



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Pedagogická fakulta

Katedra slovanských jazyků a literatur

Nedostatky v mluveném projevu žáků ZŠ

Defects in spoken production of elementary school pupils

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Milena Nosková, PhD

Autor diplomové práce: Martina Šallyová, ČJ – AJ/nav.

Datum odevzdání: 29. 4. 2016

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce, PhDr. Mileně Noskové PhD., za čas a trpělivost, kterou věnovala mé práci.

Dále bych ráda poděkovala Základní škole Resslerova a Základní škole Ležáků v Hlinsku za to, že mi umožnili zpracování dotazníku a poskytli informace potřebné k sepsání diplomové práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované 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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 29. 4. 2016

.....

ANOTACE

Práce se zabývá nedostatky v mluveném projevu žáků ZŠ. Je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou.

V teoretické části je shrnuta problematika komunikace, dále je zde uveden přehled českých hlásek a charakteristika mluvních orgánů. Hlavním tématem této části je problematika nejčastějších výslovnostních vad a způsob jejich odstraňování.

Praktická část je zaměřena na analýzu sebraného materiálu, na základě dotazníku a vlastního pozorování.

ABSTRACT

The work deals with imperfections in elementary school pupil's speech. It is divided into two parts, the theoretical part and the practical part.

In practical part, there is summarized the issue of communication. There is also shown the overview of Czech sounds and characteristics of the speech organs. The main topic of this issue is the most common pronunciation defects and their removal.

The practical part is focused on the analysis of the collected material based on the questionnaire and my observation of elementary school students.

Obsah

Úvod	9
1 Komunikace	11
1.1 Pojem komunikace	11
1.2 Fáze komunikace.....	11
1.3 Verbální komunikace	12
1.4 Neverbální komunikace.....	12
2 Logopedie.....	13
2.1 Pojem logopedie.....	13
2.2 Logopedický pracovník	14
2.3 Logopedické vyšetření	14
2.3.1 Diagnostika	14
2.3.2 Příprava na vyšetření.....	15
2.3.3 Vlastní vyšetření	15
3 Mluvní orgány	17
3.1 Dýchací ústrojí.....	17
3.2 Hlasové ústrojí	18
3.3 Artikulační ústrojí	20
3.3.1 Vlastní mluvidla.....	20
3.3.2 Druhy nadhrtanových rezonančních dutin.....	21
4 Systém hlásek v českém jazyce.....	22
4.1 Samohlásky (vokály).....	22
4.1.1 Přední nízké a/á.....	23
4.1.2 Přední středové e/é	23
4.1.3 Přední vysoké i/í	23
4.1.4 Zadní středové o/ó.....	23
4.1.5 Vysoké zadní u/ú.....	23
4.2 Dvojhásky (diftongy)	23
4.3 Souhlásky (konsonanty)	24
4.3.1 Dělení souhlásek podle místa tvoření.....	24
4.3.2 Dělení souhlásek podle nosovosti.....	25
4.3.3 Dělení souhlásek podle způsobu tvoření.....	25
4.3.4 Dělení souhlásek podle znělosti.....	25
4.3.5 Dělení souhlásek podle artikulačního orgánu	25

5	Vývoj řeči.....	26
5.1	Fylogenetický vývoj řeči	26
5.2	Ontogenetický vývoj řeči.....	26
5.2.1	Období křiku	27
5.2.2	Žvatláni pudové	27
5.2.3	Žvatláni napodobivé.....	27
5.2.4	Období rozumění řeči.....	28
5.2.5	První slovo	28
5.2.6	První věta.....	28
5.2.7	Slovní zásoba	29
5.2.8	Rozvoj výslovnosti.....	29
5.2.9	Období otázek	30
6	Nejčastější vady a poruchy řeči.....	31
6.1	Centrální vady a poruchy.....	31
6.1.1	Opožděný vývoj řeči	31
6.1.2	Vývojová dysfázie.....	32
6.1.3	Afázie	32
6.1.4	Breptavost.....	34
6.1.5	Koktavost.....	35
6.2	Neurotické vady a poruchy.....	38
6.2.1	Mutismus	38
6.2.2	Selektivní (elektivní) mutismus	38
6.3	Vady mluvidel.....	39
6.3.1	Huhňavost (rhinolalia).....	39
6.3.2	Palatolálie	39
6.4	Poruchy artikulace.....	40
6.4.1	Patlavost (dyslalie)	40
6.4.2	Dysartrie	41
6.5	Poruchy hlasu.....	43
6.5.1	Chraptivost (dysfonie).....	43
6.5.2	Mutace	43
6.6	Symptomatické vady a poruchy.....	43
6.6.1	Děti zrakově postižené (nevidomé).....	43
6.6.2	Děti sluchově postižené.....	44

6.6.3	Děti s dětskou mozkovou obrnou	46
6.6.4	Děti s mentální retardací.....	47
6.6.5	Děti s dalšími poruchami a onemocněními	48
7	Výzkumná část	50
7.1	Dotazníkové šetření.....	50
7.2	Vyhodnocení dotazníku – obecné	51
7.3	Řečové nedostatky u žáků 6. tříd	52
7.4	Shrnutí 6. ročníku	62
7.5	Řečové nedostatky u žáků 9. tříd	63
7.6	Shrnutí 9. ročníku	73
7.7	Celkové shrnutí dotazníků	74
8	Vlastní pozorování – ZŠ Resslova	75
8.1	Kazuistika	76
9	Vlastní pozorování logopedické péče na ZŠ Ležáků.....	78
9.1.1	Logopedická péče na ZŠ Ležáků	79
9.1.2	Logopedické vyšetření	80
9.1.3	Individuální logopedický plán	81
9.1.4	Záznamy z hodin logopedické péče	83
9.2	Shrnutí vlastního pozorování.....	84
10	Možnosti logopedické péče v Hlinsku.....	86
10.1	Logopedické ordinace	86
10.2	Mateřská škola Rubešova	86
	Závěr.....	88
	Literatura.....	90
	Seznam grafů	93
	Přílohy	95

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na řečové nedostatky u žáků 2. stupně základní školy. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a výzkumné. Téma diplomové práce jsem si vybrala proto, že mě zajímá a v rodině jsem se s touto problematikou osobně setkala.

Řečových nedostatků je v dnešní době mnohem více než v minulosti. Příkladám to velmi omezené verbální komunikaci mezi dětmi. Verbální komunikaci nahrazuje komunikace prostřednictvím sociálních sítí. To začíná již od velmi útlého dětství, kdy děti mnohdy umějí dříve ovládat počítače a tablety než vyslovit svou první větu. Velkou vinu na rozvoji řeči mají také rodiče, kteří v dnešní době s dětmi tráví čím dál tím méně času. Namísto vyprávění pohádek, říkanek a různých dětských básniček, tráví děti čas sledováním kreslených pohádek v televizi, kde je mluva velmi omezená nebo naopak velmi rychlá. Děti nestíhají řeči porozumět, na to totiž potřebují klid a vhodné prostředí. Při předčítání si děti nejen lépe osvojují slovní zásobu, základní gramatiku, ale také rozvíjejí fantazii.

V průběhu psaní diplomové práce jsem se opírala hlavně o publikace Dany Kutákové, Jiřiny Klenkové a Viktora Lechty. Pokud to bylo možné, byly vybrány publikace vydané po roce 2000. Hlavními zdroji této práce byly hlavně dostupné odborné publikace z oblasti fonetiky a fonologie, logopedie a speciální pedagogiky.

Cílem teoretické části práce bylo shrnout základní pojmy vztahující se k tématu práce. První kapitola definuje pojem komunikace a její rozdělení na verbální a neverbální. Další kapitola se věnuje pojmu logopedie, kde je zmíněn také průběh logopedického vyšetření. Následuje kapitola o mluvních orgánech, jejich rozdělení a funkce pro správný vývoj řeči. Kapitola o českých hláskách je rozdělena na samohlásky, dvojhásky a souhlásky, s důkladným rozebráním každé skupiny. Šestá kapitola nese název Vývoj řeči a zabývá se shrnutím vývoje řeči od prenatálního období až po období zhruba kolem čtyř let, kdy děti již většinou plyně mluví. V sedmé kapitole jsou popsány nejčastěji se vyskytující vady a poruchy řeči, se kterými se budoucí učitelé v praxi mohou nejvíce potýkat.

Na tuto kapitolu navazuje část výzkumná založená hlavně na sběru dat prostřednictvím vyplněných anonymních dotazníků žáky dvou základních škol

v Hlinsku, kde jsem absolvovala svou souvislou praxi a na vlastním pozorování. Na první základní škole, na Základní škole Resslerova bylo stěžejním úkolem vlastní pozorování. Na druhé základní škole, Základní škole Ležáků byly sesbírány materiály převážně týkající se hodin logopedické péče. Sesbírané dotazníky se zaměřují hlavně na rozdíly mezi dívkami a chlapci v šestých a devátých ročnících a na způsob odstraňování vad. V poslední kapitole jsou shrnuty veškeré možnosti logopedické péče v Hlinsku v Čechách, kde byla sebrána veškerá data pro tuto práci. Tato část se převážně zabývá logopedickou péčí nabízenou pedagogickými pracovníky speciálně proškolenými pro výuku logopedie v rámci základních škol.

Snahou je přiblížit logopedickou péči ve školách širší veřejnosti, jelikož je tato možnost velmi podceňována.

1 Komunikace

Každý člověk nebo zvíře, každá živá bytost, se potřebuje nějakým způsobem dorozumět. Potřeba komunikace k životu neodmyslitelně patří, jelikož člověk je tvor společenský.

1.1 Pojem komunikace

Termín komunikace není ve slovnících jednotně definován. Pro různá odvětví lze nalézt rozdílná vysvětlení. Latinské slovo "communicatio" je nejčastěji chápáno jako určité společenství, sdělování, spojování něčeho, co bylo rozdělené, jako sdílení něčeho s někým nebo slučování neslučitelného.

Komunikace je schopnost lidské bytosti vytvářet a následně i užívat takové výrazové prostředky, které pomáhají udržovat a tvořit mezilidské vztahy. Jde o velice komplikovaný proces, při kterém dochází k výměně informací mezi stranami, jež se komunikace účastní. Člověk informace nejen přijímá, ale nadále s nimi operuje, informace zpracovává, reaguje na ně. Reakce je vždy podmíněna odezvou od okolí a to buď kladnou, nebo zápornou.

Komunikace patří mezi základní biologické potřeby člověka.¹

1.2 Fáze komunikace

Každá komunikace má svou funkci. Při naplnění této funkce získává komunikace smysl a význam. Klenková rozlišuje 6 stupňů komunikace²:

- 1) *ideová geneze* - prvotní nápad, myšlenka, díky které autor komunikace má potřebu komunikovat
- 2) *zakódování* – vyjádření myšlenky, nápadu pomocí slov, písma, pohybu
- 3) *přenos* – samotný pohyb vysílaných informací k osobě, která toto přijímá
- 4) *příjem* – moment, kdy příjemce komunikace získává vysílané informace
- 5) *dekódování* – operace, při níž příjemce získané informace zpracovává, reaguje na ně
- 6) *akce* – chování nebo činnost, které v příjemci informace vyvolá

¹ KLENKOVÁ J., BOČKOVÁ B. a BYTEŠNÍKOVÁ I., Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 20

² KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 28

1.3 Verbální komunikace

Jak již samotný název napovídá, jde o komunikaci prostřednictvím slov a to buď formou mluvenou, nebo psanou.

Verbální komunikaci ovlivňuje spousta faktorů. Mezi nejzákladnější faktory ovlivňující verbální komunikaci patří například plynulost projevu, hlasitost projevu (jak hlasitě, či potichu mluvčí hovoří), frázování řeči a pomlky, objem, tón hlasu (vysoký nebo naopak nízký), barva hlasu (příjemná pro posluchače či nikoliv), rychlost mluvené řeči (kolik slov vysloví mluvčí za minutu, spojené s problematikou srozumitelnosti projevu).

1.4 Neverbální komunikace

Komunikace neverbální používá ke komunikaci jiné prostředky nežli slova. Každá verbální komunikace je doprovázena současně komunikací neverbální, užívanou víceméně jako doplnění komunikace verbální. Každý člověk svým výrazem v obličeji, postojem těla něco sděluje. Aniž by mluvčí použil slova, adresát dokáže vycítit rozpoložení mluvčího.

Neverbálně člověk komunikuje například pohyby těla, pohyby hlavou, gesty, pohledem, mimikou obličeje, vzdáleností mezi mluvčím a adresátem, tělesným kontaktem mezi osobami, ale také třeba tím, co má právě na sobě, tj. oblečením, účesem apod.

Neverbální komunikaci se každý učí nevědomě již jako malé dítě od svých rodičů. Děti pozorují chování dospělých a napodobují jej. Nejvýrazněji je vnímána neverbální komunikace v oblasti obličeje a horních končetin. Výraz v obličeji vždy napoví, zda je posluchač projevem zaujat, znuděn, apod.

Klenková uvádí, že v neverbálním chování se projevují i rozdílné individuální, etnické, geografické a kulturní odlišnosti. Jako příklad uvádí pokyvování hlavou, kdy pohyb hlavou nahoru a dolů znamená souhlas, zatímco pro Bulhary a Řeky má význam opačný, tedy nesouhlas. Dále uvádí srkání a mlaskání jako výraz uznání hostiteli, že připravený pokrm je opravdu chutný či nadměrné užívání gest obyvatel jižních národů.³

³ KLENKOVÁ J., BOČKOVÁ B. a BYTEŠNÍKOVÁ I., Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 22

2 Logopedie

2.1 Pojem logopedie

Obor speciální pedagogika se zabývá vzdělávacími potřebami osob vyžadujících speciální přístup. Dělí se na různé podobory, podle toho jaké má pacient postižení a jaký vhodný druh vzdělání a pomoci člověk potřebuje. Jedním z oborů zařazený do speciální pedagogiky je i logopedie.

Logopedie patří mezi jedny z nejmladších vědních disciplín. Vznikala od počátku 20. století. Slovo logopedie je utvořeno spojením dvou řeckých slov – slova *logos* (řeč, slovo) a *paidea* (výchova). Pojem logopedie byl poprvé užit vídeňským lékařem a foniatrem Emilem Fröschelsem v roce 1924.⁴

Dvončová uvádí ve svém článku Československá logopedie, že prvními, kdo užili název logopedie, ve smyslu výuky, byli římsí Isokrates a později Hippokrates. Dodnes jsou známy Demosthenovy metody na léčbu kórtavosti.⁵

Samotné pojetí logopedie bylo zpočátku velmi složité. Různí vědci a lékaři se na logopedii dívali z různých úhlů pohledu. Asi málokde bychom hledali tak různorodé pojetí vědního oboru, jaké nacházíme právě u logopedie. V. Lechta ve svých studiích z roku 2007 a 2009 uvádí, že se názory na obor mění zároveň s tím, jak se obor vyvíjí. Jednou z nejvýznamnějších osob, která se věnuje oboru logopedie, je bezesporu pan M. Sovák. Ten nahlížel na logopedii jako na pedagogický obor, definoval jej jako nauku o výchově řeči, která předchází a pomáhá odstraňovat poruchy řeči. J. Dvořák se díval na logopedii jako na zdravotnický obor zabývající se fyziologií a patologií komunikace lidskou řečí.⁶

Kejklíčková definuje logopedii jako obor, jehož hlavní náplní je výchova řeči, péče o správné užívání řeči a také o kvalitu mezilidské komunikace.⁷

⁴ KEJKLÍČKOVÁ, I. Logopedie v ošetřovatelské praxi, 2011, s. 13

⁵ DVONČOVÁ, Jana. Československá logopedie. *Slovo a slovesnost* [online]. 1959, 20(3), 2 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://sas.ujc.cas.cz/>

⁶ KLENKOVÁ J., BOČKOVÁ B. a BYTEŠNÍKOVÁ I., Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 10

⁷ KEJKLÍČKOVÁ, I. Logopedie v ošetřovatelské praxi, 2011, s. 13

2.2 Logopedický pracovník

Profesi logopeda může vykonávat vysokoškolsky vzdělaný člověk, absolvent magisterského studijního programu se zaměřením na logopedii a surdopedii. Tento obor je součástí studijního programu speciální pedagogika. Student musí z oboru logopedie a surdopedie úspěšně složit státní závěrečné zkoušky. Mezi další podmínky patří praxe pod vedením zkušeného logopeda, například v logopedickém centru.

Logopedický asistent je také absolvent vysoké školy, ale nižšího než magisterského studia. Studium je zakončeno závěrečnou zkouškou z logopedie. Asistent může provádět reedukaci pouze pod supervizí logopeda, jehož úkolem je práci asistenta kontrolovat a dozorovat, popřípadě, když se reedukace nedaří, tak péči o jedince přebírá.

Klinický logoped nachází své uplatnění ve zdravotnictví. Klinický logoped je úspěšný absolvent pedagogické fakulty, obor speciální pedagogika. Po ukončení studia na vysoké škole své vzdělání dále rozšiřuje speciální přípravou pro práci ve zdravotnictví. Zde musí splnit atestaci. Nadále může pracovat samostatně či jako zaměstnanec např. logopedického centra.⁸

2.3 Logopedické vyšetření

Při logopedickém vyšetření je nutné vždy určit správnou diagnostiku, na níž jsou závislé další zvolené postupy terapie.

2.3.1 Diagnostika

Při diagnostice je třeba vždy určit, jakou poruchu by mohl jedinec mít a v jakém rozsahu nebo o jaký stupeň poruchy se jedná. Dále je třeba zjistit, zda jde o poruchu samostatnou či kombinovanou s jinou poruchou, méně či více závažnou. Logopedi se snaží zjistit příčinu poruchy, ať už bezpečnou, či zatím pouze pravděpodobnou. Na základě těchto informací dále stanovují správnou diagnózu, pokud již není daná z předchozích vyšetření a z jiné lékařské dokumentace a určují prognózu. Nesmí chybět také promyšlení plánu, jak správně postupovat při reedukaci řeči.⁹

⁸ <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=vzdelavani-jak-se-stat-klinickym-logopedem>, 4. 2. 2016

⁹ KEJKLÍČKOVÁ, I., Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 111

2.3.2 Příprava na vyšetření

Samotné vyšetření začíná již okamžikem, kdy vyšetřovaný jedinec vstoupí do místnosti, kde jeho reedukace bude probíhat. Vybavení, rozmístění, zvolené barvy v místnosti, to vše již má velký vliv, na to, jak se jedinec s poruchou cítí. Toto všechno souvisí s pocitem bezpečí a diskrétnosti.

V místnosti musí být pomůcky a materiály, které logoped nutně potřebuje, aby mohl správně a plnohodnotně vykonávat svou činnost. Před zahájením vyšetření musí logoped bezpodmínečně znát lékařskou zprávu a další dokumenty týkající se pacienta. To souvisí také s navázáním lepšího vztahu. Když lékař už o pacientovi mnohé ví, jejich vztah je mnohem bližší a přispívá to k lepší kooperaci mezi nimi.

Doba pro vyšetření by měla být vhodně zvolena tak, aby pacient na vyšetření nepřišel příliš unaven. Při vyšetření je vhodné, aby byl uvolněný, schopný pohotově reagovat a odpovídat na otázky. Obecně platí, že není příliš efektivní, provádět vyšetření příliš brzy ráno nebo například po obědě. Je výhodou, když lékař pacienta zná a vyšetření přizpůsobí jeho dennímu režimu a rytmu.

2.3.3 Vlastní vyšetření

Každé vyšetření je vhodné začít motivačně, abychom navázali lepší spolupráci. Prvním bodem vyšetření je zjištění dat o pacientovi. Po celou dobu rozhovoru si je nutné všimnout i neverbální komunikace pacienta – to nám o něm také mnoho prozradí.

Následně lékař přechází k vyšetření artikulačních schopností, schopnosti provádět úkony za pomoci jemné motoriky, rytmizace. Součástí může být i zpěv nějakého velice jednoduchého popěvku.¹⁰

Součástí každého logopedického vyšetření je vyšetření sluchu pacienta. Na pacienta je nutné šeptat ze vzdálenosti alespoň šesti metrů, ten pak slova opakuje či alespoň pohybem hlavou či ruky naznačí, že dané slovo slyšel. Důležité je také zkontrolovat, zda pacient nenosí naslouchátko a pokud ano, tak pokud jeho řečová vada nesouvisí s vadou sluchu. Jedinci se sluchovým postižením se zabývá obor speciální pedagogiky – surdopedie.

¹⁰ KEJKLÍČKOVÁ, I., Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 112

Podle potřeby jsou využívány další metody jako například dotazníky a různé testy. Při všech provedených úkonech je vždy nutné postupovat od nejjednodušších po ty více složitější. Vhodné je pořídit si zvukovou nahrávku artikulačních schopností pacienta.

Kejklíčková uvádí, jaký postup by měl být správně dodržován při logopedickém vyšetření¹¹:

- *navázání kontaktu,*
- *sestavení rodinné anamnézy¹²,*
- *sestavení osobní anamnézy,*
- *nynější potíže,*
- *dosavadní léčba (včetně trvalé medikace),*
- *vyšetření sluchu,*
- *vyšetření gnostických funkcí včetně rozumění řeči,*
- *vyšetření artikulace,*
- *vyšetření motoriky celkové a jemné,*
- *vyšetření laterality,*
- *průzkum sociálního prostředí,*
- *podle potřeby další speciální vyšetření (muzikanta, grafomotorika, postřeh aj.).*

Na závěr lékař pacienta povzbudí do další spolupráce. Všechna získaná data si pečlivě zaznamená a provede diagnostický závěr, promyslí další postup léčby.

¹¹ KEJKLÍČKOVÁ, I., Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 113

¹² Během rodinné a osobní anamnézy doplňuje lékař informace o pacientovi týkající se jeho dědičných nemocí a chorob, jaké léky užívá, dále se zde zajímá o školní docházku, další studium, pacientovi zájmy, zaměstnání, základní informace o jeho životě. Na řeč mohou mít vliv i vztahy v rodině, vztahy s ostatními lidmi, s partnerem a okolím. Dále lékaře zajímá, jak se vyvíjela řeč pacienta a vše týkající se problému, se kterým pacient za lékařem přišel. V případě, že pacient tyto informace neposkytne, zjišťuje je lékař od nejbližších příbuzných, popř. životních partnerů.

3 Mluvní orgány

Jako mluvidla (mluvní orgány) se v širším slova smyslu označují všechna ústrojí podílející se na vytváření fyzikálních podmínek, v nichž může zaznít zvuková podoba řeči. K tomu, aby se mohla zvuková forma řeči realizovat, je třeba, aby byl vytvořen výdechový proud, aby vznikl hlas a aby byly artikulovány hlásky. Podle těchto kritérií dělíme mluvní orgány na dýchací ústrojí (respirační), hlasové ústrojí (fonační) a artikulační (hláskovací)¹³

3.1 Dýchací ústrojí

Dýchací ústrojí slouží při řeči k vytváření výdechového proudu nepostradatelného při vzniku prvků řeči. Dýchání je fyziologickým procesem, během něhož se vyměňuje vzduch v plicích a tak dochází k okysličování krve, tak nezbytnému k udržení života.

Hlavní součástí dýchacího ústrojí jsou plice. Ty jsou tvořeny dvěma vaky z měkké tkáně, uložené v hrudní dutině, uvnitř hrudního koše. Hrudní koš je vytvořen hrudní páteří a dvanácti páry žeber, připojenými na hrudní obratle a vpředu připnuté chrupavkami k hrudní kosti. Žebra vytvářejí oblouk šikmo směrem dopředu. Při dýchání se objem hrudního koše mění tím, jak používáme mezižeberní svaly. Pomocí těchto svalů můžeme žebra zdvihát a tak hrudní koš rozšiřovat anebo naopak snižovat a zároveň tak zmenšovat objem hrudního koše.

Vzduch je do plic přiváděn vzduchovou trubicí – průdušnicí, rozvětřující se v plicích dále na průdušky, průdušinky a plicní sklípky (viz příloha č. 1)

Bránice odděluje dutinu hrudní od dutiny břišní. Jedná se o sval, který je v klidovém postavení vyklenutý vzhůru. Při klidném vdechování se snižuje a rozšiřuje tak prostor dutiny hrudní, přední stěna břicha se zvedá dopředu. Při výdechu se bránice zatahuje zpět a hrudní prostor zmenšuje.

Podle toho, co při dýchání převládá, zda pohyb hrudního koše nebo bránice, je rozlišován dvojitý druh dýchání: typ hrudní (ovládáme jej svou vůlí) a typ břišní (spontánní). Oba dva druhy dýchání se navzájem kombinují. K mluvení se využívá výdechový proud vzduchu.

¹³ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 14

Při klidném dýchání se zhruba vymění půl litru vzduchu. Při maximálním nádechu je dospělý člověk schopný vdechnout dalších jeden a půl až dva litry (vzduch doplňkový). Při vydechnutí v plicích pořád zůstává malé množství vzduchu (vzduch rezervní). Maximální množství vydechovaného vzduchu, je přibližně čtyři litry, a nazývá se vitální kapacita plic. Tato se měří spirometrem. I při úplném vydechnutí v plicích stále zůstává asi jeden litr vzduchu (vzduch reziduální).¹⁴

3.2 Hlasové ústrojí

V hlasovém ústrojí se vytváří lidský hlas. Celé toto ústrojí je uloženo v hrtanu. Hrtan se skládá z chrupavek, jejichž vnitřní plochy jsou hladké, vazů, sliznic a svalstva. Chrupavčitá schránka, z níž je hrtan vytvořen se dále skládá z chrupavky prstencové (podobné pečetonmu prstenu) a z chrupavky štítné, jejíž dvě plochy se sbíhají vpředu hrtanu (lze je nahmatat na přední části krku, tzv. ohryzek). K přední hrtanové části se připíná hrtanový příklůpek, jehož zásluhou při polykání nevdechujeme potravu do hrtanu a do plic. Svým pohybem nahoru umožňuje průchod vdechovanému a vydechovanému proudu vzduchu. Na horní stranu chrupavky prstencové přisedají párové chrupavky hlasivkové, které zde vytvářejí kloub, díky němuž se mohou tyto chrupavky různě pohybovat (viz příloha č. 2).

Hlasivky jsou dva vazy, nacházející se v ohryzku. Tyto vazy jsou pokryté sliznicí a společně se soustavou svalů umožňují pohyb hlasivek. Hlasivky se oddalují, přibližují, napínají a povolují. Průchod mezi hlasivkami se nazývá hlasová štěrbiná. Při dýchání se hlasivky lehce přibližují a oddalují tak, aby mohl proud vzduchu volně procházet trojúhelníkovou štěrbinou mezi nimi.

V okamžiku, kdy se hlasivky přiblíží a zároveň napnou, vzniká v místě pod hlasivkami přetlak znovu oddalující hlasivky. Tento pohyb hlasivek se neustále opakuje. (viz příloha č. 3). Díky pravidelnému zhušťování a zředování vzduchu vzniká první slyšitelný tón odpovídající výšce. Takto vzniklý tón se nazývá tónem základním, není však ještě možné považovat tento tón za lidský hlas. Má již svou výšku, sílu a zabarvení. Podobu lidského hlasu však nabývá až přechodem do nadhrtanových rezonančních dutin.

¹⁴ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 12

Pojmem hlasový začátek (nasazení hlasu) se označuje způsob, jakým se zahajuje znění hlasu. Junková i Romportl uvádějí shodně 3 druhy možných začátků a to začátek měkký, kdy se hlasivky pomalu rozkmitávají výdechovým proudem vzduchu, tak, že se síla hlasu jen pozvolna zvětšuje. Začátek dyšný, se projevuje víceméně jako hlasový šelest nadále se měnící ve zvuk. Je to zvuk podobný výslovnosti české hlásce *h*. Pokud hlas zazní ihned naplno, hovoří se o začátku tvrdém. Tvrdý začátek se v češtině obecně nazývá ráz, uplatňující se zejména před vokály.

Hlasivky jsou velmi jemné vazy, které je potřeba za každých okolností chránit před poškozením. Neměli bychom hlasivky zbytečně vystavovat příliš studenému nebo prašnému prostředí a zbytečně je nepřepínat. Při špatném zacházení hrozí chrapot či selhání hlasu po neúměrně hlasitém a vytrvalém křiku. Když k tomuto dojde, pomůže hlasivkám jedině naprostý klid. Péče lékařů je nezbytně nutná v případě, kdy se na hlasivkách vytvoří tzv. hlasivkové uzlíky ztěžující mluvení, popř. zpěv.

Rozsah a poloha hlasu závisí na pohlaví a věku jedince. Hlavně u chlapců se v období puberty zvětšuje hrtan, prodlužují se hlasivky (až o 1 cm, u dívek o cca 3 mm) a hlas se stává hlubším. U chlapců se tento proces nazývá mutací. U malých dětí je hlas u holčiček i u chlapců velice podobný, tato podobnost se znovu objevuje ve stáří. Dospělý jedinec má hlasivky dlouhé asi 1,5 až 2, 5 cm.

Barva hlasu se tvoří v dutinách a je dána počtem, silou a výškou svrchních tónů. Každý člověk má charakteristickou barvu hlasu, díky němuž člověka poznáme i po letech. Barva hlasu se však může měnit v závislosti na tom, v jakém rozpoložení se člověk nachází. Podle barvy můžeme rozeznat, zda je člověk smutný, zda má radost, jestli je klidný či naopak nervózní aj.

Síla hlasu je velice závislá na konstituci lidského těla. Zdravý jedinec se širokým, zdravě vyklenutým hrudníkem má obvykle silný, výrazný hlas. Lidé s plochým hrudníkem mívají hlas spíše slabší. Záleží i na tom, zda člověk častěji trpí plicními chorobami, či je častěji nemocný s horními cestami dýchacími – tito lidé mají také slabší sílu hlasu.¹⁵

¹⁵ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 15

3.3 Artikulační ústrojí

Artikulační ústrojí zahrnuje všechny orgány přímo se podílející na úpravě hlasu vycházejícího z hrtanu, tak aby vznikly prvky lidské řeči. Skládá se ze dvou částí a to nadhrtanových rezonačních dutin a mluvidel. Mluvidla jsou ty orgány, které se artikulace účastní přímo. Nadhrtanové rezonanční dutiny jsou celkem tři – dutina hrdelní (laryngální), dutina nosní (nazální) a dutina ústní (orální).¹⁶

3.3.1 Vlastní mluvidla

Skupina mluvidel zahrnuje rty, zuby, dásňový výstupek, tvrdé patro, měkké patro, čípek, jazyk, spodní čelist (viz příloha č. 4).

- Rty (labia) se dělí na dolní a horní. Při artikulaci se pohybují, přibližují se, oddalují či se zaokrouhlují.
- Zuby (dentes) se také dělí na horní a dolní. Nejvýznamnější jsou pro tvorbu hlásek řezáky, špičáky a méně již stoličky.
- Dásňový (alveolární) výstupek je část patra, kde jsou uloženy kořeny zubů. Sliznice je velmi zvrásněna.
- Tvrdé, přední patro (palatum) je část klenby za dásňovým výstupkem, tato část již není zvrásněna. Tvoří klenbu ústní dutiny.
- Měkké, zadní patro (velum) je část dutiny ústní navazující na tvrdé patro. Je tvořeno svalem, který se aktivně podílí na artikulaci díky změnám jeho tvaru a poloh.
- Čípek (uvula) se tvorby českých hlásek účastní jen výjimečně. Nejčastěji ho využívá francouzský jazyk, v češtině u ráčkování.
- Jazyk (lingua) je nejdůležitější součástí mluvidel. Na artikulaci hlásek se podílí nejvíce z uvedených mluvidel. Jazyk se dále dělí na špičku, hřbet a kořen. Při artikulaci provádí mnoho různých, mnohdy i složitých pohybů.

¹⁶ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 23

- Spodní čelist (mandibula) se přibližuje k horní čelisti nebo se od ní oddaluje. Při artikulaci některých hlásek se může lehce vysunovat dopředu. Spolu s horní čelistí tvoří při artikulaci tzv. čelistní úhel.

3.3.2 Druhy nadhrtanových rezonančních dutin

Nadhrtanové rezonanční dutiny se skládají ze tří druhů dutin:

Dutina hrdelní je prostor nad hlasivkami. Tím, jak se pohybuje jazyk, se mění její velikost. Právě tento objem je důležitý při tvorbě vokálů.

Dutina ústní patří k nejdůležitější z dutin, jelikož její tvar i velikost lze nejvíce měnit pomocí mluvidel. Zepředu je ohraničena rty a zezadu navazuje na dutinu hrdelní. Je zapojena do tvorby všech hlásek.

Dutina nosní má neměnný tvar a velikost. Artikulace se účastní pouze při výslovnosti nazálních hlásek za pomoci měkkého patra. V podstatě je také soustavou dutin, jelikož nosní dírky a nozdry jsou rozdělené nosní přepážkou na dvě stejně velké části.

4 Systém hlásek v českém jazyce

Hlásky jsou základním stavebním prvkem řeči. Počet hlásek v jazyce je ustálený. Hlásky jsou v českém jazyce rozdělené na samohlásky a souhlásky.

4.1 Samohlásky (vokály)

Při vyslovování samohlásky se výdechovému proudu vzduchu nestaví do cesty žádné překážky, tím nevzniká šum, samohlásky jsou proto nazývány tónové hlásky. Tón lze laicky označit jako něco, co je uchu příjemné.

Čeština rozlišuje deset základních samohlásek – pět krátkých a pět dlouhých protějšků – *a, e, i, o, u / á, é, í, ó, ů*. Pro některé samohlásky má čeština dva grafémy. Platí to u samohlásky *y, i* a u *ú, ů*. Jeden foném zde má dva možné způsoby zapsání.

Výdechový proud vzduchu prochází rezonátory, kde dochází k zesilování a vznikají zesílené tóny, formanty. Základním formantem je formant hlasivkový, který vzniká v hrtanu. Další formanty vznikají v nadhrtanových rezonančních dutinách. Pro české samohlásky jsou nejdůležitější dva formanty s nejnižší frekvencí, označují se F_1 a F_2 . Výška a síla těchto formantů závisí na uspořádání dutiny hrdelní a dutiny ústní.¹⁷

Vlastnosti dutiny hrdelní a ústní se mění v závislosti na tom, jak se pohybuje jazyk ve směru horizontálním (tj. dopředu a dozadu) a ve směru vertikálním (tj. nahoru a dolu), dále zvětšováním a zmenšováním čelistního úhlu a změnou tvaru a velikosti retního otvoru. Dutina nosní se artikulace samohlásek neúčastní, jelikož čeština nemá žádné nosové samohlásky. Uplatňuje se jen zřídka například při rýmě. Hojně se však dutina nosní zapojuje při výslovnosti například ve francouzštině, v polštině apod.¹⁸

Samohlásky se třídí z hlediska doby trvání na krátké a dlouhé, kde dlouhé samohlásky jsou přibližně dvakrát delší než samohlásky krátké. Záměna krátkých a dlouhých samohlásek v češtině není možná, jelikož se touto záměnou následně změní i význam slova, např. *dal – dál, aj.*¹⁹

¹⁷ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 26

¹⁸ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 42-43

¹⁹ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 27

Podle pohybu jazyka horizontálním směrem jsou rozlišovány samohlásky přední, střední a zadní. Podle pohybu jazyka vertikálním směrem se rozdělují samohlásky na vysoké, středové a nízké. (viz příloha č. 5). Podle tvaru rtů se samohlásky dělí na labializované (zaokrouhlené), typické pro samohlásky *o*, *ó*, *u*, *ú* a nelabializované (nezaokrouhlené).

4.1.1 Přední nízké a/á

Při výslovnosti samohlásky a/á se jazyk nachází na spodní části dutiny ústní, kde se nijak nepohybuje. Rty jsou pootevřené, nehýbou se. Při výslovnosti této samohlásky tvoří rty největší čelistní úhel. Jazyk je zapřený za řezáky. Nejčastější hláska vyslovovaná dětmi.

4.1.2 Přední středové e/é

Jazyk se při artikulaci posouvá zároveň dopředu a nahoru. Opírá se o zuby větší plochou. Rty jsou pootevřené, ale tvoří menší čelistní úhel než při výslovnosti samohlásky *a*.

4.1.3 Přední vysoké i/í

Jazyk se posouvá opět dopředu a nahoru. Špička jazyka se opírá za řezáky, vyvíjí větší tlak na zuby. Rty mají pouze malý úhel a jsou velice blízko u sebe.

4.1.4 Zadní středové o/ó

Jazyk se posouvá dozadu a mírně nahoru, je v dutině ústní volně, o nic se neopírá. Rty jsou vyšpulené a zaokrouhlené, avšak méně než při výslovnosti hlásky *u*.

4.1.5 Vysoké zadní u/ú

Špička jazyka se neopírá o zuby, jazyk je posunut dozadu. Rty jsou velice zaokrouhlené a vyšpulené. Při výslovnosti se zvětší dutina ústní.²⁰

4.2 Dvojhásky (diftongy)

Dvojhásky jsou spojení dvou vokalických prvků v jedné slabice. První prvek je označován jako jádro a druhý jako polovokál. V českém jazyce je původní pouze dvojhásky *ou*, dvojhásky *au* a *eu* jsou cizího původu. Rozlišují se dva druhy diftongů podle toho, v jaké fázi se nachází vrchol. Vrcholem se rozumí samostatně se vyskytující

²⁰ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 29-30

prvek. Pokud je vrchol diftongu v počáteční fázi, je označován jako diftong klesavý, v opačném případě, je-li vrchol ve fázi koncové, je nazván diftongem stoupavým. V češtině jsou pouze diftongy klesavé. Stoupavé diftongy mají například na Slovensku – *ia, ie, iu, uo*. V asijských zemích se objevují i triftongy, tj. trojhlásky.²¹

4.3 Souhlásky (konsonanty)

Čeština má celkem 35 hlásek, z čehož samohlásek je 10 a zbylých 25 hlásek tvoří souhlásky. Při artikulaci souhlásek naráží výdechový proud vzduchu na překážku a tím se vytváří charakteristický šum.

Při artikulaci souhlásek jsou rozlišovány tři základní fáze. Počáteční fázi, kdy se mluvidla dostávají z klidového postavení do artikulačního postavení, nazývají odborníci intenzí. Následuje fáze vrcholová, při níž se mluvidla setrvávají v postavení. Tato fáze se označuje tenzí. Závěrečná fáze, při níž se mluvidla opět vrací do klidové polohy, označujeme detenzí.²²

4.3.1 Dělení souhlásek podle místa tvoření

Podle místa tvoření se rozlišují souhlásky retné (labiály), kde překážku tvoří rty. Tyto se dále dělí na obouretné (bilabiály) a retozubné (labiodentály). U obouretných souhlásek tvoří překážku oba rty a patří sem souhlásky *p, b, m*. Retozubné souhlásky jsou *v, f*. Překážka je zde tvořena horním rtem a dolními řezáky. Dále sem patří zubodásňové souhlásky (alveodentály), rozdělené na přední dásňové (prealveoláry) – *t, d, n, s, z, c, l, r, ř, b* a zadní dásňové (postalveoláry) – *š, č*. Zde je překážka tvořena přední částí jazyka v oblasti horních řezáků a alveodentálního výstupku. Následují předopatrové souhlásky (palatály) – *t', d', ň, j*, zadopatrové souhlásky (veláry) – *k, g, x*, a hrtanové souhlásky (laryngály) – *h* + tzv. *ráz*. Do této skupiny patří také čípkové souhlásky (uvuláry), které se však v češtině běžně neužívají, pouze v případě, kdy jedinec ráčkuje a hrdelní souhlásky (gutturály) vyskytující se pouze v arabštině – např. *k, g*.²³

²¹ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 32

²² JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 63-64

²³ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 66-67

4.3.2 Dělení souhlásek podle nosovosti

Pokud se nosní dutina nebo dutina ústní zapojuje do tvorby souhlásek, jsou tyto souhlásky rozděleny na souhlásky nosní (nazály) – *m, n, ň, zadopatrové ŋ*, a souhlásky ústní (orální) – všechny ostatní souhlásky.²⁴

4.3.3 Dělení souhlásek podle způsobu tvoření

Souhlásky jsou rozdělené podle toho, jakou mluvidla stavějí překážku do cesty výdechovému proudu vzduchu. Tato překážka může být úplná (závěr) či částečná (úžina). Hlásky následně dělíme do kategorií: souhlásky závěrové (okluzivy) – *p, t, t', k, g, d, d', g, m, n, ň*; souhlásky polozávěrové (semiokluzivy) – *c, č, (dz, dž)*; souhlásky úžinové (frikativy), dále se dělí na vlastní, středové – *f, v, s, z, š, j, x (=ch), h*; kmitavé (vibranty) – *r, ř*; bokové (laterály) – v češtině pouze *l*.²⁵

4.3.4 Dělení souhlásek podle znělosti

Podle účasti hlasivek na artikulaci lze české souhlásky rozdělit na znělé (hlasné, sonorní) a neznělé (nehlasné). Dále se rozlišují souhlásky na párové a nepárové. Pokud vytvářejí dvojice se shodným místem a způsobem artikulace nazýváme hlásky párovými, pokud však nemají neznělý protějšek, jsou označeny jako hlásky nepárové nebo také jedinečné. Souhlásky párové znělé jsou *b, d, d', g, v, z, ž, h, ř*; neznělé – *p, t, t', k, f, s, š, x, c, č*. K souhlásky nepárovým patří *m, n, ň, l, j, r*.²⁶

4.3.5 Dělení souhlásek podle artikulujícího orgánu

Podle toho jaký artikulační orgán se na artikulaci podílí aktivně, jsou rozlišovány hlásky na retné (labiály) – *p, b, m, v, f*, hlasivkové (globály) – *h + ráz*, a jazyčné (lingvály) – všechny ostatní hlásky. Lingvály se dále dělí na předoazyčné, středoazyčné a zadoazyčné.^{27 28}

²⁴ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 68

²⁵ JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie, 1991, s. 65

²⁶ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 38

²⁷ ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky, 1981, s. 39

²⁸ Na rozdíl od Romportla, Junková dále uvádí třídění souhlásek podle tvrdosti a měkkosti, třídění podle napjatosti, třídění podle aspirace a třídění podle jednoduchosti a zdvojenosti.

5 Vývoj řeči

5.1 Fylogenetický vývoj řeči

Fylogeneze zaznamenává vývoj druhů organismu z dlouhodobého historického hlediska, v podstatě od prvopočátků až do dnešní doby. Dodnes však není jasné, co se pokládá za počátek lidské řeči a od kdy se datuje.

Podle některých vědců lze za počátky mluvy považovat zvuky zvířat žijících na zemi již před více než 25 miliony let. Jiní badatelé s tímto názorem však příliš nesouhlasí a datují počátky mluvy na období zhruba před pěti miliony let. V tuto dobu zde totiž žil rod hominidů, první vzpřímeně chodící rod.

Kromě vzpřímeného postoje našich předchůdců mělo na počátek lidské mluvy vliv ještě mnoho dalších významných změn v životě našich předků. Kromě již zmíněného vzpřímeného postoje to bylo vytváření a užívání prvních kamenných nástrojů, pohřbívání zemřelých, užívání ohně, výtvarné projevy na stěnách jeskyní či počátky zemědělství.

V dnešní době ale odborníci vědí, že za největším posunem v oblasti vývoje řeči stojí změny v anatomickém utváření mluvního a hlasového ústrojí a také změny mozkové struktury. První hlásky lidské řeči však začali vytvářet až naši předkové před 130 000 lety, jednalo se však jen o nejisté pokusy o řeč. Mluva a řeč podobná mluvě dnešní, se datuje před 80 000 lety.²⁹

5.2 Ontogenetický vývoj řeči

Ontogenetickým vývojem řeči je nazýván vývoj konkrétního člověka, ne již z pohledu celého lidského druhu, jako je tomu u vývoje fylogenetického.

Dítě zvuky vnímá již dlouho před narozením, kolem 12. týdne těhotenství se plodu začíná vyvíjet ucho a kolem 20. týdne již slyší zvuky v matčině břiše, např. zvuky trávicího traktu, srdeční tep ale také matčinu mluvu, kašel, kýchnutí. Tyto zvuky jsou však z velké části tlumené plodovou vodou a břišní stěnou. Sluch je velmi důležitý pro správný rozvoj řeči, pokud je narušen, vývoj řeči je ohrožen nebo vůbec neprobíhá.³⁰

²⁹ KEJKLÍČKOVÁ, I., Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 18

³⁰ KEJKLÍČKOVÁ, I., Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 20

5.2.1 Období křiku

Křik a pláč jsou prvními vydanými zvukovými projevy dítěte po svém příchodu na svět. Pláč dítě provází i první dny života. Jde spíše než o pláč o neurčitý křik. Jedná se o reflex a dítěti tudíž nemusí vůbec nic chybět. Toto období trvá zhruba šest týdnů, kdy se povaha křiku začíná měnit (zvyšuje se rozsah hlasu a intenzita) a dítě začíná s jeho pomocí poukazovat na bolest, odpor, nespokojenost, ale tak dokáže vyjádřit na spokojenost. Dítě velmi brzy dokáže odlišit lidskou řeč od jiných zvuků. Každé dítě je však jiné, některé děti jsou velice hlasově aktivní a jiné se téměř neprojevují a pozorují své okolí. Na konci šestinedělí již dítě zkoumá možnosti svého jazyka a jím vydávané zvuky jsou označovány broukáním.³¹

5.2.2 Žvatlání pudové

Období žvatlání přichází zhruba ve čtvrtém až šestém měsíci. Tím jak dítě roste, objevuje možnosti svých mluvidel a začíná rozšiřovat škálu zvuků, které používá. Mění také sílu a výšku hlasu. Souvisí to s tím, jak se dítěti vyvíjí dutiny.

Zvuky vydané dítětem již připomínají hlásky, mlaskání, pískání apod. Mění se podle toho, jak se dítěti povede mluvidla nastavit. Proto jsou tyto zvuky mnohdy jedinečné a vícekrát se neopakují. Nejde o činnost uvědomělou, ale pudovou, dítě si hraje a přináší mu to pocit uspokojení. Pohyby ústy jsou podobné pohybům při příjmu potravy. Toto období trvá zhruba půl roku.

Dítě dokáže nejdříve vyslovit samohlásku *a* a souhlásky *p*, *b*, *m*, *t* – odtud také pocházejí první vyslovená slova – *tata*, *mama*, *papa* – označující osobu maminky a tatínka.³²

5.2.3 Žvatlání napodobivé

Přibližně v šestém až osmém měsíci již dítě začíná napodobovat zvuky, které samo vydává nebo slyší ve svém okolí. Napodobuje i gestikulaci a výrazy obličeje svých nejbližších. Největší roli v tomto období má sluch a zrak. Více než slova však dítě napodobuje tempo a melodii řeči, díky čemuž dokáže přesně vyjádřit své pocity a potřeby. Toto období je velice důležité v případě, jestliže má dítě nějakou sluchovou

³¹ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 37

³² KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 38

vodu. Správně slyšící dítě, napodobuje žvatláni, zatímco dítě neslyšící, žvatlat postupně přestává.³³

5.2.4 Období rozumění řeči

Před samotným začátkem vlastní řeči, zhruba ve věku kolem deseti měsíců, přichází období rozumění řeči, kdy si dítě začíná spojovat předměty se slovy. Je to období, kdy se dítě učí rozumět velmi jednoduchým básničkám a otázkám. Reakce na ně však není verbální, ale motorická. Dítě nerozumí obsahu slov, ale podle melodie řeči, gestikulace a mimiky dokáže odvodit obsah sdělení. Dítě také mnohem více pozoruje okolí a hlavně osoby při komunikaci. Toto období je velice důležité, jelikož dítě se přizpůsobuje prostředí v rodině a jejím zvyklostem. Neméně důležitý je kontakt s dospělými osobami. Pokud dítě vyrůstá ve vřelém rodinném prostředí, mnohem rychleji se vyvíjí. Slovům rozumí, i když je samo ještě neumí vyslovit. Chladné rodinné prostředí naopak vývoj dítěte velice brzdí.³⁴

5.2.5 První slovo

V období kolem jednoho roku dítě obvykle poprvé začíná užívat slova a dokáže je spojit s jejich správným významem. Jde o slova krátká, maximálně dvouslabičná a nesklonná. Nemusí jít ani o slova označující blízkou osobu, jako spíše o slova označující něco, co dítě momentálně velice zajímá, např. *ham, auto, apod.*

5.2.6 První věta

Nejdříve jedno slovo označuje celou větu. Postupně však jedno slovo nestačí na vyjádření celé myšlenky a proto dítě začíná slova spojovat. Většinou se jedná o velmi naléhavá sdělení, např. *mama, ee, apod.* V období kolem dvou let již dítě běžně užívá jednoduché věty. Mezi dětmi však mohou být veliké rozdíly. Hlavně holčičky bývají mnohem zdatnější, zatímco chlapcům trvá podstatně delší dobu, než začnou mluvit a tvořit věty.³⁵

³³ KLENKOVÁ Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 28

³⁴ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 39-40

³⁵ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 40

5.2.7 Slovní zásoba

Slovní zásoba se rozšiřuje nerovnoměrně. Slovní zásoba se dělí na slovní zásobu aktivní a slovní zásobu pasivní, jelikož je rozdíl mezi počtem slov dávající dítěti význam a počtem slov, které samo užívá. Pasivní slovní zásoba, mnohem rozsáhlejší než aktivní slovní zásoba, se tvoří již mnohem dříve, než dítě dokáže vyslovit své první slovo. Při zapamatování si nových slov je důležitý počet opakování slova (uvádí se, že je nutné slovo slyšet až dvěstěkrát), ale také situace, při níž bylo vysloveno a citové zabarvení. Dítě si mnohem lépe zapamatuje slovo zvukomalebné, slovo doprovázené nějakým zajímavým okamžikem a slovo pronesené někým, koho má dítě rádo.³⁶

David Fontana uvádí, že dítě ve třinácti měsících vysloví první slovo, u něhož rodiče rozpoznají význam. V sedmnácti měsících si dítě pamatuje již deset slov. O měsíc později, v osmnácti měsících, slovní zásoba dítěte čítá přibližně čtyřicet až padesát slov. Ve dvou letech tvoří dítě již krátké, dvouslovné a tříslavné věty ze slovní zásoby čítající tři sta slov. Před nástupem do školy, ve věku zhruba okolo šesti let, činí pasivní zásoba dítěte okolo čtrnácti tisíc slov. Z těchto slov již dítě tvoří věty odpovídající délkou a strukturou větám dospělého člověka. Fontana však poukazuje na to, že tyto čísla neplatí pro všechny děti stejnoměrně, u každého dítěte se slovní zásoba vyvíjí individuálně. Mezi dětmi jsou veliké rozdíly.³⁷

5.2.8 Rozvoj výslovnosti

Dítě nemá většinou problém s výslovností samohlásek. Souhlásky však mohou dětem dělat problém. Kolem třetího roku se dítě učí vyslovovat pro ně velmi obtížné sykavky. Problémy s výslovností je vhodné začít řešit kolem čtvrtého, nejdéle pátého roku dítěte, aby dítě mohlo nastoupit do školy.³⁸

³⁶ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 42

³⁷ FONTANA, David. Psychologie ve školní praxi. Příručka pro učitele, 1997, s. 86

³⁸ Klenková rozlišuje různá stadia, ve kterých se dítě učí řeči a řeč se vyvíjí. Uvádí stadium emocionálně-volní, které odpovídá období prvního slova. Následuje stadium egocentrické, kdy se dítě učí první věty zhruba ve věku jeden a půl až dva roky. Ve stadiu asociačně-reprodukční dítě vytváří jednoduché asociace. Dítě označuje různými výrazy konkrétní osoby a jevy a později toto označení přenáší na jevy podobné. Stadium rozvoje komunikační řeči nastupuje kolem druhého a třetího roku. Dítě v tomto stadiu zjišťuje, že pomocí řeči lze dosáhnout drobných cílů. Pro stadium logických pojmů je typické, že dítě má slovní zásobu již okolo tisíce slov a dokáže pojmenovat předměty denní potřeby, zná časové pojmy. Stadium intelektualizace řeči je zhruba od čtvrtého roku a trvá až do dospělosti. Vyvíjí se zde řeč po stránce logické, jedinec dokáže rozlišovat pojmy abstraktní a konkrétní, rozšiřuje se slovní zásoba apod.

5.2.9 Období otázek

Mezi třetím a čtvrtým rokem dítěte nastává období otázek. Jde o velmi důležité období pro dítě, kdy si nejen rozšiřuje slovní zásobu a ujasňuje si gramatickou stavbu, ale také užívá jazyk pro zprostředkování sociálního kontaktu. Typické jsou otázky začínající na Co?, Proč?, Kdo?, Kde? apod. V tomto období se určuje sociální tolerance řeči. Je to velice důležité pro další řečový vývoj dítěte, jelikož určuje, zda dítě bude schopno v budoucnu mluvit bez zábran, na veřejnosti, zda bude schopno obhájit si vlastní názor, jak se bude při řeči chovat, zda bude nejisté a ostýchavé či sebevědomé.³⁹

³⁹ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 45-46

6 Nejčastější vady a poruchy řeči

Poruchou řeči je označována jistá odlišnost ve zvukové podobě mluvené řeči. Největším problémem jsou konsonanty, jejichž artikulace je velice obtížná. Chybná výslovnost konsonantů je nazývána vadami řeči. Podle Slowíka jsou rozdělené do základních 6 skupin pro vady a poruchy řeči – centrální vady a poruchy, neurotické vady a poruchy, vady mluvidel, poruchy artikulace, poruchy hlasu a symptomatické vady a poruchy.⁴⁰

6.1 Centrální vady a poruchy

6.1.1 Opožděný vývoj řeči

Většina dětí pronese své první slovo kolem prvního roku života. Jsou však i děti nemluvící ještě ve dvou nebo třech letech. O opožděném vývoji se mluví častěji v souvislosti s chlapci než s holčičkami. Hranicí pro začátek řeči u dětí je považován věk tří let. Pokud dítě po svých třetích narozeninách stále nemluví, je nutné vyhledat odbornou pomoc a provést různá odborná vyšetření, která vyloučí, že dítě nemá např. sluchovou vadu, vadu zraku, poruchu intelektu, poškozené mluvní orgány či rozštěpy nebo autismus. Nejčastější příčinou opožděného vývoje řeči je však rodina dítěte a prostředí, v němž dítě vyrůstá. Prostředí je mnohdy málo stimulující a podnětné, dítěti není věnována taková péče, jakou by potřebovalo. Opožděný vývoj řeči také může souviset s deprivacemi, jimiž dítě trpí v rodině a s genetickými vlivy. Veliký podíl na vývoji řeči může mít také, pokud je dítě například nedonošené, či předčasně narozené a nemá vyzrálou nervovou soustavu.

Dítěti s opožděným vývojem řeči je vhodné pomáhat rozvíjet řečové dovednosti tím, že je umístěno do kolektivu dětí, například do mateřské školky, dítěti je poskytnut vhodný mluvní vzor, ke kterému dítě bude vzhlížet a bude se ho snažit napodobit. Dítě je vhodně zapojováno do komunikace, vždy nenásilnou formou, tak aby mohlo rozvíjet spontánní řeč. Tím, že dítě bude komunikovat, si rozvíjí a zvětšuje svou aktivní i pasivní slovní zásobu. Tato porucha se však ve většině případů zcela napraví a dítě rychle dožene své vrstevníky.⁴¹

⁴⁰ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika, 2007, s. 88 - 89

⁴¹ KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 66 - 67

6.1.2 Vývojová dysfázie

U této poruchy je hlavním příznakem také opožděný vývoj řeči. Dysfázie nejčastěji souvisí s centrální nervovou soustavou a jejím fungováním. Děti velmi často vykazují příznaky lehké mozkové dysfunkce. Odborníci rozlišují tři stupně poruchy. Nejtěžším stupněm je úplná nemluvnost, kdy se dítě vyjadřuje pouze pohybem či hlasem, nikoliv však mluvenou řečí. Střední stupeň poruchy se nazývá těžká dysfázie (částečná nemluvnost). Dítěti s tímto stupněm poruchy se řeč vyvíjí pomaleji, vše se musí pracně naučit. Lehký stupeň poruchy se mnohdy nazývá dyslalií. Děti s tímto stupněm mají dobré předpoklady, že jejich porucha se napraví a potíže se časem vytratí.

Dítě s dysfázií má nedostatky v gramatice, ve větné stavbě, v porozumění textu i ve výslovnosti. Řeč dítěte s vývojovou afázií je chudá, s omezenou slovní zásobou. Děti užívají jen jednoduché věty, mnohdy se špatným slovosledem. U této vady je nutné vyhledat odbornou pomoc logopedů. Výsledky jsou závislé na tom, jak je porucha rozsáhlá, ale také na spolupráci rodiny s odborníky. Tyto děti mají téměř vždy odklad povinné školní docházky.⁴²

6.1.3 Afázie

Afázie je jedna z poruch se spoustou různých definic. Je to dáno tím, že afázií se díky jejím symptomům zabývají odborníci z různých oborů. Obecně je však afázie definována jako získaná porucha příjmu a produkce řeči způsobená poškozením kůry v dominantní mozkové hemisféře.

Na řeč jsou specializovaná dvě centra – Brockovo a Wernickovo. Brockovo motorické centrum má za úkol tvořit řeč, zatímco díky Wernickově sensorickému centru je člověk schopný řeči porozumět. Většina případů afázie vznikla poškozením levé hemisféry. Porucha se netýká jenom mluvené řeči, může být zasažena také psaná či kreslená podoba řeči. Postižený jedinec mnohdy trpí i problémy s pamětí, vybavování si nebo počítání.

Nejčastějšími příčinami afázie jsou cévní mozkové příhody (až 80%), úrazy hlavy (10%), nádory a metastázy (7%). Zbylá tři procenta se dělí mezi vlivy intoxikačními látkami a zánětlivá onemocnění centrální nervové soustavy.⁴³

⁴² KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 138 - 139

⁴³ KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 44 - 45

Různí odborníci dělí afázii do odlišných skupin. V podstatě jsou však rozlišovány základní druhy afázií – afázii motorickou, sensorickou, amnestickou, sémantickou, smíšenou a totální.

- Motorická afázie (expresivní) je takový stupeň afázie, kdy pacient nedokáže produkovat řeč, ale řeči rozumí. Pacient není schopen ani řeč opakovat, ani plynule a bezděčně hovořit.
- Sensorická afázie (receptivní) zahrnuje pacienty, kteří jsou schopni řeč produkovat, ale úplně postrádají schopnost porozumění řeči. Komunikace s takovou osobou je tedy nemyslitelná, pacient totiž vůbec řeči nerozumí a jeho řeč nedává ostatním žádný smysl.
- Amnestická afázie označuje poruchu, při níž jsou pacienti neschopní si vybavit názvy a slovo označující či popisující věci, osoby, situace aj. Pacienti řeči rozumí, ale mívají většinou potíže se psáním a se čtením.
- Sémantická afázie znamená, že pacient dovede normálně, srozumitelně mluvit a komunikaci také dobře rozumí, nedokáže však pochopit význam abstraktních pojmů. Abstraktním pojmům nerozumí.
- Smíšená afázie je kombinací minimálně dvou a více předchozích afázií.
- Totální afázie (globální) je kombinace motorické a sensorické afázie. Pacient řeč nedokáže produkovat, nerozumí jí, nedokáže jí opakovat. Pokud se takový jedinec snaží komunikovat, vyslovuje jen samostatná slova, slabiky, které spolu nijak nesouvisí.

Podle doby trvání se afázie dělí na akutní, trvající maximálně šest týdnů; postakutní, trvající nejdéle do jednoho roku a chronickou, pokud trvá déle než jeden rok.

Kejklíčková v Logopedii v ošetrovatelské praxi uvádí, že je dělení afázií různé u různých autorů, např. Amber, Ružička Bednařík v publikaci Klinická neurologie z roku 2004 dělí afázie na Brocovu, Wernickovu, transkortikální, anomickou, globální a subrotikální afázii. Jiné dělení nabízí také Bostonská klasifikace afázie a odlišné dělení Lurijova klasifikace afázie. Bostonská klasifikace afázie rozlišuje afázii: Brocovu, Wernickeho, induktivní, globální, amnestickou, transkortikálně-motorickou

a transkortikálně-senzorickou. Lurijova klasifikace afázie rozlišuje afázie podle místa vzniku, pokud afázie vznikají v přední části mozku, dělí afázie na dynamickou a eferentní motorickou. Pokud afázie vzniká v zadní části mozku, rozděluje aferentní motorickou afázi, akusticko-mnestickou, senzorickou, sémantickou a amnestickou afázi.

Pacienti s afázií mnohdy užívají mnohoslovné výrazy postrádající význam, deformují slova, používají nepřiměřenou mimiku a gestikulaci, užívají nesprávné tvary sloves, chybně skloňují, nelogicky spojují slova, neschopnost najít správný výraz aj. Vždy je nutná pomoc odborníků.⁴⁴

6.1.4 Breptavost

Breptavost, latinsky tumultus sermonis, označuje poruchu plynulosti mluvy. Dříve byla tato porucha spojována s koktavostí, což bylo nesprávné díky rozlišným příčinám. Pacient, trpící breptavostí, jak již vyplývá z názvu, velice zrychluje tempo řeči, až dochází k nesrozumitelnosti. Rychlost projevu způsobuje, že jedinec vynechává slabiky a následně i celá slova, čímž řeč ztrácí význam. Breptavost je odlišována od koktavosti jednoduchým způsobem. Jedinec s breptavostí je sděleno, aby mluvil pomaleji, ono skutečně zpomalí, ale jen na chvíli, poté opět zrychlí tempo řeči. Koktavému dítěti dělá pomalá mluva velké problémy. Problém s breptavostí se týká jak dětí, hlavně ve věku kolem šesti let, tak i dospělých jedinců.

Breptavost může mít jednak původ dědičný, hlavně ze strany otce, nebo organický, tedy projev lehké mozkové dysfunkce. Nejčastěji je tato porucha zjištěna díky vyšetření na EEG a EMG. Logoped k diagnostice breptavosti využívá metody rozhovoru či zadává různé testy. Je nutné, aby logoped naučil pacienta správně dýchat, vyslovovat a také udržovat přiměřené tempo řeči. Logoped by měl pacientovi během hovoru naznačit, gestem či slovem, kdy má zpomalit. Výhodou je, pokud logoped využije možnosti nahrávání řeči pacienta. Pacient si svou vadu mnohdy vůbec neuvědomuje ani mu nijak nepřekáží v běžném životě. Rodina dítěte trpícího touto poruchou je většinou již tak zvyklá na způsob řeči dítěte, že této poruše nepřikládá žádný velký význam.

⁴⁴ KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi, 2011, s. 42 - 47

Pacienti s touto poruchou mají normální intelekt. Při komunikaci však postupně vynechávají koncovky, slabiky a následně i celá slova. Pacient mnohdy mluví i v okamžiku, kdy se nadechuje. Vyslovuje nepřesně, řeč je monotónní - nepoužívá pomlky, nerozlišuje sílu hlasu, nesprávně umísťuje přízvuk. Charakteristické je také užívání dlouhých vět, mnohá přeroknutí či odbočování od tématu.⁴⁵

6.1.5 Koktavost

Koktavost (balbuties) je jedna z nejsložitějších a nejzávažnějších poruch postihující převážně dětské pacienty. Obecně je to problém s artikulací slov nebo částí slov. Koktající děti přesně vědí, co chtějí říci. Slovo mnohokrát předtím i poté dokážou vyslovit bez sebemenších obtíží, pouze v dané chvíli mají s artikulací problém. Takovéto situace mají obvykle veliký dopad na osobnostní vývoj jedince.

Lechta uvádí, že je nutné rozlišovat, zda se jedná o vývojovou neplynulost nebo koktavost. Vývojová neplynulost se vyskytuje u malých dětí zhruba ve věku kolem dvou až čtyř let, kdy se jim rychle rozrůstá slovní zásoba. Tento jev po vhodném chování ze strany rodičů mnohdy po pár měsících sám zanikne, v opačném případě přeroste v koktavost.

Mezi nejčastější příznaky patří vícenásobné opakování. Děti opakují první hlásky a slabiky slov (místo „táta“ řekne „tá-tá-tá-táta“). Dalším příznakem je prolongace, kdy se první hláska slovo neopakuje, ale prodlužuje (místo „táta“ řekne „ttttttttttttttáta“). V hlase je možné rozpoznat známky napětí. Toto napětí můžeme sami sledovat na rtech, jazyku či hrdle dítěte. U dětských pacientů můžeme sledovat také odlišné dýchání oproti nepostiženým jedincům. Dýchají většinou pouze povrchně a přerušovaně. Typické je také užívání vsuvek buď v podobě souhlásek či celých slov. Vsuvky dítěti pomáhají vyslovovat. Vyslovuje je v okamžiku, kdy si svou poruchu samo uvědomuje a snaží se, aby jeho porucha byla méně čitelná. Dalším možným příznakem jsou i nepřirozené pauzy a pomlky. V řeči se vyskytují také blokády, nevyslovení určité hlásky ve slově. Ty se objevují hlavně při vyslovování hlásek *p*, *b*, *t*, *k*, aj. U dětí s koktavostí jsou také typické časté opravy. Nejčastěji je to v situacích kdy se snaží vyslovit větu, ale zjistí, že slovo, které se chystá užít, mu dělá problém a tak v průběhu řeči zvolí slovo jiné, vhodnější.

⁴⁵ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 122 - 123

Pro pacienty s koktavostí nebo zadržáváním je obtížné se začlenit do kolektivu, i přestože nemají žádnou mentální poruchu a kromě problémů s řečí se mnohdy neliší od jiných dětí. Děti se často vyhýbají očnímu kontaktu a mají strach v situacích, kdy vyslovují slovo, u něhož ví, že jim dělá potíže. Tento strach může přerůst na strach z celé komunikace. Mnohdy se vyskytuje vyhýbavé chování, kdy se jedinec snaží oddálit komunikaci.⁴⁶

Riziko vzniku koktavosti je vždy zvýšeno v období, kdy jsou děti vystaveny nějakému tlaku nebo zvýšeným nárokům. Kutálková uvádí, že nejrizikovější je období od tří do pěti let a koktavost se objevuje až u jedné třetiny dětí. Tento typ koktavosti nazývá vývojová koktavost a většinou sama zmizí. Pouze u pěti procent dětí tyto problémy přetrvávají a je nutné je řešit za pomoci logopeda. Je způsobena tím, že děti se naučí mluvit, rychle rozšiřují svoji slovní zásobu a snaží se co nejvíce věci sdělovat. Dalším rizikovým obdobím je nástup do prvních tříd. Tento přechod znamená pro dítě velkou změnu v jeho dosavadním životě. Končí čas her a začíná období, kdy se dítě musí učit, pamatovat si, což je mnohdy spojené se strachem z možného neúspěchu. V této fázi už hovoří o koktavosti v plném rozsahu. Koktavost však může postihnout i dospělého člověka.⁴⁷

Lechta uvádí, že k nejčastějším příčinám koktavosti se dnes řadí dědičnost, orgánové poruchy, různé neurologické nálezy, elektrická aktivita mozkových hemisfér aj.⁴⁸ Nejrozsáhlejší popis možných příčin koktavosti nejlépe shrnuje Kutálková. Oproti Lechtovi se na příčiny koktavosti dívá více z pohledu rodiny a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá i když také uznává příčiny vzniklé poruchami mozku. Autorka poukazuje, že větší riziko koktavosti je u dětí nervově labilních se silnou fixací na některého z členů rodiny; u dětí s neurotickými projevy; u dětí nemocných. Tato porucha se může objevit buď náhle, nebo častější variantou je postupný vznik. Koktavost je také spojována s problémy při porodu dítěte a s ročním obdobím, kdy se na jaře a na podzim zhoršují příznaky psychických potíží. Mezi dětmi s touto poruchou je až dvakrát více chlapců než dívek. Nejčastější příčinou koktavosti označuje autorka výchovné prostředí a nevhodnou výchovu. Nevhodné je prostředí, kde má dítě nadbytek hmotných věcí, ale chybí vřelé vztahy mezi členy domácnosti a pocit bezpečí. Stejně nevhodným

⁴⁶ LECHTA, Viktor. Koktavost--?!, 2001, s. 7 - 14

⁴⁷ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 102 – 103

⁴⁸ LECHTA, Viktor. Koktavost, komplexní přístup, 2004, s. 59

prostředím je i rodina příliš perfekcionista nedopřávající dítěti volný čas. Nejhorším typem je kombinace obou těchto prostředí. Stejně jako výchova v perfekcionista prostředí je nevhodné i prostředí, kdy výchova neprobíhá žádná nebo velmi nedůsledná.⁴⁹

Autorka shrnuje příčiny koktavosti pod pojem změna či zvrát, obrát. První zvrátí přichází při nástupu do mateřské školky, nástup rodiče do zaměstnání, narození sourozenců, pobyt v nemocnici, časté stěhování za prací, aj. Vždy je nutné dítě na tyto změny připravit a důkladně je vysvětlit. Mezi jednu z velkých změn patří také rozvod rodičů. Tento zvrátí může dítě ovlivnit na celý zbytek života i v jiných oblastech než je řeč. Nejhorší variantou je ta, když se rodiče nemohou domluvit, komu bude dítě svěřeno do péče. V tento okamžik nastupují sociální pracovníce a dětské psychologové. Pro dítě je velmi stresující, pokud se má v tak malém věku rozhodnout, kterého rodiče má raději a chce s ním zůstat natrvalo. Tyto neshody mnohdy vyúsťují v závažné neurotické potíže. Další důležitou změnou v životě dítěte je narození sourozence spojený s pocitem dělení se o rodiče a změnou denního režimu. Možnou příčinou mohou být také nadměrné nároky ze strany rodičů. Ti mnohdy své dítě neúměrně přetěžují kroužky, doučováním apod., jelikož je dokázána vazba vzniku koktavosti s dlouhodobým přetížením nervové soustavy. Kutálková však uvádí, že koktavost nemusí vzniknout pouze po dlouhodobém přetěžování, velmi častou příčinou je traumatizující zážitek. Tímto traumatizujícím zážitkem může být například smrt blízkého člověka, svědectví závažného zločinu, náhlé leknutí se, pobyt v uzamčené tmavé místnosti apod. Nejde vždy jen o situace spojené s negativní zkušeností, i přílišná radost může způsobit koktání.⁵⁰

Koktavému jedinci neboli balbutikovi, je nutné s jeho poruchou pomoci. Lechta uvádí příklady, jak dítěti neefektivněji pomoci. Jako stěžejní uvádí rodinné prostředí, kde by členové rodiny měli zpomalit tempo řeči tak, aby se dítě nesnažilo o napodobení tempa řeči a našlo vhodný vzor. Pokud je to možné, vyhnout se takovým situacím, při nichž dítě pocítuje strach a snažit se ho za všech okolností zařazovat do kolektivu dětí, aby se cítilo přijímané a ne méněcenné. Na nečekané situace je vždy potřeba dítě předem připravit, aby mělo dostatek času si na nově vzniklou situaci zvyknout. Rodiče si mnohdy ani neuvědomí, že je může při vážných hovorech (např. o jeho poruše) dítě

⁴⁹ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 103 – 104

⁵⁰ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 102 – 108

slyšet. Je proto zapotřebí tomuto předejít a nedávat tak zbytečně dítěti důvod k zamýšlení. Vždy a za všech okolností je nutné dát dítěti najevo, jak moc ho máme rádi a rádi s ním trávíme volný čas. Při mluvení je vhodné dítě povzbuzovat, neopravovat ho, nepřerušovat jeho řeč, nežádat zopakování problematického slova, nenásilně mu pomoci při vyjadřování a číst nebo vypravovat mu nahlas pohádky a příběhy, aby mu byl poskytnut vzor.⁵¹

6.2 Neurotické vady a poruchy

6.2.1 Mutismus

Mutismus označuje ztrátu schopnosti komunikovat. Mutismus je zařazován do neurotických a psychotických poruch jako součást depresivního syndromu. Nyní je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MNK–10 z roku 1992) a Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM–IV z roku 1994) považována za jedinou možnou formu mutismu varianta s názvem selektivní mutismus.⁵²

6.2.2 Selektivní (elektivní) mutismus

Selektivní mutismus označuje ztrátu řeči spojené s určitou situací, prostředím či osobou. Nejčastěji se vyskytuje u dětí v předškolním věku. Je pro něho typické, že dítě nemluví jen v přítomnosti určité osoby nebo za určité situace, jinak komunikuje bez větších obtíží. Vhodná je pomoc nejen logopeda, ale také psychologa. Selektivní mutismus je definován jako porucha sociálních vztahů jedince. Nejedná se primárně o vadu řeči nýbrž o poruchu užívání řeči. Klenková rozlišuje dvě skupiny možných příčin selektivního mutismu:

- Endogenní příčiny (vnitřní) – označující psychickou citlivost k vlastní osobě
- Exogenní příčiny (vnější) – velké požadavky na řeč a chování dítěte

Klenková uvádí nejčastější faktory, při kterých dítě přechází od běžné komunikace k selektivnímu mutismu. Nejčastěji se může jednat o zahájení školní docházky a o povinnosti a změny s tím spojené, přílišné nároky na dítě, nedorozumění

⁵¹ LECHTA, Viktor. Koptavost--?!, 2001, s. 21 - 28

⁵² KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 91 - 92

mezi rodiči, obavy z učitele, trestů, posměšky ze strany spolužáků, nátlak na dítě, aby začalo komunikovat aj.

V situacích, kdy dítě přestane komunikovat s okolím je vhodné dítě netrestat a nesnažit se ho přemlouvat. Je lepší nechat dítě o samotě, ignorovat ho a být trpělivý při jeho začleňování do kolektivu.⁵³

Do neurotických vad a poruch patří také surdomutismus označující ztrátu řeči spojenou s vadami sluchu a následným odezíráním z úst.

6.3 Vady mluvidel

6.3.1 Huhňavost (rhinolalia)

Huhňavostí se nazývá chybná výslovnost hlásek, pro niž je typická zvýšená či naopak snížená nosovost. Při huhňavosti se ztrácí rovnováha mezi nosní a ústní rezonancí. Člověk s rhinolalií mluví příliš mnoho nebo nápadně málo nosem. Nejvíce se tato porucha projevuje při výslovnosti hlásek M, N, Ň.

Kejklíčková rozlišuje základní tři typy huhňavosti:

- Huhňavost otevřená – zvýšená nosní rezonance zapříčiněná např. rozštěpem patra
- Huhňavost zavřená – snížená nosní rezonance, u dětí nejčastěji vlivem nosních mandlí, výslovnost hlásek *m*, *n*, *ň* je podobná spíše výslovnosti hlásek *b*, *d*, *d'*, často je slyšet při rýmě
- Huhňavost smíšená – kombinací předchozích

Při léčbě této poruchy je nutné vyhledat odbornou lékařskou pomoc a následně logopedickou péči, při které se logoped zaměří hlavně na dýchání během artikulace.⁵⁴

6.3.2 Palatolálie

Hlavní příčinou této poruchy jsou rozštěpy v obličejové části. Rozštěpy rtů nemají na řeč výrazný vliv, tato porucha se týká hlavně rozštěpů patra neboli orofaciálních rozštěpů. Je vědecky zjištěno, že velký vliv na vznik rozštěpů má

⁵³ KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 94 - 97

⁵⁴ KLENKOVÁ Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 64

dědičnost a vývoj plodu během těhotenství. Následkem této vývojové vady děti chybně vyslovují, mohou mít porušený sluch i hlas a jsou celkově opožděné v celkovém vývoji řeči oproti svým vrstevníkům. Tyto děti nemají problémy jenom s osvojováním řečových dovedností ale také s celou řadou dalších důležitých funkcí jako je dýchání či polykání. Možným řešením je operace rtů i patra dítěte a následná péče logopedů. V Brně funguje speciální rozštěpové centrum, které pomáhá jak dítěti, tak i rodičům postiženého.⁵⁵

6.4 Poruchy artikulace

Poruchy artikulace lze také nazvat narušeným článkováním řeči. Poruchou článkování se rozumí chybná artikulace. Tato skupina zahrnuje dyslalii a dysartrii.

6.4.1 Patlavost (dyslalie)

Dyslalií se rozumí porucha artikulace pro niž je typická narušená výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka zatímco ostatní hlásky jsou artikulovány bez větších obtíží. Klenková a kol. uvádí, že patlavost je jednou z nejčastějších poruch výslovnosti hlásek, zejména u dětí předškolního věku. Nejčastějšími příčinami jsou poruchy sluchu a zraku, poruchy neuromotorické, věk, pohlaví, dědičnost, vliv prostředí a také poruchy centrálního nervového systému.

Klenková nabízí základní rozdělení dyslalie z hlediska rozsahu, kontextu, z hlediska vývojového a etiologického:

Uspořádání z hlediska rozsahu rozlišuje tři základní typy dyslalie. Dyslalia univerzalis neboli mnohočetná dyslalie, při níž je řeč téměř nesrozumitelná díky chybné výslovnosti převážné většiny hlásek. Dyslalia multiplex zahrnuje menší počet chybně tvořených hlásek než předchozí skupina. Dyslalia levis, při níž je jen jedna nebo několik málo vadně vyslovených hlásek.

Uspořádání z hlediska kontextu rozděluje dyslalii na hláskovou, týkající se jednotlivých hlásek a dyslalii kontextovou, týkající se celých slabik či slov.

Uspořádání z vývojového hlediska dělí dyslalie na dvě skupiny – fyziologickou (trvající do pátého až sedmého roku) a patologickou (po sedmém roku života, pokud je vadná výslovnost již pevně ukotvena). Pokud dítě hlásku ve slově vynechává, hovoříme

⁵⁵ KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 138 - 151

o mogilalii. V případě, že hlásku dítě vzhledem k věku neumí a nahrazuje ji jinou, jedná se o paralalii.

Uspořádání z hlediska etiologie (příčin) třídí dyslalii na funkční, způsobenou dědičností, špatným mluvním vzorem a nedostatečnou péčí nejbližšího prostředí a dyslalii orgánovou, způsobenou poruchami v oblasti sluchu, zubů nebo odchylkami v oblasti patra či jazyka.⁵⁶

6.4.2 Dysartrie

Dysartrie je poruchou artikulace hlásek, mnohdy artikulace vůbec. Vzniká v různém věku, nejčastěji však u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dospělých jedinců následkem například zánětlivých nemocí v oblasti mozku, roztroušené sklerózy, úrazů hlavy aj.

Pacienti, kterým byla diagnostikována tato porucha, mají obvykle potíže s tempem řeči. Řeč je buď přehnaně rychlá, překotná a téměř nesrozumitelná s nepřesnou výslovností nebo naopak pomalá, nepružná. Pacient chybně umísťuje pomlky, pauzy, neovládá ani tempo řeči či hlasitost. Může se také vyskytovat v takové míře, že pacient není schopen vůbec artikulovat, vydává pouze nejasné skřeky – v tomto případě se však již jedná o anartii, nejtěžší stupeň dysartrie.

Podle Lechty je možné dysartrii rozdělit do šesti typů v závislosti na stupěň poruchy artikulace:

- Korová dysartrie, vyskytující se velmi vzácně.
- Pyramidová dysartrie, pro niž je typické, že dítě hlásky obtížné na pohyby rtů a jazyka, nedokáže vyslovit.
- Extrapyramidová dysartrie bývá ovlivněna mimovolními pohyby mluvidel.
- Mozečková dysartrie, jejíž hlavní příčinou jsou obrny jazyka v různém rozsahu. Řeč pacienta připomíná mluvu opilého jedince.

⁵⁶ KLENKOVÁ Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání, 2012, s. 89 - 100

- Bulbální dysartrie, pro niž je charakteristické napětí svalstva řečových orgánů.
- Smíšená dysartrie je kombinací předchozích typů.⁵⁷

⁵⁷ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 108 - 111

6.5 Poruchy hlasu

6.5.1 Chraptivost (dysfonie)

Hlavním znakem dysfonie je zhrublá barva hlasu, nezvyklá pro děti. Malí pacienti mívají problémy s dýcháním a většinou se při komunikaci velmi rychle unaví. Vlivem nesprávného užívání hlasu a přepínání hlasivek se mohou tvořit uzlíky na hlasivkách.

Příčinou této poruchy může být nevhodné domácí prostředí, kde je neustále zvýšená hladina zvuku. Dítě se snaží překřičet všechny a všechno ostatní, aby bylo také slyšet. Možnou příčinou jsou také záněty horních cest dýchacích a dědičnost.

Nejdůležitější při nápravě této poruchy je nalézt v rodině vhodný mluvní vzor, který dokáže správně ovládat sílu hlasu. Pokud existuje nějaká zdravotní příčina, je nutné těmto nemocem věnovat pozornost a při léčbě hlas šetřit. Důležité je této poruše věnovat pozornost, jelikož při neléčení se neustále zhoršuje.⁵⁸

6.5.2 Mutace

Mutací se rozumí období kolem puberty, kdy se hlavně u chlapců mění barva a hloubka hlasu. Zároveň se chlapcům zvětšuje hrtan a až o jeden centimetr prodlužují hlasivky.

6.6 Symptomatické vady a poruchy

6.6.1 Děti zrakově postižené (nevidomé)

Zhruba 80 % informací člověk získá pomocí svého zraku. Pokud tento kanál chybí, vždy se to odrazí na komunikačních schopnostech jedince. Lechta uvádí, že se zrak podílí na vývoji řeči až třiceti procenty. Děti, které mají zrakové postižení, jsou ve vývoji řeči opožděné. Podle Seemana (1974) jsou děti s vrozenou slepotou až o půl roku opožděné ve vývoji oproti dětem nepostiženým. Felden (1964) uvádí tento rozdíl v rozmezí mezi osmi a deseti měsíci.

Vliv zrakového postižení na vývoj řeči působí do začátku školního věku a postihuje hlavně formální a obsahovou stránku řeči.

⁵⁸ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 143 - 145

Významným průlomem v osvojování řeči je zvládnutí Braillova písma, které nahrazuje i širokou odbornou péči.

Verbalismem u nevidomých dětí označujeme skutečnost, kdy dítě používá určité množství slov, avšak nechápe jejich smysl. Verbalismu však lze předcházet nebo jeho následky mírnit, pokud je dětem umožněno prakticky zacházet s předměty a tak se naučit jejich názvy.

Řečové poruchy se u nevidomých dětí vyskytují stejně jako u dětí nepostížených, jen v o něho vyšší míře. Podle Chvatceva (1959) nevidomé děti trpí řečovými poruchami zhruba 1,5 x častěji. Jiní autoři však uvádějí, že se výskyt poruch řeči objevuje 2 – 6 x více než u dětí vidoucích. Z československých výzkumů je významný výzkum Bubeníčkové (1980), která zjistila stoprocentní výskyt řečových poruch mezi nevidomými žáky prvních ročníků. S narůstajícím věkem se vady řeči u nevidomých nelepší. Mezi nejčastější poruchy patří hlavně dyslalie, chybná mimika a neodpovídající gestikulace, ale také koktavost, huhňavost či breptavost.⁵⁹

6.6.2 Děti sluchově postižené

U sluchově postižených jedinců má velký vliv věk, kdy došlo k postižení, stupeň a typ postižení a další postižení. Osobami se sluchovým postižením a jejich vzděláním a výchovou se zabývá surdopedie, surdologopedie se zaměřuje na oblast řeči u neslyšících. Podle Horákové se vrozená porucha sluchu u právě narozených dětí vyskytuje nejběžněji.⁶⁰

Sluchovou vadu je zpočátku těžké rozeznat, jelikož novorozeně projevu stejné známky předverbálních projevů, jako dítě slyšící. Můžeme rozeznat křik, broukání, ale v okamžiku, kdy nastává období napodobujícího žvatlání, začne dítě jevit známky odlišnosti oproti slyšícím dětem. U dětí se získanou sluchovou vadou je nejdůležitějším faktorem věk, ve kterém dítě sluch ztratilo. Pokud dítě přišlo o sluch před svým sedmým rokem, schopnost řeči se pomalu ztrácí. V sedmi letech je řeč dostatečně stabilní a slovní zásoba osvojená. U malých dětí se úplná hluchota vyskytuje naštěstí

⁵⁹ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 121 - 135

⁶⁰ HORÁKOVÁ, Blanka. Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání, 2011, s. 9 - 12

velmi zřídka. Sluch je vždy podporován například naslouchátky či akustickými pomůckami, kochleárními implantáty apod.⁶¹

Při komunikaci s neslyšícím dítětem se vždy používá jeden ze dvou možných komunikačních systémů: audioorální systém je mluvený jazyk většiny slyšící společnosti a vizuálněmotorický systém zprostředkovávající řeč znakovým jazykem či prstovými abecedami. Prstová abeceda může být jednoruční, dvojrůční nebo smíšená, popřípadě mezinárodní prstová abeceda vycházející z jednoruční prstové abecedy.

Řeč neslyšících je ovlivněna věkem. Člověk s poruchou sluchu nemá zpětnou vazbu nad svým projevem. Neslyšící mají problémy ve všech fázích řeči. Samotné dýchání mnohdy představuje veliký problém, jelikož postrádá plynulost, je nepřiměřeně hlasitě. V závislosti na typu vady a věku, ve kterém vada vznikla, můžeme pozorovat obtíže při tvorbě hlasu. Nejčastější je však monotónní projev, změna síly, barvy i výšky hlasu apod. Výslovnost u neslyšících dětí se nevyvíjí a je přímo závislá na péči logopedů.

V České republice byla roku 1991 založena společnost s názvem LORM starající se o osoby s diagnostikovanou hluchoslepotou a o jejich rodiny. Patří mezi nejvýznamnější poskytovatele péče o takto postižené děti. Po celé České republice má několik poradenských center s kvalifikovanými terénními pracovníky. Neposkytuje jen odborné poradenství, ale nabízí i tlumočnické služby neslyšícím. Velmi využívanou se stala sociální rehabilitace, jejíž hlavní náplní je doprovod postiženého jedince například k lékaři apod. Společnost LORM vydává čtvrtletně svůj časopis připravovaný pro čtenáře v různých variantách – v Braillově písmu, ve zvětšeném černotisku i jako nahrávka.

Zajímavou součástí je také problematika tlumočení jazyka neslyšícím čili jakýsi převod jazyka do jazyka srozumitelného neslyšícímu jedinci. Existují dvě možnosti tlumočení a to buď souběžné, nebo následné. Souběžným se rozumí takové tlumočení, při němž je tlumočnick v blízkosti mluvčího a neslyšící tak může pozorovat mluvčího i tlumočnicka zároveň. Při následném tlumočení tlumočnick nejdříve počká, až mluvčí dokončí část svého projevu a poté začíná tlumočit. Tento druhý způsob je méně častý. V České republice je nejvyhledávanější Centrum zprostředkování tlumočnicků pro

⁶¹ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 142

neslyšící, zřízené Asociací organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP).⁶²

6.6.3 Děti s dětskou mozkovou obrnou

Děti postižené dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO) patří k velice nápadné skupině mezi postiženými. Tato nápaditost je dána nejen postižením motoriky ale i závažným narušením komunikační schopnosti. Lesný (1980, s. 137) podává definici dětské mozkové obrny takto: „... *poškození mozku a vývoje mozku, vzniklé v nejranější vývojové sféře.*“ DMO vzniká zpravidla nejpozději do prvního roku života.

Děti s diagnostikovanou DMO mají opožděný či omezený vývoj řeči. Vývoj řeči je závislý na rozsahu postižení motorických drah, na tělesném stavu dítěte, prostředí a IQ. Na vývoj řeči mají kromě již uvedených vliv také další poškození (snížené IQ, epilepsie, poruchy řeči, poruchy duševního vývoje aj.), neméně významné jsou i velmi časté pobyty v nemocnicích, velice ovlivňující psychiku dětí.

Poruchy řeči jsou velmi individuální. Odborníci rozlišují mnoho příčin, které se spolupodílejí na poruchách řeči u dětí s DMO. Jednou z nejvýznamnějších příčin mohou být poruchy motoriky a to nejen hrubé, ale i motoriky mluvních orgánů, spojené se spasticitou, tj. se zvýšeným napětím svalstva. Velmi významně se na poruchách řeči podílí mentální retardace dětí. Různí autoři odborných publikací se různí v názorech na toto téma. Například Lesný (1972) udává výskyt mentální retardace u téměř 25-30 % dětí, zatímco Kábele (1970-1971) tvrdí, že se mentální retardace může objevit u více jak 64 % dětí. Kombinace DMO s mentálním postižením patří k vůbec nejtěžším kombinacím. Další možnou spolupříčinou na poruchách řeči může být narušené chování dětí spojené s frustrací, s dlouho trvající nemocí. Böhme (1976) spojuje DMO také s agresivitou, úzkostí a celkovou emoční nestabilitou dětí. Podle Lechty mají velký vliv na poruchy řeči poruchy zraku a sluchu, jak je uvedené i v předchozích kapitolách. Epileptici kvůli prodělaným záchvatům mohou mít také ztížené podmínky pro rozvoj řeči.

Pro děti s DMO je charakteristická porucha dysartrie, spolu s dysprozodií (porucha tempa řeči, intenzity hlasu, dynamiky) a dysfonií. Tyto děti mají problémy

⁶² HORÁKOVÁ, Blanka. Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání, 2011, s. 83 - 104

s dýcháním. Jako nejčastěji uváděná porucha je huhňavost a v omezeném počtu případů se vyskytuje i koktavost.⁶³

6.6.4 Děti s mentální retardací

Mentální retardací lze označit vývojovou duševní poruchu, pro kterou je typická snížená inteligence spolu s dalšími charakteristickými projevy – poruchy řečových, pohybových a sociálních dovedností. Mentální retardace je trvalou poruchou, zapříčiněnou poškozením mozku, genetickými vadami či nemocemi v období těhotenství matky. Porucha však může vzniknout i nevhodnou výchovou v zanedbaném a nepodnětném sociálním prostředí.

Klenková uvádí základní rozlišení mentální retardace podle stupně postižení podle MKN-10:

- lehká mentální retardace (IQ 69 – 50)
- středně těžká mentální retardace (IQ 49 – 35)
- těžká mentální retardace (IQ 34 – 20)
- hluboká mentální retardace (IQ méně než 20)

Klenková uvádí, že řeč se u mentálně retardovaných jedinců vyvíjí zcela omezeně a opožděně v závislosti na stupni postižení.

Jedinec s hlubokou mentální retardací ve většině případů vydává jen zvuky, řeč se nevyvíjí, stejně jako mimika, takovýto jedinec mnohdy nedokáže vyjádřit ani své potřeby.

U dětí s těžkou mentální retardací také nemůžeme hovořit o řeči, jelikož řeč zůstává na úrovni pudového žvatlání. Jedinec používá pouze hlas k vyjádření přání, nelibosti apod. Mnohdy děti s tímto stupněm retardace dokážou napodobit slyšené zvuky a slova, neznají však smysl těchto zvuků a slov. Toto napodobování se nazývá echolálie.

Děti se středně těžkou mentální retardací dokážou zopakovat i delší celky než pouhá slova, avšak také nerozumí obsahu. Děti s tímto stupněm retardace jsou schopné naučit se základům čtení, psaní a počítání.

⁶³ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 99 - 113

Děti s lehkou mentální retardací se rozlišují na dva základní typy – děti eretického typu jsou neklidné, nedokážou se plně soustředit; děti apatického typu neprojevují žádné známky zájmu a nejsou ochotni komunikovat.

U dětí mentálně retardovaných se nejčastěji objevují dyslalie, huhňavost a dysartrie. Breptavost se vyskytuje hlavně u eretického typu lehké mentální retardace. Breptavost bývá často doplňována koktavostí. U těžších stupňů mentální retardace se objevuje echolálie.⁶⁴

Podle Lechty je mentální retardace mnohdy spojována s dětským autismem, popřípadě se objevují alespoň autistické rysy. Pečeňák (1995) uvádí, že až 70 % případů mentální retardace je spojeno s dětským autismem.⁶⁵

6.6.5 Děti s dalšími poruchami a onemocněními

Ve všech předchozích kapitolách týkajících se symptomatických vad a poruch byla pozornost zaměřena na děti se smyslovými postiženími, děti mentálně retardované a na děti s dětskou mozkovou obrnou. Všechny tyto kapitoly se týkaly dětí s tzv. klasickými postiženími. Jsou však i děti, které mají různé poruchy a onemocnění, nelze je zařadit do skupiny dětí postižených, ale jejichž symptomem jsou řečové poruchy. Z množství poruch, specifikovaných v odborné literatuře, jsou zde vybrány hlavně děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, děti se schizofrenií a děti s epilepsií.

Pro lehkou mozkovou dysfunkci (dále jen LMD) jsou typické projevy: emocionální labilita, špatná paměť, problémy s řečí, motorické poruchy, poruchy pozornosti, nesoustředěnost, nízká vytrvalost, nepořádnost, nesamostatnost, bolesti hlavy, úzkost, koktavost. V poslední době je stále více problematika lehké mozkové dysfunkce spojována s termíny ADD (attention deficit disorder) neboli porucha pozornosti a ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) neboli porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Lehká mozková porucha se nejčastěji pojí s dyslalií, koktavostí a huhňavostí. Není výjimkou, že tyto vady se kombinují.⁶⁶

Do této skupiny je zařazena i schizofrenie, závažné duševní onemocnění, které má, v závislosti na věk, vliv i na vývoj řeči. Děti se schizofrenií nedokážou navázat

⁶⁴ KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie, 2006, s. 197 - 200

⁶⁵ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 94

⁶⁶ RIEFOVÁ, Sandra, F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole, 2007, s. 15 - 18

vztah s rodiči, avšak se dožadují tělesného kontaktu. Schizofrenici jsou typičtí svým myšlenkovým zmatením, při němž kladou slova a slovní spojení vedle sebe bez sebemenšího rozmyšlení a důrazu na význam užitých slov. Někteří mohou nadměrně užívat neologismy. Často se vyskytují různé vsuvky a zadrhnutí, monotónnost, kolísavá intenzita hlasu.⁶⁷

Epilepsie se nejčastěji vyskytuje již v dětském věku. Řeč epileptiků je poznamenána hlavně během epileptických záchvatů. Poruchy řeči se vyskytují ještě před záchvatem či po záchvatu a jsou nazývány přechodné poruchy. Nadoleczny (1926) zjistil, u dětí trpících koktavostí, se během epileptického záchvatu koktavost ještě zhoršila. Sovák (1981) přidává k přechodným poruchám také echolalii. Trvalé poruchy řeči u epileptiků vznikají z přechodných poruch v závislosti na četnosti opakování epileptických záchvatů.⁶⁸

⁶⁷ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 171 - 172

⁶⁸ LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí, 2002, s. 172 - 173

7 Výzkumná část

7.1 Dotazníkové šetření

V rámci výzkumné části diplomové práce jsem navštívila dvě ze tří základních škol v Hlinsku. První školou byla ZŠ Resslerova, kde probíhala má souvislá praxe z českého jazyka a anglického jazyka. Během této praxe jsem měla mnoho příležitostí sledovat děti a jejich mluvu. Na této škole je pouze jeden šestý a jeden devátý ročník. Druhou navštívenou školou je ZŠ Ležáků, kterou jsem jako dítě devět let navštěvovala. Na této škole studuje přibližně tři sta sedmdesát dětí. Jako jediná v Hlinsku má dvě šesté a dvě deváté třídy.

Při vykonávání souvislé praxe na ZŠ Resslerova, kde jsem působila měsíc a půl, jsem vyučovala děti pátého, sedmého, osmého i devátého ročníku. Hlavní metody užité k vypracování výzkumné části jsou anonymní dotazník a vlastní pozorování.

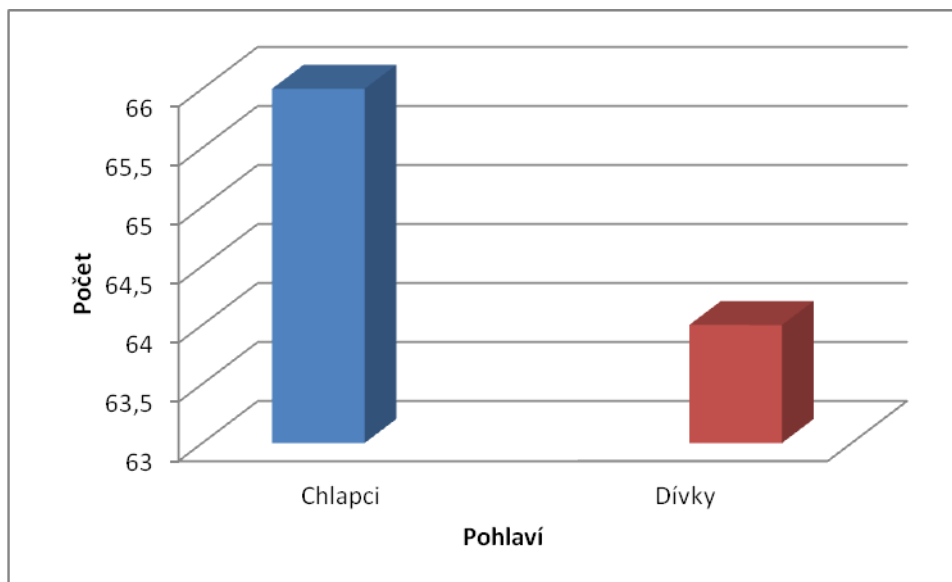
Dotazník je vytvořen co nejjednodušeji, aby byl pro děti srozumitelný a vyplňování žákům a žákyním nedělalo problémy a nezabralo příliš mnoho času z hodiny. Hlavním cílem dotazníku je zjištění, jaký je rozdíl mezi dívkami a chlapci z různých ročníků a jak se liší v závislosti na věku. Dále bylo zkoumáno, jakým způsobem děti vadu napravují a kdo jim při tom pomáhá. Nejzajímavější částí pro mne byla otázka týkající se pocitů znevýhodnění při výslovnosti vadě. Dotazník má jednotnou formu jak pro šesté ročníky, tak pro deváté ročníky. Jeho vyplňování probíhalo anonymní formou. Před zadáváním byl dětem vysvětlen účel dotazníku a způsob jeho vyplnění. Většina žáků dotazník uvítala, jelikož se jeho vyplněním narušil obvyklý průběh hodiny (viz příloha č. 6)

Celkový počet dotazníků a tím i žáků a žákyň vyplňujících dotazník byl 136, validních dotazníků nadále zařazených do výzkumu bylo 130. Na tomto čísle se ZŠ Resslerova podílela 50 dotazníky a ZŠ Ležáků zbylými 80.

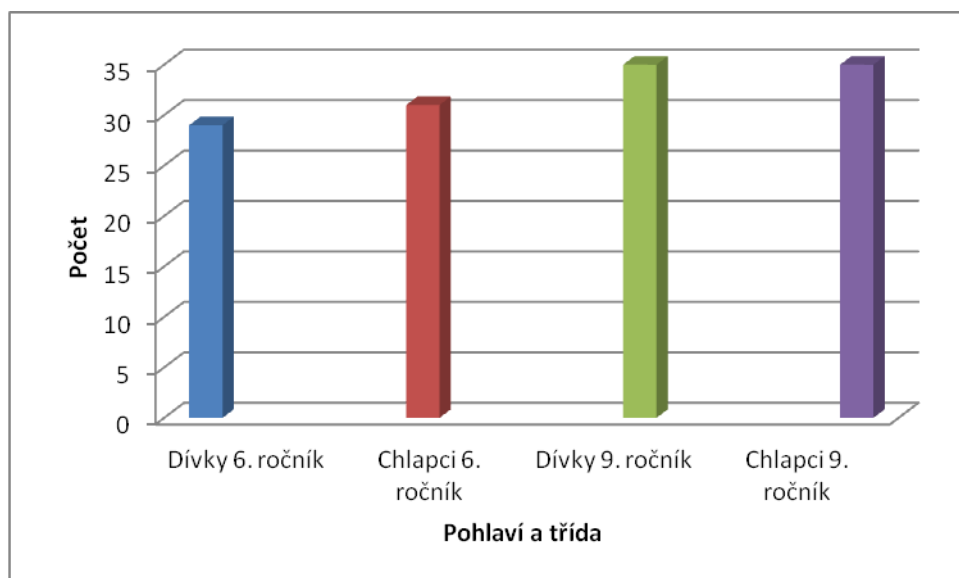
7.2 Vyhodnocení dotazníku – obecné

V následujících dvou grafech jsou shrnuty celkové počty žáků a žákyň odpovídajících na dotazník.

Graf č. 1. Celkový počet respondentů



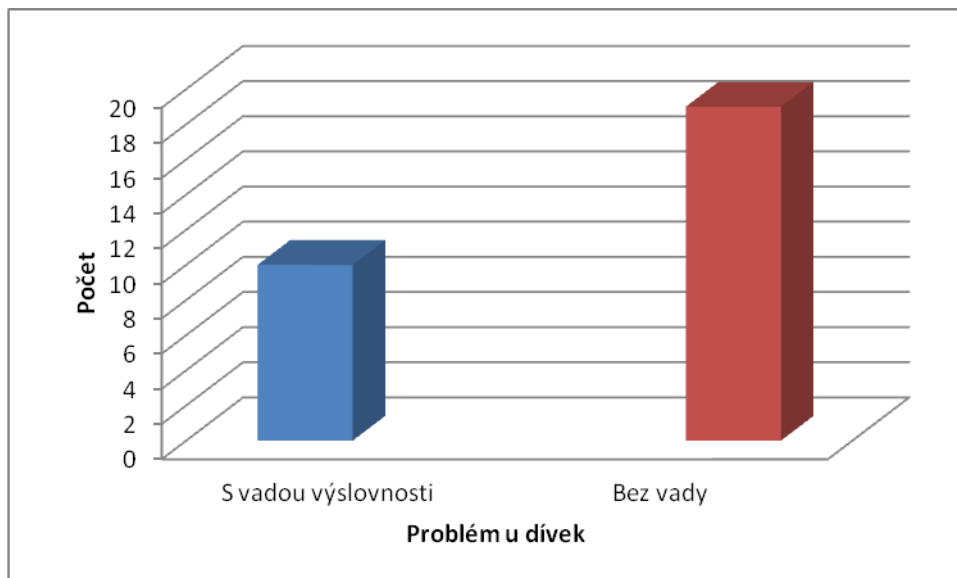
Graf č. 2. Celkový počet respondentů podle věku a tříd



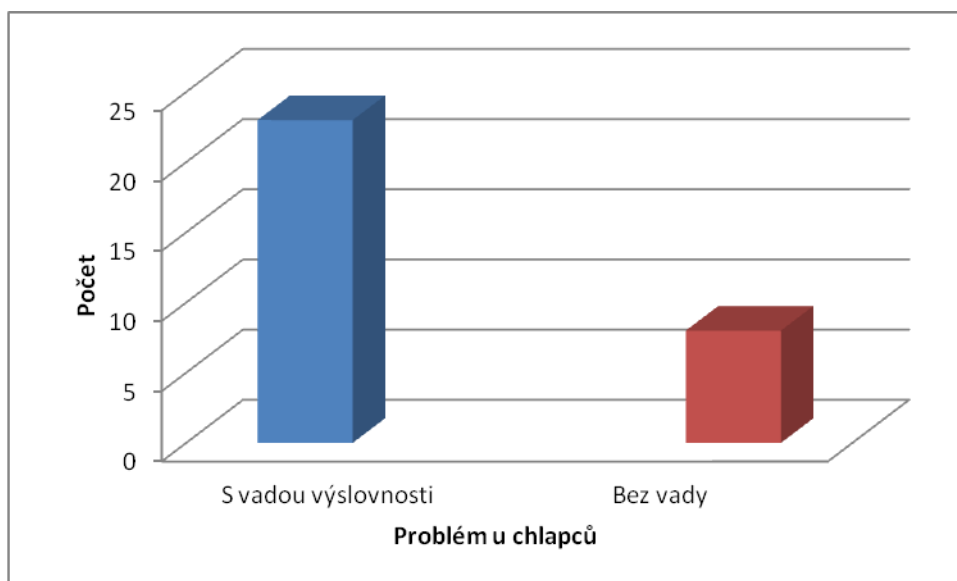
Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 64 dívek a 66 chlapců z 6. a 9. ročníků ZŠ. Z druhého grafu vyplývá, že dívek 6. ročníku odpovědělo 29 a chlapců 31. Z devátých ročníků vyplnilo dotazník stejné množství žáků a žákyň, a to 35.

7.3 Řečové nedostatky u žáků 6. tříd

Graf č. 3. Měla jsi někdy problémy s výslovností? – počet dívek

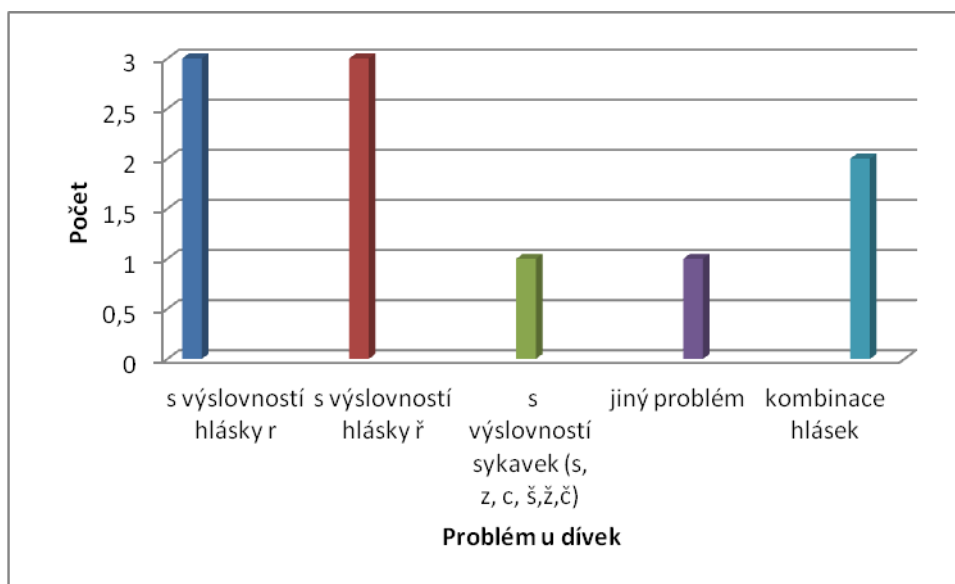


Graf č. 4. Měl jsi někdy problémy s výslovností? – počet chlapců

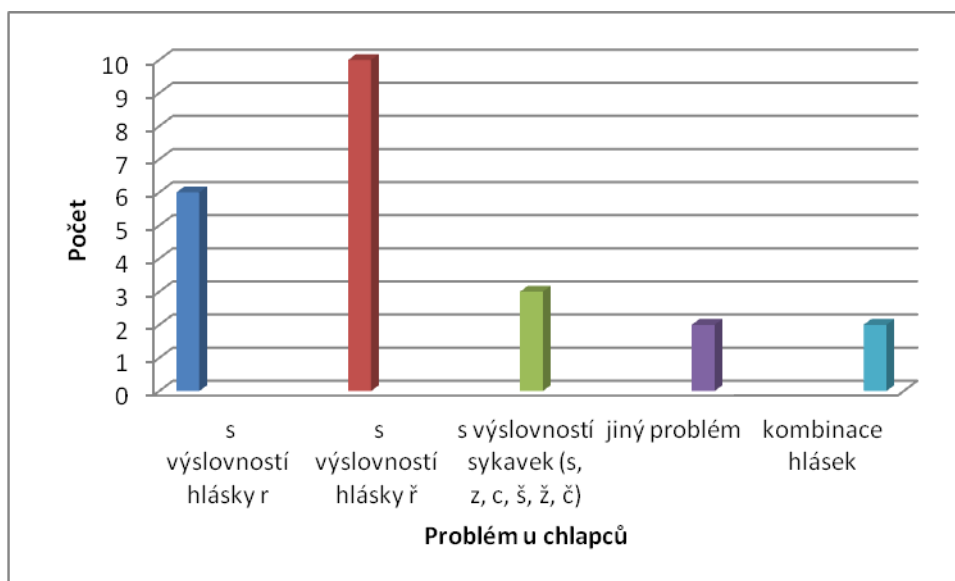


Na předchozích dvou grafech je vidět rozdíl mezi dívkami a chlapci v šestém ročníku. Zatímco z celkového počtu 29 dívek má pouze 10 z nich problémy s výslovností a 19 je bez vady, u chlapců je to obráceně. Z počtu 31 chlapců chybně vyslovuje 23 chlapců a pouze 8 nemá s výslovností hlásek problémy. Tento obrovský rozdíl je možné přičítat faktu, že dívky bývají více vyspělé než stejně staří chlapci.

Graf č. 5. Nejčastější výslovnostní vady u dívek

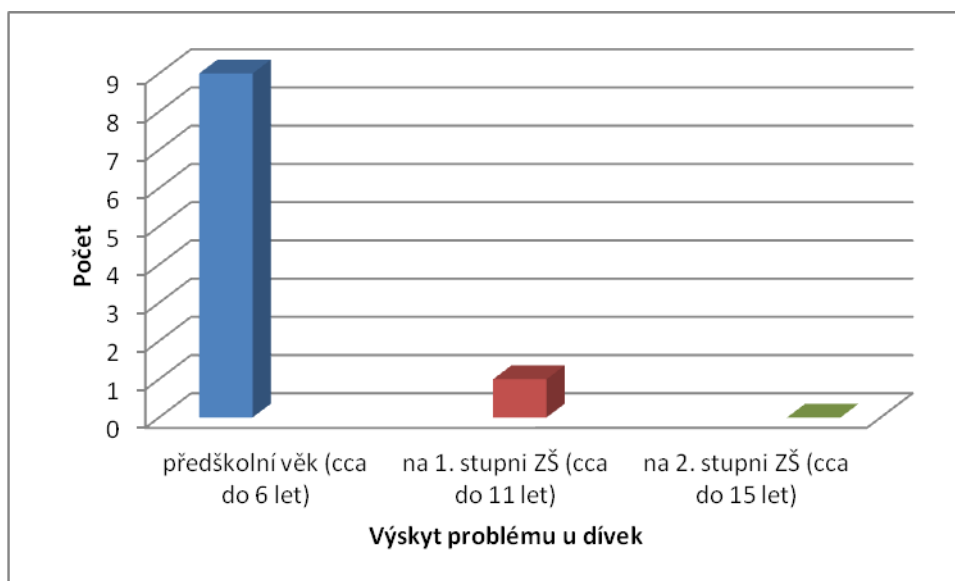


Graf č. 6. Nejčastější výslovnostní vady u chlapců

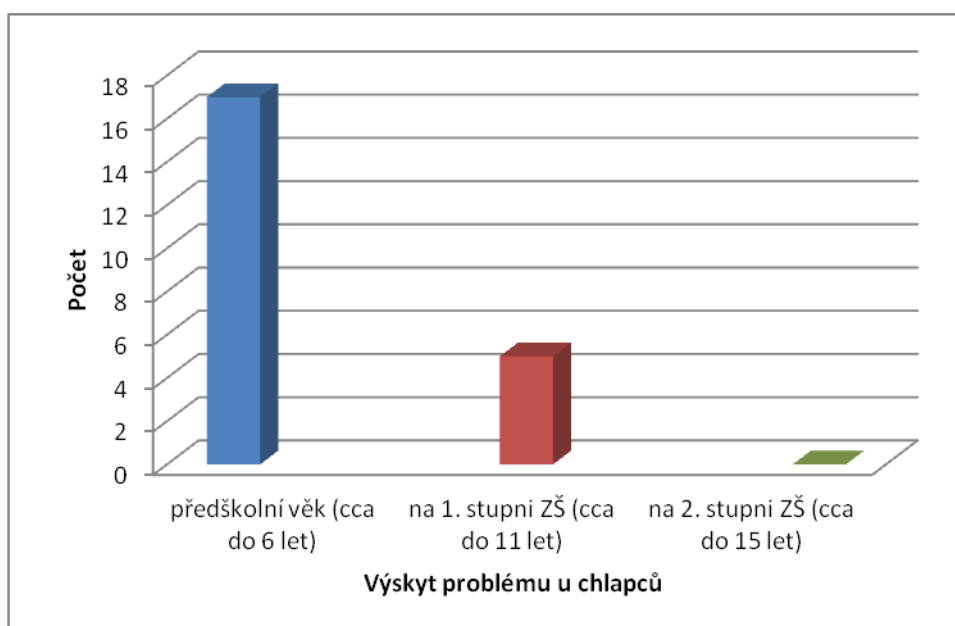


Dívky mají největší potíže s výslovností hlásek *r* a *ř*, v jednom případě má dívka problémy s výslovností *r* a *ř* zároveň a jedna dívka chybně vyslovuje hlásku *r* a *l*. U chlapců je podle dotazníku největším problémem hláska *ř*, dva chlapci chybně vyslovují *r* a *ř* zároveň, přičemž jeden z nich je dyslektik. Jeden chlapec kromě hlásek *r* a *ř* chybně vyslovuje také hlásku *v*, a jinému dělají potíže hlásky *ř*, *m*, *g* a *h*.

Graf č. 7. Ve kterém období jsi měla tyto problémy? – počet dívek

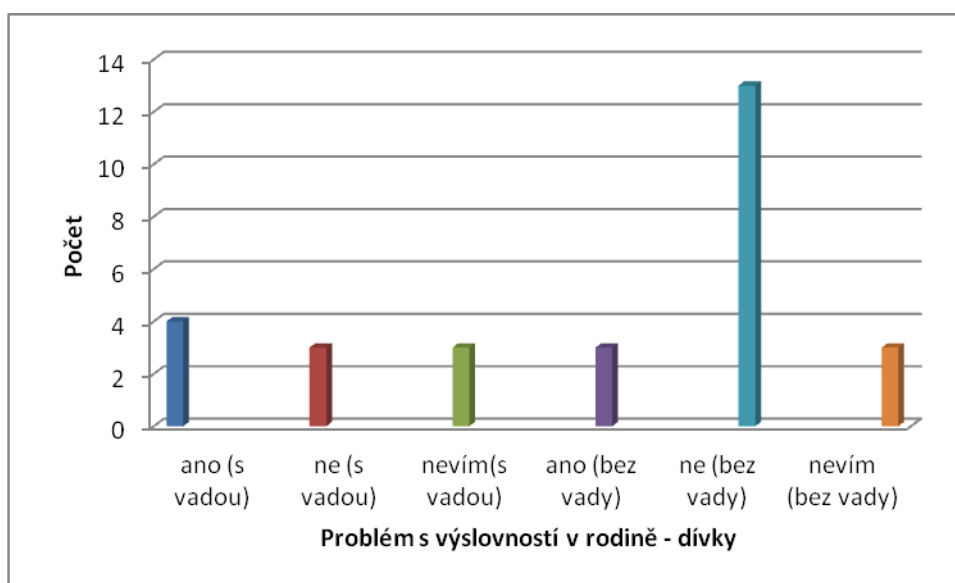


Graf č. 8. Ve kterém období jsi měl tyto problémy? - počet chlapců

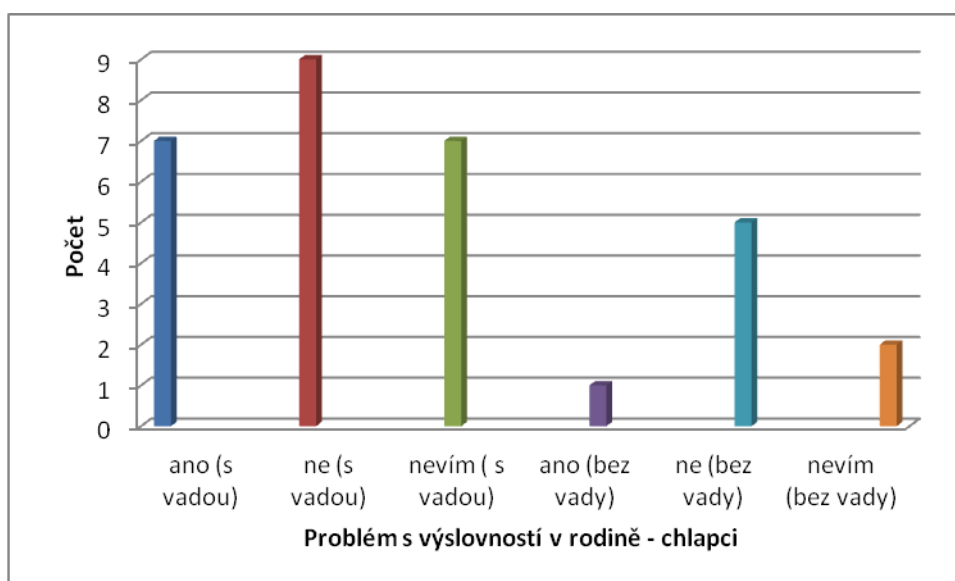


Z celkem 10 dívek s vadou výslovnosti jich 9 tuto vadu napravilo ještě v předškolním období a pouze jedna dívka s nápravou pokračovala až na 1. stupeň ZŠ. Z 23 chlapců, kteří uvedli, že mají některou z vad, jich 17 podstoupilo jistou formu nápravy v předškolním období a pouhých 5 chlapců docházelo k odborníkům ještě na 1. stupni ZŠ. V dnešní době je nutné, aby děti před nástupem do prvních tříd zvládaly artikulaci hlásek nebo alespoň předložily lékařskou zprávu, že dochází k logopedovi a na nápravě řeči aktivně pracují. Teprve poté je možné děti dát k zápisu do ZŠ.

Graf č. 9. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - dívky

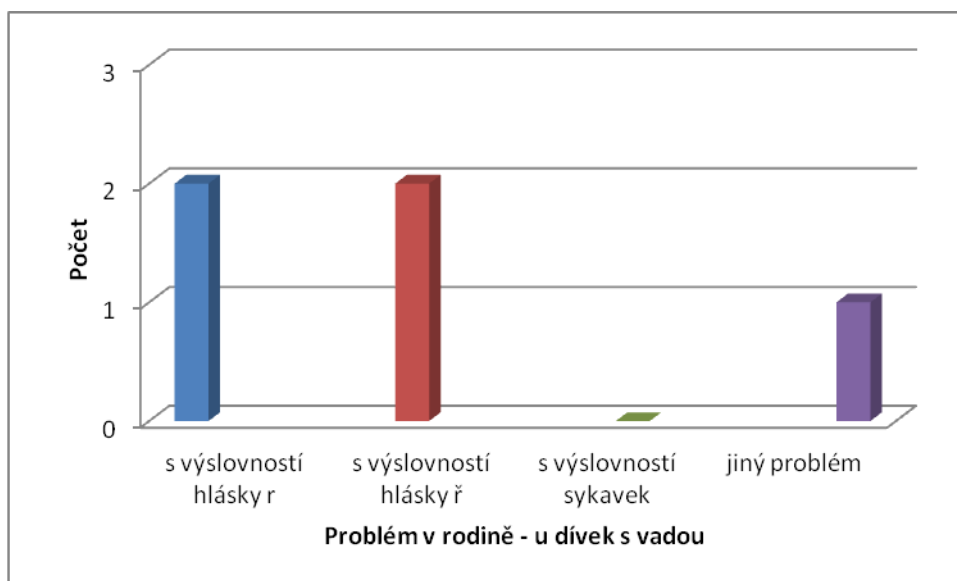


Graf č. 10. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - chlapci

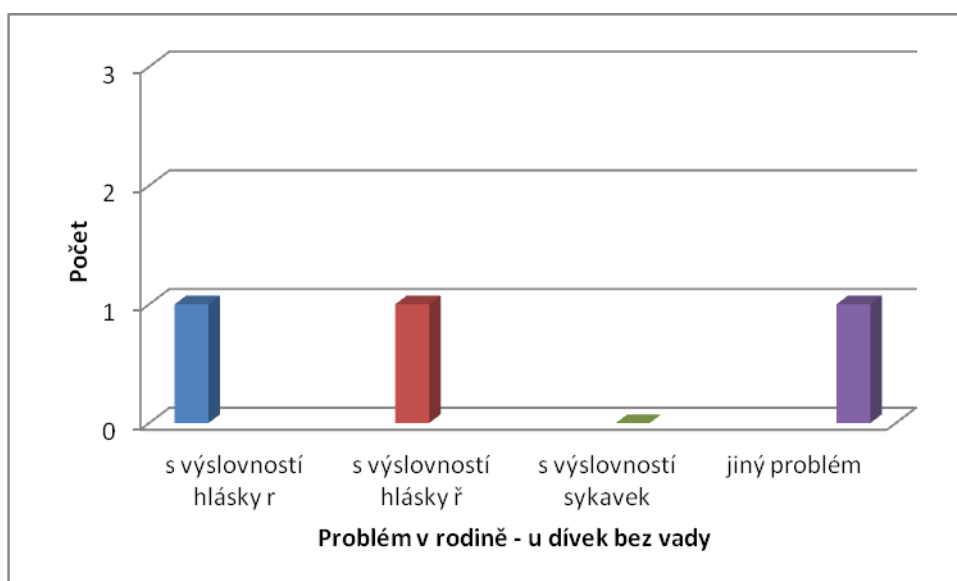


Rozdíl mezi dívkami a chlapci, kteří vyrůstají v nejbližší rodině s někým, kdo má výslovnostní vadu, je téměř stejný nebo je rozdíl jen zanedbatelný. Pouze u dívek s poruchou výslovnosti jsou počty vyrovnané. U chlapců s poruchou převládají rodinní příslušníci bez výslovnostních vad. Je velice obtížné z tak malého počtu dělat závěry, při důkladnějším zkoumání by bylo možné zjistit, zda má na vady výslovnosti vliv dědičnost.

Graf č. 11. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek s vadou

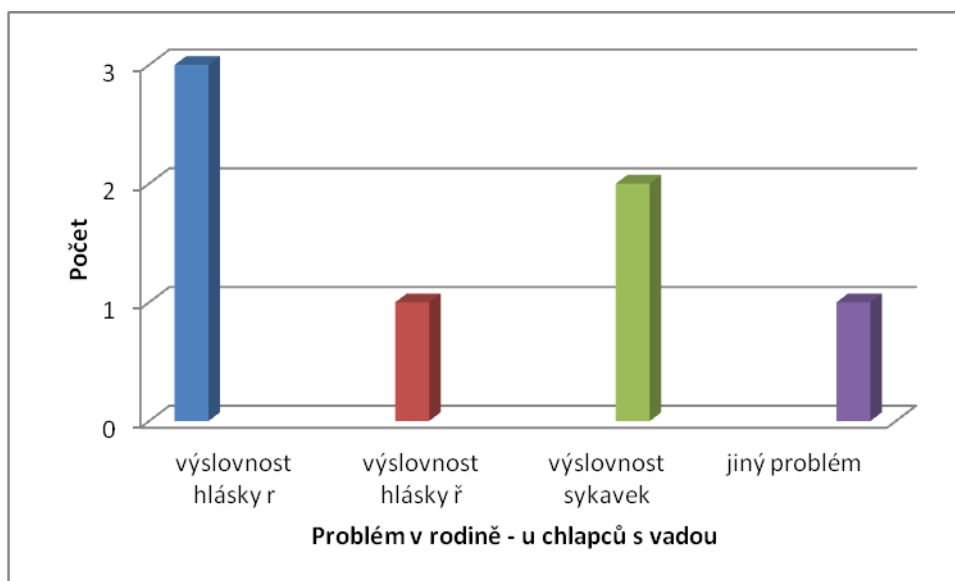


Graf č. 12. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek bez vady

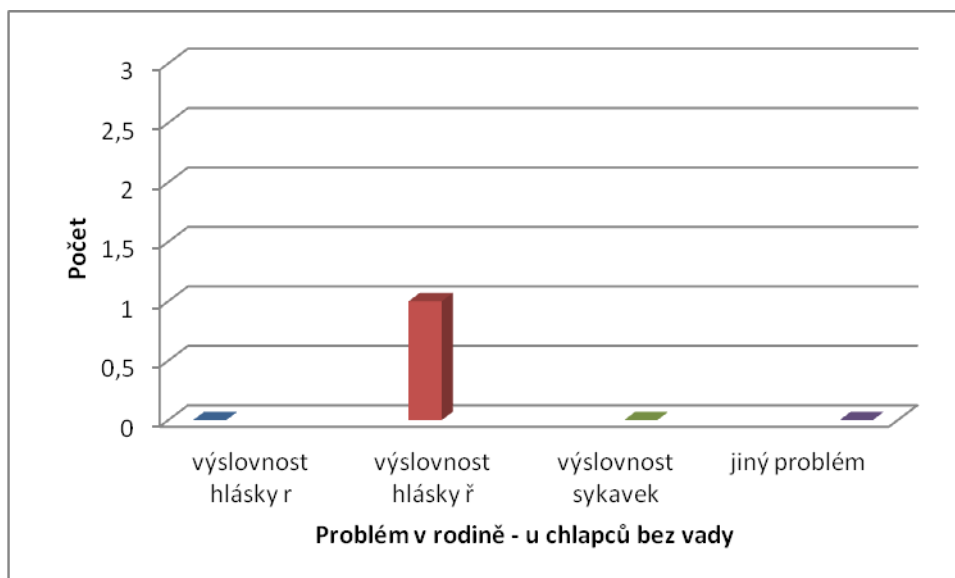


Při porovnávání dívek s vadou a bez vady bylo zjištěno, že nejčastější problém, stejně jako v předchozích případech činí hlásky *r* a *ř*. První graf znázorňuje nejbližší rodiny dívek s vadou výslovnosti, kde z 10 dívek 4 zaznamenaly potíže s výslovností *i* v jejich úzkém okolí. Oproti tomu druhý graf, kde z 19 dívek, které žádnou vadu nemají, pouze tři uvedly potíže a to opět s hláskou *r* a *ř* a v jedné z případů dělá potíže výslovnost hlásky *l*. Na to, aby mohl být proveden hlubší výzkum, zda má vliv rodinné prostředí na to, jak děti vyslovují, by bylo potřeba odpověď více respondentů stejného věku.

Graf č. 13. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině chlapců s vadou

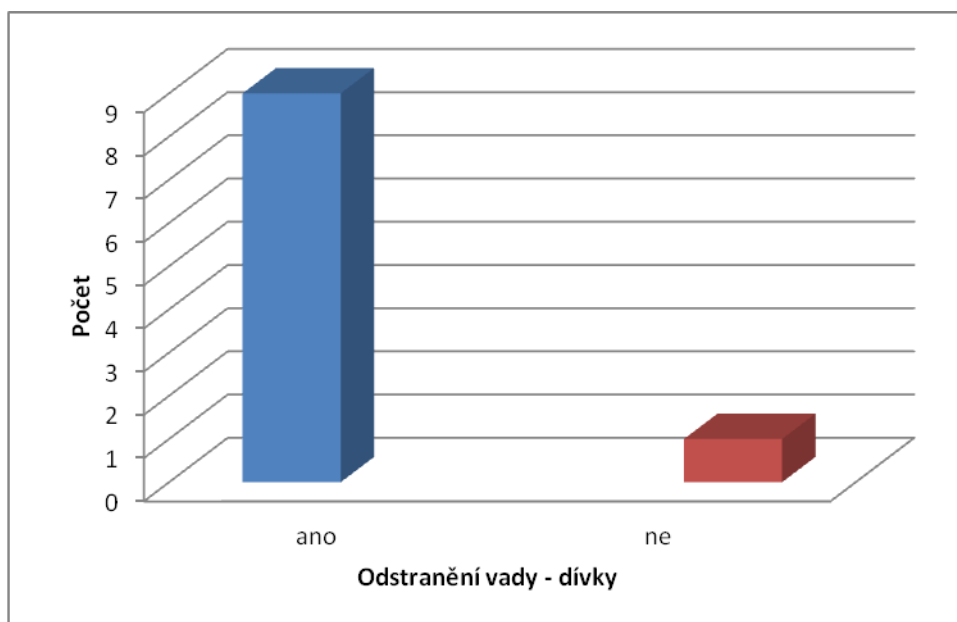


Graf č. 14. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině chlapců bez vady

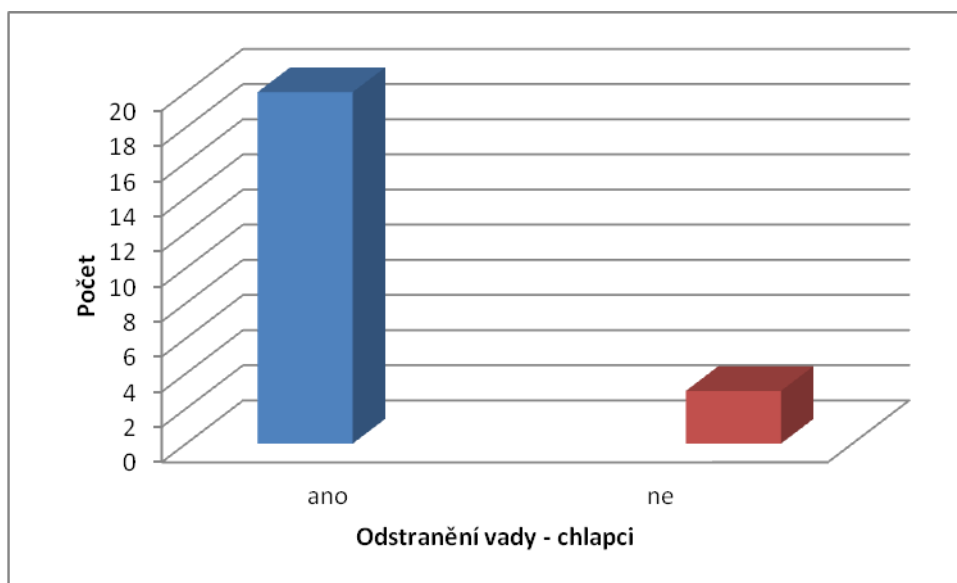


Oproti grafům týkající se dívek, se tyto grafy poněkud liší. Chlapci, kteří žádnou vadu výslovnosti nemají, až na jeden případ, kdy někdo z členů rodiny chybně vyslovuje hlásku ř, v nejbližší rodině neshledali žádné závažné vady. Chlapci s vadou výslovnosti v sedmi případech označili opět nejčastěji hlásky *r* a *ř*, ale ve dvou případech i chybnou výslovnost sykavek. Jeden z chlapců uvedl, že je vada výslovnosti u jednoho z členů rodiny spojena také s dyslexií. Jde pouze velmi těžko odhadnout, zda chlapci v šestém ročníku vnímají a uvědomují si výslovnostní vady v rodině.

Graf č. 15. Odstraňovala jsi svou vadu? - dívky

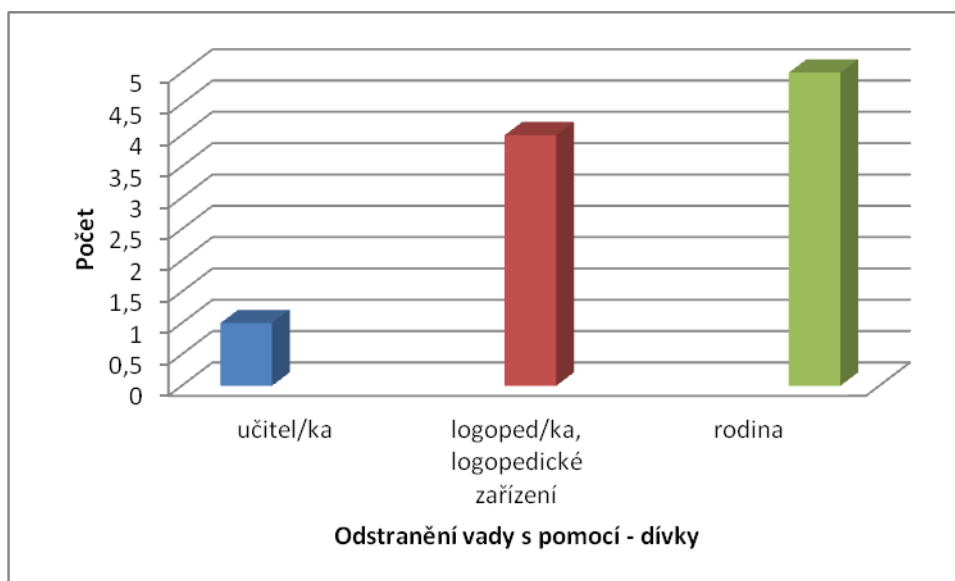


Graf č. 16. Odstraňoval jsi svou vadu? - chlapci

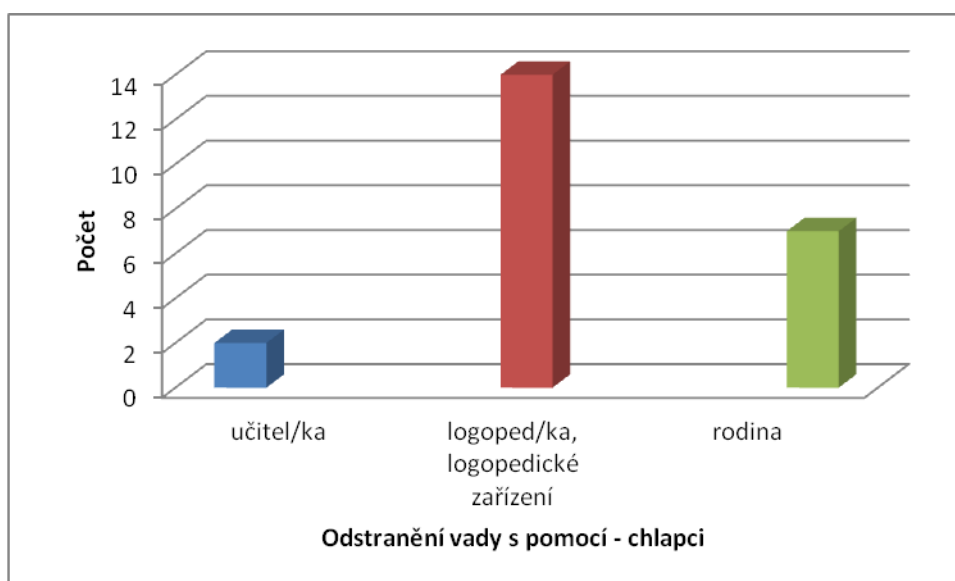


I přesto, že v dnešní době jsou takové možnosti, jak vadu řeči napravit, stále jsou děti a rodiče, kteří tuto možnost nevyužijí. Z 10 dívek s vadou výslovnosti jedna dívka stále tuto možnost nevyužila a nadále chybně vyslovuje. Z druhého grafu lze vyčíst, že z celkem 23 chlapců chybně vyslovujících jich 20 podstoupilo nějakou formu nápravy a 3 chlapci vadu nijak aktivně neodstraňují.

Graf č. 17. Svou vadu jsi odstraňovala s pomocí: - dívky

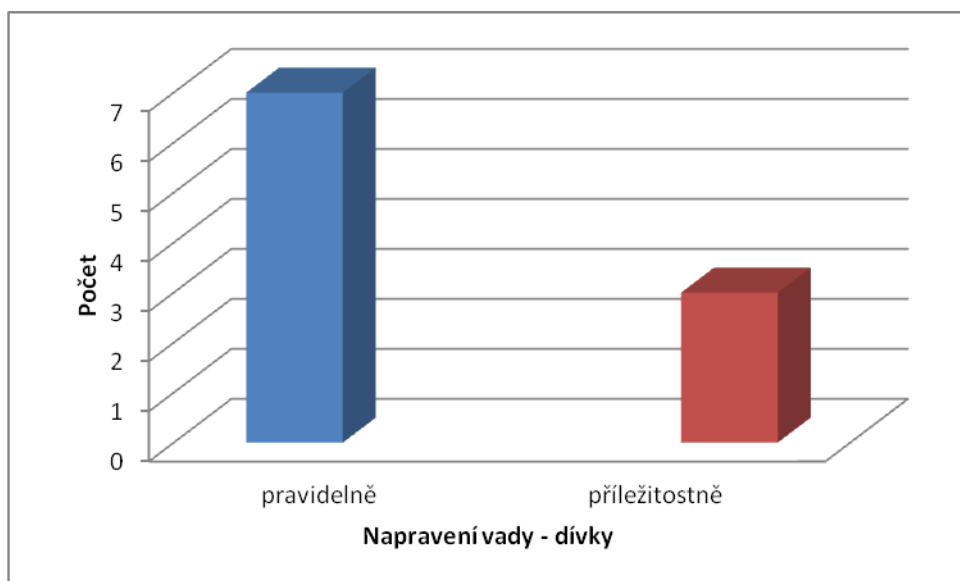


Graf č. 18. Svou vadu jsi odstraňoval s pomocí: - chlapci

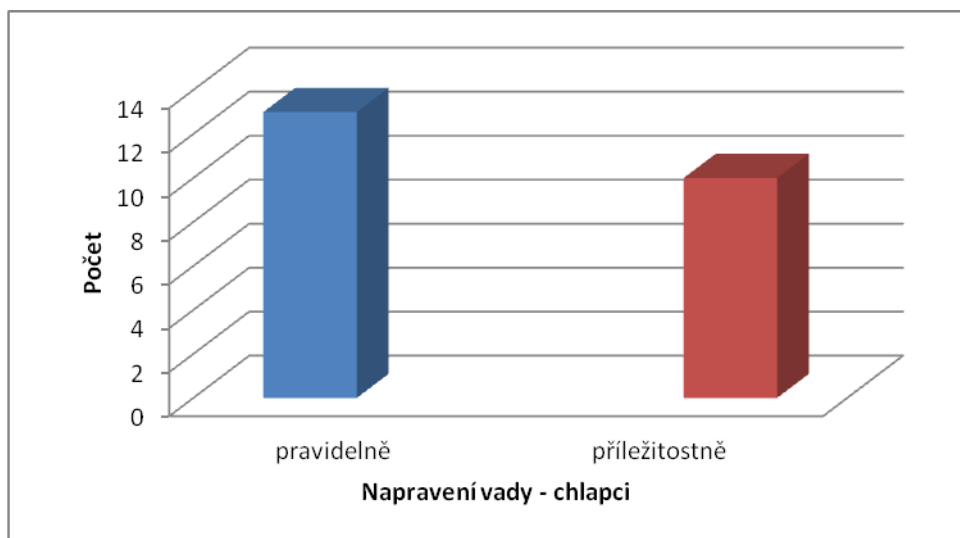


Tyto dva grafy znázorňují, kdo dětem s vadou výslovnosti nejčastěji pomáhá se zvládnutím jejich vady. Dívky i chlapci, resp. jejich rodiče obvykle volí pomoc logopeda či navštěvují logopedické zařízení. I přesto, že mají tuto možnost, často se spoléhají pouze na své vlastní schopnosti a děti se snaží naučit správně vyslovovat sami. Zda je to efektivní či nikoliv je však otázkou. I když jen v malé míře, tak i přesto rodiče volí pomoc učitele, který je speciálně proškolen, aby dětem mohl nabídnout téměř plnohodnotnou pomoc jako logoped.

Graf č. 19. Jak často jsi svou vadu napravovala? - dívky

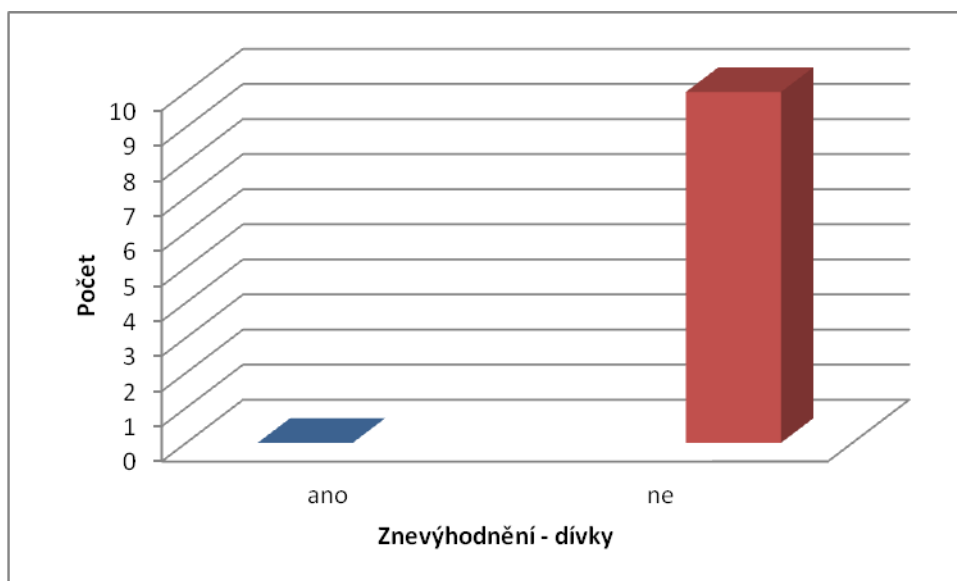


Graf č. 20. Jak často jsi svou vadu napravoval? - chlapci

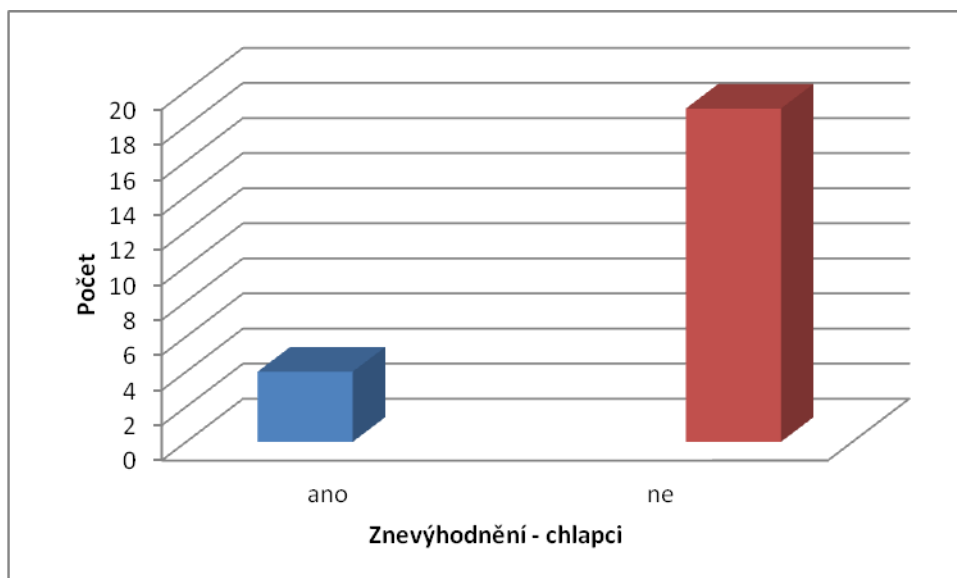


Při zadávání dotazníku bylo žákům a žákyním vysvětleno, co si pod pojmy pravidelně a příležitostně představujeme. I přesto však byly odpovědi na tuto otázku celkem překvapivé. Předpoklad byl, že děti mají nějaký řád v tom, jak dochází k odborníkům nebo i když se učí doma. Děti, které navštěvují logopeda, dodržují pravidelný režim. Pokud se však učí doma v rámci rodiny je toto učení nárazové a děti se učí jen příležitostně, pokud si najdou členové rodiny čas.

Graf č. 21. Cítíla ses znevýhodněná kvůli své vadě? - dívky



Graf č. 22. Cítil ses znevýhodněný kvůli své vadě? - chlapci



Žádná dívka a jen velmi málo chlapců se cítilo znevýhodněných kvůli své vadě, což pro mne bylo velkým překvapením. Tato skutečnost je příkládána tomu, že své vady odstranili ještě v předškolním věku, kdy jsou tyto vady mezi dětmi běžné. Pouze 5 chlapců tuto vadu odstranilo až na 1. stupni ZŠ, což mohlo mít vliv na jejich psychiku, jak ukazuje dotazník. Předpoklad byl, že dívky ve většině případů odpoví na tuto otázku kladně.

7.4 Shrnutí 6. ročníku

Na základě vyplněného dotazníku lze shrnout několik zajímavých skutečností.

Dotazníku se zúčastnilo 60 dětí 6. ročníků, dívky zastoupeny počtem 29 a chlapci 31, tudíž téměř rovnoměrně. Tato rovnoměrnost se však narušila již při odpovědi na první otázku, kdy pouze 10 dívek uvedlo, že mělo výslovnostní vadu některých hlásek a u chlapců byl tento počet dvojnásobný, tj. 23 chlapců.

Nejčastěji děti chybně artikulovaly hlásky *ř*, *r* a sykavky. Dívkám kromě uvedených hlásek dělala problém hláska *l*. Chlapci měli problémy s výslovností hlásky *v*, *m*, *g* a *h*. Tyto vady se ve velké míře objevovaly v kombinacích, nejčastějším spojením bylo chybné vyslovování hlásek *r* a *ř* zároveň.

Většina z těchto problémů byla vyřešena již v předškolním věku a pouze malá část dětí napravovala svou vadu ještě na prvním stupni ZŠ.

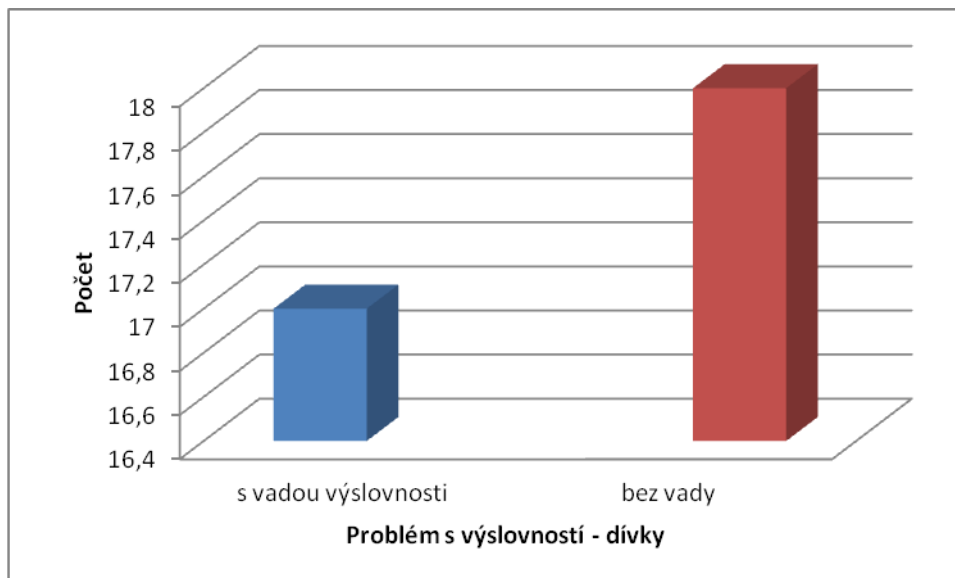
Děti v šestém ročníku si jen málo uvědomují výslovnostní vady v okruhu své nejbližší rodiny. Pokud si však nějaký problém uvědomují, jedná se nejčastěji o výslovnost hlásek *r* a *ř*, okrajově také o hlásku *l* a o kombinaci hlásek *r* a *ř*, spojenou s dyslexií.

Většina dotazovaných uváděla, že vadu výslovnosti odstraňovali a tento proces probíhal pravidelně za pomoci logopedických pracovníků. Děti navštěvující odborníky pravidelně procvičují zadané úkoly v rodině a pečlivě se připravují na další sezení. Velký počet dětí odstraňovalo svou vadu pouze příležitostně v rámci rodiny. Děti a jejich rodiče téměř nevyhledávají odbornou pomoc nabízenou odborně proškolenými pedagogy ze školy, kterou denně navštěvují.

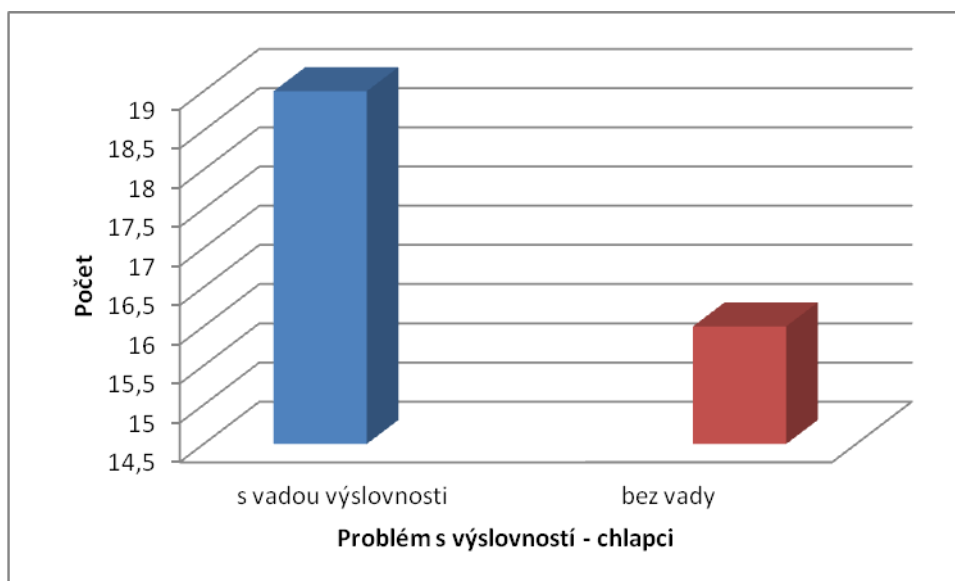
Zajímavým zjištěním bylo, že spíše než dívky, chlapci prožívají svou vadu jako znevýhodnění vůči svým vrstevníkům. Při následné diskuzi však byla zjištěna pravá příčina. Chlapcům se jejich spolužáci vysmívali a oni se cítili méněcenní, i když jejich školní výsledky byly vyrovnané a byli jinak bez problémů a z kolektivu nijak zásadně nevyčnivali.

7.5 Řečové nedostatky u žáků 9. tříd

Graf č. 23. Měla jsi někdy problémy s výslovností? - počet dívek

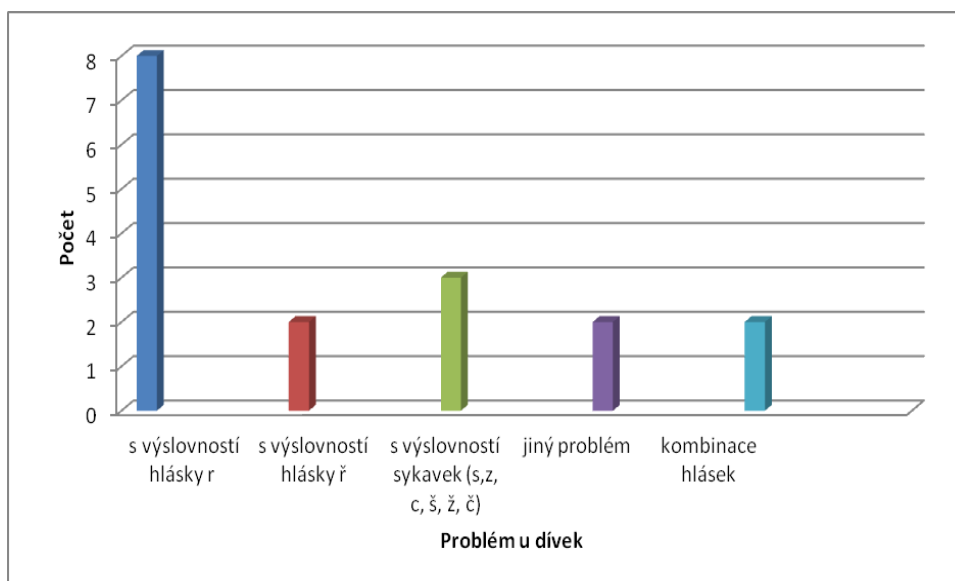


Graf č. 24. Měl jsi někdy problémy s výslovností? - počet chlapců

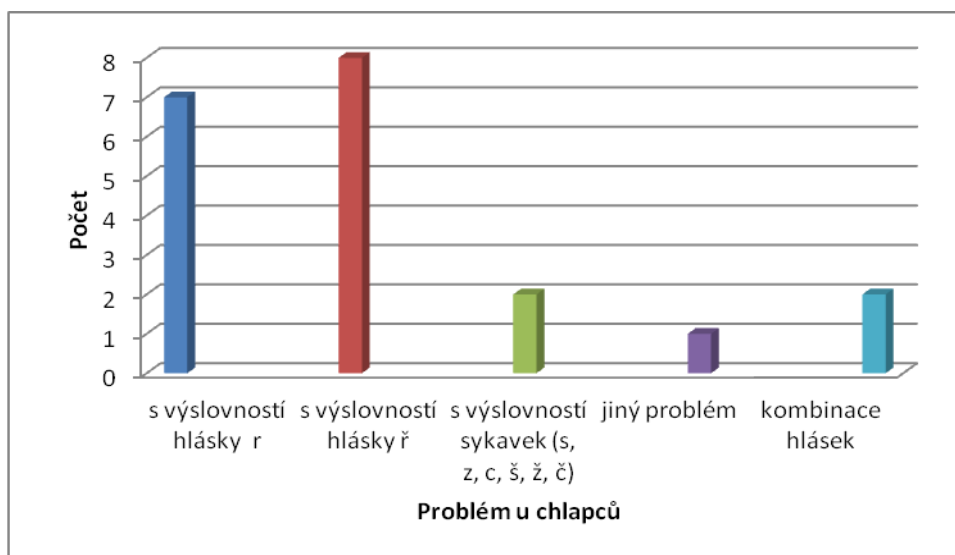


Grafy znázorňující počet dívek a chlapců z devátých ročníků, kteří mají vadu řeči, jsou téměř vyrovnané oproti šestým ročníkům. Dívek i chlapců je shodně 35. Z toho dívek s vadou řeči je 17 a chlapců 19 (v šestém ročníku bylo 10 dívek a 23 chlapců).

Graf č. 25. Nejčastější výslovnostní vady u dívek

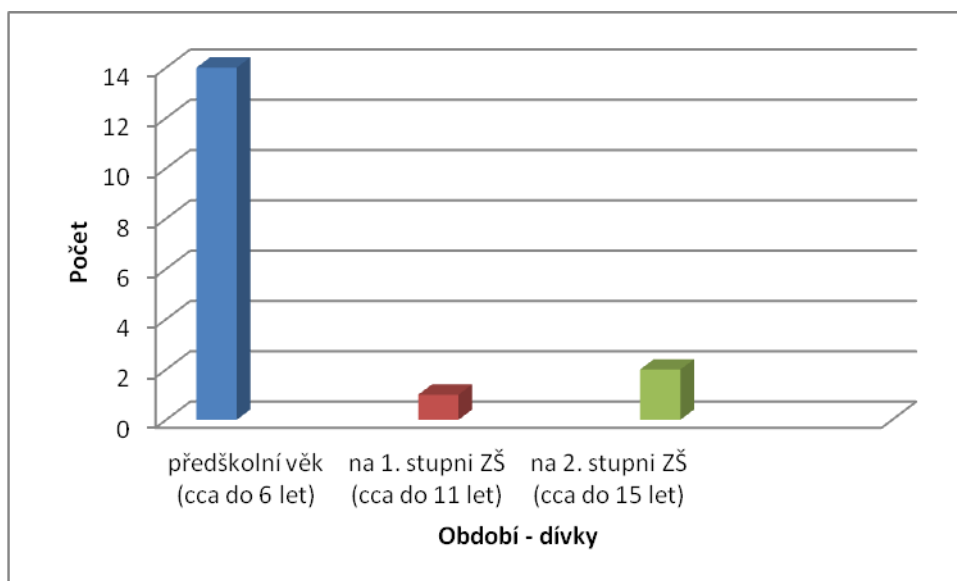


Graf č. 26. Nejčastější výslovnostní vady u chlapců

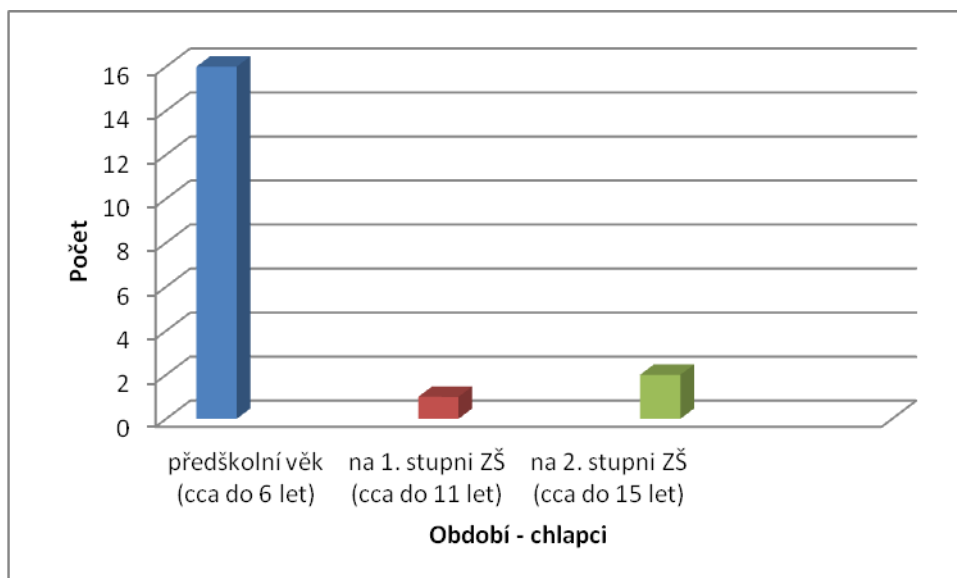


Nejčastěji činí jak dívkám, tak chlapcům problém výslovnost hlásek *r* a *ř*, přičemž *r* dělá větší potíže dívkám a *ř* zase chlapcům. Výslovnost sykavek je stejně obtížná pro dívky i pro chlapce. U dívek se v jednom případě vyskytuje koktavost. Nejčastější kombinací chybně vyslovených hlásek je kombinace *r* a *ř* a také *r* a sykavky. U jednoho chlapce se vyskytuje kombinace *r, ř, l, d* a *t*.

Graf č. 27. Ve kterém období jsi měla tyto vady? - počet dívek

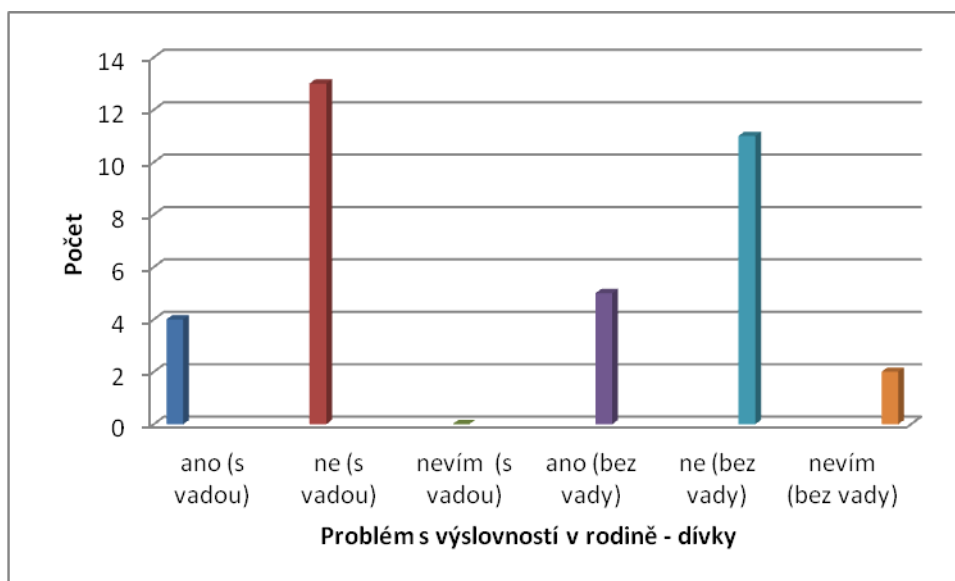


Graf č. 28. Ve kterém období jsi měl tyto vady? - počet chlapců

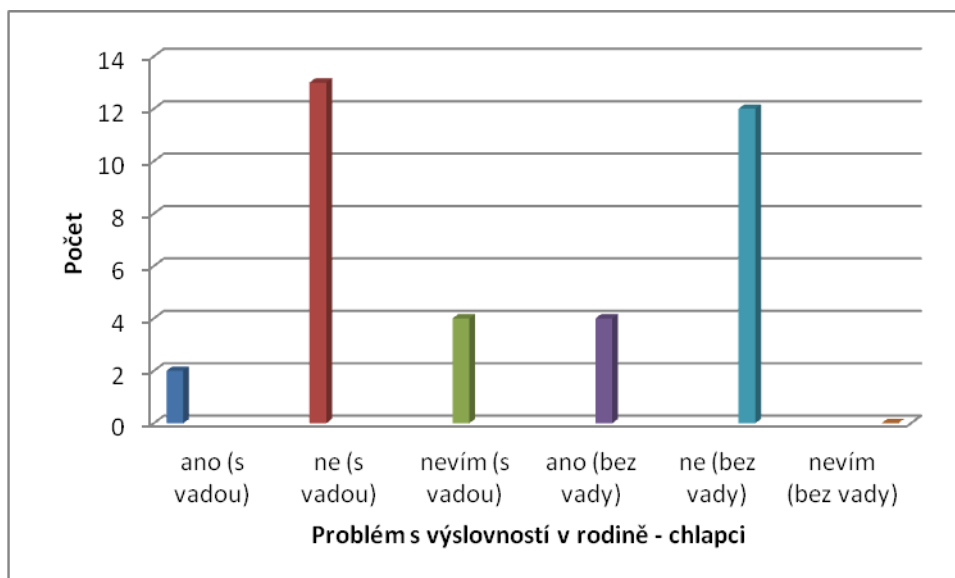


Stejně jako u šestých ročníků i respondenti z devátých ročníků nejčastěji své výslovnostní vady odstraňovali již v předškolním věku. Pouze jedna dívka a jeden chlapec docházeli k logopedům i během prvního stupně ZŠ. Shodně dvě dívky a dva chlapci stále výslovnostní vadu mají a při dotazu, zda jí někdy řešili nebo by chtěli tuto vadu odstranit, nejčastěji odpovídali, že si na vadu již zvykli a nepřekáží jim, popřípadě jsou díky této vadě odlišní od svých vrstevníků.

Graf č. 29. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - dívky

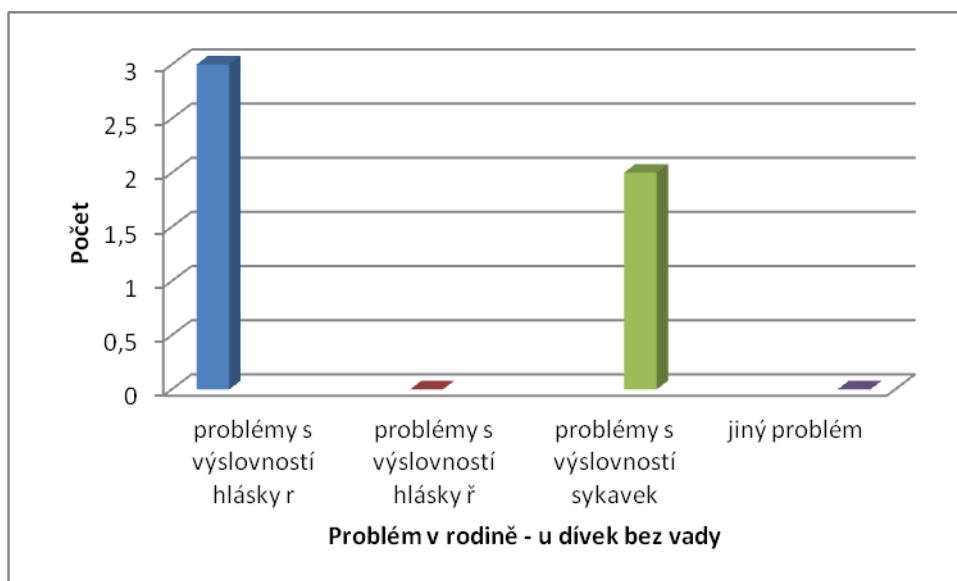


Graf č. 30. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - chlapci

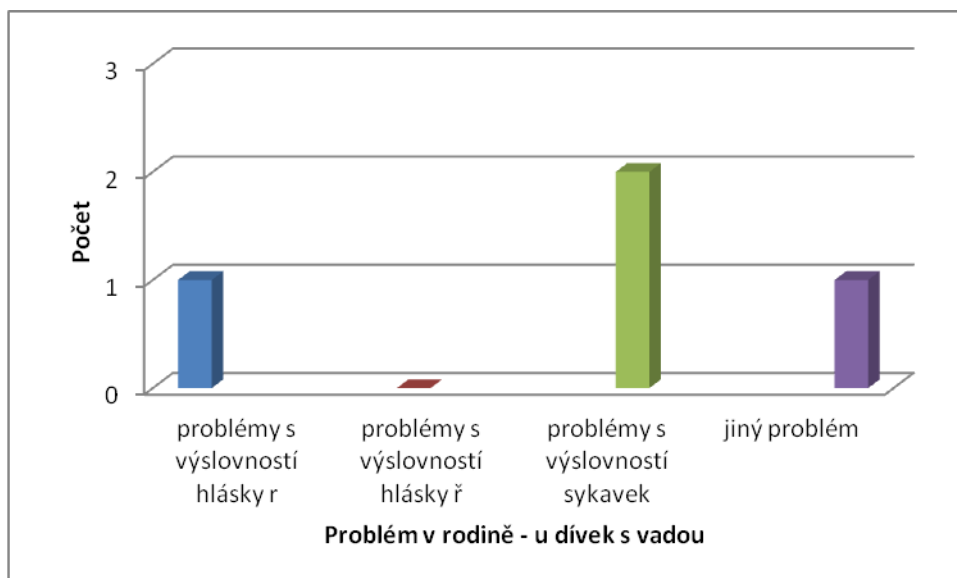


Uvedené dva grafy rozlišují dívky i chlapce s výslovností vadou a bez této vady a počet nejblíže příbuzných, kteří chybně vyslovují či nikoliv. Na těchto grafech je vidět mnohem větší všímavost ze strany žáků devátých ročníků. Žáci si všimají svého okolí více a jsou na tyto informace citlivější. Oproti šestým ročníkům jen 6 dětí nevědělo, kdo z blízkých má problémy s artikulací hlásek (v šestém ročníku takto odpovědělo 15 dětí). Děti bez vady výslovnosti odpovídaly častěji, že mají v rodině někoho, kdo špatně vyslovuje hlásky, tedy opět nemůžeme potvrdit vliv dědičnosti či snahu dětí napodobovat výslovnost svých nejblíže na artikulaci hlásek.

Graf č. 31. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek bez vady

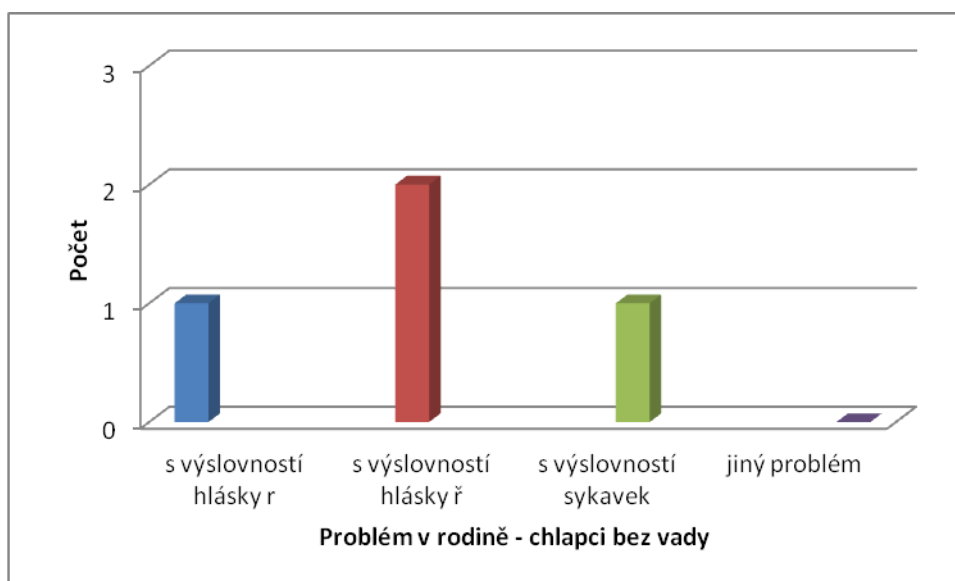


Graf č. 32. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek s vadou

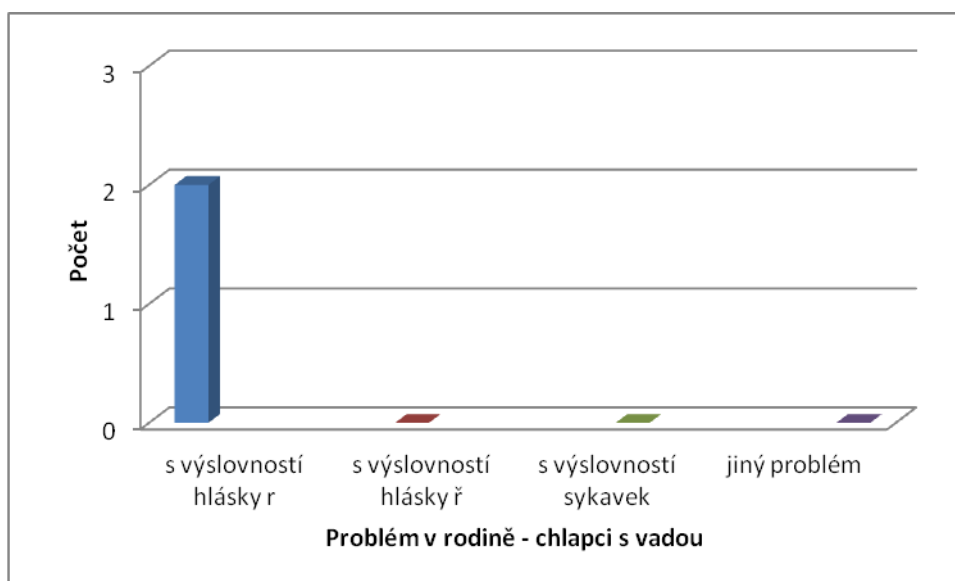


Z celkového počtu 17 dívek s chybnou výslovností hlásek 4 uvedli přítomnost někoho s těmito problémy v nejbližší rodině. Z 18 dívek, které vadu nemají, 5 uvedlo přítomnost výslovnostní vady v rodině. V uvedených grafech je vidět, že nejčastěji rodinní příslušníci chybně vyslovují sykavky *s*, *z*, *c*, *š*, *ž* a *č*. Další obvyklou vadou je výslovnost hlásky *r*. V jednom případě se také vyskytuje jiný problém, u kterého dívka uvedla přítomnost dyslexie v rodině. Poměr mezi dívkami s vadou a bez vady výslovnosti je 4:5.

Graf č. 33. Nejčastější výslovnostní vady v rodině chlapců bez vady

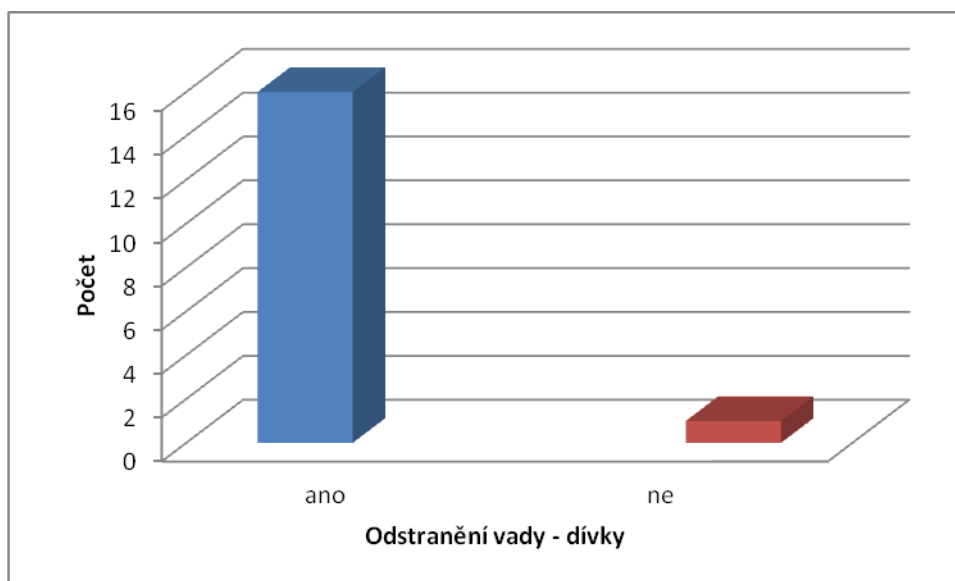


Graf č. 34. Nejčastější výslovnostní vady v rodině chlapců s vadou

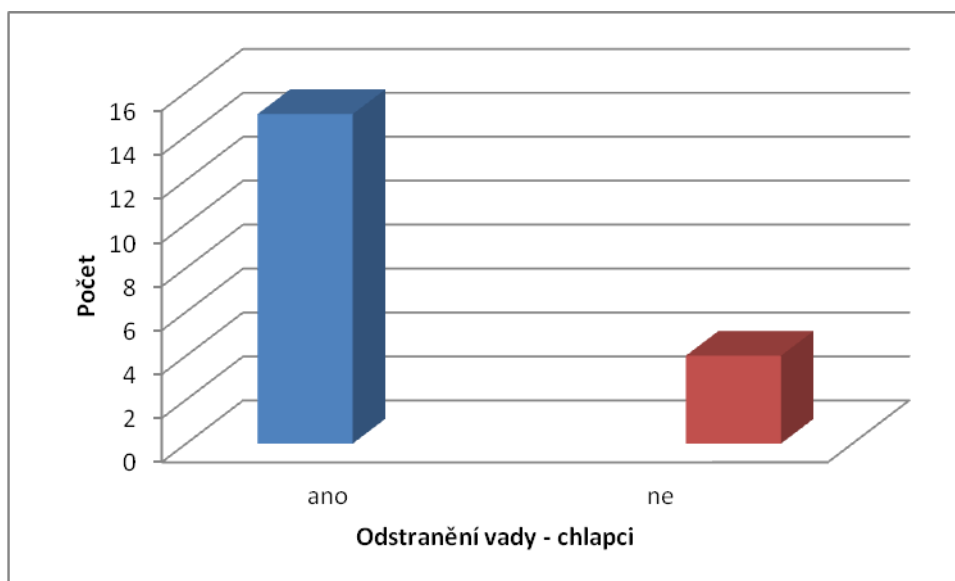


Uvedené grafy se nijak neliší od grafů stejně starých dívek. U chlapců bez vady výslovnosti je více rodinných příslušníků, kteří mají výslovnostní vadu než u chlapců s chybnou výslovností některé z hlásek. Nejčastějším problémem je opět výslovnost hlásek *r* a *ř* spolu se sykavkami *s*, *z*, *c*, *š*, *ž* a *č*. Nikdo z dotázaných nevedl jiný výslovnostní problém než již zmíněné hlásky.

Graf č. 35. Odstraňovala jsi svou vadu? - dívky

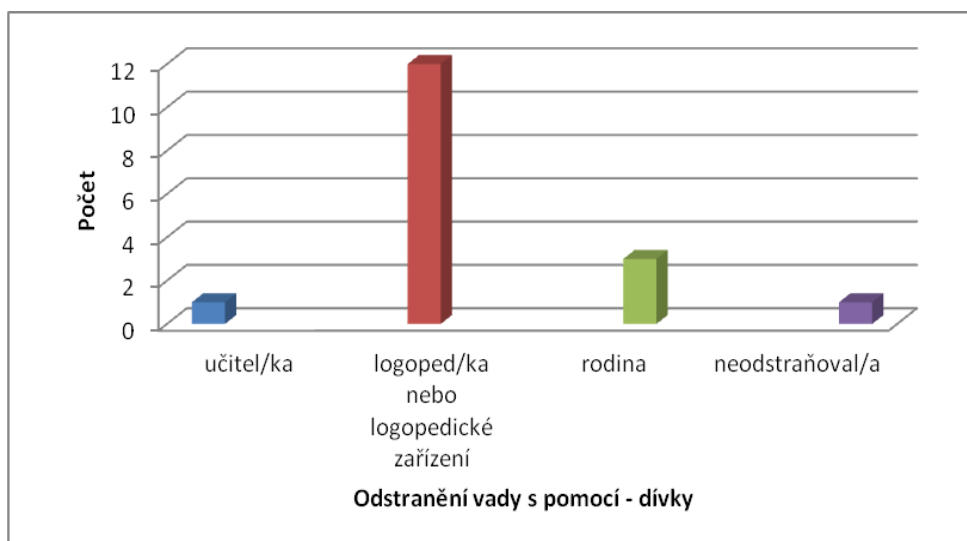


Graf č. 36. Odstraňoval jsi svou vadu? - chlapci

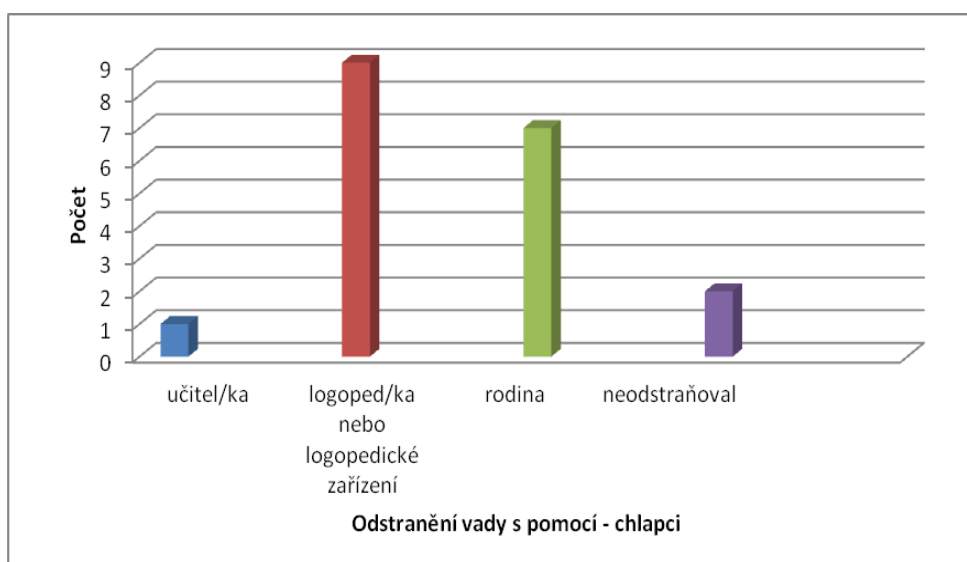


Následující grafy dokazují převážnou většinu dotazovaných žáků a žákyň devátého ročníku, kteří se svou vadu snažili napravit a odstranit. Ze 17 dívek a 19 chlapců však 5 dětí o tuto nápravu nikdy neprojevovalo zájem. Možnou příčinou může být i fakt, viz graf č. 27 a 28, že dětem jejich vada nepřekáží v běžném životě a jsou díky ní odlišné od jiných dětí. I přesto je však 5 dětí docela vysoké číslo a rodiče by měli brát v úvahu jejich budoucí zaměstnání, kde by jim tato vada mohla činit veliké potíže.

Graf č. 37. Svou vadu jsi odstraňovala s pomocí: - dívky

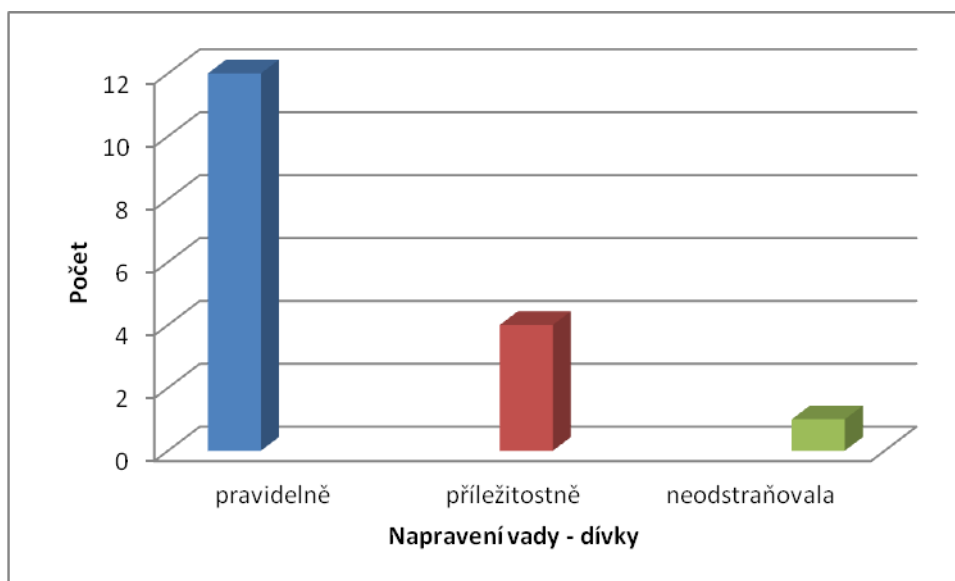


Graf č. 38. Svou vadu jsi odstraňoval s pomocí: - chlapci

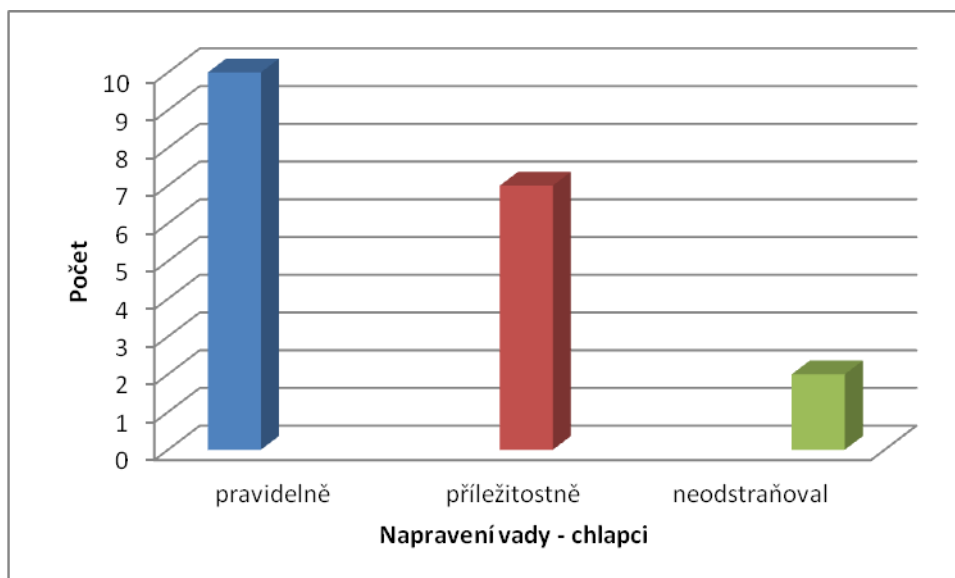


Většina chlapců a dívek se se svou vadou obrátila na logopeda či logopedické zařízení, což nebylo překvapením. Zarážející ale může být, že téměř stejný počet chlapců, kteří vyhledali odbornou pomoc, spoléhalo jen na pomoc v rámci rodiny. Pouze dva respondenti, jeden chlapec a jedna dívka využili možnosti logopedické péče v rámci jejich školy. Tři respondenti však nikdy žádnou pomoc nevyhledali a jejich chybná výslovnost jim ani jejich rodině zřejmě nevadí.

Graf č. 39. Jak často jsi pracovala na nápravě vady? - dívky

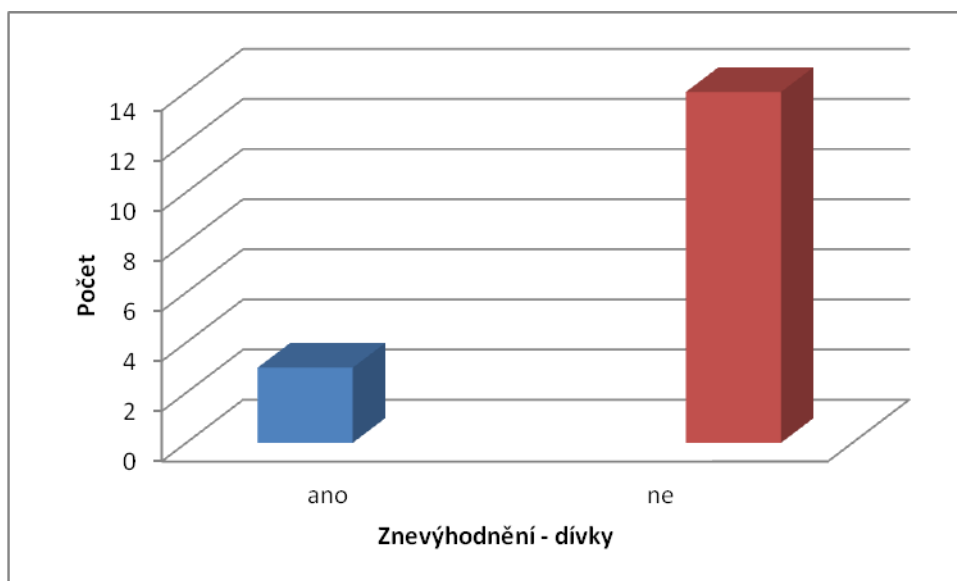


Graf č. 40. Jak často jsi pracoval na nápravě vady? - chlapci

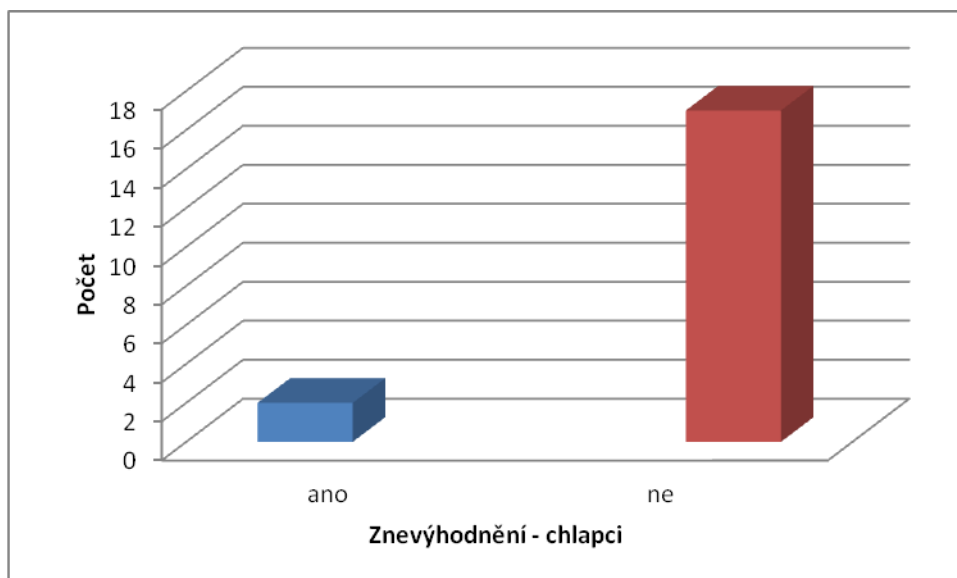


Většina respondentů navštěvovala v pravidelných návštěvách logopedické zařízení, nejméně však jednou měsíčně a zde procvičené úkoly si nadále prohlubovala v rámci rodiny. Děti dostaly od logopeda například říkanky či různá jazyková cvičení, které se naučily a v dalších hodinách je procvičovaly pod odborným dozorem. Stále se však vyskytuje velký počet dětí a hlavně jejich rodičů nevěnující nápravě vad takovou péčí. Logopedii procvičují pouze příležitostně. Podle dětí převážně večer a ne déle jak deset minut. Jedna z chybně vyslovujících dívek do dotazníku uvedla, že cvičí neustále, jelikož její maminka je logopedka.

Graf č. 41. Cítily ses znevýhodněná kvůli své vadě? - dívky



Graf č. 42. Cítil ses znevýhodněný kvůli své vadě? - chlapci



Na otázku, zda se žáci či žákyně cítili znevýhodněni kvůli své vadě, většina odpověděla záporně. Pouze 5 dotazovaných přiznalo určitou míru ovlivnění jejich vadou, která ovlivnila také chování vrstevníků k nim. Respondenti, kteří se cítili znevýhodněni, svou vadu převážně odstraňovali na 1. a 2. stupni základní školy, tedy v době, kdy se děti již snaží zalíbit svým vrstevníkům a zapadnout do skupiny, kde jen neradi vyčnívají z davu. Předpokladem byl mnohem větší počet dětí trpících díky své vadě a mnohem větší ovlivnění jejich psychiky.

7.6 Shrnutí 9. ročníku

Při zadávání dotazníku v devátém ročníku bylo sebráno celkem 70 odpovědí, z čehož 35 dotazníků vyplnily dívky a 35 dotazníků chlapci. Vyrovnané byli i odpovědi na první otázku, kde jsme se tázali, kolik z nich má problémy s výslovností. Dívek s vadou výslovnosti odpovědělo 17 a chlapců 19. Bez vad bylo 18 dívek a 16 chlapců.

Nejčastěji mají dívky problém s výslovností hlásky *r*, druhým v pořadí jsou sykavky *s*, *z*, *c*, *š*, *ž* a *č*. Hláška *ř* dívkám činí nejmenší potíže. V jednom případě má dívka problém s *r* a *ř* zároveň. Největší vadou, která byla v dotazníku zaznamenána, byla koktavost u jedné z dívek. Oproti tomu chlapcům činí největší problém hláška *ř* a *r*, mezi nimiž je minimální rozdíl v počtu odpovědí. V odpovědích se objevila také vadná výslovnost sykavek a ve dvou případech kombinace vadně vyslovovaných hlásek. Nejzávažnější u chlapců byla odpověď, kdy jednomu z chlapců činí problémy výslovnost hlásek *r*, *ř*, *l*, *d*, a *t* zároveň.

Stejně jako v šestém ročníku i respondenti z devátého ročníku měli výslovnostní problémy nejčastěji v předškolním věku. Jsou však mezi nimi i žáci, jejichž vada přetrvávala až na 1. a dokonce i 2. stupeň ZŠ. Toto zjištění je velice překvapující, jelikož bylo předpokládáno, že žáci vady výslovnosti budou chtít odstranit v co nejnižším věku, aby nevyčnívali oproti svým vrstevníkům.

V četnosti řečových nedostatků u rodinných příslušníků dětí s vadami řeči i bez nich nejsou téměř žádné rozdíly. Nejvíce se potýkají s potížemi při výslovnosti hlásky *r* a *ř*, *l* a také s výslovností sykavek.

Celkem 5 žáků a žákyň devátých ročníků z celkových 36, kteří někdy měli nebo stále mají výslovnostní potíže, nikdy svou vadu neodstraňovalo.

Nejčastěji děti volí pomoc odborníků, logopedů a různých logopedických zařízení. Většinou jejich péči doporučí již dětské lékaři v předškolním věku. Jen ve dvou případech rodiče děti svěřili do péče proškolených učitelů. V jednom případě je rodič sám logopedem a dítě je tak pod neustálým odborným dohledem z hlediska výslovnosti.

Pouhých 5 dětí odpovědělo, že se kvůli své vadě cítí nebo cítilo znevýhodněných.

7.7 Celkové shrnutí dotazníků

Hlavním cílem dotazníku bylo zjistit, zda je rozdíl mezi dívkami a chlapci celkově i v závislosti na věku. Vycházelo se z předpokladu lepších výsledků u dívek než u chlapců. Z celkového počtu 64 dívek se vada řeči vyskytuje u 33 z nich, tj. 51,6 %. Z celkového počtu 66 chlapců chybně vyslovuje celých 42, tj. 63,6 %. V 6. ročníku vyplnilo dotazník celkem 29 dívek, z čehož 10 dívek uvedlo problémy s výslovností, tj. 34,5 %. V 9. ročníku odpovídalo celkem 35 dívek. Kladně odpovědělo na otázku, zda měly někdy problém s výslovností 17 dívek, tj. 48,6%. Chlapců z 6. ročníku odpovědělo celkem 31. Z tohoto počtu je zatíženo nějakou vadou řeči celých 23 chlapců, tj. 74,2%. V 9. ročníku z 35 chlapců odpovědělo kladně 19 chlapců, tj. 54,3%. Hypotéza, že jsou dívky méně zatíženy vadami řeči, se potvrdila. Největší rozdíl lze nalézt mezi dívkami a chlapci v 6. ročníku, kde mají dívky mnohem menší problémy s výslovností než chlapci.

Dívky 6. ročník	34,50%
Dívky 9. ročník	48,60%
Chlapci 6. ročník	74,20%
Chlapci 9. ročník	54,30%

Tab. 1 Procentuální shrnutí dětí s vadou výslovnosti

Největší potíže obecně dětem činí výslovnost hlásky *r* a *ř*, jak ukazují grafy. Ve velké míře se vady výslovnosti hlásek vyskytují v kombinacích, nejčastější kombinací je *r* a *ř* zároveň či spojení *r*, *ř* a hlásky např. *l*, *v*, *aj*.

Z celkového počtu 69 dětí s chybou výslovnosti jich 39 vyhledalo odbornou pomoc logopeda. Nejméně děti a jejich rodiče volí možnost logopedické péče nabízené ze strany školy, pouhých 5 dětí tuto možnost někdy využilo. Některé z dětí svou vadu nikdy neodstraňovaly, jak uvedly do dotazníků.

Otázka s největším předpokladem kladných odpovědí zněla, zda se děti cítily znevýhodněné kvůli své vadě, dopadla úplně nečekaně. Předpoklad, mnohem více kladných odpovědí a převážně od dívek, se nepotvrdil. Opak však byl pravdou a oproti 3 dívkám odpovědělo 6 chlapců, kteří někdy pocítovali svou vadu jako překážku.

8 Vlastní pozorování – ZŠ Resslerova

Metodu vlastního pozorování jsem využila v rámci souvislé praxe na Základní škole Resslerova, kde jsem vyučovala český jazyk a literaturu a anglický jazyk. Pracovala jsem zde s pátým ročníkem, dvěma sedmými ročníky, s osmým a polovinou devátého⁶⁹ ročníku. S dětmi jsem se snažila co nejvíce komunikovat, i když se jim to zpočátku příliš nelíbilo. Děti odpovídaly na otázky pouze jednoslovně, nikoli celou větou a při požádání o takovou odpověď netušily, co po nich více chci. Bylo zjištěno, že děti nejsou v hodinách zvyklé příliš nemluvit, pouze mezi dvojicemi v lavicích. Většiny hodin tráví posloucháním monologu učitele, opisováním poznámek z tabule či samostatně vypracovávají cvičení z učebnic. Vliv na to jistě má i zvláštní vztah, který mají mezi sebou a učitelem češtiny. Pozorování jsem se věnovala převážně v hodinách českého jazyka, jelikož anglická výslovnost mnohdy neukáže řečové nedostatky.

Nejtěžším úkolem během souvislé praxe bylo naučit děti mluvit. V každém z výše uvedených ročníků jsem se setkala s velmi apatickými dětmi bez nejmenšího zájmu se cokoliv dozvědět. Učitelé, jak bylo zřejmé z náslechu hodin, děti nevedou k tomu, aby se jakkoliv rozvíjeli. Velmi zarážející je i skutečnost, že děti v pátém ročníku neumí číst.

Nejčastěji jsem se setkala s dětmi, jejichž výslovnost byla velice nedbalá, vynechávaly důležité hlásky nebo celá slova či polykaly poslední hlásky a slova ve větách. Mnohdy jsem musela děti požádat, aby větu nebo slovo zopakovaly, jelikož jim nebylo rozumět. V sedmém ročníku jsem se setkala s chlapcem, který mluvil velice rychle, někdy až tak rychle, že jsem mu vůbec nerozuměla. Při požádání, aby mluvil pomaleji, toto tempo na chvíli udržel, ale po zhruba třech či čtyřech větách se opět vrátil k původní rychlosti. Při pomalejší mluvě se však velmi často zadržoval a řeč mu působila velké potíže. Netvořil složitá souvětí, spíše krátké věty s nepříliš rozvinutou slovní zásobou. Při čtení s porozuměním nedokázal udržet pozornost a např. shrnout obsah přečteného odstavce. Podle výše uvedených příznaků, které se shodují s těmi příznaky, jež uvádí autorky Klenková a Kutálková, je možné tento případ definovat jako breptavost či koktavost.

⁶⁹ Devátý ročník je rozdělený z kapacitních důvodů. Ve třídě je 30 žáků, tudíž by hodiny češtiny byly příliš hektické, a proto jsou rozděleni na dvě skupiny po 15 žácích. Hodiny probíhají vždy současně ve dvou učebnách.

8.1 Kazuistika

Pro vlastní pozorování byla vybrána dívka z devátého ročníku, se kterou jsem se setkávala v hodinách českého jazyka a literatury. Ve druhé lavici seděla samotná dívka, ostatní žáci seděli po dvojicích. Katka⁷⁰ se narodila v roce 2001. Ve třídě nepatřila k oblíbeným jedincům, jelikož byla z vesnice, doma měli hospodářství a děti se jí kvůli tomu mnohdy i posmívaly. Tomu, aby se jí spolužáci nesmáli, nepřidalo ani to, že ke svačině obvykle nosila jitrnici (alespoň v době, kdy jsem na škole působila). Oproti ostatním spolužákům nosila nemoderní oblečení, většinou po své starší sestře. Katka je silnější malé postavy s dlouhými blondatými vlasy. Její školní výsledky byly na hraně průměrnosti, převládaly spíše špatné známky.

V době, kdy jsem absolvovala hodiny náslechu, byla Katka nemocná, proto jsem se s ní setkala poprvé až při svých hodinách. Již na první pohled upoutala mou pozornost. Její největší nevýhodou a problémem bylo to, že koktala. Nedokázala vyslovit jedinou větu, aniž by se nejméně jednou zadržela v řeči. Spolužáci se jí kvůli tomu smáli. Mou největší snahou bylo o ní zjistit co nejvíce od ostatních učitelů.

Dostalo se mi mnoho různých pohledů a velice zajímavých názorů na tuto dívku. Převážně mezi ženami, učitelkami jsem se nedozvěděla nic o její vadě, učitelky pouze vypověděly, z jakých poměrů dívka pochází a kde jsou zaměstnaní její rodiče. Katka žije v sociálně slabší rodině. Matka pracuje jako dělnice v místní továrně a otec, velmi dlouho nezaměstnaný, zapsaný na Úřadu práce v Hlinsku, nyní pracuje pod městem jako údržbář místní zeleně. Se svou starší sestrou Katka ne vychází dobře, starší sestře od malička vadilo, že je Katka upřednostňovaná a je jí věnována mnohem větší péče, díky její vadě, než jí. Dodnes se se sestrou příliš nestýká. O jejím řečovém nedostatku však učitelky nevěděly nic bližšího, pouze to, že docházela k několika odborníkům, bohužel však bez úspěchu.

Více informací jsem se dozvěděla až od pana učitele V., o kterém je známo, že se o děti zajímá i po stránce jejich rodinného zázemí a pokud děti ve škole neprospívají tak, jak by měly. V minulosti se totiž s rodinou Katky setkal, aby zjistil, jaké jsou příčiny dívčiny koktavosti. Pravá příčina by mohla být vykřičníkem pro všechny ostatní rodiče. Katka začala koktat ve čtyřech letech poté, co rodiče pozvali 5. prosince k sobě domů čerty a Mikuláše, aby sourozence, čtyřletou Katku a její o dva roky starší sestru

⁷⁰ Vlastní jméno je pozměněno.

postrašili. Převlečení sousedé z vesnice přišli ve značně veselé náladě a dívky se jich velice bály. Oni na to však nedbali a místo básničky je začali strašit a honit po bytě. Katka zažila takový strach a byl to pro ni tak traumatizující zážitek, že vyvolal koktavost.

Rodiče následně jezdili s dcerou po různých vyšetřeních. Navštívili mnoho odborníků, nikdo jim však nedokázal pomoci. Tento fakt rodiče pokládali za jejich selhání, a proto vyzkoušeli i lidové léčitele - také bez sebemenšího úspěchu. Domnívám se, že její vadu již nebude možno nikdy zcela vyléčit, jelikož koktavost patří mezi vady, které se dají pouze zlepšovat, nikoli však zcela vyléčit, pokud nezmizí sami v raném dětství.

Při hodinách češtiny byla dívka vyvolávána pouze v případě, že mi stačila velmi krátká odpověď nebo jsem ji zaměstnávala takovým způsobem, abych ji zbytečně neuváděla do rozpaků při komunikaci. Při důkladném zaměření se na její mluvu můžu s jistotou říci, že se opakování první slabiky v jejím případě pojí s velkou křečí, kdy se snaží slovo vyslovit, ale podaří se jí to až po odeznění této silné křeče. Podle Kutálkové se jedná o závažnější stupeň této poruchy nazývaný ton.⁷¹

Katčin problém má i vliv na její výraz v obličeji, kdy je při mluvě celá v křeči, vždy zčervená, zavírá oči při soustředění se na správnou výslovnost, pomáhá si i pohyby rukama. Podle zkušeností s ní lze konstatovat, že jí tyto silné křeče velmi vyčerpávají.

Při komunikaci s jinými učiteli zadržává, avšak při dialogu, kterého se účastní jen ona a pan učitel V., například o přestávce na chodbě, dokázala Katka mluvit, aniž by jí řeč činila veliké potíže. On stál vždy blízko ní a díval se jí na ústa. Její rodiče vědí o jediném okamžiku, kdy se dokáže dívka bavit, aniž by jedinkrát zakotkala a to v přítomnosti koní. Dochází pravidelně k jednomu z místních obyvatel, který vlastní několik koní. Katka mu s nimi pomáhá, krmí je a za odměnu se může svézt. Když ve stáji nikdo jiný není a ona mluví jenom ke koni, kterého obstarává, také se nestane, že by jedinkrát zadržela.

V posledních třech letech se rodiče Katky jejímu problému nevěnují a nedojíždí s ní k žádným odborníkům. Prý se již smířili s její vadou.

⁷¹ KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči, 1996, s. 109

9 Vlastní pozorování logopedické péče na ZŠ Ležáků

Úroveň logopedické péče jsem se rozhodla hlouběji prozkoumat na Základní škole Ležáků z toho důvodu, abych poznala zázemí a úroveň výuky i na jiné hlinecké základní škole než je Základní škola Resslerova, kde jsem vykonávala svou praxi.

Základní škola Ležáků se na konci roku 2010 zapojila do projektu Centra celoživotního vzdělávání s názvem „*Zavedení systému školských logopedických služeb v Pardubickém kraji*“, financovaný Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR. Tento projekt trval od října 2010 do května 2012. Na školy v Pardubickém kraji byly rozeslány informace týkající se tohoto projektu a školy se mohly přihlásit a do projektu se zapojit. Hlavní náplní tohoto projektu bylo zlepšit úroveň logopedické péče v Pardubickém kraji.

Ze Základní školy Ležáků byla vybrána jedna paní učitelka 2. stupně, která byla ochotná se do projektu zapojit. K tomu, aby mohla vykonávat logopedickou péči, se musela zúčastnit různých kurzů, např. kurzu „Logopedická prevence“. Po absolvování těchto kurzů se paní učitelka účastnila různých konzultací, manažerských praxí, metodických setkání s tutory a krajských konferencí. Každé z měst zapojených do projektu, dostalo svého logopeda - tutora. Ti měli na starost metodickou podporu pedagogů. Většina z aktivit týkající se projektu se konala v odpoledních hodinách, aby mohli učitelé běžně vyučovat a nenarušovali tak chod školy. V Pardubickém kraji působilo 14 logopedů - tutorů. Po absolvování všech částí tohoto projektu se z paní učitelky stala logopedická asistentka.

Krajské konference byli zaměřené na nejnovější trendy týkající se logopedie a účastnili se jich nejvýznamnější odborníci v oblasti logopedie. Při metodických setkáních, konaných jednou za půl roku, si logoped - tutor a logopedičtí asistenti zapojení do projektu vzájemně vyměňovali získané zkušenosti a rady. Během manažerské praxe se logopedičtí asistenti seznámili s pracovištěm a náplní práce svého logopeda – tutora, rovněž také s potřebnými pomůckami, metodikou a literaturou. V rámci konzultací logopedka - tutorka pověřená dohlížením na ZŠ Ležáků dojížděla do školy a dohlížela na práci logopedické asistentky.

Do tohoto projektu se zapojilo bezmála 300 pedagogických pracovníků a poskytli logopedickou péči 1255 dětem. Na Základní škole Resslerova byla do tohoto projektu také zapojena jedna paní učitelka vyučující na 1. stupni.

9.1.1 Logopedická péče na ZŠ Ležáků

O tomto způsobu logopedické péče bych se ráda zmínila podrobněji, jelikož jak vyšlo najevo z vyplněných dotazníků, rodiče dětí jen v několika málo případech využili možnost výuky logopedickou asistentkou v rámci školy. Jak jsem mohla sama vidět, logopedičtí pracovníci poskytují kvalitní péči a mnohem intenzivněji než logopedky, kde přijde řada na děti nejvýše jednou za měsíc. Je však také pravdou, že tato možnost se na škole objevila až nedávno a tudíž žáci druhého ročníku, kteří byli zkoumáni v anonymních dotaznících, již chodili ke svému logopedovi, např. od mateřské školy a neměli potřebu změny.

Po absolvování projektu se logopedická asistentka, paní učitelka K. začala věnovat na základní škole logopedické péči samostatně, stále s oporou ve své logopedce – tutorce, která zpracovává důkladné a detailní zprávy z logopedického vyšetření jednotlivých dětí. Tyto zprávy si nechává jak tutorka, tak logopedická asistenta pro případ, že za příčinou vady výslovnosti stojí například nevhodné rodinné prostředí či jiný problém. V případě nejasností či nedosahování cílených výsledků je vždy možnost obrátit se na tutorku a požádat o její konzultaci.

Rodiče žáků prvního i druhého stupně byli o této službě informováni během rodičovských schůzek. Rodiče dostanou informace, jakým způsobem péče probíhá, jak často a v kolik hodin. Pokud mají zájem, vyplní přihlášku, kde uvedou jméno, třídu a třídní učitelku. Pokud dítě navštěvuje školní družinu, vyzvedává si děti paní učitelka přímo ve družině, kam je po hodině logopedické péče opět vrací. Každý rok se přihlásí v průměru 6 dětí. V loňském roce navštěvovalo hodinu logopedické péče 11 dětí, letos pouze 4. V letošním roce nabízí paní učitelka dvě hodiny týdně, v pondělí a ve středu odpoledne.

Hodiny probíhají vždy formou hry, kde se nejprve procvičí dechová cvičení, následují cvičení podporující správnou artikulaci hlásek a hry zaměřené na nápodoby zvuků upevňujících jednotlivé hlásky. Důraz je kladen na správné postavení mluvidel při artikulaci.

Pro tyto hodiny je na škole připravena zvláštní místnost, kde logopedická péče probíhá. Tato třída je vybavena speciálními pomůckami a literaturou, ze které paní učitelka čerpá různá říkadla na procvičování jednotlivých chybně vyslovovaných hlásek.

9.1.2 Logopedické vyšetření

Před zahájením školní logopedické péče vypracuje logopedka-tutorka zprávu podle logopedického vyšetření dítěte, sloužící pro stanovení vhodného způsobu péče o dítě. Tato zpráva musí obsahovat důležité informace týkající se vývoje dítěte, řečového vývoje a rodinou anamnézu.

Nejprve se uvádí jméno dítěte, datum narození a bydliště. Následuje osobní anamnéza zahrnující celkový psychický a fyzický vývoj dítěte, jak probíhalo těhotenství matky, zda bylo těhotenství chtěné či nikoliv, průběh porodu, zda dítě navštěvovalo mateřskou školu a po jak dlouhou dobu. Pro osobní anamnézu jsou důležité informace týkající se motorického vývoje dítěte – nejprve, kdy dítě začalo sedět, lézt, chodit. Jak se vyvíjí hrubá motorika – zda dokáže dítě stát na jedné noze při otevřených i zavřených očích, jestli dobře střídá nohy při chůzi ze schodů a do schodů či jak stojí či sedí v lavici. Vývoj jemné motoriky – jak dokáže pracovat s tužkou, její držení a užívání, zda dokáže postavit stavebnici, navlékat korálky, stavět puzzle, používat nůžky. Do této anamnézy patří také způsob stravování – důležité z hlediska toho, zda dítě potravu dokáže rozkousat na menší kousky a polknout; zprávy od zubního lékaře – informace o výměně mléčného chrupu, jaké jsou zuby – křivé, rovné, velké, zda dítě nosí rovnátka apod. Důležité je zaznamenat, pokud dítě trpí nějakými alergiemi, prodělalo nějaký úraz, operaci či vážnou nemoc, která by mohla být příčinou špatné výslovnosti. Může také obsahovat poznámku o aktuálních tělesných dispozicích a o chování dítěte – jaký ročník dítě navštěvuje, jestli mělo odklad či nikoliv, jak se chová ke spolužákům, zda dokáže spolupracovat s ostatními dětmi, jakým způsobem plní úkoly, apod. Řečový vývoj dítěte je v této části velmi důležité zmínit – zda dítě křičelo, broukalo si, jaké vyslovovalo první slabiky, kdy vyslovil první slovo, jak komunikuje se svými vrstevníky a dospělými, zda hovoří v celých větách, dodržuje správný slovosled, pomáhá si gesty, které hlásky vyslovuje správně a které mu činí problém. Dítě může být požádáno, aby předneslo básničku či říkanku. Důležité je také uvést, zda již v minulosti dítě navštěvovalo logopedické zařízení či docházelo ke klinické logopedce.

V rodinné anamnéze logopedka-tutorka zjišťuje, v jakém prostředí dítě vyrůstá, jaké mají rodiče vzdělání, zda je rodina úplná či nikoliv, kolik má dítě sourozenců a jestli ti mají také problémy s výslovností hlásek. Vady výslovnosti se zjišťují i u rodičů či u nejbližších příbuzných ze strany otce či matky.

Následují podrobné zkoušky zaměřené na sluch a dýchání dítěte. Tutorka podrobně vyšetří mluvidla dítěte – rty, jazykovou uzdičku, zuby, čelist, jazyk. Toto vyšetření je spojené i se zkouškou motoriky mluvidel. Při zkoušce artikulační obratnosti tutorka zjišťuje, jak dítě vyslovuje slabiky, slova artikulačně složitá, slova se souhláskovými shluky, víceslabičná slova, slova obsahující sykavky, aj. Následuje orientační vyšetření fonemického sluchu, slovní zásoby, zkouška řečového projevu, zkouška verbální sluchové paměti, zkouška zrakové percepce, zkouška laterality a nejdůležitější orientační vyšetření výslovnosti. Při této zkoušce jsou dítěti předkládány nejdříve samohlásky, dvojhlásky a poté souhlásky. Dítě je vyslovuje samostatně i ve spojení se slovy.

Po celém vyšetření se do zprávy napíše závěr obsahující doporučení vhodná pro dítě. Pokud tutorka naleznе během vyšetření nějakou vadu, obvykle doporučí zařazení dítěte do reedukační logopedické péče ve škole, kterou bude provádět kvalifikovaná logopedická asistentka. Tutorka obvykle do zprávy zahrne i cvičení nutná pro konkrétní dítě.

Zpráva na závěr vždy obsahuje poznámku, že je bezpodmínečně nutná spolupráce rodiny a školy. Rodiče musí s dítětem doma procvičovat typy říkanek, slov, aj. zadané logopedickou asistentkou. Dítě je vhodné správně motivovat a nespěchat na něho.

Po tomto vyšetření logopedka – tutorka vypracuje individuální plán logopedické péče, kterého by se měla logopedická asistentka držet.

9.1.3 Individuální logopedický plán

Po podrobném vyšetření dítěte a vydání zprávy z logopedického vyšetření (viz předchozí kapitola) logopedka – tutorka vypracuje podrobný individuální plán pro dítě účastnící se logopedické péče ve škole. Tento plán slouží jako návrh toho, jak by měla logopedická péče probíhat, ale není nutné se ho přísně držet, pokud dítěti nevyhovuje. Vždy je do něho možné zasáhnout a podle potřeb dítěte jej upravit.

Při několika hodinách, kterých jsem se osobně účastnila, logopedická asistentka postupovala podle individuálního logopedického plánu. V hodině byl pouze chlapec, narozený v roce 2004, logopedická asistentka a já. Chlapci dělalo největší problém vyslovovat hlásky s a š, po zvládnutí těchto hlásek se měl začít učit tvořit hlásky r a ř. Nejdříve bylo tutorem doporučeno procvičení motoriky mluvidel. Chlapec, začal

procvičováním rtů. Prvním cvičením bylo napodobit vítr. Chlapec lehce našpulenými rty vydechoval proud vzduchu, co nejdéle vydržel. Následovalo cvičení podobné prasklému balónku, kdy chlapec nafoukl se sevřenými rty obě tváře. Vzduch chvíli podržel a poté ho prudkým otevřením rtů vydechl. Posledním cvičením na procvičení rtů bylo držení pevně sevřených rtů, zatímco špička jazyka tlačila zevnitř úst na levou a pravou tvář.

Po rtech následovalo procvičení jazyka. Chlapec napodoboval vrčení motoru auta, motoroky, vysavače, dále napodoboval pocit zimy, kdy vibrují rty. Poté procvičoval zvedání jazyka, dotýkání se jazyka střídavě horní a dolní dásně, pohyby, kdy jazyk lehce ťuká za horními zuby (vydává hlásku t), ťukání jazykem o tvrdé patro za horními zuby (hlásky d a n), cvičení nazvané koníček, kdy chlapec mlaskal jazykem na tvrdém patře a také cvičení kdy chlapec olizoval tvrdé patro směrem zezadu dopředu s následným plácnutím jazyka (hlásky l).

Jako poslední chlapec procvičil svalstvo tváří, kdy opět provedl cvičení podobné prasklému balónku, frkajícímu koni, při němž uvolnil svaly, napodoboval saní vody ze sklenice apod.

Jedním z nejdůležitějších je podle logopedické asistentky nácvik správného dýchání, v němž děti velice často chybují. Hlavní snahou je prohloubit dýchání a naučit se správně vdechovat a vydechovat při mluvení. Nutné je dbát na správné postavení těla. Chlapec procvičoval nádech a výdech, učil se zklidnit dýchání. Tato cvičení prováděl jak v klidu, tak i při chůzi.

Chlapci dělalo potíže správně rozlišovat sykavky s a š. Paní učitelka/logopedická asistentka zvolila procvičování dvojic slov, kdy jedno slovo končilo hláskou s a druhé slovo na tuto hlásku začínalo, např. podnos x stůl. Dalším cvikem bylo rozlišování obrázků, v jejichž názvu byla hláška š, taková slova měla být oddělena od ostatních hlásku neobsahujících. Dále chlapec sestavoval věty ze slov – Vašek – škola – pěšky. Pro správné zafixování hlásky s i š zvolila paní učitelka různé říkanky, básničky, rýmy, aj. z odborné literatury, kterou měla již připravenou. Nejtěžší pro chlapce bylo cvičení založené na opakování slov a následně vět po paní učitelce, např. sešit, slušný, spíše, šest, šikovný, vlašský, listonoš, směšné štěně štěká, v sušičce se suší, sníš šest sušených švestek, osuš si vlasy, apod.

Po procvičení hlásek *s* a *š* začali procvičovat tvoření hlásky *r*. Nejprve prostřednictvím předartikulačních cvičení, kdy chlapec pohyboval jazykem, vibroval rty, jazyk přisával k patru a s mlasknutím jazyk opět povoloval – hlásku *r* správně vyvodili. Hlásky *r* byla nadále procvičována v jednotlivých slovech, slovních spojeních, ve větách, básních a říkadlech. Předtím, než začali společně nacvičovat hlásku *ř*, vrátila se logopedická asistentka k procvičování sykavek – *c*, *s*, *z*. Paní učitelka četla slova (cena, sova, zelí,...) a chlapec podle toho na jaké písmeno slovo začínalo, zvedl příslušnou kartu se správným písmenem. Po ukazování kartami, žák počáteční hlásku sám říkal. Chlapci tento úkol nedělal žádný problém. Po zvládnutí těchto hlásek přidala paní učitelka k hláskám *c*, *s*, *z* ještě *č*, *š*, *ž*. Následovalo rozlišování hlásek *s* a *š*, *c* a *č*, *z* a *ž*.

Posledním úkolem bylo správné vyvození hlásky *ř* a nácvik správné výslovnosti prostřednictvím opakování slov, slovních spojení a vět. Učil se také správně rozlišovat mezi hláskou *r* a *ř* ve slovech.

Hodiny byly vždy velmi intenzivní a chlapec pravidelně odcházel zcela vyčerpaný. Logopedická asistentka připravovala i cvičení, která měl chlapec za úkol zvládnout doma se svými rodiči v rámci přípravy na další hodinu logopedické péče. Tyto úkoly vždy probíhaly formou naučení se nějaké říkanky, naučení se správného postavení jazyka při výslovnosti hlásky *r* apod. Po každé hodině byly znát značné pokroky, chlapec se velice snažil svou vadu napravit.

Každé z dětí docházející na hodiny logopedické péče mělo vypracovaný svůj individuální plán, podle něhož se plánovali další hodiny.

9.1.4 Záznamy z hodin logopedické péče

Po každé hodině si logopedická asistentka vypracovávala jakýsi dotazník logopedické intervence. Tento dotazník je tabulkou, do níž se zaznamenává, co se v danou hodinu procvičovalo, jaké typy dechových cvičení asistentka zvolila, jaké typy artikulačního cvičení, cvičení na nápodobu zvuků, jaká hlásky byla primárně procvičována či jaká jiná cvičení asistentka použila. Tyto vyplněné tabulky obsahují také datum, počet dětí, které se účastnili hodiny a podpis logopedické asistentky. Ta následně všechny tabulky zakládá do tzv. třídní knihy logopedické péče. Třídní kniha logopedické péče musí být vždy k dispozici logopedce – tutorce, řediteli školy

a školní inspekci. Slouží i jako zpětná vazba pro samotnou asistentku, která díky ní přesně ví, co již mají děti procvičeného a k čemu je nutné se vrátit.

Kromě vyplnění dotazníku logopedické intervence musí logopedická asistentka zaznamenat pokroky dětí do „Záznamu komplexního logopedického vyšetření“. Tento záznam se vyplňuje dvakrát za kalendářní rok, vždy zpravidla nejdéle do konce září a podruhé do konce května. V září uvede asistentka informace o dítěti, zejména jaké hlásky mu dělají potíže a jaké naopak zvládá bez problémů. Mimo to musí poznamenat jaká je úroveň sluchové paměti, zrakového vnímání (hledání rozdílů, sestavování obrázků, apod.), rozumové schopnosti (zda dokáže poznat a pojmenovat základní barvy, lidské tělo časové vztahy, zvířata a mláďata, aj.), slovní zásoby (aktivní i pasivní), porozumění řeči (zda dokáže vytvořit protiklady, chápe citově zabarvené věty, umí postupovat podle pokynů, apod.), sluchového vnímání, rytmického cítění (zda dokáže rytmus opakovat, vytleskat své jméno). Záznam obsahuje také informace o analýze slov (zda dítě rozliší první/poslední slabiku či hlásku ve slově), gramatické rovině jazyka (zda správně skloňuje podstatná jména, používá při mluvená správný slovosled, jednotné a množné číslo, předložky), jazykovém citu dítěte (rozpoznání gramaticky nesprávně utvořené věty, stupňování přídavných jmen, vytváření zdvořilostních názvy zaměstnání a pracovišť, vytvoření rýmu). Důraz je v hodinách logopedické péče také kladen na souvislé vyjadřování, popisy obrázků, převyprávění pohádky, na vlastní projev spojený s vyprávěním vlastních zážitků, osvojení zdvořilostních návyků. Důležité je také jak dítě dýchá a jaký má hlas. Na závěr logopedická asistentka hodnotí, jak se s dítětem spolupracuje během hodin, jaké je jeho pracovní tempo či např. jak dlouho udrží pozornost.

Všechny tyto informace se zaznamenají po zahájení docházky do hodin logopedické péče a před koncem školního roku, z jednoduché tabulky je vidět, jaké dítě udělalo pokroky, v čem se výrazně zlepšilo a jakým oblastem je potřeba stále věnovat pozornost. Tyto záznamy slouží jako zpětná vazba pro tutorku, logopedickou asistentku i pro rodiče dětí. Záznamy je nutné uschovávat.

9.2 Shrnutí vlastního pozorování

Zkušenosti z obou základních škol byly naprosto zásadní pro sepsání této části diplomové práce. Na Základní škole Resslerova jsem téměř dva měsíce vyučovala, a tudíž se s dětmi dostala do mnohem užšího kontaktu než s dětmi z druhé školy. Překvapivým

zjištěním pro mě bylo, jak dokážou děti otevřeně komunikovat o řečových nedostatcích, ať už o vlastních či u svých blízkých. V hodinách literatury se děti hodně věnovaly čtení a čtenářským dílnám, aby měly děti možnost se projevit. Po několika málo společných hodinách se děti stávaly více a více otevřenými a mnohdy bylo těžké neodchýlit se od hodin českého jazyka. Děti, i přesto, že se snažily komunikovat, používaly jen velmi omezenou slovní zásobu. Pokud byla položena otázka, všimla jsem si, jak hodně děti si připravuje odpověď v hlavě, aby ji dokázaly poté bezchybně říci. Pokud byl někdo vyvolán bez času na rozmyšlení, odpovídal pouze jedním či dvěma slovy.

V kterémkoliv ročníku byly děti při úvodním seznamování tázány, jaké mají koníčky, většina odpovídala počítačové hry, sledování filmů a seriálů, poslouchání muziky a psaní si s kamarády. Jen málokdo uvedl nějaký sport či koníček provozovaný v kolektivu dětí. Všechny tyto uvedené zájmy nepodporují vývoj řeči ani řeč nijak nerozvíjí.

Při pozorování jsem sledovala různé faktory ovlivňující výsledný projev dítěte. Zásadním byla zvolená síla hlasu. U dětí v pátém ročníku odpovídaly děti stejně hlasitě, zatímco u dětí od sedmého ročníku výš byly značné rozdíly. Dívky mluvily spíše potichu, až šeptaly a chlapci naopak velmi hlasitě, zvláště pokud znali správnou odpověď. U chlapců v devátých ročnících jsem zaznamenala první známky mutace spojené s vynecháváním a přeskokováním jejich hlasu. U dvou dětí (ze sedmého a osmého ročníku) jsem zaznamenala mluvení nosem. Po celou dobu praxe se jejich mluva nezměnila. Tato zvýšená nazalita však mohla být důsledkem nachlazení.

10 Možnosti logopedické péče v Hlinsku

V Hlinsku, městě se zhruba deseti tisíci obyvateli, můžeme využít několik možných způsobů logopedické péče. Tato péče je poskytována v rámci mateřské školky se speciální třídou věnovanou dětem se zvláštními potřebami, logopedická péče při základních školách vedená speciálně proškolenými pedagogy (viz předcházející kapitola) nebo mohou rodiče dětí využít jednu ze dvou speciálních logopedických ordinací vedených klinickými logopedkami.

10.1 Logopedické ordinace

V Hlinsku momentálně působí dvě klinické logopedky. Jednou z nich je Mgr. Seifertová, která má vlastní ordinaci a noví pacienti se musí jediné telefonicky objednat a domluvit si schůzku. Druhá logopedka, Mgr. Kostecká, má svou ordinaci v místní budově určené výhradně pro lékaře. Ordinuje v předepsaných ordinačních hodinách na rozdíl od Mgr. Seifertové, která je stále vyhledávanější klinickou logopedkou. Mnoho rodičů dětí navštěvujících hodiny logopedické péče v rámci školy uvádělo, že děti navštěvovaly jednu z těchto dvou klinických logopedek již v minulosti.

10.2 Mateřská škola Rubešova

V rámci zjišťování úrovně logopedické péče jsem požádala paní ředitelku Mateřské školy Rubešova o možnost nahlédnout do třídy, kde se specializují na děti se speciálními potřebami. I přesto, že téma diplomové práce se zaměřuje na druhý stupeň ZŠ, je nutné vědět, co děti dělají pro to, aby své vady odstranily ještě před nástupem do povinné školní docházky.

Mateřská škola Rubešova se skládá ze tří propojených budov, kde probíhá výuka a budovy s jídelnou. I přesto, že je budova školky umístěna na sídlišti, je obklopena velkou zahradou, dětským hřištěm a stromy. Ve školce se nachází 7 tříd, celková kapacita je maximálně 150 dětí. Z celkových sedmi tříd je jedna nově upravena pro děti se zdravotním postižením a jedna třída je věnována dětem s řečovými nedostatky, nazývá se třída s rozšířenou logopedickou péčí. Třidu pro zdravotně postižené děti navštěvuje 8 dětí např. s postižením sluchu, děti s mozkovou obrnou, jedno autistické dítě a děti s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Na každé dvě děti připadá jedna asistentka a třídu řídí jedna paní učitelka. Třidu s rozšířenou logopedickou péčí navštěvuje 21 dětí od 3 do 6 let, nazývají se Broučci. Ve třídě působí dvě paní učitelky,

jedna zároveň jako logopedický asistent a jedna asistentka. Třída je vybavena různými speciálními pomůckami pro děti, např. zrcadla, před kterými se děti učí artikulovat, speciální tabule a mnoho jiných důležitých pomůcek. Každému dítěti se věnují učitelky/asistentky individuálně a mají též vyhraněný čas na společné hry ve skupinách.

Tato třída je rodiči velmi žádaná, bohužel z kapacitních důvodů není možné přijmout více dětí. V Hradci Králové je otevřena speciální Mateřská škola logopedická, Duha, zaměřující se jen na děti s poruchou výslovnosti.

Závěr

Poté, co potkáme neznámého člověka, si na první pohled všimneme jeho celkového vzezření. Další věci, která nás zajisté upoutá mnohem více než vzhled, je způsob jeho vyjadřování a úroveň jeho řečového projevu. Děti a hlavně rodiče dětí by neměli podceňovat sebemenší příznaky řečové vady, jelikož se podle odborníků tyto problémy neustále zhoršují a oproti nápravě v dětském věku zabere náprava v dospělém věku mnohem více času a námahy. Je velice důležité, pokud učitel nebo učitelka, vychovatel či kdokoliv, kdo si této vady povšimne, na ní upozornil.

Zásadní vliv má rodina dítěte či prostředí, v němž dítě vyrůstá. Vliv má již od nejútlejšího věku dítěte, kdy by měla rodina poskytovat vhodné mluvní vzory a vhodné prostředí s přiměřeným množstvím podmětů a verbálních projevů. Na přístupu rodiny záleží významně i skutečnost, zda se dítě naučí mluvit za pomoci logopedů a logopedických zařízení či nikoliv. Tito odborníci se ve velké míře spoléhají na spolupráci rodiny dětí s nimi. To, co se děti naučí v rámci jedné hodiny logopedické péče, je následně nutné často opakovat a procvičovat.

Největším problémem této doby je nadměrné užívání elektroniky malými dětmi, což je nijak řečově nerozvíjí. Místo nevhodných pohádek a filmů by bylo vhodné poskytnout jim lepší podmínky pro rozvoj řeči, fantazie, myšlení aj. například prostřednictvím předčítání knížek.

Teoretická část práce je rozdělena do šesti kapitol. Hlavní náplní je problematika související s řečovými nedostatky, jež můžeme nalézt u dětí. Jednotlivé kapitoly se zabývají komunikací, oborem logopedie a logopedickými pracovníky, mluvními orgány, systémem hlásek v českém jazyce, vývojem jazyka u dětí od narození do zhruba čtyř let. Nejrozsáhleji popisují nejčastější vady a poruchy řeči.

Ve velké míře se ve výzkumné části práce zabývám logopedickou péčí poskytovanou pedagogickými pracovníky v rámci základní školy a zpracováním dotazníků týkajících se řečových nedostatků žáků 6. a 9. tříd. Výzkum jsem prováděla na dvou základních školách v Hlinsku. Zúčastnilo se ho více než 130 dětí. Pomocí dotazníku jsem se snažila zachytit aktuální stav řečových nedostatků u dnešních dětí. Cíle stanovené před sepsáním této práce byly naplněny. Dívek s vadou řeči bylo podle dotazníkového šetření méně než chlapců. Největší potíže dětem dělá výslovnost

hlásek *r* a *ř*. Nejpřekvapivější pro mě byl výsledek u otázky, jakou pomoc děti a jejich rodiče nejčastěji vyhledávají. I přes skutečnost, že děti nejčastěji využívají pomoc logopedů, druhou nejčastější odpovědí bylo odstraňování vady pouze v rodině. V dnešní době, kdy má každý rodič tolik možností zvolit si pro něho vhodnou logopedickou péči, je to až zarážející. Odstranění vady v mladém věku je mnohem jednodušší a rychlejší než u dospělých jedinců.

Nejrozsáhlejší část výzkumné části věnuji logopedické péči nabízené základní školou. Zajímavým zjištěním, které vyplývá z dotazníků, je fakt, že rodiče a děti jen ve velmi nízkém počtu využívají možnost logopedické péče nabízené školou. Tyto hodiny logopedické péče jsou však vedené kvalifikovanou logopedickou asistentkou a jsou pro rodiče mnohdy nejméně časově náročné než docházení do logopedické poradny.

Jako velkou výhodou dnešní doby shledávám, že se vadami řeči zabývá velký počet odborníků, kteří své poznatky publikují. Stále vychází nové příručky a odborné publikace věnované převážně dětem a jejich rodičům. Vždy je nutné odhalit příznaky včas, aby bylo možné co nejdříve zahájit vhodnou logopedickou péči.

Logopedie patří mezi jednu z nejmladších vědních disciplín, na níž je nahlíženo z různých úhlů pohledu – z pohledu lékařského a z pohledu pedagogického. Jelikož je tato disciplína stále se rozvíjející, lze doufat, že se lékařům či pedagogům podaří vymyslet způsob, jak dětem i dospělým jedincům s vadou řeči pomoci napravovat své výslovnostní vady v co nejkratším čase a co nejjednodušším způsobem bez psychických důsledků, které se mohou u dětí s takovýmto problémem vyskytovat.

Podle mého názoru je nejdůležitější pro správný řečový vývoj dítěte harmonický domov a klidné prožívání dětství. To je totiž základem pro dobrý rozvoj osobnosti každého dítěte.

Literatura

BUBENÍČKOVÁ, Milena a Dana KUTÁLKOVÁ. Koktavost: metodika reedukace. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-145-8.

FONTANA, David. Psychologie ve školní praxi. Příručka pro učitele. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.

HORÁKOVÁ, Blanka. Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 1. vyd. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-225-3.

JUNKOVÁ Bohumila. Vybrané kapitoly z fonetiky a fonologie. 1. vyd. České Budějovice: Pedagogická fakulta, 1991. ISBN 80-7040-034-X.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KLENKOVÁ, Jiřina. Terapie v logopedii. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2

KLENKOVÁ, Jiřina. Inkluze žáků s narušenou komunikační schopností a žáků se sluchovým postižením: psychologické, medicínské a speciálněpedagogické souvislosti = Inclusion of pupils with disordered communication ability and with hearing impairment: psychological, medical and special educational context. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7487-3.

KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. Diagnostika předškoláka: správný vývoj řeči dítěte. Brno: MC nakladatelství, 2005.

KLENKOVÁ Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KOMÁREK, Miroslav. Nástin fonologického vývoje českého jazyka. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982.

KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence. Průvodce vývojem dětské řeči. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.

LECHTA, Viktor. Koktavost--?! 1. vyd. Přeložila Eva Škodová. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-154-7.

LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, Viktor. Koktavost, komplexní přístup. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8

MACHÁČKOVÁ, Iva a Jana VEJVODOVÁ. Cvičení z fonetiky, fonologie a kultury řeči. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 1993. ISBN 80-7043-081-8.

ONDRÁŠKOVÁ, Karla. Cvičení z českého jazyka: artikulace a ortoepie, fonetický přepis a klasifikace hlásek. 1. vyd. Brno: MSD, 2013. ISBN 978-80-7392-211-5.

POKORNÁ, Jaroslava a Milena VRÁNOVÁ. Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-169-3.

RIEFOVÁ, Sandra, F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.

ROMPORTL, Milan. Základy fonetiky. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

SOVÁK, Miloš. Logopedie – metodika a didaktika. 2. vyd. Praha: SPN, 1987.

VALENTA, Milan a kol. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005.

Internetové zdroje

<http://www.moje-klinika.cz/logopedie>, 12. 11. 2015

<http://www.logopedie-pomucky.cz/vyvoj-reci/>, 9. 3. 2016

<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=vzdelavani--jak-se-stat-klinickym-logopedem>, 4. 2. 2016

Internetové články

DVONČOVÁ, Jana. Československá logopedie. *Slovo a slovesnost* [online]. 1959, 20(3), 2 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://sas.ujc.cas.cz/>

Diplomové práce

MATUROVÁ, Markéta. Řečové nedostatky mladších žáků. České Budějovice, 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Junková Bohumila, doc. PaedDr. CSc.

NOVÁKOVÁ, Zuzana. Vybrané aspekty logopedické péče u dětí předškolního věku. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PhDr. Milena Nosková PhD.

Seznam grafů

Graf č. 1. Celkový počet respondentů	51
Graf č. 2. Celkový počet respondentů podle věku a tříd	51
Graf č. 3. Měla jsi někdy problémy s výslovností? – počet dívek	52
Graf č. 4. Měl jsi někdy problémy s výslovností? – počet chlapců	52
Graf č. 5. Nejčastější výslovnostní vady u dívek	53
Graf č. 6. Nejčastější výslovnostní vady u chlapců	53
Graf č. 7. Ve kterém období jsi měla tyto problémy? – počet dívek	54
Graf č. 8. Ve kterém období jsi měl tyto problémy? - počet chlapců	54
Graf č. 9. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - dívky	55
Graf č. 10. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - chlapci	55
Graf č. 11. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek s vadou	56
Graf č. 12. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek bez vady	56
Graf č. 13. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině chlapců s vadou	57
Graf č. 14. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině chlapců bez vady	57
Graf č. 15. Odstraňovala jsi svou vadu? - dívky	58
Graf č. 16. Odstraňoval jsi svou vadu? - chlapci	58
Graf č. 17. Svou vadu jsi odstraňovala s pomocí: - dívky	59
Graf č. 18. Svou vadu jsi odstraňoval s pomocí: - chlapci	59
Graf č. 19. Jak často jsi svou vadu napravovala? - dívky	60
Graf č. 20. Jak často jsi svou vadu napravoval? - chlapci	60
Graf č. 21. Cítila ses znevýhodněná kvůli své vadě? - dívky	61
Graf č. 22. Cítil ses znevýhodněný kvůli své vadě? - chlapci	61

Graf č. 23. Měla jsi někdy problémy s výslovností? - počet dívek.....	63
Graf č. 24. Měl jsi někdy problémy s výslovností? - počet chlapců	63
Graf č. 25. Nejčastější výslovnostní vady u dívek	64
Graf č. 26. Nejčastější výslovnostní vady u chlapců.....	64
Graf č. 27. Ve kterém období jsi měla tyto vady? - počet dívek	65
Graf č. 28. Ve kterém období jsi měl tyto vady? - počet chlapců.....	65
Graf č. 29. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - dívky.....	66
Graf č. 30. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností? - chlapci	66
Graf č. 31. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek bez vady	67
Graf č. 32. Nejčastější výslovnostní vady v nejbližší rodině dívek s vadou	67
Graf č. 33. Nejčastější výslovnostní vady v rodině chlapců bez vady	68
Graf č. 34. Nejčastější výslovnostní vady v rodině chlapců s vadou	68
Graf č. 35. Odstraňovala jsi svou vadu? - dívky.....	69
Graf č. 36. Odstraňoval jsi svou vadu? - chlapci	69
Graf č. 37. Svou vadu jsi odstraňovala s pomocí: - dívky.....	70
Graf č. 38. Svou vadu jsi odstraňoval s pomocí: - chlapci	70
Graf č. 39. Jak často jsi pracovala na nápravě vady? - dívky.....	71
Graf č. 40. Jak často jsi pracoval na nápravě vady? - chlapci	71
Graf č. 41. Cítila ses znevýhodněná kvůli své vadě? - dívky	72
Graf č. 42. Cítil ses znevýhodněný kvůli své vadě? - chlapci	72

Přílohy

Příloha č. 1 – Dýchací soustava

Příloha č. 2 – Hlasové ústrojí

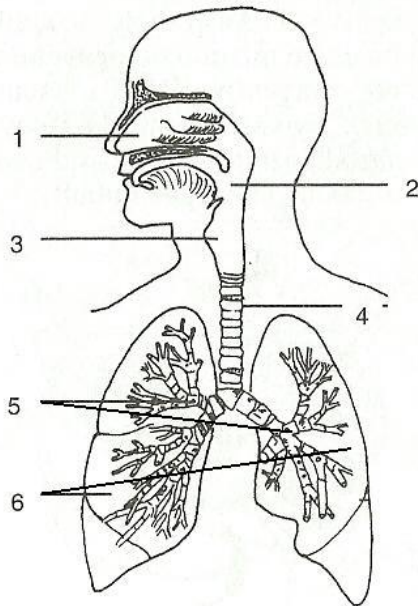
Příloha č. 3 – Postavení hlasivek

Příloha č. 4 – Průřez mluvidly

Příloha č. 5 – Systém samohlásek

Příloha č. 6 – Dotazník

Dýchací soustava



Dýchací soustava = *systema respiratorium*

1 - dutina nosní (*cavum nasi*)

2 - hltan (*pharynx*)

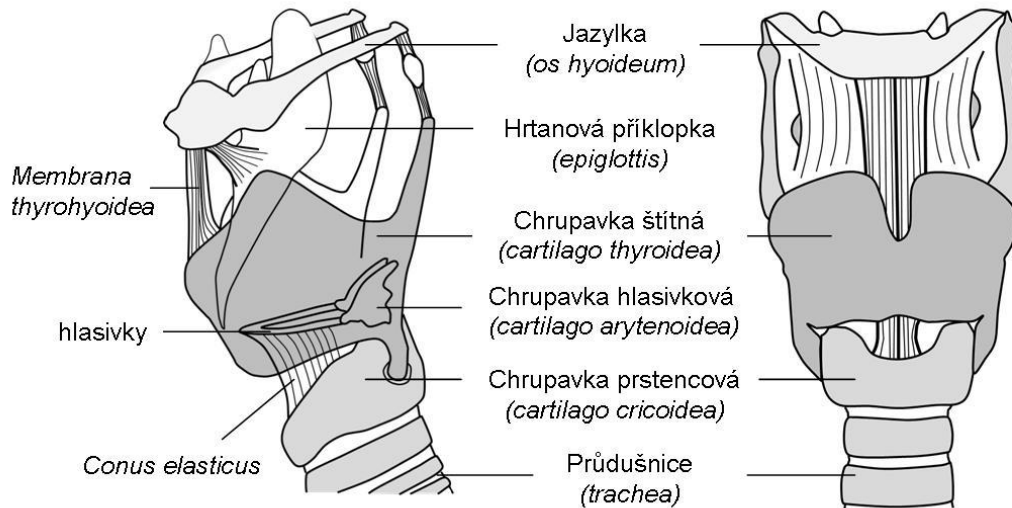
3 - hrtan (*larynx*)

4 - průdušnice (*trachea*)

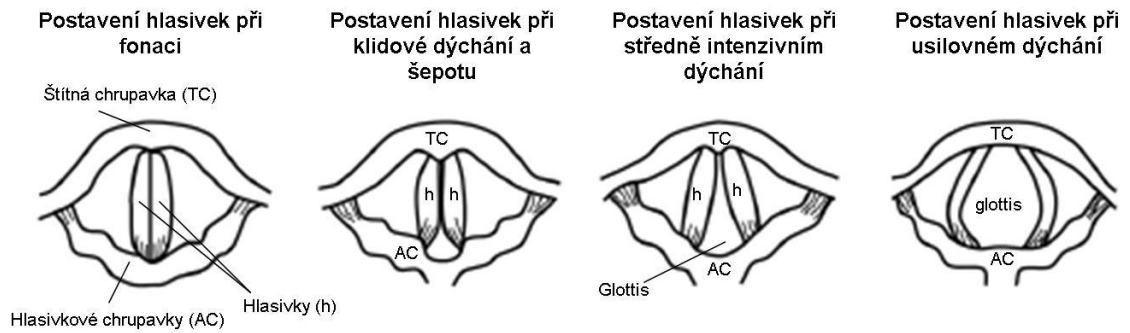
5 - průdušky (bronchi, jednotné číslo bronchus)

6 - plíce (*pulmones*, jednotné číslo *pulmo*)

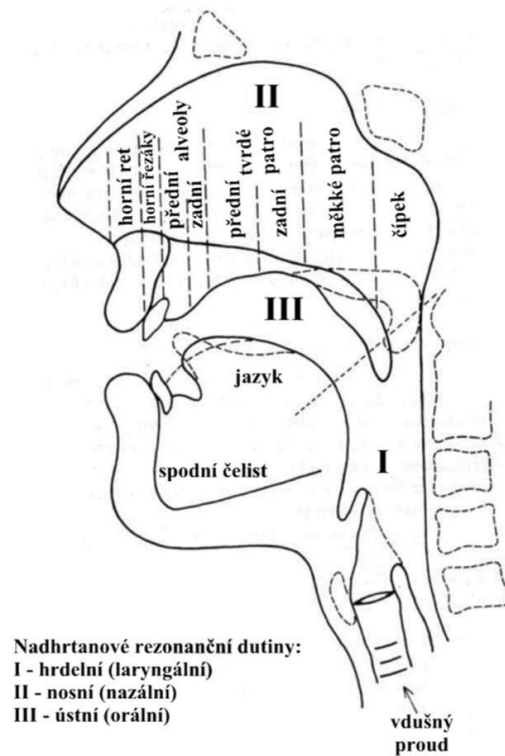
Hlasové ústrojí



Postavení hlasivek



Průřez mluvidly



System samohlásek

	přední	střední	zadní
vysoké	i		u
středové	e		o
nízké		a	

Dotazník

Řečové nedostatky u žáků 2. stupně ZŠ – anonymní dotazník pro 6. a 9. ročník ZŠ

Zaškrtněte správnou možnost

1. Jsem:

chlapec

dívka

Ročník:

6. ročník

9. ročník

2. Měl/a jsi někdy problém s výslovností?

Ano

Ne

Pokud ano, vyber jednu z možností:

problém s výslovností hlásky r

problém s výslovností hlásky ř

problém s výslovností sykavek (s, z, c, š, ž, č)

jiný problém (prosím, napište jaký).....

3. Ve kterém období, jsi měl/a tyto problémy?

předškolní věk (do cca 6 let)

na 1. stupni ZŠ (cca do 11 let)

na 2. stupni ZŠ (cca do 15 let)

4. Má někdo z tvé blízké rodiny problém s výslovností?

Ano

Ne

Nevím

Pokud ano, vyber jednu z možností:

problém s výslovností hlásky r

problém s výslovností hlásky ř

problém s výslovností sykavek (s, z, c, š, ž, č)

jiný problém (prosím, napište jaký).....

5. Odstraňoval/a jsi svou vadu?

Ano

Ne

6. Svou vadu jsi odstraňoval/a s pomocí:

učitel/ka

logoped/ka nebo logopedické zařízení

rodina

7. Jak často jsi pracoval/a na nápravě vady?

pravidelně (každý den, týden)

náhodně

8. Cítil/a jsi se znevýhodněný/á kvůli své vadě?

Ano

Ne