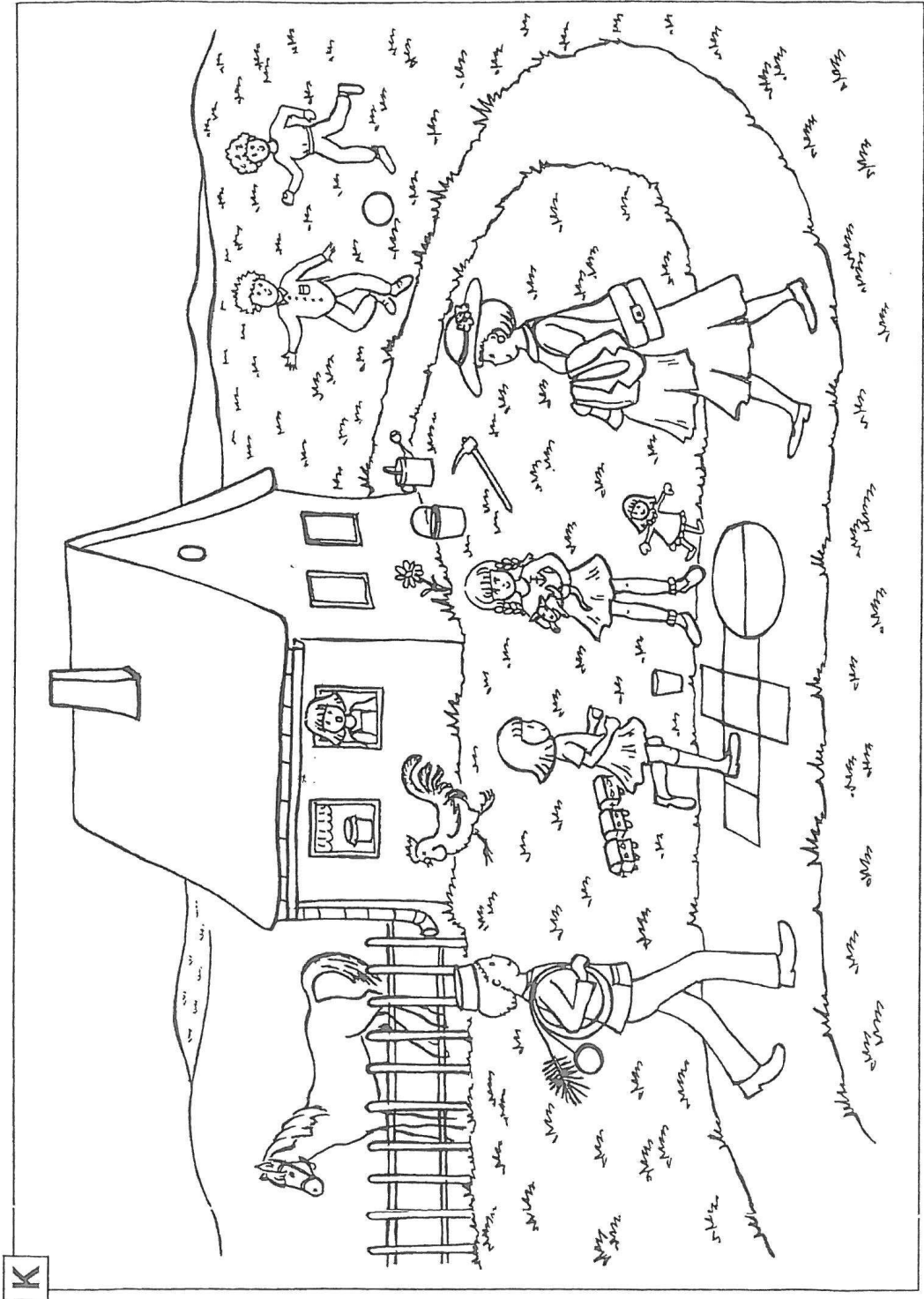
- *Na kominíka.* Děti stojí roznožmo za sebou v zástupu (nohy jsou „komín“) a ptají se posledního: „Kominíku, kominíku, jsou komíny čisté?“ Poslední - kominík - odpoví: „Podívám se, podívám se, není to tak jisté.“ Proleze „komínem“ (pod nohama všech) a postaví se na začátek zástupu.

- *Na vláček.* Úvodní básnička:

Vláček jede, vláček houká, každý se na vláček kouká.

Hú, hú, hú, vláček už je tu.

Děti sedí volně v prostoru. Jedno dítě je lokomotiva a jede mezi dětmi. Ten, u koho se zastaví při skončení básničky, musí říci jedno slovo s hláskou K (nebo rytmizovat své jméno - úkol podle vyspělosti dětí). Poté se zaboří do vláčku a hra pokračuje.



K

KONEV

KABÁT
VELKÝ

KÁMEN

KOUPE
PANENKA

KOTVA

KOHOUT

VÍKO

OKO
KOUKÁ

KŮŇ
KOPYTA

PANÁK

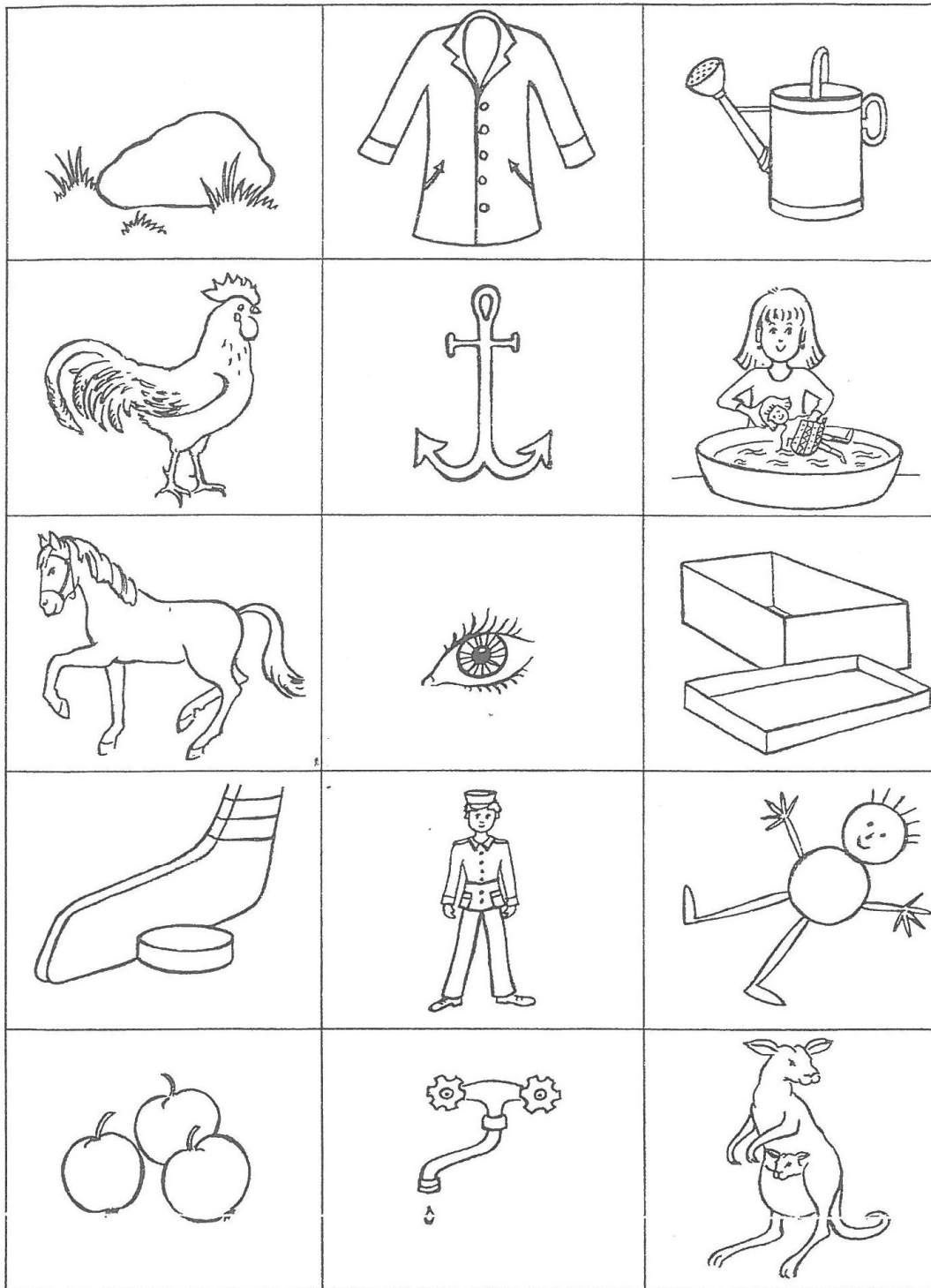
VOJÁK


PUK
HOKEJ
HOKEJKA

KLOKAN
KLOKÁNEK

KAPE
KAPKA
KOCILOUTKY

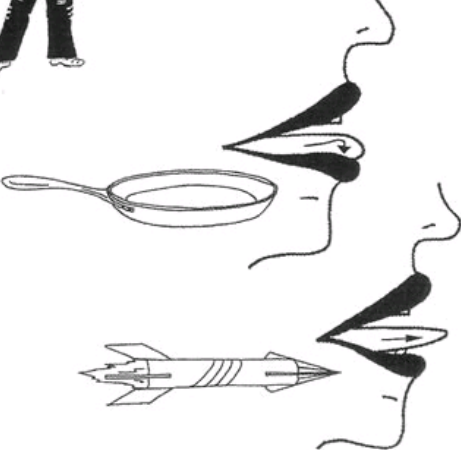
JABLKA





Průpravné cvičení k nápravě hlásek L

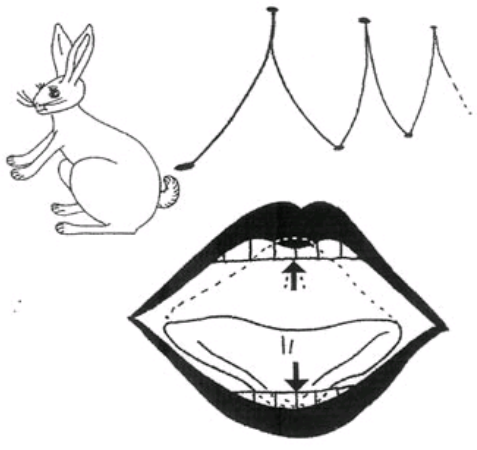
5. PÁNVIČKA - RAKETA



Vědomé střídání napětí a uvolnění jazyka

Ústa jsou mírně otevřená, hrot jazyka volně položený v dutině ústní. Hrot jazyka střídavě napínáme a mírně vysunujeme z dutiny ústní (utvoříme špičku) a posléze hrot jazyka uvolníme zpět do dutiny ústní. Cvik provádíme v rytmickém opakování.

6. ZAJÍČEK SKÁČE




Stimulace pohybu jazyka střídavě za horní a dolní zuby

Ústa jsou do široka otevřená, hrotem jazyka střídavě pohybujeme směrem za horní a dolní zuby. Cvik provádíme v rytmickém opakování.

7. POČÍTÁNÍ HORNÍCH A DOLNÍCH ZOUBKŮ

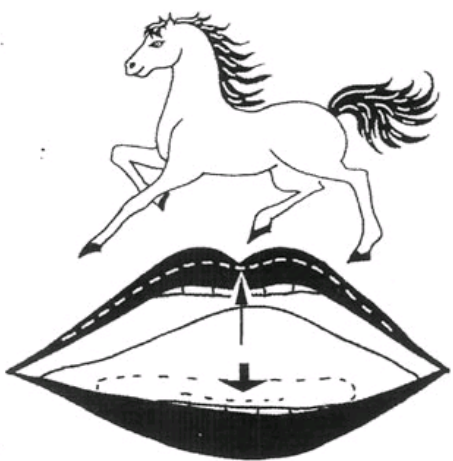
1 3 5 7
2 4 6 8



Stimulace hrotu jazyka se změnou pohybu do stran

Ústa jsou otevřená, hrotem jazyka se střídavě dotýkáme nejprve horních a posléze dolních zubů. Polohu jazyka určuje zprvu terapeut pomocí dotykové stimulace. Doporučuji v tomto sledu: střídá fezák, stolička do stran na pravo, vrátit se na řezák, stolička na levo. Ve stejném sledu provádíme v dolní rovině.

8. KLUS KONĚ



Stimulace hrotu jazyka s napětím

Ústa jsou mírně otevřená, hrot jazyka silně přitiskneme na alveolární výběžek. Uvolníme. Cvik provádíme v rytmickém opakování.