

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

České Budějovice 2009

Hana Pavelková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

Výskyt vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku
Bakalářská práce

České Budějovice 2009

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.

Vypracovala:

Hana Pavelková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Hana Pavelková

.....

30.3.2009

datum

podpis

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat všem, kteří přispěli ke vzniku této práce, poskytl mi potřebné informace, materiály a psychickou podporu. Především děkuji za odborné vedení, náměty k zamyšlení a celkovou spolupráci PaedDr. Evě Suchánkové Ph.D.

Anotace

Bakalářská práce bude zjišťovat výskyt fyziologických obtíží v řeči, ve smyslu vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku.

První část práce je zaměřena na vymezení pojmu *fluence* a *dysfluence* mluveného projevu a vysvětlení problematiky koktavosti. Ve většině případů může totiž mít koktavost kořeny v předškolním věku, právě v období vývojových dysfluencí.

V praktické části se výzkumnou sondou snažím zjistit výskyt vývojových dysfluencí.

Annotation

This Bachelor's theses investigates the occurrence of physiological speech difficulties in view of developmental dysfluencies in preschool children.

The first part of the present theses focuses on the definition of the terms *fluency* and *dysfluency of oral expression* and an explanation of the issue of stuttering. In most cases, stuttering can have its roots in preschool age, i.e. the period of developmental dysfluencies.

The practical part includes a research aimed at identifying the occurrence of developmental dysfluencies.

Obsah:

Obsah:	6
Úvod	7
1. Fluence a dysfluence mluveného projevu	9
1. 1 Východiska hodnocení	10
1.1.1 Lingvistické východisko	10
1.1.2 Psychologické východisko	13
1.1.3 Medicínské východisko	14
1.1.4 Logopedické východisko	15
1. 2 Druhy dysfluence	16
2. Dětská řeč a její vývoj	18
3. Koktavost jako projev narušené komunikační schopnosti	21
3. 1 Terminologické vymezení koktavosti	22
3. 2 Výskyt	23
4. Etiologie	24
4.1 Dědičnost	26
4.2 Sociální prostředí	27
4.3 Psychické prostředí	28
4. 4 Orgánové odchylky	29
4. 5 Jiné příčiny	30
5. Symptomatologie	31
5.1 Incipientní koktavost	33
5.2 Fixovaná koktavost	34
5.3 Chronická koktavost	35
6. Diagnostika	36
7. Terapie	38
8. Praktická část	41
8.1 Cíl dotazníkového šetření	42
8. 2 Předvýzkum	42
8. 3 Metoda dotazníkového šetření	42
8.3.1 Cílová skupina	42
8.3.2 Metoda průzkumu a technika sběru dat	43
8.3.3 Vyhodnocení dotazníku	43
9. 1 Cíl dotazníkového šetření	50
9. 2 Předvýzkum	50
9. 3 Metoda dotazníkového šetření	50
9.3.1 Metoda průzkumu a sběru dat	50
9.3.2 Vyhodnocení dotazníku	51
Závěr	60
Seznam použité a citované literatury	62
Přílohy	64
Příloha č. 1	64
Příloha č. 2	66

Úvod

„Řeč není pouze prostředkem komunikace, který je možno nahradit něčím jiným. Řeč, stejně tak jako pohyb, je hlavně způsob, jakým se lidský jedinec projevuje a kterým proniká ze svého vnitřního světa do vnějšího. Když jeden s druhým spolu hovoříme a setkáváme se tak v řeči, je to, jako by naše řeč otevřela okno, kterým mohu nahlédnout do vaší vnitřní bytosti, do vašich prožitků, myšlení, vnímání a pocitů.“

K. König

Žijeme v době komunikace. Již od útlého věku jsme neustále něčím oslovováni, neustále se nacházíme v proudu slov a informací. Když však začneme sledovat vzájemnou komunikaci trochu blíže, zjistíme, že ne vše je zcela v pořádku - řeč neproudí, jak by měla, slova nemají správnou zvukovou formu nebo třeba i správný rytmus. Řeč totiž není pouze prostředkem vzájemné komunikace, ale má hluboký sociální smysl. Pro malé dítě, ale i dospělého je setkávání s druhými lidmi zdravou a nepostradatelnou výživou pro rozvoj vlastního já.

Dítě v předškolním věku se učí poznávat svět a jeho zákonitosti především napodobováním. Bez přítomnosti blízké osoby, bez možnosti následovat živé vzory se nemůže dítě zdravě vyvíjet. Je třeba na to nezapomínat ani v oblasti řeči. Lepší než sledování televize nebo trávení času u počítače je samozřejmě vlastní kontakt s dítětem, ať už povídáním s ním, čtením pohádek a nebo zpíváním.

Tato bakalářská práce si klade za cíl zjistit výskyt vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku. Většina dětí od 2,5-6 let projde totiž tímto obdobím dysfluencí, ať už si toho všimneme, nebo ne. U některých dětí se tyto problémy mohou objevit a trvat třeba jen jednu hodinu, u jiných třeba i několik týdnů.

Teoretická část je rozdělena do 7 větších kapitol. V první kapitole se zabývám fluencí a dysfluencí mluveného projevu. V druhé kapitole stručně popisuji dětskou řeč a

její vývoj, protože se domnívám, že je to velmi důležité pro pochopení celé problematiky. V dalších kapitolách se zaměřuji na koktavost, její vymezení, etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii. To vše z důvodu, že při nesprávném přístupu k vývojovým dysfluencím a nesprávné výchově se může u dítěte plně rozvinout koktavost.

Praktická část obsahuje dva kvantitativní průzkumy. Pro sběr dat jsem použila dotazník - dotazník určený pro učitelky mateřských škol a druhý dotazník určený pro rodiče.

1. Fluence a dysfluence mluveného projevu

V minulosti se příliš dlouho tradovala jednoduchá poučka: koktavost = neuróza řeči. Postupem času se ale zjistilo, že u koktavosti nemusí vždy primárně jít o neurózu. Začalo se tedy mluvit o koktavosti jako o dysfluenci.

Co to vlastně dysfluence, resp. fluence řeči je? Odpovědi je třeba začít hledat ve slovnících a encyklopediích. Československá encyklopedie (1985) uvádí, že fluence je plynulost slovního, myšlenkového projevu. Webster's Universal Dictionary (1993) definuje fluenci jako schopnost artikulovat, hovořit a psát lehce, hladce. Akademický slovník cizích slov (2000) uvádí, že fluence je plynulost slovního projevu a také schopnost podat za určitou dobu co nejvíce odpovědí. Také Logopedický slovník (2001) vysvětluje fluenci jako schopnost produkovat za určitou dobu co nejvíce odpovědí na různé stimuly (např. vymyslet co nejvíce slov začínajících určitou hláskou apod.). Po prostudování těchto definic nám logicky vyplývá fakt, že dysfluence je protikladem fluence. Dysfluentní projev je tedy nesouvislý a jeho tok je něčím přerušován.

Problém dysfluence mluveného projevu je tedy především problémem pauz během promluvy. Tyto přestávky – pauzy - jsou evidentně fenoménem, který narušuje plynulost. Král' (1989) definuje pauzu jako přerušování proudu řeči na kratší či delší dobu; přitom však zdůrazňuje, že v souvislé řeči existuje celá hierarchie přestávek. Podle Křivohlavého dolní práh vnímání, tj. nejkratší doba, kterou potřebujeme, abychom si jasně uvědomili pomlku v řeči, je 200 milisekund, tj. 1/5 sekundy. Je zřejmé, že v případě koktavosti půjde o pauzy, jež mají specifické znaky. V tomto smyslu dělí Manning (2001) pauzy na konvenční (signalizující lingvisticky důležitý jev) a idiosynkratické (jsou projevem nejistoty, indikují rozhodování při výběru vhodných slov).

Je zřejmé, že výskyt dysfluencí během vývoje řeči paralelně s věkem klesá. U nás nebyly zatím v této oblasti provedeny průzkumy, ale co se týče zahraničí, uvádí Lechta výsledky Starkweathera (1987). Podle nich od 2. - 3. roku života do 5. - 6. roku klesl výskyt dysfluencí z 14,6 %, resp. 11,9 %, na 9,5 %, resp. 9,1 %. Avšak výskyt

některých dysfluencí přitom neklesl nebo klesl jen málo. Otázkou zůstává, kdy lze takováto přerušování v řeči pokládat za normální, a kdy už ne.

1. 1 Východiska hodnocení

Kvůli komplexnosti je při rozlišování dysfluence/zakoktávání od jiných typů dysfluence nevyhnutelné aplikovat různá východiska reprezentující vědní obory, které se nějakým způsobem zabývají komunikací nebo jejím narušením.

Je tedy důležité zvolit si lingvistickou, psychologickou, medicínskou a logopedickou platformu hodnocení.

1.1.1 Lingvistické východisko

Lingvistika je věda zabývající se zkoumáním jazyka, jeho užíváním a vývojovými zákonitostmi. Proto při uplatnění této platformy vycházíme buď ze suprasegmentálních jevů anebo můžeme dysfluenci hodnotit v kontextu jazykových rovin.

Dysfluence jako suprasegmentální jev

Pauzy, přestávky v řeči, jež spadají v jazykovědě do oblasti zvukových prostředků vázaných na větší celky než je hláska, obvykle nazýváme suprasegmentální jevy. Lze vlastně říct, že dysfluence je z tohoto aspektu především dysprozodií (narušení prozodických faktorů řeči-tj. narušení rytmu, melodie, tempa).

Určitý konkrétní projev daného člověka vnímáme především podle čtyř základních kritérií:

1. frekvence výskytu,
2. osobitých kvalitativních znaků,
3. lokalizace,
4. trvání pauz, které v řeči percipujeme.

1. V případě dysfluence/zakoktavání jde o takovou dysfluenci mluveného projevu, při níž frekvence výskytu pauz evidentně přesahuje až do té míry, že je nápadná i běžnému posluchači. Je známo, že určitý trend v diagnostice koktavosti dokonce vychází právě z počtu pauz během řeči.
2. Pauza při zakoktavání má jiné kvalitativní znaky než normální pauza. Může mít např. některé nefyziologické příznaky (nadměrná námaha nebo spazmy artikulačního aparátu vyúsťující až v nedobrovolné, vynucené přestávky v řeči) nebo je jinak kvalitativně odlišná - není tichá, ale je „vyplněna“ hlasitými repetitivními. Normální pauza zpravidla nemá žádné znaky nadměrné námahy a obvykle je tichá.
3. Pokud se jedná o lokalizaci, je třeba z hlediska dysfluence vycházet při hodnocení z toho, že „normální“ pauza má primárně své fyziologické pozadí (souvisí s potřebou nádechu při mluvení). V zájmu významového členění komunikátu se na ní zároveň navrstvuje tzv. komunikativně funkční pauza fungující jako signál hranic významově-komunikativních jednotek. Z hlediska nenarušeného vnímání komunikátu zde platí zásada, že fyziologické pauzy mají být lokalizovány v místech lexikálně-syntaktických komunikačních pauz - musí s nimi splývat. Jsou-li lokalizovány jinde, vnímáme je jako dysfluentní.
4. Pauza trvá nápadně dlouho, takže působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru. Pokud jde o délku pauzy, tak rozdíl mezi (ještě) fluentní a (už) dysfluentní řečí charakterizoval Sabol. Na spodní hranici je časový úsek, který začínáme vnímat jako pauzu, na horní hranici už taková pomlka ve výslovnosti působí na percipienta až rušivě (Sabol, 1976b). Právě tento „nepříjemný“ typ pauz působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru produktora.

Shrneme-li to, tak určitou řeč přestaneme vnímat jako plynulou a začínáme ji hodnotit jako dysfluenci, odchyluje-li se pauza od normy v některých ze čtyř znaků: frekvence výskytu, kvalitativní znaky, lokalizace a délka pauzy.

Přirozeně při analýze dysfluence jako suprasegmentálního jevu se kromě pauzy musíme zmínit i o ostatních fenoménech. Je zřejmé, že koktavost z hlediska suprasegmentálních jevů je primárně problémem pauzy, avšak sekundárně jsou charakteristické i ostatní jevy - tempo, rytmus a melodie řeči.

Co se týče tempa řeči, existují zde určité normy. Podle výzkumu Sabola (1976) normální pauza trvá v průměru 522ms. Podle údajů Misríka (1988) průměrné tempo (klidný a srozumitelný referát) je přibližně 80-100 slov/min a průměrné tempo řeči (Mistrík a kol., 1993) 3,92 slabiky za sekundu. Renner (1995) na základě řady bádání udává normální rychlost 170-210 slabik/min v angličtině a 150-200 slabik/min v němčině. Guitar předkládá výzkumy určující normální rychlost řeči. U dospělých: při běžné řeči 115-165 slov/min a při čtení 150-190 slov/min. U dětí předškolního věku: tříletých 116-163 slabik/min, čtyřletých 117-183 slabik/min, pětiletých 109-183 slabik/min a u šestiletých uvádí 140-175 slabik/min. Zajímavá je stagnace, jde-li o stoupání rychlosti řeči ve 4.- 5. roce života, která dovoluje úvahu o případném vlivu vývojových dysfluencí.

Pro zajímavost porovnáme z hlediska suprasegmentálních jevů dvě nejčastější poruchy plynulosti - koktavost a breptavost. Koktavost je primárně problémem pauzy a sekundárně problémem tempa. Zatímco naopak breptavost je primárně problémem tempa řeči a sekundárně problémem pauzy.

Dysfluence v kontextu jazykových rovin

Dysfluenci lze z jazykovědného aspektu analyzovat i ze zorného úhlu jazykových rovin. Jde-li o jazykové roviny v případě dysfluence je obvykle nejvýznamněji narušena foneticko-fonologická rovina jazyka (sem totiž lze kromě jiného zařadit prozodické faktory v řeči).

Co se týče pragmatické roviny, dysfluence mohou všeobecně vznikat v souvislosti s různými vnějšími a vnitřními faktory, jako např. momentální komunikační situací. Pokud jde o tuto rovinu z hlediska dysfluence/zakoktavání, je působení těchto faktorů často patrné i laikům. K nejvýznamnějším vnějším projevům pragmatické roviny u balbutiků patří velmi často narušené koverbální chování (Lechta, 1988). Navenek méně očividné než narušené koverbální chování, ale z hlediska této roviny, jsou vnitřní problémy. Jedná se o příznaky frustrace - opakované zážitky komunikačního neúspěchu, selhání v komunikaci, výsměch.

Pohled na plynulost řeči z aspektu lexikálně-sémantické roviny ozřejmuje fakt, že selekce a aplikace správných slov a slovních spojení ze slovní zásoby, přechod od jedné informace k druhé, mají všeobecně značný vliv na fluenci mluveného projevu. V symptomatice koktavosti jsou tyto procesy často narušeny kvůli parafrázím. Balbutik volí najednou místo původně zamýšleného slova jiné slovo (o němž předpokládá, že ho vysloví plynule), které však může - ale nemusí - být s původním slovem synonymní.

Plynulost řeči závisí i na náročnosti verbální úlohy, na přechodu z jedné syntaktické struktury do druhé, na výběru morfologických struktur a ustálených řečových návyků. Kromě toho morfologicko-syntaktická rovina může být velmi často charakteristicky ovlivněná jako sekundární příznak koktavosti.

1.1.2 Psychologické východisko

Psychologický slovník (Hartl a Hartlová, 2000) vymezuje koktavost až příliš zkratkovitě a příliš všeobecně - jen jako „zadrhávání v řeči“. Nejčastěji ji posuzují jen jako dětskou neurózu. Z toho vyplývá, že současní psychologové nejsou příliš motivováni hlouběji se koktavostí zabývat.

Psychologickým aspektům vzniku dysfluence/koktavosti v celé jejich hloubce, rozmanitosti a komplexnosti se však ani ve světovém měřítku nepřikládala vždy adekvátní pozornost. Lechta uvádí, že podle Cooperové a Coopera vzrostl zájem o komponenty koktavosti až v 90. letech 20. století. Zdůrazňují, že neurologické faktory mohou být základem vzniku koktavosti, ale je zřejmé, že syndrom koktavosti není jednoduchá jednodimenzální porucha.

Tradiční psychologie považovala koktavost za neurózu, v jejímž pozadí jsou psychogenní faktory, zejména konflikty. Z československých psychologů se koktavostí v tomto smyslu zabýval především Kondáš (1977). Koktavost charakterizoval jako výsledek konfliktu mezi potřebou mluvit (přiblížení - approach) a úsilím vyhnout se (vyhýbání - avoidance) situaci, která vyvolává strach.

Podle některých psychoanalytiků je koktavost výsledkem konfliktu mezi přáním mluvit obscénně, agresivně a potřebou potlačit tento styl projevu (Kondáš, 1977). Je známo, že Freud pokládal za příčinu konfliktu potlačení, tj. mechanismus, s jehož pomocí se odstraňují z vědomí obsahy, které ruší vědomé požadavky. Ty se přesouvají z vědomí do podvědomí. Potlačení konfliktu potom vytváří předpoklad pro vznik neurózy (Kratochvíl, 1998). Za následek nedostatečného potlačení Freud považoval tzv. chybné výkony, např. přeréknutí, výběrové zapomínání (Kondáš, 1977). K těmto chybným výkonům bychom však mohli přiřadit i různé dysfluence, které nejsou „pravou“ koktavostí: zarážky či bloky v řeči, uvíznutí, zastavení v proudu řeči, nemožnost vzpomenout si na konkrétní jméno, určité slovo atd.

Z neuropsychologického hlediska (Lurija, 1975) mohou být příčinou dysfluence i poškození premotorických oddílů kůry velkého mozku (ve smyslu poranění, úrazů - orgánových poškození). Potíže s řečí se začínají projevovat hned po poškození. Její plynulost je zřetelně narušena, zpomalena, přerušována. Lurija tyto obtíže nazval těžkosti plynulého rozvíjení řečových procesů a nakonec je sjednotil do termínu porucha dynamiky mluvních procesů. V dějinách balbutologie se lokalizovala příčina dysfluencí/zakoktavování do různých mozkových struktur a mechanismů (např. bazální ganglie, nekompletní vývoj mozkových hemisfér). V posledních letech jsou stále častější názory, které považují koktavost za projev asynchronní koordinace mozkových hemisfér.

Z tohoto pojetí je zřejmé, že o dysfluenci/koktavost jde jen tehdy, dochází-li k vzájemnému ovlivňování somatické a psychické oblasti.

1.1.3 Medicínské východisko

Medicína se koktavostí zabývá odedávna. Lékaři byli často fascinováni tímto druhem narušené komunikační schopnosti a snažili se ho radikálně vyřešit řadou experimentů, pokusů. V současné době jako by medicína byla při řešení problémů koktavosti, co se týče jejího začlenění, na rozcestí. Důkazem je začlenění koktavosti do soustavy nemocí Světovou zdravotnickou organizací (WHO), stejně jako její vymezení v jednom z nejnovějších komplexních lékařských slovníků (Vokurka, Hugo a kol.,

2002), kde je koktavost definována jen zcela všeobecně - jako „funkční porucha řeči, na níž se podílejí dědičné a psychické vlivy“.

Dysfluence se může objevovat jako příznak mnoha chorob. Lze ji objevit v klinickém obraze afázií, u řady neurogenních nebo psychogenních onemocnění, v některých formách mentální retardace. V těchto případech je však dysfluence zpravidla jen symptomem určitého základního onemocnění. Proto se i moderní medicína snaží diferencovat mezi dysfluencí/koktavostí a psychogenními či neurogenními dysfluencemi. Dělítko je tu relativně jednoduché. Dysfluence/koktavost je samostatnou, specifickou nozologickou jednotkou - samostatným syndromem koktavosti. V ostatních případech jde o symptomy jiných nozologických jednotek.

1.1.4 Logopedické východisko

Této platformě je třeba věnovat mimořádnou pozornost především proto, neboť ze všech zmíněných oborů se v současnosti právě logopedie nejvíce zaměřuje na terapii lidí s dysfluencí/koktavostí. Jedním z nejčastějších problémů v této oblasti je rozhodování o tom, které typy váhání, přestávek je třeba považovat za koktavost, a kdy se jedná o běžnou „normální“ dysfluenci.

Mohlo by se zdát, že při hledání objektivního východiska pro vymezení dysfluence/koktavosti je nejjednodušší použít jazykovou normu, která určuje hranice plynulosti řeči. Při bližším zkoumání se však ukazuje jako nejoperativnější vycházet z komunikačního záměru. V jednotlivých jazycích se totiž uplatňují různá pojetí toho, co je „normální“ plynulost řeči a hlavně ve většině jazyků chybí kodifikovaná jazyková forma, která by stanovila hranici neplynulosti, po jejímž překročení lze již hovořit o dysfluenci.

Pro potřeby logopedie můžeme modifikovat Sabolovu představu o vnímání pauzy percipientem. V rámci této modifikace jsou na jednom konci „normální“ dysfluence, jež vnímáme jako přirozené pauzy, a na konci druhém těžké a nápadné dysfluence, které percipient může vnímat až jako nepříjemné. Právě při tomto typu pauz, jež působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru produktora, jde o dysfluenci/koktavost v logopedickém pojetí. Jedním ze specifíků NKS je skutečnost, že dysfluence/koktavost působí rušivě nejen na percepci informace, ale mnohdy i na

produktora. „Zejména dospělí balbutici obvykle referují, že uvědomění si už prvních projevů koktání během řeči jim často naruší další koncipování sdělení.“ (10:34).

Dysfluence řeči je primárně otázkou pauz, ale jak již jsem zmínila výše, plynulost projevu může ovlivnit i tempo řeči. Neobvyklé tempo může v konečném důsledku vést i k nefyziologickým, nelogickým pauzám. Počet a způsob realizace pauz může ovlivnit tempo promluvy, např. časté pauzy mohou extrémně zpomalit nebo narušit tempo řeči. Vzhledem ke koktavosti lze dodat, že rychlé tempo může být i znakem nejistoty.

Těžká dysfluence je nápadná i pro laika, ale mnohem těžší je situace v tzv. hraničním pásmu mezi plynulou a neplynulou řečí. Zde se mohou hodnocení posluchačů značně lišit. Ovlivňuje to více subjektivních činitelů. Působí zde např. vzdělání z oblasti balbutologie. I subjektivní postoje posuzovatele k mluvčímu se mohou promítnout do příliš benevolentního, shovívavého, anebo naopak do příliš přísného hodnocení. Specifika konkrétní komunikační situace mohou někdy také výrazně ovlivnit plynulost řeči (např. nutnost promluvit před větší skupinou).

1. 2 Druhy dysfluence

Aplikujeme-li všechny čtyři platformy hodnocení dysfluence, objevíme skutečnost, že existuje více druhů dysfluence.

Tab. 1 Rozdělení dysfluencí

Dysfluence fyziologická	Dysfluence nefyziologická
Sémantická	Breptavost
Syntaktická	Psychogenní
Mnestická	Neurogenní
Situační (pragmatická)	Při narušeném vývoji řeči
Fonologická	Koktavost
Vývojová	

Sémantická dysfluence - produktor udělá přestávku, pauzu v toku řeči ve chvíli, kdy uvažuje o výběru významově nejvhodnějšího výrazu. K syntaktické dysfluenci může dojít někdy ze stejného důvodu na hranici dvou vět. Mnestická dysfluence souvisí

s momentální kapacitou paměti. Zrovna si nemůžeme vzpomenout na adekvátní výraz. Situační dysfluence může být projev trémy, ale např. i nadhraniční extrémní únavy nebo rušivých činitelů v prostředí (šum, hluk atd.) a fonologická dysfluence obvykle souvisí se souhláskovými shluky, neobvyklými kombinacemi hlásek.

Vývojová dysfluence je součástí běžného procesu osvojování si mateřského jazyka u dětí mezi 3. a 5. rokem života, proto ji taky zařazujeme pod fyziologické dysfluence. Proto je třeba tomuto období věnovat přiměřenou pozornost. Vývojovou dysfluenci definujeme jako druh fyziologických dysfluencí, jako přechodnou fázi neplynulého mluvení, vznikající pravděpodobně na bázi dočasného pnutí až nesouladu mezi symbolickými a nesymbolickými procesy.

„Kvalitativní přelom v ontogenezi okolo přibližně 3. roku života v oblasti symbolických procesů, týkající se především morfologicko - syntaktické roviny (zejména vzrůstající složitost syntaktických konstrukcí) a lexikálně - sémantické roviny (prudký nárůst slovní zásoby, tvorba tzv. vyšších pojmů), zde koliduje s oblastí nesymbolických procesů (foneticko - fonologická rovina), kde jednak ještě nevyzrálý artikulační aparát, jednak ještě neúplně rozvinutá schopnost fonematické diferenciaci neumožňuje dítěti v tomto věku pokaždé fluentně vyslovit zamýšlené jazykové konstrukce.“ (10:58)

Jedná se o přirozené nevědomé strategie. Dítě potřebuje při náročnějším projevu více času, a tak si pomáhá repetitivy, zarážkami v řeči apod. Zároveň však dítě v tomto období prochází obdobím vzdoru, postupného uvědomování si sebe sama, doprovázeného často psychickou labilitou, což se promítá do výbušné řeči. Snaží se být dominantní v komunikačním aktu - pragmatická rovina. Takto dochází mezi těmito oblastmi k pnutí - vývojové dysfluenci. Jedná se převážně o opakování slabik, slov, zarážky v mluvení a podobně.

Tyto úvahy o vývojové dysfluenci jako o pnutí mezi jazykovými rovinami potvrzují i Sandrieserová a Schneider (2001). Yairi a kol. předpokládají u dětí, které začaly příliš brzy koktat, asynchronní vývoj řeči - příliš rychlý v určité rovině. Johannsenová (2001) uvádí, že příznaky vývojové dysfluence se projevují u asi 80% dětí a u většiny z nich postupně spontánně zmizí. Cooperová a Cooper (1995) dokonce zdůrazňují, že při přiměřené profesionální pomoci, s uvědomělou a podpůrnou asistencí

rodičů si jen málo dětí v následujících letech dokáže vybavit své rané obtíže s fluencí a v dospělosti si žádný z nich nevzpomene, že by se kdy zakoktávalo.

Vlivem rozmanitých vnitřních i vnějších faktorů však může z vývojové dysfluence postupně vzniknout incipientní koktavost.

2. Dětská řeč a její vývoj

Rozvoj řeči dítěte začíná prakticky od jeho narození. To, že dítě v jednom roce řekne hezky a plynule máma, je výsledkem dvanáctiměsíčního úsilí a učení. Je tedy velmi důležité na dítě mluvit už od narození. „*Mnoho lidí považuje za zbytečné, ba dokonce směšné mluvit na maličké dítě, protože nerozumí. I když nerozumí, je nutné na něj mluvit právě proto, aby se to naučilo.*“ (18: Anne Bacus, první rok vašeho dítěte)

Miminko sice nezná přesný obsah slov, ale velmi dobře vnímá jejich smysl prostřednictvím intonace, mimiky a tónu hlasu. Člověk má vrozenou schopnost naučit se řeč, pokud mu ale neposkytneme dostatek podnětů, může mít s rozvojem mluvení potíže.

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zabývám vývojovými dysfluencemi, domnívám se, že je velice důležité seznámit vás se správným vývojem řeči v období od 2. - 6. roku života dítěte.

Podrobný vývoj řeči dítěte

Tab. 2 Přehled ontogeneze lidské řeči

Předřečová stadia	
období křiku (asi do konce 6. týdne)	křik – nejprve jako fyziologický reflex, později se signálním významem
období broukání (asi do konce 2. měsíce)	jednoduché zvuky obsahující především samohlásky a vyjadřující dobrou náladu
období žvatlání (asi do konce 1. roku)	napodobování okolních zvuků, příprava na artikulaci
práh porozumění	Reakce na porozumění smyslu komunikace ze strany druhých lidí (zejména nejbližších – rodičů atd); primární reakce na melodii řeči
práh proslovení	První srozumitelná jednoduchá slova (jedno nebo dvouslabičná), která se dítě pokouší vyslovit

Dvouleté dítě

- aktivně používá 50-300 různých slov a jeho slovní zásoba se neustále rozšiřuje
- pasivní znalost jazyka je už velmi rozvinutá; většina dvouletých dětí rozumí mnohem více, než kolik dovedou vyjádřit
- dítě skládá věty o třech až čtyřech slovech
- sebe označuje spíše slůvkem „já“ než jménem
- často používá slovo „moje“
- opakovaně se ptá: „Co to je?“
- zadržávání a další projevy, které narušují plynulost řeči, jsou běžné
- 65 – 70% toho, co dítě říká, je pro okolí srozumitelné

Tříleté dítě

- prudký rozvoj řeči
- aktivně používá 300 - 1000 slov
- mluví už většinou tak, že mu každý rozumí
- je schopno mluvit i o nepřítomných osobách nebo o dějích, které se již odehrály nebo se odehrají v bezprostřední budoucnosti
- používá již několik přívlastků po sobě, třeba velký hnědý pes
- mluví o tom, co dělají druzí, např.: „Táta seká trávu.“
- používá obraty, které rozvíjejí konverzaci, např.: „A co udělal potom?“
- rádo slovně organizuje nejrůznější aktivity
- recituje říkanky, zpívá písničky
- neustále klade otázky typu „Proč?“

Čtyřleté dítě

- užívá předložky „na“, „v“ a „pod“
- odpovídá na otázky typu: „Čí?“ „Kdo?“ „Proč?“
- vytváří složitá souvětí
- mluví skoro zcela srozumitelně
- začíná správně používat minulý čas

- mění hlas a větnou strukturu podle toho, nakolik je posluchač s to mu porozumět, např. vůči mladšímu sourozenci
- správně odpovídá na otázky, co je třeba udělat, když je unavený, je mu zima nebo má hlad

Pětileté dítě

- slovní zásoba činí 1500 a více slov
- podle obrázku převypráví známý příběh
- funkčně definuje jednoduchá slova: míč je na házení, postel na spaní
- chápe jednoduché vtipy a samo si vymýšlí vtipy a říkanky
- vytváří věty o pěti až sedmi slovech
- umí říct v jakém bydlí městě, kdy má narozeniny, jak se jmenují rodiče
- mluví skoro zcela srozumitelně a gramaticky správně
- správně používá podmiňovací způsob

Šestileté dítě

- rádo si povídá, „nezastaví pusu“
- každý den se naučí pět až deset nových slov; jeho slovní zásoba se skládá z 10 000 - 14 000 slov
- dokáže vést „dospěláckou konverzaci“
- správně časuje slovesa a skloňuje podstatná jména
- rozhořčení nebo vztek ventiluje slovními výlevy spíše než záchvaty vzteku
- napodobuje slangové vyjadřování a mluví hrubě; „sprosté“ řeči mu připadají velmi legrační
- baví ho poslouchat předčítané a vymyšlené příběhy
- je schopno naučit se více než jednomu jazyku; v bilingvní nebo mutibilingvní rodině se to děje zcela spontánně

Tab. 3 Shrnutí

Stadia vývoje řeči	
emocionálně-volní stadium (asi do konce 2. roku)	Především vyjadřování pocitů, přání, potřeb, převaha emocionální stránky projevu (zabarvení, intonace), jednoslovné věty
asociačně reprodukcí stadium (asi do konce 3. roku)	Spojení slov s předměty, které označují, opakování slovních spojení a vět, které dítě slyší v okolí, používání jednoduché gramatiky
stadium logických pojmů (asi do konce do 4. roku)	Abstrakce v řeči, otázky „Proč...?“, „Co je to?“, velmi dynamický vývoj řeči; vědomí vlastní identity v komunikaci (přechází k používání „já“ místo svého jména atd.
intelektualizace řeči	správné obsahové i formální vyjadřování myšlenek, zpřesňování gramatiky, osvojování nových slov (probíhá po celý život)

3. Koktavost jako projev narušené komunikační schopnosti

Koktavost, zadrhávání, balbuties - to všechno jsou názvy označující jednu poruchu. Její latinský název pochází z doby starého Říma, kde žil občan jménem Balbus. Do dějin vstoupil tím, že on sám i řada členů jeho rodiny koktala. Také známý starořecký filozof a řečník Démosthenes trpěl touto poruchou. Zvládal ji prý tak, že s oblázkem pod jazykem přednášel na břehu moře za hukotu vln dlouhé proslovy.

Koktavost je závažná porucha, má mnoho podob, mnoho různých příčin. Tato porucha má často mimořádně nepříznivý zpětný dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. O její povaze hodně napovídá fakt, že ve vyspělých civilizacích s rychlým životním tempem a zejména tam, kde převládá přísná, citově chladná a různými zvyklostmi sešněrovaná výchova, se vyskytuje podstatně více než ve společnostech, kde vládne značná tolerance a harmonie s přírodou.

Všeobecně se tedy koktavost pokládá za jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Světová zdravotnická organizace uvádí koktavost v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 pod kódem F.98.5. Je zajímavé, že v této klasifikaci nemocí považují za nejcharakterističtější znaky projevy, které příliš nesouvisí s tradiční medicínou, ale spíše s jazykovědou.

3. 1 Terminologické vymezení koktavosti

„V současnosti neexistuje jednotná, všeobecně přijímaná definice koktavosti. Většina odráží autorovo pojetí a jeho názor na etiologii balbuties, od definic stručných rezolutně zařazující koktavost mezi čisté funkční poruchy plynulosti řeči po složitější konstrukce, které rozlišují koktání v užším od koktání v širším slova smyslu generované poškozením centrální nervové soustavy, a dále méně pokročilé schizofrenie nebo hysterie.“(13:7) Obrovské množství těch nejrozličnějších definic je tedy potřeba roztrždit na tradiční a moderní.

V tradičním vymezování bylo při definování koktavosti v popředí označení neuróza řeči. Například Seeman (1955) koktavost charakterizoval jako neurózu řeči, která vzniká nejčastěji v dětském věku - s dodatkem, že se jedná o jednu z nejtrýznivějších neuróz, poněvadž se váže na interindividuální styk. Koncem 20. století však byla publikována řada prací referujících o možném orgánovém základě koktavosti. Navzdory tomu ji ještě v osmdesátých letech 20. století charakterizoval Sovák jako neurózu řeči, přičemž ale uvedl, že může vzniknout na základě funkčních, jindy orgánových poruch, případně obou současně (Sovák, 1981).

Moderní vymezení koktavosti proto upřednostňuje širší, komplexnější definice. Podle Wirta (1990) je koktavost přechodně se vyskytující, na vůli nezávislé narušené komunikační schopnosti, často neznámé etiologie, pro než je charakteristické napjaté, němé setrvání v artikulačním postavení (tonická koktavost), opakování (klonická koktavost), natahování, vyhýbavé reakce (zaměňování slov, přestrukturování vět). Bloodstein zase charakterizuje koktavost jako poruchu, při níž jsou rytmus nebo fluence řeči sníženy kvůli přerušování nebo blokům. Považuje ji nejen za intermitentní narušení plynulosti řeči, ale i tempa řeči, tónové výšky, hlasitosti, melodie, artikulace, mimiky a posturálního nastavení, přičemž navíc zdůrazňuje, že existují balbutici, u nichž se rysy koktání jen těžko identifikují (Bloodstein, 1995).

Podle Manninga jde u koktavosti o mimovolní přerušení v sekvenci motorických aktů potřebných pro verbální projev, přičemž přerušení plynulosti jsou často spojena s fyzickým napětím bránícím efektivnímu a koordinovanému fungování verbálního traktu a celého systému produkce řeči.

Lechta koktavost pokládá za jeden z nejtěžších druhů narušené komunikační schopnosti. „*Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktorální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících anebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.* (10:16-17). V současnosti se u nás právě Lechta a Peutelschmiedová zabývají velmi podrobně touto problematikou.

3. 2 Výskyt

Koktavost se vyskytuje od nepaměti (zmiňuje se o ni i Bible) a celosvětově, nerespektuje rasu, národnost, sociální status, náboženské vyznání, pohlaví ani životní etapu jedince, objevuje se ve všech věkových kategoriích, od dětství až do kmetského věku. Mnoho významných osobností se zakoktávalo. Ze seznamu, který uvádí Kehoe (2000) zmíním jen několik: Mojžíš, Demosthénes, Ezop, císař Claudius, jak už jsem zmiňovala tak také Balbus, podle kterého je termín balbuties, W.Churchill a mnoho dalších.

Moderní monografie o koktavosti ve statích o výskytu diferencuje mezi incidencí a prevalencí koktavosti. Incidence se obvykle definuje jako počet nově vzniklých případů dané nemoci za určité časové období a v konkrétní populaci. Lechta uvádí, že u koktavosti Hood (1999) i Sandrieserová a Schneider (2001) charakterizují incidenci koktavosti jako část celkové populace, u níž se někdy v životě projeví symptomy koktavosti. Podle retrospektivního dotazníkového průzkumu Andrewse a Harrise se zjistilo, že z 1000 dětí starších 16 let, jen 5 % těchto dětí někdy v životě mělo problém se zakoktaváním trvajícím déle než šest měsíců. A jen přibližně u 1 % se vyvinula chronická koktavost. To znamená, že 60 – 80 % těchto dětí, které byly diagnostikovány jako koktavé, úspěšně koktavost překonalo.

Prevalence se obvykle definuje jako část celkové populace, která k určitému časovému bodu vykazuje sledovaný fenomén. Pokud jde o koktavost, Hood (1999) uvádí výsledky průzkumu, jež měly zjistit prevalenci koktavosti. Odhaduje se, že se zakoktavá asi 1 % dětí školního věku. Guitar publikuje výsledky výzkumu, podle nichž v mateřských školách bylo 2,4 % dětí s koktavostí. Protože prevalence koktavosti po pubertě mírně kolísá, tak někteří autoři odhadují, že prevalence koktavosti v dospělosti je pravděpodobně o něco nižší.

Je známo, že častěji se vyskytuje u lidí mužského pohlaví než ženského. Sandriesorová a Schneider (2001) ovšem zdůrazňují, že zpočátku je poměr výskytu koktavosti u chlapců a děvčat stejný. Během patogeneze se výskyt posune v neprospěch chlapců (3 x více než děvčat).

Co se týče začátku koktavosti, uvádí se, že přibližně polovina všech koktavých dětí se začíná zakoktavat před 4. rokem života. Do 5. roku života se zakoktavá 75 %, do 6. roku 90 % dětí s touto narušenou komunikační schopností. Na základě výzkumů Blootsteina, Silvermana a Yariho tvrdí, že po 12. roce už stěží lze očekávat počátek koktavosti. V anglické literatuře se z tohoto důvodu někdy používal termín *developmental stuttering*, aby se zdůraznilo, že vzniká zpravidla během dětského vývoje. Tento termín se však v Evropě neujal.

4. Etiologie

Akademický slovník cizích slov (2000) uvádí, že etiologie je nauka o příčinách vzniku nemocí. Etiologie koktavosti byla dlouhodobě otázkou sporů a doposud není uspokojivě prokázána. Zprvu byla koktavost pokládána za striktně funkční poruchu.

Riziko koktavosti stoupá vždy v období, kdy je dítě vystaveno výrazně zvýšeným nárokům. Kolem třetího roku, kdy se velmi rychle, někdy až překotně rozvíjí dětská řeč, stoupá poprvé prudce křivka výskytu. Druhým rizikovým obdobím je nástup do první třídy. Podstatná změna v životě dítěte, přechod od hry k povinnostem. Prakticky každé dítě je v uvedeném období vystaveno zvýšeným nárokům, přesto se koktavost objeví jen u některých. Patří sem zejména děti nervově labilní, s dráždivým typem nervové soustavy (plačtivé děti, děti s abnormálně silnou vazbou na matku, děti

nápadně neklidné) a děti, u kterých lze pozorovat různé neurotické projevy (poruchy spánku, kousání nehtů aj.). Samozřejmě také děti hodně nemocné nebo jinak oslabené vůči koktavosti. Velmi často se u dětí s koktavostí najde i neurologický nález a perinatální komplikace. Do jisté míry lze za příčiny považovat i roční období jaro a podzim, kdy se obvykle příznaky různých psychikou způsobených potíží zhoršují. Ale za vůbec nejčastější příčinu koktavosti se považují výchovné vlivy - nepřiměřená výchova.

„Sovák rozlišuje v oblasti etiologi balbuties teorie: - orgánově somatické

- funkcionální*
- psychogenní*
- neurozogenní.*

Z praktického zřetele se jeví pro další postup jako nejvýhodnější dělení etiologických faktorů balbuties podle hlediska psychogenního a somatogenního. Psychogenní hledisko zahrnuje:

- psychogenní teorie a faktory*
- neurozogenní teorie*
- funkcionální teorie.*

Hledisko somatogenní reprezentují nejčastěji:

- faktory hereditární*
- rizikové faktory v prenatálním a perinatálním období*
- infekční nemoci*
- levorukost v relaci k balbuties*
- biochemické faktory*
- změny morfologických struktur CNS*
- jiné orgánové změny.*

Rejstřík uvažovaných somatogenních faktorů etiologie je nejen širší a pestřejší, ale na orgánové příčiny koktavosti se v současnosti také pozornost odborníků stále více soustředí. “ (13:17)

Lechta se domnívá, že při řešení tohoto problému je třeba z hlediska etiologie zvážit kromě jiného existenci několika možností:

- a/ orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči
- b/ vznik poruchy plynulosti řeči primárně jako neurózy; do těchto tří skupin lze v podstatě zařadit všechny konkrétní příčiny, o nichž se předpokládá, že jsou v pozadí vzniku koktavosti.

Já zde zmíním alespoň ty etiologické faktory, o nichž se při koktavosti uvažuje nejčastěji.

4.1 Dědičnost

Z příčin koktavosti se pravděpodobně nejčastěji uvádí dědičnost, odhadována někdy až na 40 – 60 %. Manning (2001) tvrdí, že i když tu stěží existuje pochybnost o vlivu genetických faktorů, není jasné, jedná-li se o několik nebo více genů. Lehta informuje, že podle Drayna (2003) už jsou pokroky ve výzkumech pátrajících po specifickém genu způsobující koktavost. Zjistily, že v řadě případů se jedná o gen na 18. chromozomu a pravděpodobně částečně i na 13. chromozomu. Není ale ještě jasný jejich celkový dopad. Zřejmě se tedy dědí jen určité vlohy, jistá dispozice, a ke klinické manifestaci dochází až při koexistenci konkrétních specifických vnitřních a vnějších podmínek (Böhm, 1997).

S koktavostí mohou souviset i určité neuropatické rodinné vlohy, zejména ze strany matčiny rodiny: migréna, astma, poruchy krevního oběhu, poruchy trávení a jiné vegetativní poruchy (Wirth, 1990). Uvádí se, že mužští potomkové ženských balbutiků jsou nositeli zvýšeného rizika. Andrews a Harris zjistili, že u synů koktavých matek existuje až 36% riziko. Při balbuties u monozygotních dvojčat jsou až v 90 % obě koktavé, u heterozygotních jen v 25 % (Howie, Stewart, 2001). Kehoe (2000) píše, že u balbutiků existuje trojnásobně větší pravděpodobnost, že mezi jejich blízkými příbuznými jsou koktající lidé, než u plynule mluvících lidí.

Peutelschmiedová uvádí výsledky průzkumu v USA, podle něhož koktavost na hereditární bázi má zřejmě konzistentní efekt a její výskyt vzhledem k pohlaví je mnohem vyrovnanější, než se běžně udává. Přičemž přetrvávající koktavost negenetického původu je častěji u mužů a může souviset s lepší schopností žen v dětství překonat projevy dysfluence.

Manifestování dědičně podmíněné koktavosti je třeba zmínit v souvislosti s napodobováním. Ale v současné době napodobování jako příčina koktavosti nehraje již tak důležitou roli, jako se v minulosti uvádělo.

4.2 Sociální prostředí

Při vzniku koktavosti mohou hrát určitou roli i negativní vlivy sociálního prostředí, různá psychotraumata (zejména ve smyslu neurotizace v domácím i školním prostředí, případně ve skupinách vrstevníků atd.).

Jednou z nejznámějších interpretací vzniku koktavosti je v této oblasti Johnsonova tzv. diagnozogenická teorie, kterou rozvinul ve třicátých letech 20. století: „koktavost jako výsledek vlastní diagnózy“. V období vývojových dysfluencí laici, převážně rodiče, nesprávně diagnostikují tyto dysfluence jako koktavost. Dítě reaguje na tento postoj rodičů stále větší snahou o plynulé mluvení, což samozřejmě rezultuje zhoršení řeči. Koktavost je tedy „to, co se dítě naučilo s účelem nezakoktavat se“. Johnsonova teorie jednak dlouho ovlivňovala přístup logopedů v předškolním věku (její aplikace v konečném důsledku znamenala, že stačí změnit postoj rodičů a terapie pak vlastně není potřeba), jednak i postoj terapeutů k rodičům, kteří takto byli přímo či nepřímo obviněni z toho, že způsobili koktavost svého dítěte.

Postupem času se ale ukázalo, že i terapie v předškolním věku může být účinnější než pasivní čekání. Objevil se totiž odpor proti paušálnímu obviňování rodičů jako viníků koktavosti svého dítěte (např. Peuteleshmiedová, Wirth). Píše se, že pokud se jedná o osobité, charakteristické znaky osobnosti rodičů, jejich postoje a chování, neexistují hodnověrné důkazy, že nepříznivá rodinná konstelace nebo nepřiměřené

chování rodičů by se mohly chápat jako funkční podmínka předcházející vzniku koktavosti.

Přesto se domnívám a souhlasím s názorem Gillama, že stresující rodinné prostředí nebo dlouhodobě negativní reakce na dysfluenci dítěte mohou hrát určitou roli ve vývoji koktavosti u dětí.

4.3 Psychické prostředí

S faktory sociálního prostředí jsou obvykle pevně spjaty specifické psychické procesy. Více balbutologů vidí příčiny koktavosti právě v nich. Vysvětlení vzniku koktavosti z psychogenního hlediska je přitom velmi složité. Jedná se zde hlavně o činitele, které fungují jako fixující faktory koktavosti než jako primární příčiny. Patří sem např. teorie učení, jak ji charakterizuje Wirth: koktavost je podle něj situačně nesprávně naučeným řečovým chováním, které je podmíněné, fixované a regulované svými důsledky a vyvolávajícími podněty. Přitom jsou podstatné na jedné straně reakce dítěte a na druhé straně reakce vztahové osoby. Strach, zážitek z leknutí atd. v senzitivní fázi vývoje řeči vyvolávají u dítěte dysfluenci řeči. Dysfluence působí na prostředí jako operační způsob chování. Její důsledky mohou být pozitivní nebo negativní.

Další teorie je Schwartzova teorie laryngospazmu (1991), která vychází z reflexní křeče hrtanu a je podmíněna stresem. Základní stresory: situačně podmíněný stres, slovní nebo hláskový stres, stres z autoritativních osobností, stres z nejistoty, stres z událostí (např. úmrtí v rodině). Wirth protiargumentuje, že koktavost vzniká u lidí po laryngektomii. Kromě toho nemusí u koktavosti vždy jít o reflexní křeč v hrtanu, může jít o blok při výslovnosti.

Wirth uvádí i řadu teorií vysvětlujících vznik koktavosti jako poruchy interakce. Koktavost vzniká v souvislosti s krizemi ve vztahu matka - dítě během vývoje řeči dítěte. Vývoj řeči probíhá, jak jsem již výše zmiňovala, etapovitě. Při přechodu z jednoho stupně na druhý je dítě řečově labilní. Tady má velký význam mluvní vzor matky a nenarušený vztah (interakce) matka - dítě. Při jeho narušení může vzniknout koktavost.

Podle Sheehanovy teorie konfliktu rolí je koktavost výrazem dvojitého konfliktu: přiblížení - vyhýbání. Člověk s koktavostí se proto neustále pohybuje mezi dvěma cíli: přáním promluvit a současně obavou z koktání, přáním mlčet a zároveň obavou z nutnosti promluvit.

Jak jsem již zmiňovala a uváděla, je řada teorií, která chápe koktavost jako neurózu. Jednou z průkopnic v této oblasti je Fernauová - Hornová (1969). Podle ní lze rozlišovat preneurotickou koktavost (dítě si neuvědomuje svůj handicap), neurotickou koktavost (buď jako „očekávající“, „okrajovou“ neurózu s okruhem zábran, nebo už jako úzkostně - neurotickou koktavost, jež se spirálou zábran tvoří až 80 – 89 % všech případů) a „charakterogenní“ koktavost, která má zcela odlišnou etiologii a je součástí psychiatrie.

Wirth uvádí i další možné příčiny v této oblasti: snaha o získání pozornosti, boj dítěte o pozici v rodině, odmítání dítěte ze strany rodičů, příliš přísná nebo nedůsledná výchova, „fasádová rodinka“ (navenek se předstírá harmonie, která ve skutečnosti neexistuje), rivalita mezi sourozenci, neopětovaná láska k otci nebo matce, potlačování řečové spontaneity dítěte, narození mladšího sourozence, přehnané požadavky ze strany rodičů, obtíže ve škole, komplexy méněcennosti, náhlá duševní nebo tělesná zátěž, zážitek z leknutí, psychický šok. (Wirth, 1990).

Je zajímavé, že co se týče boje dítěte o pozici v rodině, rivality mezi sourozenci jako příčiny koktavosti, psychologové často doporučují věkový odestup mezi sourozenci tři roky. Což tedy znamená, že tříletému dítěti, které je právě v období fyziologických dysfluencí, se narodí miminko.

4. 4 Orgánové odchylky

O možnosti a významu orgánových příčin koktavosti se diskutuje již odedávna, přičemž jde zejména o hledání konkrétní, na specifickém místě lokalizované příčiny. V počátcích rozvoje balbutologie existovaly úvahy o příčině lokalizované v efektoru (tragické pokusy s operací jazyka), postupem času přibývalo více koncepcí lokalizujících příčinu koktavosti do rozličných korových, případně podkorových oblastí

mozku. Přehledný výčet starších názorů na orgánové příčiny vypracoval Wirth, který se domnívá, že jsou přinejmenším částečnou příčinou koktavosti. Mezi etiologické faktory Wirth zařazuje lehkou mozkovou dysfunkci, přičemž koktavost tu není obligatorním, ale jen fakultativním symptomem. V současné době odhaduje Conture (2001), že 10 - 20 % dětí s koktavostí vykazuje ADD/ADHD určitého stupně.

Rovněž se uvádí koncepce vzniku koktavosti na bázi dyskoordinace mozkových hemisfér. U části koktavých lidí vzniká pravděpodobně při řečových úlohách zvýšená aktivace pravé místo levé hemisféry. Uvažuje se i o poruše centrálního řízení periferně-motorických pochodů a jejich koordinace jako příčině koktavosti. U lidí s koktavostí byl totiž v rámci EMG zjištěn blok svalstva hrtanu, tj. současná kontrakce abduktoru a adduktoru a prodloužený čas mezi uvolněním závěru určitého konsonantu a začátkem vydávání hlasu při tvoření následujícího vokálu.

Podle novějších autorů (např. Ingham a kol., 1996; Kroll a De Nill, 2000) je koktavost způsobena asynchronností, dyskoordinací dvou centrálních složek jazykové produkce. Jednou z nich je paralingvistický – tj. pravohemisférový systém, který odpovídá za vokální a prozodické funkce. Druhou je lingvistický - levohemisférový systém, který je odpovědný za jazykový obsah, sémantiku, syntax a fonologii.

Pokud jde o konkrétní lokalizaci mozkových struktur, výzkumy se shodují v tom, že u koktavosti v podstatě jde o dyskoordinaci součinnosti pravé a levé mozkové hemisféry. Aby řeč byla fluentní, musí být obě dvě složky integrované. Opozdí-li se jedna za druhou anebo s ní interferuje (z jakéhokoliv důvodu) výsledkem je asynchronnost, která způsobuje dysfluenci mluveného projevu.

4. 5 Jiné příčiny

Z řady dalších příčin uvedu jen ty nejfrekventovanější. Za jednu z příčin se považovala levorukost. Sovák upozorňuje na souvislost mezi koktavostí a levorukostí. *„Na jedné straně je jisto, že poruchami řeči trpí nepoměrně více leváků. Na druhé straně je nutno přiznat, že velké procento leváků poruchami řeči vůbec netrpí a svou řeč se naučilo dokonale ovládat. Z toho vyplývá, že příčinou porušené řeči není samo*

leváctví, nýbrž okolnost, že leváctví bylo potlačeno. Tedy nikoli leváctví, ale leváctví přecvičované může býti příčinou poruchy řeči. “ (16:43)

Mezi etiologické příčiny koktavosti se uvádějí i poruchy metabolismu. Někdy se polemizuje i o vícejazyčnosti jako příčině koktavosti. Pokud je ale dítě reálně motivováno a prostředí nevyvíjí nepřiměřený tlak na osvojení si druhého jazyka, pak by dvojjazyčná výchova neměla patřit mezi příčiny vzniku koktavosti. Pokud jde o bilingvismus, děti zpravidla koktají v obou jazycích. Pokud rodiče uvádějí, že se jejich dítě zadržává jen v jednom jazyce, mohlo by jít o to, že tento jazyk používají v situacích, které vyvolávají koktavost.

V minulosti se také hovořilo o napodobování, které se považovalo za příčinu koktavosti. Uvádělo se, že koktavost se „dá získat“ jako psychická nákaza napodobováním např. koktavých spolužáků. Dnes se o tom již neuvažuje. Avšak Kutálková uvádí, že se koktavost často vyskytuje i u dětí, kde už někdo z rodiny touto poruchou trpí. Většinou se objevuje jako důsledek slabšího typu nervové soustavy (rodinný výskyt).

5. Symptomatologie

Symptomy neboli příznaky této poruchy se mohou v mluvené řeči manifestovat velmi nenápadně, nebo jsou navenek dokonce skryté. Pro člověka trpícího touto poruchou jsou však často velmi závažnou překážkou v komunikaci. Příznaky koktavosti lze rozdělit na vnější a vnitřní, ale mohou se i různě kombinovat.

Vnější příznaky

Vnější příznaky se projevují poruchou fonačních pohybů, artikulačních pohybů a dýchacích pohybů. Manifestují se jednak na řeči, jednak na patologické „spolupráci“ některých svalů nebo svalových skupin při mluvení. Podle těchto příznaků v řeči dělíme koktavost na formu tonickou, klonickou a nebo tonoklonickou.

■ **Tonická forma** je charakterizována zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové štěrbině, který se označuje termínem prefonační spasmus. Je při něm patrné zvýšené napětí některých artikulačních svalů, někdy též zevních krčních svalů. Poruchy se týkají i dýchání při mluvení, kdy dochází k ne hospodárnému rychlému výdechu - a tím se zkracuje fonační doba. Častější nadechování pak ruší plynulost řeči, koktaví se nadechují často i uprostřed slova. V praxi to vypadá tak, že dítě tlačí na první slabiku, nemůže z místa. Teprve po překročení křeče slovo vyrazí celé a často i zbytek věty je plynulý. Trvá-li prefonační spasmus déle, hovoříme o řečovém bloku.

■ **Klonická forma** se projevuje volným opakováním slabik. Nejznámější je opakování první slabiky (ma-ma-maminka), objevuje se i opakování poslední slabiky (mamin-ka-ka). Někdy děti opakují i celá slova, takže to z počátku dělá dojem neobrati nosti ve vyjadřování. Patří sem i nepřiměřené protahování délky slabik (maaaaminka). Po této časové ztrátě se dítě občas snaží dohnat čas zrychleným tempem - řeč je nápadná nevyrovnaným tempem.

■ **Tonoklonická forma** je nejčastější. Opakování slabik je předcházeno zvýšeným prefonačním napětím nebo explozemi.

K překonání tonů a tonoklonů používají často pacienti mimovolní pohyby některých svalů nebo svalových skupin. Hovoří se o tzv. souhybech (jiné artikulační svaly) a součinech (pohyby horních nebo dolních končetin, výjimečně i celého trupu). Roztahování nosního chřípí se označuje jako Fröschelsův symptom.

Vnitřní příznaky

Vnitřními příznaky se označují duševní stavy, které se rozvíjejí jako reakce na problémy v komunikaci. Může se objevovat strach z mluvení, a to především v situacích pro nemocného důležitých nebo emočně významných (záleží mu na řečovém projevu, který ale není schopen zvládnout). Pak hovoříme o logofobii. Postupem času se pacient

vyhýbá přímému řečovému kontaktu, předem zná hlásky či slabiky, na nichž se zadržává, a proto si pomáhá vyhledáváním náhradního slova.

Logofobie se neprojevuje u všech pacientů. V dětském věku se může objevit spíše tam, kde porucha plynulosti vznikla náhle, po silném emocionálním prožitku. V pozdějším věku k ní dopomáhá například negativní reakce okolí na neplynulý řečový projev jedince nebo časový tlak na odpovídání (při zkoušení ve škole atd.).

5.1 Incipientní koktavost

I když se koktavost projevuje ve všech věkových skupinách, Lechta se domnívá, že klíčem k problému koktavosti je incipientní koktavost, která se váže zejména na předškolní věk. Argumentem pro toto tvrzení mu je skutečnost, že s dítětem předškolního věku je třeba pracovat jinak než s dospělým člověkem a že tu nelze využít grafickou podobu komunikace (tj. metody terapie založené na čtení a psaní). Koktavost vzniká nejčastěji právě v tomto věku. Výzkumy dokazují, že ze všech případů koktavosti má kolem 70 – 80 % kořeny právě v předškolním věku.

Termín „incipient“ (lat. incipo) znamená „začínající“, „vznikající“ a obvykle se vztahuje k počátečnímu stadiu nějakého onemocnění. Je zřejmé a logické, že k tomuto stadiu může dojít v kterémkoliv věku, ale balbutologii se termín incipientní koktavost zažil pro koktavost v raném věku.

Jako jeden z prvních badatelů se pravděpodobně incipientní koktavostí zabýval už začátkem 20. století Fröschels. Hovořil o „iniciálním stadiu“ koktavosti, zahrnující jednotlivé fáze vývojové koktavosti. Počínaje prostým opakováním (repeticemi) hlásek a slabik bez příznaku spazmu mluvidel, přes fázi přehnaných pohybů artikulačního aparátu až po fázi tlačení, spazmů. Tato vývojová, iniciální koktavost začíná bez výjimky tzv. klonickou formou.

Guitar uvádí, že při incipientní koktavosti lze pozorovat častější námahu a „hektiku“ při mluvení. Často se projevuje v náhlém zakončení slabikové repetice, nepravidelném rytmu opakování, zastavení fonace a fixaci artikulačního postavení. Dítě

s incipientní koktavostí obvykle vnímá své obtíže s řečí jen v okamžiku dysfluence, dítě však ještě nevnímá samo sebe jako špatného řečníka. Jde tedy o to, že dítě s incipientní koktavostí si může uvědomit problémy s konkrétním projevem, ale není tu ještě zpravidla rozvinuto vědomí komunikačního handicapu.

Důležitou otázkou zůstává rozhodnutí, zda dysfluence dítěte je ještě vývojová, nebo již lze hovořit o incipientní koktavosti. Evidujeme-li jen dysfluenci (obvykle repetice) bez nadměrné námahy a bez psychické tenze, jde zřejmě o vývojovou dysfluenci. Paralelně ale se stále větším narůstáním námahy (dysfluence + nadměrná námaha) vzniká incipientní koktavost. Když se začne objevovat napětí svalstva, úlomky slov a dysrytmické fonace, jedná se už o incipientní koktavost se zrychlením iterací, projevy netrpělivosti, narušeným koverbálním chováním. Repetice jsou nejen rychlejší, ale i nepravidelné. Často se vkládá neutrální anebo schwa hláska. Začne se objevovat i zvyšování výšky hlasu.

Vzhledem k diferenciální diagnostice incipientní koktavosti od vývojové dysfluence se Manning ztotožňuje s Yairiho požadavky o potřebě analyzovat vzorek minimálně 500 slabik z audio - i videonahrávky ze dvou odlišných dnů.

5.2 Fixovaná koktavost

Při fixované koktavosti se nejčastěji jedná o koktavost přetrvávající z předškolního věku. Při nepříznivé prognóze dochází postupně k zhoršování a „nabalování“ symptomatiky: fixaci koktavosti. Samozřejmě i v tomto období může dojít ke vzniku koktavosti incipientní - často z problémů souvisejících se začátkem školní docházky - především u prvňáčků. Ve statistikách je období vstupu do školy na druhém místě, pokud jde o věk, kdy koktavost vzniká. Fixovaná koktavost se tedy vztahuje zpravidla na balbutiky převážně ve školním věku, s charakteristickými symptomy koktavosti v oblasti tenze, námahy i dysfluence.

„V období začátku školní docházky dochází v životě dítěte k výrazným změnám. Pokračuje vliv rodiny s jejími specifiky, ale najednou je konfrontována i s nároky školního prostředí ve více rovinách: v kognitivní oblasti (např. tlak z potřeby osvojit si učivo), v oblasti jazykových schopností (kupř. potřeba zvládnout grafickou podobu jazyka), citové oblasti status žáka s jeho povinnostmi). Obtíže mohou nastat zejména

při potřebě ústního verbálního projevu (odpovídat na výzvu učitele, hlásit se, komunikovat se spolužáky atd.).“ (10:175)

Guitar (1998) vymezuje fixovanou koktavost do období přibližně 6 - 13 let. Nejcharakterističtějším novým příznakem, odlišujícím fixovanou koktavost od incipientní, je podle něho začínající strach z koktání. Podle Wirtha při fixaci koktavosti postupně dochází ke změnám v rozličných oblastech: mohou nastat změny verbálního i koverbálního chování, sociálního chování, výkonnosti, citů a postojů. Paralelně se tím mění i postoje a chování interakčních partnerů k dítěti. Koktavost se fixuje jako podmiňovaná odpověď v důsledku předcházejícího zážitku, a to prostřednictvím: sociálních podnětů, řečových podnětů, poslechu svého vlastního koktání, tělesných podnětů, představ, strachu, obav.

Je třeba zdůraznit, že na to, aby se koktavost zafixovala, nestačí jen reakce na koktání samotné. Musí jít o souhrn: dispozice + příčina + fixující faktory.

5.3 Chronická koktavost

Chronická koktavost je nezáviděníhodná situace lidí, kteří se musí naučit se svou chorobou, postižením naučit žít. Proces smíření s tímto faktem může mít více fází a může trvat různě dlouho, ale nakonec ho dříve či později musí akceptovat jak balbutik, tak i osoby z jeho okolí. Gillman uvádí, že 60 – 80 % případů koktavosti se odstraní v dětství, často před adolescencí, ale v ostatních případech vzniká hrozba chronicity.

Guitar vymezuje chronickou koktavost obdobím mezi starší adolescencí a dospělostí. Lidé s chronickou koktavostí jsou obvykle starší 14 let. Pokud jde o klinický obraz, typické jsou tu bloky - v oblasti respirace či fonace (anebo obou), které jsou delší a jsou doprovázeny větší námahou jako u fixované koktavosti (jedním z důkazů je tremor rtů, jazyka nebo sanice). Chronická koktavost může zasáhnout osobnost člověka v tom nejširším slova smyslu.

Cooperová a Cooper (1995) se podrobně zabývali chronickou koktavostí a vymezili deset typických faktorů, které při diagnostice umožňují identifikovat chronickou koktavost. Pro zajímavost jich pár uvedu:

- koktavost se rozvíjela současně s vývojem řeči
- koktavost trvá deset a více let
- jedinec má období plynulé řeči spojená s pocitem kontroly nad svým projevem
- jedinec se převážně vnímá jako balbutik.

6. Diagnostika

Diagnostika patří dosud k nevyjasněným a stále diskutovaným problémům - bez ohledu na to, zda je řeší logopedi, psychologové, lékaři nebo jiní odborníci. Těžiště diagnostiky spočívá jednak v pátrání po příčinách koktavosti (především z anamnestických údajů a srovnáním s výsledky lékařských a psychologických nálezů), jednak v kvalitativní a kvantitativní analýze symptomů koktavosti. Při diagnostice je nezbytně nutné zohlednit věk vyšetřované osoby: předškolní věk, školní věk a dospělost. Hlavním výzkumným materiálem je spontánní řečový projev zkoumaného jedince. Probíhá řízený rozhovor. Vhodné je pořídit audio nebo videonahrávku provedeného rozhovoru. U dětí předškolního věku se používá popis situačních obrázků. Dětem školního věku a dospělým jedincům se překládá ke čtení upravený text. Předpokladem diagnostiky je týmová interdisciplinární spolupráce lékařů (foniatr, neurolog, psychiatr,...), logopeda, psychologa a dle potřeby dalších odborníků.

Lékařská diagnostika

Vyšetřovací metody k lékařské diagnóze koktavosti spočívají především v rozboru řečového projevu, zaznamenávání doprovodných souhybů, výskytu poruch dechového stereotypu v závislosti na řeči, zkrácení fonační doby. Míra závažnosti je dána i přítomností poruch v automatických řadách (postupné počítání v řadě, jmenování dnů v týdnu, měsíců atd.), nebo dokonce při zpěvu, který většinou koktaví zvládají bez problému. Kvantitativně lze míru koktavosti stanovit např. indexem neplynulosti, což je podíl počtu slov s poruchou na 100 slov.

Diferenciální diagnostika koktavosti většinou nečiní problémy. Nejčastěji se může zaměnit s poruchou hlasu typu skandované spastické dysfonie. Hlasivky při ní konají klonické pohyby, při nichž se otvírá a zavírá hlasová štěrbina a hlas je cyklicky přerušován do neznělosti.

Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika je zaměřena na symptomatiku. Postupů pro diagnostiku této poruchy je velmi mnoho, zmíním se jen o těch, z kterých pak vycházejí jednotlivé terapeutické postupy.

Koktavost lze třídit z řady hledisek (Lechta 1990):

- podle doby vzniku: předčasná koktavost (u dětí mladších 3 let), obvyklá koktavost (3 .- 4. rok dítěte) a pozdní koktavost (po 7. roce)
- podle verbálního projevu: forma tonická, klonická, tonoklonická, klonotonická
- podle původu: fyziologická koktavost, koktavost kombinovaná s dysartií, dysartrickou koktavost (při organických poškozeních mozku), dysfatickou (při centrálním poškození mozku), hysterickou a traumatickou koktavost
- podle uvědomění si poruch: primární porucha, sekundární porucha
- podle stupně:
 1. stupeň (balbuties levis): minimální příznaky, zejména ve stresových situacích, klony, bez souhybů, bez logofobie, Froschelsův symptom je pozitivní
 2. stupeň (balbuties gradus medius): zjevné a časté příznaky v obvyklých komunikačních situacích, lehké až střední souhyby mimického svalstva
 3. stupeň (balbuties gravis): výrazné projevy provázeny zjevnými spasmy, těžší souhyby, zábrany v komunikaci
 4. stupeň (balbuties gravis inaptus): nápadné křeče, často znemožněna komunikace, rozvinutá logofobie, upřednostňování psané formy před zvukovou.

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit koktavost od breptavosti, organicky podmíněnou koktavost od jiných typů a počínající koktavost od vývojových, fyziologických těžkostí v řeči.

7. Terapie

Snahy o úspěšnou terapii koktavosti trvají již více než dvě tisíciletí. Původně byla terapie doménou medicíny. V průběhu posledních dvou století se vytvořilo mnoho terapeutických přístupů a metod. V této době se začaly léčbou zabývat i obory nelékařské. Peutelschmiedová (1994) uvádí dělení na terapeutické metody:

- medicínské
- mechanické
- cvičné
- psychologické
- komplexní specifické.

Terapie z hlediska užívaných metod

Léčebné postupy se postupem času ustálily do čtyř hlavních forem, ve kterých se užívají různé metody. Historický přehled vývoje metod uvádí Sovák (1978).

Psychoterapie

Psychoterapie se jako léčebná forma první volby uplatňuje především v anglo-amerických zemích. Postupy založené pouze na psychoterapii zastávají především ti, kdo předpokládají psychogenní příčinu koktavosti. Principem je eliminace vnitřních příznaků, tedy dosažení toho, aby pacientovi nevadily příznaky na řeči a jejich vnější podoba byla co nejpříjemnější, nebo zcela odstraněna. Tato terapie vždy vyžaduje spolupráci pacienta a jeho určitou intelektovou úroveň (proto je u malých dětí obtížné tuto metodu používat).

Klasickou psychoterapii by měl vždy provádět erudovaný klinický psycholog. Psychoterapie se dnes využívá převážně u dospělých pacientů, kteří byli již opakovaně bez efektu léčeni jinými postupy. Jako jeden z postupů se využívá léčba v sociální izolaci (pacient je po určitou dobu v izolaci a ví, že se jeho mluvní projev nahrává,

v dalších sezeních jsou pak tyto záznamy analyzovány) nebo v krajních případech i hypnóza.

Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba je dnes jen pomocnou metodou. Nelze spoléhat na účinek léků jako na jednoduchou možnost k odstranění příznaků koktavosti. Medikamentózní léčba nemůže v žádném případě nahradit reedukci a rehabilitaci řeči.

Řečový trénink

„Řečový trénink má za úkol během volní sebekontroly pacienta navodit patřičnými řečovými cvičeními plynulou řeč a správný dechový stereotyp při mluvení.“
(17:269)

Využívá se dvou typů přístupů:

- represivní terapie
- expresivní (symptomatologické) terapie.

Represivní terapie potlačuje symptomy. Snaží se pacienta naučit předcházet záchvatu koktavosti. Autoritativně nacvičují nový způsob mluvení pomocí nácviků dýchání, fonace a artikulace. Využívá se nejrůznějších postupů od relaxace, rytmizace až po aplikaci různých technických a mechanických pomůcek.

Expresivní terapie klade více důraz na to, aby se koktavý zbavil strachu ze své poruchy. Je třeba ho naučit postupy, pomocí nichž zvládne příznaky koktavosti do té míry, aby byly přijatelné jak pro něho, tak pro jeho okolí.

Kombinované metody

V současné době je kombinace uvedených přístupů nejčastěji používanou terapií. Protože se ve své práci nezabývám terapií jako hlavním cílem, nebudu zde zmiňovat všechny typy, ale alespoň některé zde vyjmenuji:

- komplexní léčba podle Seemana
- komplexní léčba podle Pavlové- Zahálkové
- komplexní léčba podle Kondáše
- komplexní léčba podle Sováka
- fonograforitmická metoda podle Lechty

Důležitou roli hraje také terapie z hlediska věku. V minulosti byla u nás aplikovaná komplexní léčba, která příliš nerespektovala věk pacienta. Dnes se již na věk pacienta nahlíží a vybírají se speciální terapeutický programy.

Ale jako nejdůležitější terapii považují prevenci. Pro prevenci v raném a předškolním věku lze velmi dobře využívat program Irwingové. Podle ní je pro odstranění tlaku na řeč důležitých šest podmínek:

- vytvořit pocit ochrany - dítě musí mít ve svém prostředí pocit bezpečí
- klást dítěti méně otázek
- nenutit dítě k hovoru
- nepřerušovat je při hovoru
- věnovat mu přiměřenou pozornost
- zabezpečit transfer (přenos).

Při realizaci je třeba dodržovat několik zásad:

- nemít nepřiměřené očekávání
- odstranit situace, kterých se dítě evidentně bojí
- vyhýbat se extrémnímu rozrušení
- křavost netrestat ani nepřímo
- nevyžadovat direktivně řečový projev
- důležité rozhovory vést zásadně v nepřítomnosti dítěte.

8. Praktická část

Praktická část práce obsahuje celkem 2 části - dva kvantitativní průzkumy, kde jsem pomocí dotazníků zjišťovala výskyt vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku.

Stanovení hypotéz:

Hypotéza č.1

Domnívám se, že u chlapců se vyskytují vývojové problémy s řečí častěji než u dívek.

Hypotéza č.2

Domnívám se, že si tyto vývojové problémy s řečí rodiče i učitelé v MŠ uvědomují.

Hypotéza č.3

Domnívám se, že největší rozdíl ve výskytu bude mezi nejmladšími dětmi a dětmi navštěvujícími poslední třídu mateřské školy.

Kvantitativní průzkum I.

8.1 Cíl dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření je jednou z možností, jak lze zjistit názory učitelek v MŠ a jejich přehled o vývoji řeči u dětí, které navštěvují MŠ. Dotazník obsahoval otázky týkající se vývojových problémů v řeči a zároveň se snažil zjistit, zda si je paní učitelky plně uvědomují a uměly by poradit rodičům, zda je, nebo ještě není vhodné navštívit logopeda. Výsledná analýza dotazníkového šetření si klade za cíl popsat výskyt vývojových dysfluencí u dětí navštěvujících MŠ.

8.2 Předvýzkum

Vzhledem k odbornosti dotazníku jsem v lednu 2009 provedla předvýzkum. Dotazník jsem distribuovala do 5 mateřských škol, tj. 19 dotazníků. Sebráno bylo 14 dotazníků. Analyzováno 9, vyřazeno bylo 5 dotazníků, pro jejich neúplné či nesrozumitelné vyplnění.

Na základě předvýzkumu jsem provedla jisté úpravy, které by měly zajistit větší srozumitelnost dotazníku.

8.3 Metoda dotazníkového šetření

8.3.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou byly učitelky v mateřských školách ve Středočeském kraji. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit odpovědi na otázky, které se týkaly vývojových

obtíží v řeči dětí navštěvujících MŠ. Dále bylo dotazníkové šetření zaměřeno na zjištění erudovanosti učitelek a jejich schopnosti poradit rodičům, co v těchto případech dělat.

8.3.2 Metoda průzkumu a technika sběru dat

Hodnocení dotazníkového šetření je provedeno kvantitativní analýzou, která ukazuje rozložení názorů v celkovém počtu odpovědí. Nejedná se tedy o hloubkový průzkum.

Pro sběr dat byly použity dotazníky. Viz příloha č. 1

Dotazník je rozdělen na 3 části:

- základní informace o třídě (počet dětí, věk dětí, praxe učitelky)
- vývojové obtíže v řeči
- využití teorie v praxi

Dotazníkové šetření probíhalo anonymně, zpětný sběr dotazníků byl umožněn v každé mateřské škole do předem určeného místa. Dotazníky byly sbírány během měsíce února 2009.

Dotazníků bylo rozdáno 70. Vyplněných, sebraných dotazníků je 53, z toho 12 bylo vyřazeno pro neúplné nebo chybné vyplnění. Analyzováno bylo tedy 41 dotazníků.

8.3.3 Vyhodnocení dotazníku

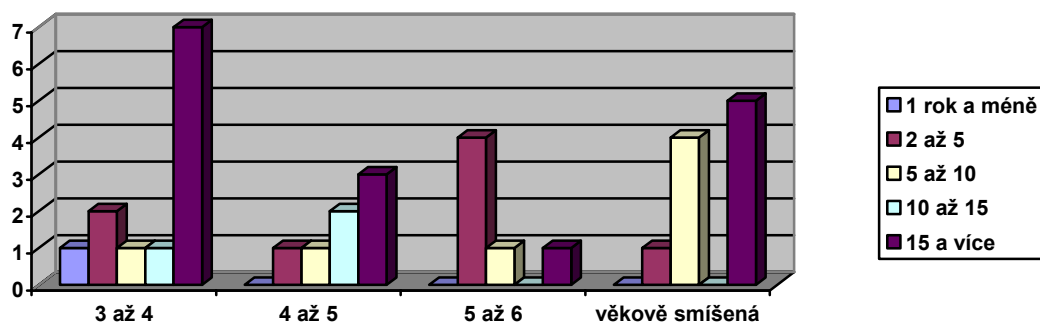
V analýze dotazníkového šetření uvádím v grafech hodnoty, většinou v absolutní hodnotě.

U otázky „**Jak dlouho pracujete v MŠ?**“ byla zastoupena nejpočetnější skupina pracujících v MŠ 15 a více let, tj. 39 %. Nejméně zastoupenou skupinou jsou učitelky, které ve školce pracují 1 rok a méně, tj. 2,4 %.

Tabulka č. 1:

Počet let praxe v MŠ	Počet učitelek v jednotlivých věkových skupinách třídy			
	3 - 4	4 - 5	5 - 6	věkově smíšená
1 rok a méně	1	-	-	-
2 - 5	2	1	4	1
5 - 10	1	1	1	4
10 - 15	1	2	-	-
15 a více	7	3	1	5

Graf č. 1:

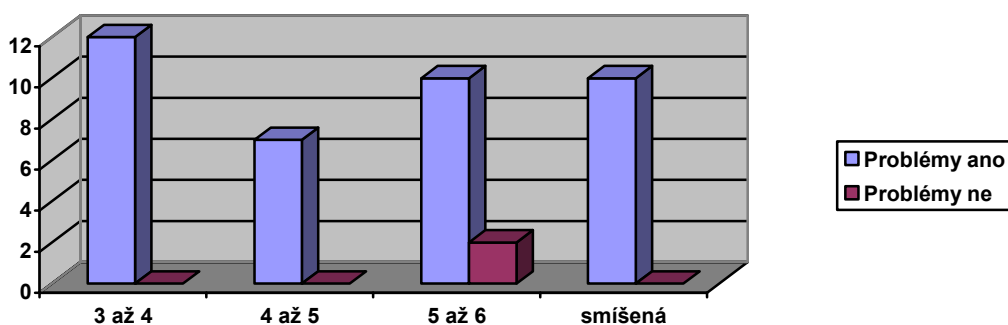


Na otázku „**Objevují se ve vaší třídě vývojové problémy s řečí?**“ odpověděly všechny paní učitelky ANO, s výjimkou tříd předškoláků, kde se objevila také odpověď NE. To znamená, že problémy s řečí u předškolních dětí nemá 16,7 %.

Tabulka č. 2:

Věkové rozmezí	Problémy s řečí	
	ano	ne
3 - 4	12	-
4 - 5	7	-
5 - 6	10	2
smíšená	10	-

Graf č. 2:

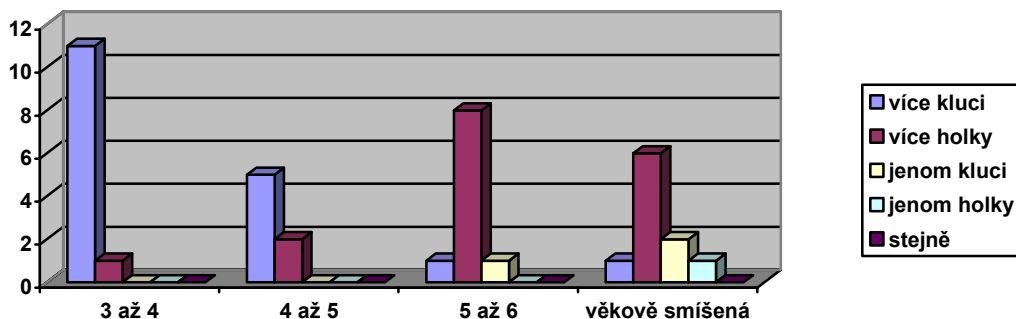


V odpovědích na otázku „U koho se objevují častěji?“ je patrné, že u mladších dětí jednoznačně převažují chlapci, tj. 92 % chlapců. U dětí předškolního věku a ve smíšených třídách je velmi zajímavé, že větší počet zaujímají děvčata, a dokonce v jedné třídě předškolních dětí tímto problémem trpí jen dívky. Vše velmi přehledně znázorňuje graf.

Tabulka č. 3:

Pohlaví	Věkové rozmezí dětí ve třídě			
	3 - 4	4 - 5	5 - 6	věkově smíšená
více kluci	11	5	1	1
více holky	1	2	8	6
jenom holky	-	-	1	2
jenom kluci	-	-	-	1
stejně	-	-	-	-

Graf č. 3:



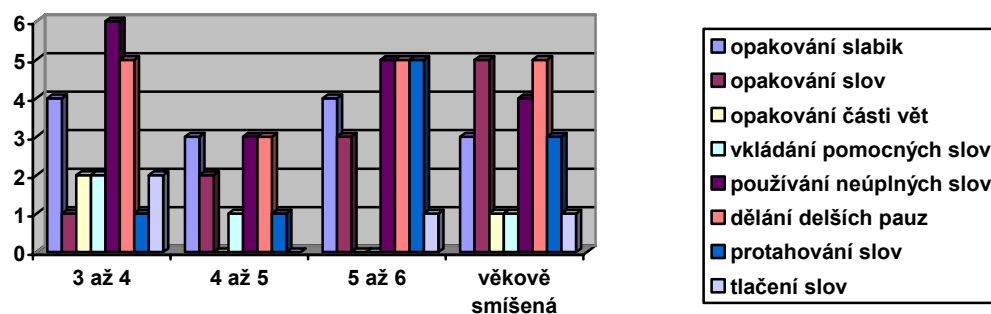
Na otázku „Pokud se problémy vyskytují, jedná se o...“ mohly paní učitelky zatrhnout více možností. Výzkumná sonda ukázala, že nejvíce se paní učitelky setkávají

u dětí s používáním neúplných slov a s používáním delších pauz při mluveném projevu. Nejméně zastoupeno bylo opakování částí vět.

Tabulka č. 4:

Problémy s řečí	Věkové rozmezí dětí ve třídě			
	3 - 4	4 - 5	5 - 6	věkově smíšená
Opakování slabik	4	3	4	3
Opakování slov	1	2	3	5
Opakování částí vět	2	-	-	1
Vkládalo pomocná slova	2	1	-	1
Používalo neúplná slova	6	3	5	4
Dělalo pauzy delší	5	3	5	5
Protahování slov	1	1	5	3
Tlačení slov	2	-	1	1

Graf č. 4:

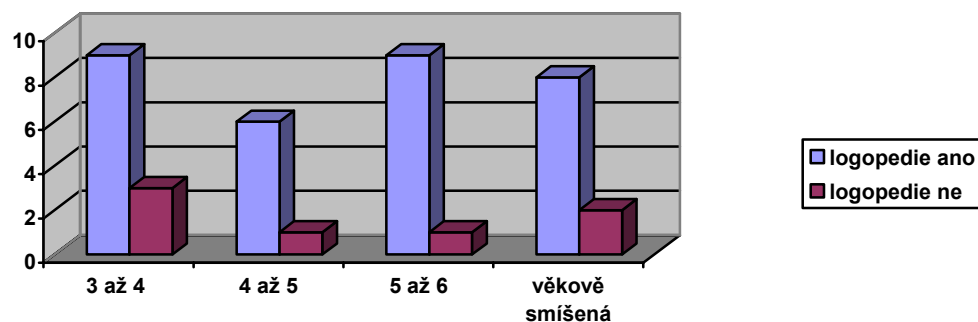


Na otázku „Víte zda tyto děti navštěvují logopedii?“ odpovídaly učitelky pouze v tom případě, pokud se ve třídě objevovaly vývojové problémy s řečí. Je zajímavé, že ve většině případech děti logopedii navštěvují, tj. ve třídě 3 - 4letých nenavštěvuje logopedii 25 % dětí, ve třídě 4 - 5letých je to 14,3 % dětí, u předškoláků se jedná o 25 % a ve smíšené třídě logopedii nenavštěvuje 20 % dětí.

Tabulka č. 5:

Věkové rozmezí	Navštěvují logopedii	
	ano	ne
3 - 4	9	3
4 - 5	6	1
5 - 6	9	1
smíšená	8	2

Graf č. 5:



Na otázku „**Zohledňujete tyto děti v kolektivu?**“ měly paní učitelky možnost při kladné odpovědi uvést i několik příkladů, jakým způsobem děti v kolektivu zohledňují.

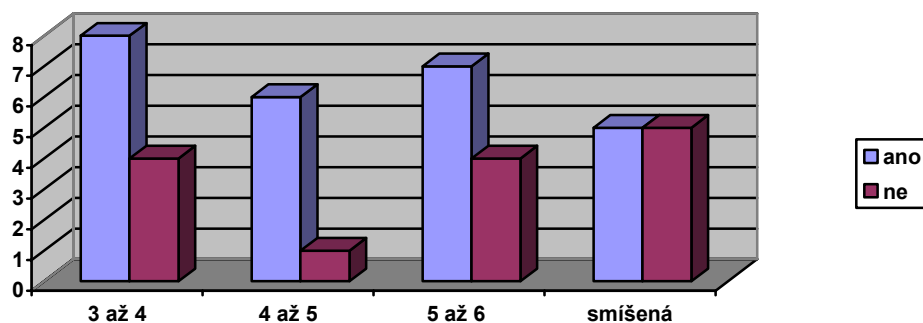
Ve třídách 3 - 4letých dětí se nejčastěji objevovaly možnosti - dát dítěti více času na odpověď, individuální komunikace, zařazování hudebních činností nebo umožnění dramatizace nějaké pohádky. Méně často se objevovalo zařazení gymnastiky mluvidel, dechová cvičení a artikulační cvičení.

U starších dětí se většinou objevoval nejčastěji individuální přístup a umožnit dětem se vyjádřit.

Tabulka č. 6:

Věkové rozmezí	Zohledňování v kolektivu	
	ano	ne
3 – 4	8	4
4 - 5	6	1
5 – 6	7	4
smíšená	5	5

Graf č. 6:

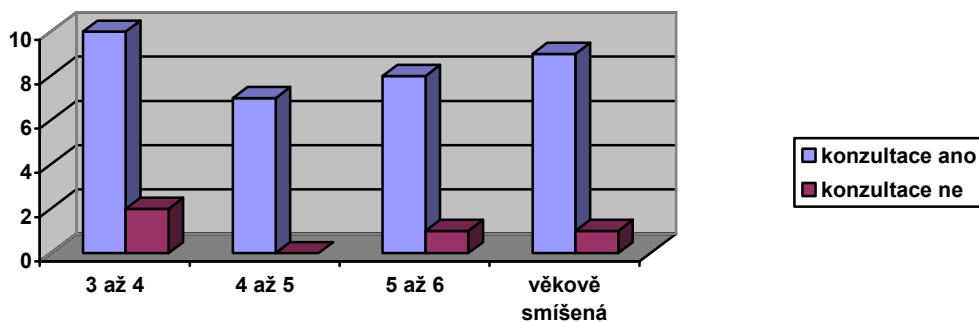


V otázce „Konzultujete problémy s rodiči?“ se ve větším počtu objevila kladná odpověď. Ve třídě 3 - 4letých 83 % učitelek konzultuje problémy s řečí s rodiči, ve třídě 4 - 5letých je to 100 %, ve třídě předškoláků 66,7 % a ve smíšených odděleních konzultuje problémy s řečí 90 % učitelek. Velice mě tu ale překvapila odpověď jedné paní učitelky, která uvedla, že by problémy s řečí konzultovala, ale bohužel to má zakázané od paní ředitelky.

Tabulka č. 7:

Věkové rozmezí	Konzultace problémů s rodiči	
	ano	ne
3 – 4	10	2
4 - 5	7	-
5 – 6	8	1
smíšená	9	1

Graf č. 7:



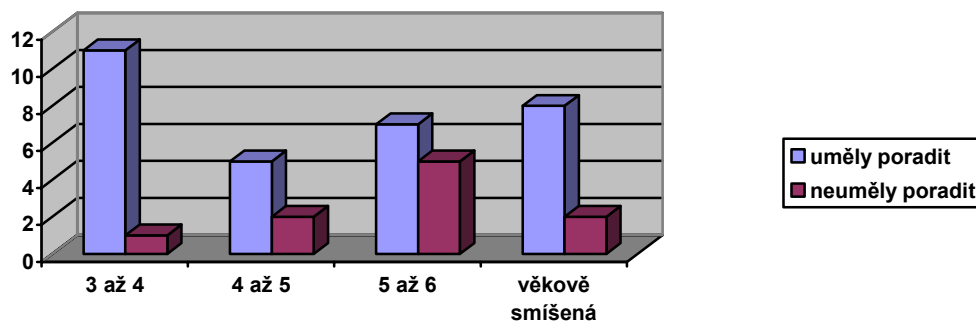
Na otázku „**Uměly byste rodičům poradit?**“ se opět objevovala převážně odpověď ANO. Ve třídách těch nejmenších dětí záporně odpovědělo jen 8,3 % dotazovaných, ve třídě 4 - 5letých 28,6 % respondentek, ve třídě předškoláků to bylo 41,7 % a ve smíšených třídách 20 % dotazovaných učitelek.

I u této otázky měly paní učitelky možnost volné odpovědi. Jako nejčastější rady učitelky uváděly: učit děti říkanky a básničky, číst dětem pohádky, hodně si s dětmi povídat a samozřejmě navštívit logopeda. Méně zastoupenou radou bylo netrávit dlouhý čas u televize a počítače, dávat dětem správný řečový vzor, hodně trpělivosti, dát dětem prostor a čas se vyjádřit. Velice mě ale překvapilo, že se nikde neobjevila rada nevyčleňovat děti z kolektivu a „neskákat“ dětem do řeči, což podle mého názoru je velice důležité z důvodu, aby si děti nepřipadaly méněcenné.

Tabulka č. 8:

Věkové rozmezí	Uměly by poradit	
	ano	ne
3 – 4	11	1
4 - 5	5	2
5 – 6	7	5
smíšená	8	2

Graf č. 8:



Kvantitativní průzkum II.

9.1 Cíl dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření, které probíhalo ve městě Vlašimi mezi rodiči, převážně tedy zastoupenými matkami, bylo zjistit informace o výskytu vývojových dysfluencí v řeči dětí. Šetření mělo rovněž za úkol zjistit, zda maminky dětem čtou, zpívají nebo je učí různé básničky, což by podle mého názoru mělo také velký vliv na omezení výskytu incipientní koktavosti. Dalším cílem dotazníkového šetření bylo zjistit základní informace o prenatálním, perinatálním a postnatálním období dítěte. Dotazníkové šetření se mimo jiné snažilo vzbudit zájem o průběh vývoje řeči dítěte.

9.2 Předvýzkum

V lednu 2009 jsem provedla předvýzkum. Dotazníky jsem distribuovala dvaceti maminkám. Sebráno bylo 17 dotazníků, analyzováno všech 17. Na základě předvýzkumu jsem vynechala pouze závěrečnou otázku, která zněla: „Kolik hodin si s dětmi povídáte?“ Ve většině případů na ni totiž maminky neodpověděly a pouze vždy uvedly: „Pořád, pokud dítě nespí nebo není v MŠ.“

9.3 Metoda dotazníkového šetření

Cílovou skupinou jsou děti od 2,5 do 7 let navštěvující mateřské školy nebo alespoň nějaké aktivity. Cílem průzkumu bylo získat informace o vývojových dysfluencích u dětí pro potřeby bakalářské práce.

9.3.1 Metoda průzkumu a sběru dat

Metoda, která byla pro tento výzkum použita, je kvantitativní analýza. Nejedná se tedy o hloubkový průzkum, ale o statistické vyjádření respondentek. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Viz příloha č.2.

Dotazník je rozdělen na 4 části:

- základní informace o dítěti (věk, pohlaví, pořadí v narození)
- výskyt vývojových obtíží v řeči (jaké, odkdy atd.)
- výskyt problému v pre-, peri- a postnatálním období dítěte
- jak se dětem rodiče věnují (básničky, písničky, pohádky)

Cílem bylo postihnout všechny věkové kategorie. Do distribuce bylo dáno 100 dotazníků. Vráceno bylo 71 dotazníků a všechny byly analyzovány. Šetření bylo realizováno v únoru 2009.

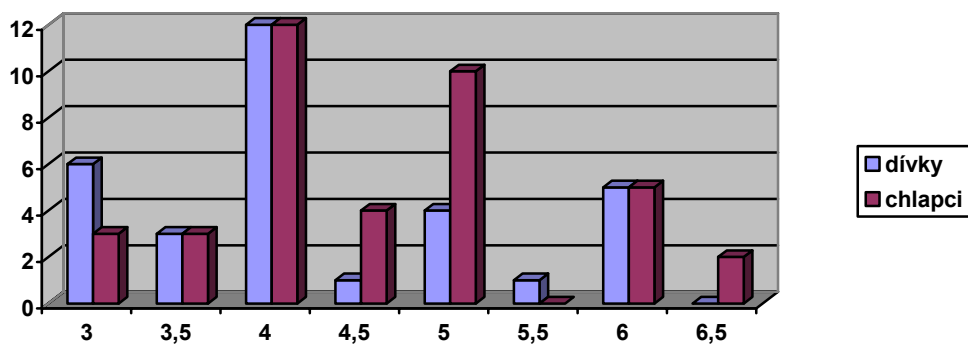
9.3.2 Vyhodnocení dotazníku

Na otázku č.1 „Uveďte prosím věk vašeho dítěte“ vyšlo z dotazníkové sondy, že nejpočetnější skupinou jsou děti ve věku 4 let, což je 33,8 % a nejméně zastoupenou skupinou jsou děti ve věku 6,5 let, tj. 2,8 %.

Tab. č. 1: Věková struktura chlapců a dívek

Věk	Počet	
	Dívky	Chlapci
3	6	3
3,5	3	3
4	12	12
4,5	1	4
5	4	10
5,5	1	0
6	5	5
6,5	0	2
Celkem	32	39

Graf č. 1: Věková struktura chlapců a dívek

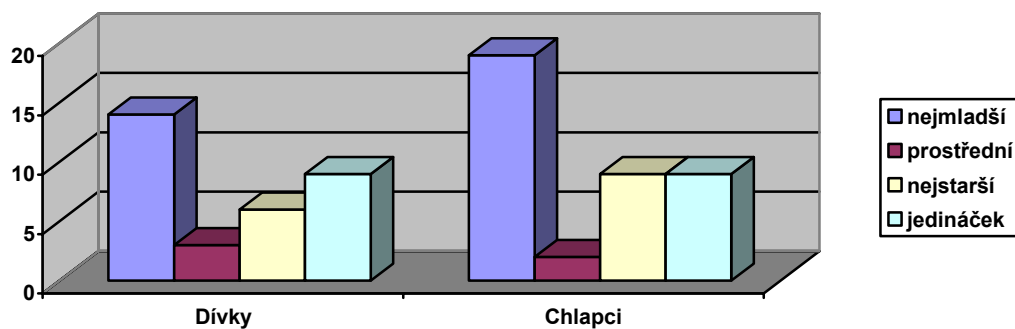


U otázky č.3 „**Pořadí narození vašeho dítěte**“ byly nejsilnější skupinou nejmladší děti, 46,5 %, na druhém místě jsou jedináčci, tj. 25,4 % a na třetím místě skončily děti nejstarší, tj. 21,1 %. Úplně nejnižší skupinou jsou děti prostřední.

Tab. č. 2: Pořadí narození dítěte v rodině

Pořadí dítěte v rodině	Pohlaví	
	Dívky	Chlapci
Nejmladší	14	19
Prostřední	3	2
Nejstarší	6	9
Jedináček	9	9

Graf č. 2: Pořadí narození dítěte v rodině

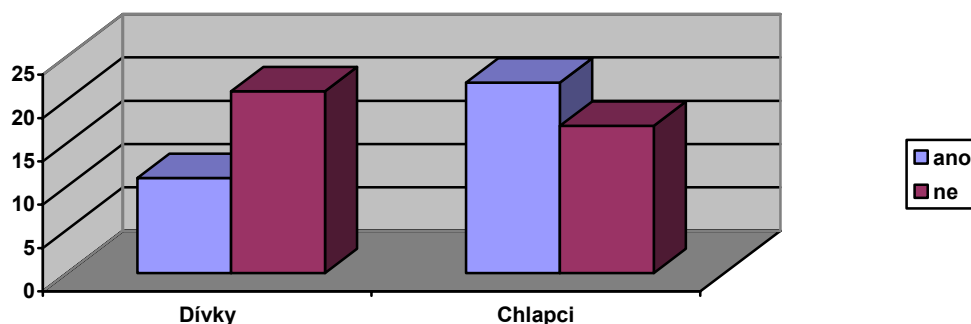


Na otázku č. 4 „Mělo vaše dítě vývojové problémy s řečí?“ se největší počet kladných odpovědí objevil u chlapců, a to 56,4 %. U dívek se problémy s řečí objevily pouze u 36,7 %. Vše velmi názorně ukazuje graf.

Tab. č. 3: Výskyt vývojových problémů řeči u dětí

	Pohlaví	
	Dívky	Chlapci
Ano	11	22
Ne	21	17

Graf č. 3: Výskyt vývojových problémů řeči u dětí



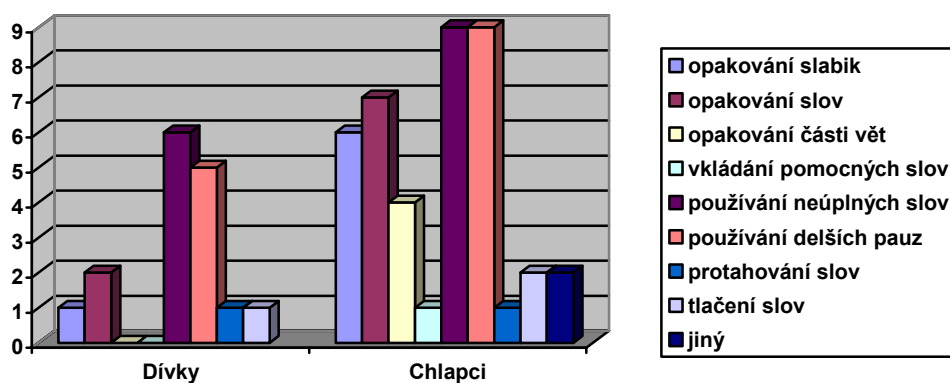
U otázky č.5 „Pokud mělo vývojové problémy s řečí, jednalo se o...“ mohly maminky zatrhnout více možností. Větší počet vývojových problémů se týkal především chlapců, v této skupině se nejvíce objevovaly neúplná slova a delší pauzy. Na druhém místě je opakování slov a opakování slabik je na místě třetím. Jedna maminka dvojčat uvedla, že se u nich objevilo zadrhávání.

U dívek na prvním místě byla neúplná slova, na místě druhém delší pauzy a na místě třetím opakování slov stejně jako u chlapců.

Tab. č. 4: Druhy vyskytnutých problémů řeči

Problémy	Pohlaví	
	Dívky	Chlapci
Opakování slabik	1	6
Opakování slov	2	7
Opakování části vět	-	4
Vkládání pomocných slov	-	1
Používání neúplných slov	6	9
Používání delších pauz	5	9
Protahování slov	1	1
Tlačení slov	1	2
Jiný		2 (zadrhávání)

Graf č. 4:

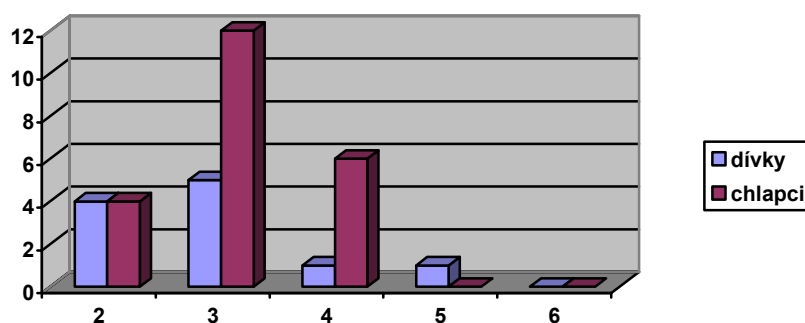


Na otázku č. 6 „V jakém roce se objevily tyto problémy?“ se u chlapců i u děvčat nejvíce objevovalo věkové rozmezí kolem 3. roku života dítěte.

Tab. č. 5: Objevení se problémů řeči

Věk	Pohlaví	
	Dívky	Chlapci
2	4	4
3	5	12
4	1	6
5	1	-
6	-	-

Graf č. 5:

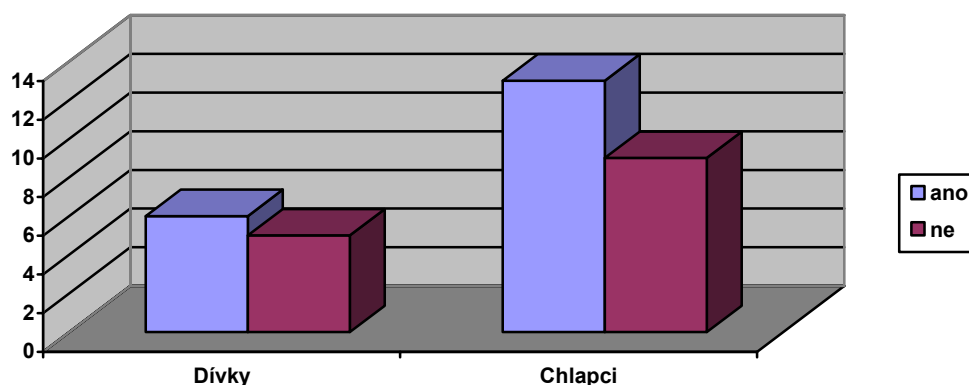


S otázkou č. 6 velmi úzce souvisela otázka č. 7, a to „**Vyskytují se v současné době?**“. Výzkumná sonda ukázala, že u chlapců se ve většině případů tyto vývojové problémy stále vyskytují, a to víc než u poloviny, tj. 59 % chlapců má stále tyto problémy a jen 41 % chlapců už problémy nemá. U dívek je to velice vyrovnané - 54,5 % dívek má stále problémy s řečí a 45,5 % dívek již tyto problémy nemá.

Tab. č. 6: Výskyt problémů řeči v současné době

Pohlaví	Výskyt problémů v současné době	
	ano	ne
Dívky	6	5
Chlapci	13	9

Graf č. 6:

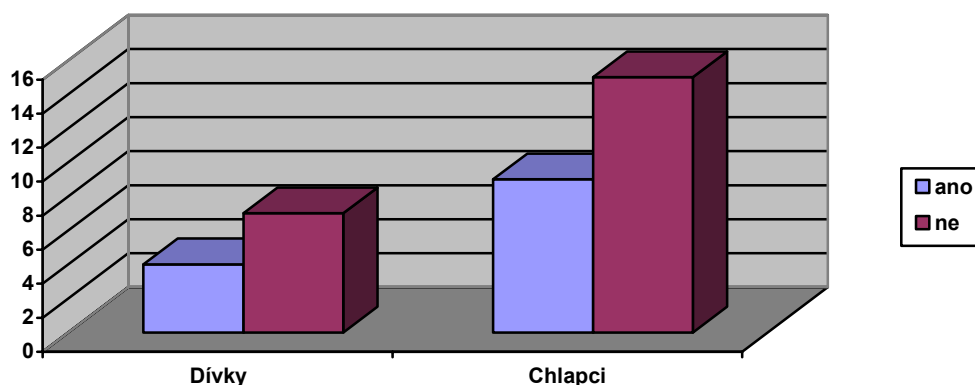


Na otázku č.8 „**Navštívili jste logopeda?**“ odpovídaly pouze maminky, které postřehly u svých dětí nějaké problémy s řečí. Je velice zajímavé, že většina maminek zatím tyto problémy neřeší návštěvou logopeda, protože jak u chlapců, tak i u dívek převládala odpověď NE. To znamená, že 63,6 % dívek a 62,5 % chlapců ještě nenavštívilo logopeda. Ovšem v některých dotaznících se mi v poznámkách od rodičů objevilo poděkování za vnuknutí myšlenky navštívit logopeda - lepší dříve nežli pozdě.

Tab. č. 7: Návštěvnost logopeda

Pohlaví	Návštěva u logopeda	
	ano	ne
Dívky	4	7
Chlapci	9	15

Graf. č. 7:



Otázku č. 9 „Navštěvuje vaše dítě MŠ? Jestli ano, odkdy?“ uvádím jen pro zajímavost, protože se domnívám, že některé vývojové problémy s řečí mohou souviset třeba i s takou změnou jako je pravidelná docházka do MŠ. Většina dětí již navštěvuje pravidelně MŠ. U chlapců je to 89,7 % a u dívek jen o něco méně, a to 87,5 %.

Tab. č. 8: Docházka dítěte v MŠ

Pohlaví	Navštěvují děti MŠ	
	ano	ne
Dívky	28	4
Chlapci	35	4

Většina dětí školku začala navštěvovat od 3 let, u dívek je to 75 % a u chlapců 74,3 %. Jen malé procento dětí vstoupilo do školky ve věku 5 let, u dívek 3,6 % a u chlapců 5,7 %.

Tab. č. 9: Od jakého věku navštěvují děti MŠ

Věk	Pohlaví	
	Dívky	Chlapci
2,5	1	3
3	21	26
4	5	4
5	1	2

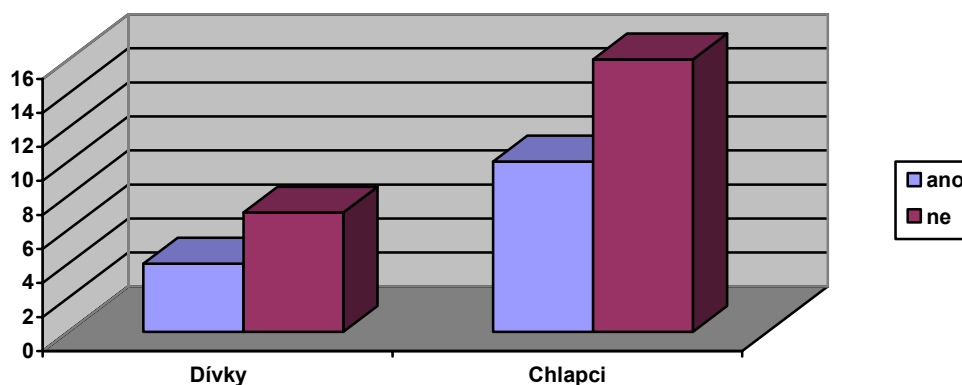
Na otázku č. 10 „Konzultujete problémy s řečí s pí učitelkou?“ se více objevovala záporná odpověď, a to i přes to, že v dotazníku, který byl předložen pí

učitelkám, převládala kladná odpověď. U chlapců se záporná odpověď objevila v 61,5 % dotazovaných a u dívek je to 63,6 %.

Tab. č. 10: Konzultace problémů řečí s pí. učitelkou

Pohlaví	Konzultace problémů s pí. učitelkou	
	ano	ne
Dívky	4	7
Chlapci	10	16

Graf č. 8:

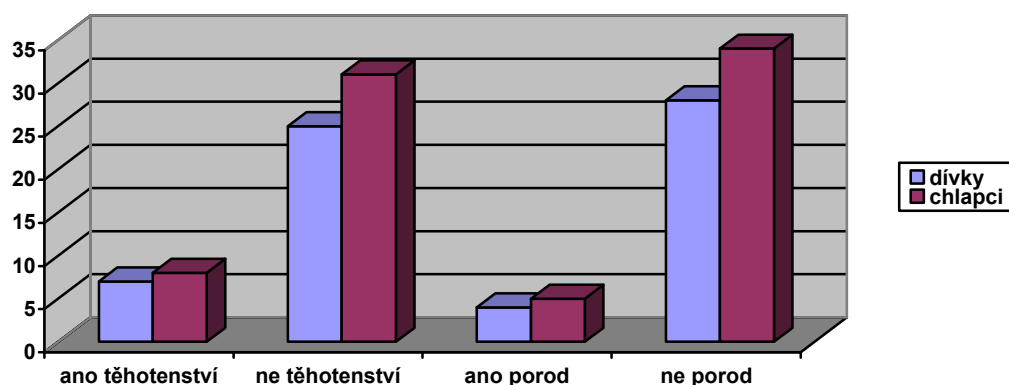


U otázky č. 11 „Vyskytly se nějaké problémy během těhotenství nebo během porodu?“ se u většiny respondentek objevila záporná odpověď. Problémy během těhotenství mělo u chlapců jen 20,5 % maminek a u dívek 21,9 % dotazovaných maminek. Problémy při porodu mělo u chlapců 12,8 % respondentek a u dívek jen 12,5 %.

Tab. č. 11: Výskyt zdravotních problémů během těhotenství a porodu

Pohlaví	Výskyt problémů během			
	těhotenství		porodu	
	ano	ne	ano	ne
Dívky	7	25	4	28
Chlapci	8	31	5	34

Graf č. 9



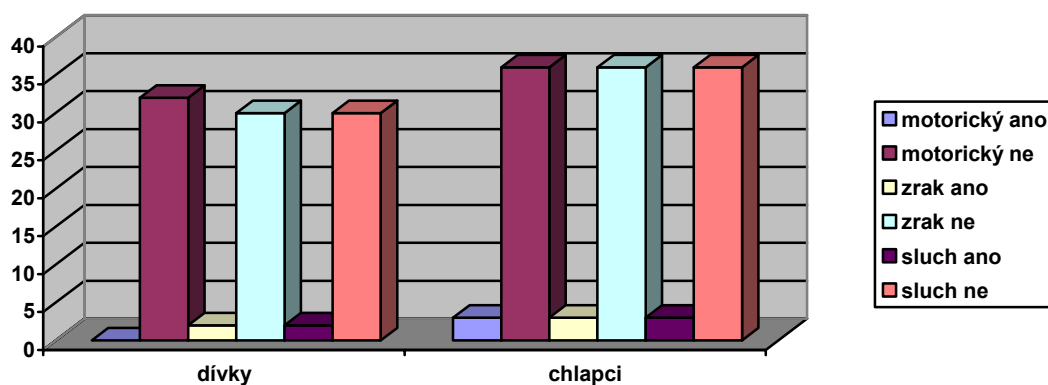
V otázce č. 12 „Vyskytly se u vašeho dítě problémy...“ převládala u většiny dotazovaných maminek opět záporná odpověď. U dívek se objevily pouze potíže se zrakovým vnímáním, a to u 6,3 % a potíže se sluchovým vnímáním, tj. 6,3 % dívek. S motorickým vývojem dívky neměly vůbec žádné problémy.

U chlapců se problémy v malém počtu objevily ve všech třech oblastech; s motorickým vývojem, se zrakovým a sluchovým vnímáním mělo problém 7,7 % chlapců.

Tab. č. 11: Výskyt problémů

Pohlaví	Výskyt problémů					
	s motorickým vývojem		se zrakovým vnímáním		se sluchovým vnímáním	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Dívky	-	32	2	30	2	30
Chlapci	3	36	3	36	3	36

Graf č. 10



V otázce č. 13 „**Zpíváte svým dětem?**“ uvedlo 6,3 % maminek dívek, že vůbec nezpívá a u chlapců uvedlo dokonce 20,5 % maminek zápornou odpověď.

Tab. č. 12: Zpěv dětem

Pohlaví	Zpěv dětem	
	ano	ne
Dívčám	30	2
Chlapcům	29	8
Pozn: 2 chlapcům občas		

Na otázku č. 14 „**Učíte své děti říkanky a básničky?**“ se také objevily záporné odpovědi, ale kladná odpověď převládala. U maminek dívek je to 96,9 % a u maminek chlapců 84,6 %, které učí své děti říkanky a básničky.

Tab. č. 13: Učení říkanek

Pohlaví	Učení dětí říkanek	
	ano	ne
Dívčám	31	1
Chlapcům	33	4
Pozn: 2 chlapcům občas		

V poslední otázce „**Čtete svým dětem pohádky?**“ odpovědělo kladně 90,6 % maminek dívek a 92,3 % maminek chlapců.

Tab. č. 14: Čtení pohádek

Pohlaví	Čtení pohádek	
	ano	ne
Dívčám	29	3
Chlapcům	36	2
Pozn: 1 chlapci občas		

Závěr

V určitý okamžik je přirozené, že dítěti chybí dostatečná slovní zásoba, že si hůře vybavuje konkrétní pojmy, že jeho myšlenky jsou rychlejší než řeč. Řeč se rychle rozvíjí, a tak na krátký čas je zadržávání fyziologickým projevem jejího zrání. Velmi důležitý je správný přístup k dítěti, protože nesprávnou výchovou můžeme u dítěte způsobit postižení v řeči, a rozvinout tak koktavost.

Ve své práci jsem se snažila průzkumnou sondou zjistit výskyt vývojových dysfluencí v řeči dítěte a také samozřejmě zjistit informovanost učitelek a rodičů, jak s dětmi pracovat, aby se předešlo u rizikové skupiny dětí vzniku koktavosti.

V hypotéze č.1 jsem uvedla, že se domnívám, že se tyto obtíže vyskytují častěji u chlapců než u děvčat a tato hypotéza se mi potvrdila. Z dotazníků, které jsem předložila rodičům, jednoznačně vyplývá, že vývojovými obtížemi v řeči trpí 56,4 % chlapců a pouze 36,7 % dívek.

U hypotézy č. 2, kde se domnívám, že si tyto vývojové obtíže v řeči plně rodiče i učitelé uvědomují, se musím bohužel přiklonit k závěru, že tomu tak není, a tudíž se mi moje hypotéza nepotvrdila. Z průzkumu totiž vyplývá, že při tak velkém počtu dětí ve třídách, který v současné době je, si nemohou učitelky těchto nepatrných vývojových problémů povšimnout, pokud tedy již nejde o viditelné zadržávání. Rodiče zase naopak těmto potížím nepřikládají až tak velký význam, a nebo si jich nemusí ani povšimnout. Vývojové dysfluence v řeči se mohou totiž objevit u dětí jen na velmi krátkou dobu a ihned zase vymizet. V současné době, kdy děti tráví čas ve školkách, poté třeba s prarodiči nebo bohužel u televize, nemusí tyto obtíže rodiče, kteří se vrací večer ze zaměstnání, vůbec zaregistrovat.

Poslední hypotéza, kde se domnívám, že největší rozdíl ve výskytu bude mezi nejmladšími dětmi a dětmi navštěvujícími poslední třídu mateřské školy, se mi potvrdila. Z průzkumné sondy vyplývá, že ve třídách 3 - 4 letých dětí se tyto obtíže vyskytují u všech dětí. Ve třídě 5 - 6 letých se objevila odpověď NE. To znamená, že

problémy s řečí u předškolních dětí nemá 16,7 %. Je velice zajímavé, že v třídách 3 – 4 letých dětí se tyto obtíže převážně objevily u chlapců, zatímco ve třídách smíšených a ve třídách 5 - 6 letých dětí je větší počet mezi dívkami.

Závěrem bych chtěla říct, že informovanost učitelek i rodičů, jak s dětmi v těchto situacích pracovat, nelze ohodnotit za výbornou. Setkala jsem se i s názorem dětí opravovat nebo je nechat slova či věty zopakovat znovu a správně. Já se domnívám, že v těchto okamžicích, kdy dítě zadržává, je velmi důležité ho neopravovat a nenutit slovo znovu zopakovat. A to z důvodu, že to jistě nedělá schválně, a my bychom ho měli spíše povzbuzovat, než mu dávat najevo, že je něco špatně. Lepší je mu s mluvením pomáhat, slova napovědět nebo klást cílené otázky. Vždy je ale velice důležité dítě nechat domluvit. Jako velký přínos vidím dětem zpívat, číst pohádky nebo je učit nějaké říkanky, a tady mě velice překvapilo, že průzkumná sonda mezi rodiči ukázala, že tomu tak vždy není. Není přeci potřeba zpívat jako operní hvězda, ale zpívat si s dětmi pro radost. Vždyť to nejdůležitější, co můžeme dětem dát, je láska k nim a čas na ně. Ale skutečně na ně!

Seznam použité a citované literatury

1. BEZDĚKOVÁ, J.: Učíme naše dítě mluvit. TeMi CZ 2008, 194 s., ISBN 978-80-87-156-02-5
2. DVOŘÁK, J.: Logopedický slovník. Logopedické centrum, Ždár nad Sázavou 2001, 221 s., ISBN 80-902-536-2-8
3. EILEEN ALLEN, K., MAROTZ R., L.: Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let. Portál, Praha 2002, 187 s., ISBN 80-7367-055-0
4. FRASER, M.: Svépomocný program při koktavosti. Portál, Praha 2006, 159 s., ISBN 80-7367-183-2
5. KEJKLÍČKOVÁ, I.: Vady řeči u dětí. VZP, 2001
6. KIML, J.: Základy foniatrie. Avicenum Zdravotní nakladatelství, PRAHA 1978, 279s.
7. KLENKOVÁ, J.: Logopedie. Grada 2006, 224 s., ISBN 80-247-1110-9
8. KOLEKTIV AUTORŮ POD VEDENÍM PETRÁČKOVÉ, V.: Akademický slovník cizích slov. Academica, PRAHA 2000, 834 s., ISBN 80-200-0607-9
9. KUTÁLKOVÁ, D.: Logopedická prevence. Portál, Praha 2005, 139 s., ISBN 80-7367-056-9
10. LECHTA, V.: Koktavost. Portál, Praha 2004, 230 s., ISBN 80-7178-867-8
11. LEJSKA, V.: Kompendium ORL dětského věku. Grada 1995, 338 s., ISBN 80-7169-132-1
12. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: Čtení o koktavosti. Portál, Praha 1994, 79 s., ISBN 80-7178-003-0
13. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: Aktuální problémy balbutologie. Univerzita Palackého, Olomouc 2000, 90 s., ISBN 80-244-0050-2
14. SLOWIK, J.: Speciální pedagogika. Grada 2007, 160 s., ISBN 978-80-247-1733-3
15. SOVÁK, M. a KOL.: Logopedie. SPN PRAHA 1965, 324 s.
16. SOVÁK, M.: Nárys speciální pedagogiky. SPN PRAHA 1980, 231 s.
17. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a KOL.: Klinická logopedie. Portál, Praha 2007, 616 s., ISBN 978-7367-340-6
18. Děti a my. říjen- listopad, číslo 5/ 2008, Portál Praha

19. Informatorium 3-8. číslo 10, Portál Praha, prosinec 2005
20. Informatorium 3-8. číslo 1, Portál Praha, leden 2006
21. Informatorium 3-8. číslo 2, Portál Praha, únor 2006
22. Informatorium 3-8. číslo 7, Portál Praha, září 2006
23. Psychologie dnes. číslo 4, Portál Praha, duben 2005

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro učitelky v MŠ

Dobrý den, jmenuji se Hana Pavelková a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity oboru učitelství pro mateřské školy. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na výskyt obtíží řeči, ve smyslu vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku, konkrétně mezi 3. – 6. rokem života dítěte. Veškeré údaje získané tímto dotazníkem budou zpracovány anonymně. Za vypracování dotazníku předem děkuji.

Hana Pavelková

1. Jak dlouho pracujete v MŠ?

☐	1 rok a méně
☐	2 – 5 let
☐	5 – 10 let
☐	10 – 15 let
☐	15 a více

2. Kolik dětí v současné době máte ve vaší třídě?

počet dívek _____
počet chlapců _____

3. Uveďte prosím průměrný věk.

☐	3 – 4
☐	4 - 5
☐	5 – 6
☐	jiný _____

4. Objevují se ve vaší třídě vývojové problémy s řečí?

☐	ano
☐	ne

5. Jedná se o problém s řečí:

☐	opakování jednotlivých slabik
☐	opakování slov
☐	opakování části vět
☐	vkládalo do řeči nějaká pomocná slova
☐	používalo neúplná slova nebo věty
☐	dělalo delší pauzy mezi slovy (vzpomínalo, hledalo)
☐	protahování slov
☐	tlačení slov

- ☐ jiný, uveďte prosím jaký?

6. Objevují se tyto problémy:

- ☐ více u chlapců
☐ více u dívek
☐ u obou stejně
☐ jenom dívky
☐ jenom chlapci

7. Víte, zda tyto děti navštěvují logopedii? ☐ ano
☐ ne

8. Zohledňujete tyto děti v kolektivu? ☐ ano
☐ ne

Pokud ano, uveďte prosím jakým způsobem

9. Konzultujete problémy s řečí s rodiči dětí? ☐ ano
☐ ne

10. Uměly by jste rodičům poradit, jak s dětmi pracovat? ☐ ano
☐ ne

Pokud ano, uveďte prosím nějaký příklad

Příloha č. 2

Dotazník pro rodiče

Dobrý den, jmenuji se Hana Pavelková a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity oboru učitelství pro mateřské školy. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na výskyt obtíží řeči, ve smyslu vývojových dysfluencí u dětí předškolního věku, konkrétně mezi 3. – 6. rokem života dítěte. Veškeré údaje získané tímto dotazníkem budou zpracovány anonymně. Za vypracování dotazníku předem děkuji.

Hana Pavelková

1. Uveďte prosím věk vašeho dítěte. _____
2. Pohlaví vašeho dítěte. ☐ děvče
☐ chlapec
3. Pořadí narození vašeho dítěte. ☐ nejmladší
☐ prostřední
☐ nejstarší
☐ jedináček
4. Mělo vaše dítě vývojové problémy s řečí?
☐ ano
☐ ne
5. Pokud mělo problém s řečí, jednalo se o:
☐ opakování jednotlivých slabik
☐ opakování slov
☐ opakování části vět
☐ vkládalo do řeči nějaká pomocná slova
☐ používalo neúplná slova nebo věty
☐ dělalo delší pauzy mezi slovy (vzpomínalo, hledalo)
☐ protahování slov
☐ tlačení slov
☐ jiný, uveďte prosím jaký?
6. V jakém věku dítěte se tyto problémy objevily? _____
7. Vyskytují se v současné době? ☐ ano
☐ ne
8. Navštívili jste logopeda? ☐ ano Kolikrát? _____
☐ ne

9. Navštěvuje vaše dítě MŠ ☐ ano Od kdy (věk) _____
☐ ne
10. Konzultujete problémy s řečí dítěte s pí. učitelkou?
☐ ano
☐ ne
11. Vyskytly se nějaké problémy? ☐ během těhotenství
☐ ano
☐ ne
☐ při porodu
☐ ano
☐ ne
12. Vyskytly se u vašeho dítěte problémy?
☐ s motorickým vývojem
☐ ano
☐ ne
☐ se zrakovým vnímáním
☐ ano
☐ ne
☐ se sluchovým vnímáním
☐ ano
☐ ne
13. Zpíváte svým dětem? ☐ ano
☐ ne
14. Učíte své děti říkanky a básničky? ☐ ano
☐ ne
15. Čtete dětem pohádky? ☐ ano
☐ ne