



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Možnosti logopedické péče na základních školách

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika

Autor práce: **Bc. Petr Klus**
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Gabriela Čavojská



Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petr Klus**

Osobní číslo: **P16000517**

Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**

Studijní obor: **Speciální pedagogika**

Název tématu: **Možnosti logopedické péče na základních školách**

Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Charakterizovat logopedickou péči na základních školách, vymezit pojem narušená komunikační schopnost a její jednotlivé typy a dále zmapovat, jaké jsou možnosti a formy logopedické péče na základních školách.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BENDO VÁ, P., 2011. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.

KLENKOVÁ, J., 2006. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

LECHTA, V., 2005. Terapie narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: portál. ISBN 80-7178-961-5.

NEUBAUER, K., 2010. Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2007. Klinická logopedie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Ing. Gabriela Čavojská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Konzultant diplomové práce:

Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.

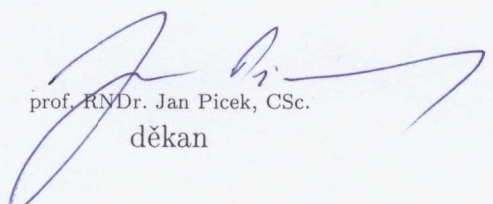
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

3. dubna 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

30. dubna 2018


prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan




Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2017

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat především Mgr. Ing. Gabriele Čavojské za odborné vedení a užitečnou metodickou pomoc při zpracování diplomové práce. Dále bych rád poděkoval všem ředitelům a ředitelkám základních škol, kde probíhalo výzkumné šetření. Především děkuji všem odborníkům, speciálním pedagogům a logopedickým asistentkám, kteří se podíleli na výzkumném šetření a dovolili mi tak zmapovat možnosti logopedické péče právě v místě jejich pracoviště.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, kolegům a přátelům za psychickou podporu při tvorbě diplomové práce a samotném výzkumném šetření.

Název diplomové práce: Možnosti logopedické péče na základních školách

Jméno a příjmení autora: Bc. Petr Klus

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ing. Gabriela Čavojská

Anotace:

Diplomová práce se zabývá logopedickou péčí u žáků školního věku, narušenou komunikační schopností a jejími základními kategoriemi.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část práce se zaměřuje na charakteristiku narušené komunikační schopnosti, na její základní kategorizaci a systém logopedické péče u dětí školního věku. Empirická část se zabývá výzkumným šetřením možností logopedické péče na základních školách v Turnově a jeho okolí. Využitou metodou je rozhovor.

V závěru práce je vyhodnocení výzkumného šetření a navrhovaná opatření.

Klíčová slova: narušená komunikační schopnost, logopedická péče, komunikace

Title: Possibilities of Speech Therapy in Elementary Schools

Author: Bc. Petr Klus

Supervisor: Mgr. Ing. Gabriela Čavojská

Summary:

The Master thesis deals with a speech therapy for school children, communication impairment and its basic categories.

The thesis is divided in two parts. The theoretical part focuses on the characteristic of the communication impairment, its basic categories and the system of speech therapy for schoolchildren. The empirical part examines possibilities of speech therapy in elementary schools in Turnov and its surroundings. The method used is an interview.

The final part of the thesis contains an evaluation of the research and suggested recommendations.

Keywords: communication impairment, speech therapy, communication

Obsah

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Vymezení pojmu narušená komunikační schopnost	13
1.1 Komunikace a komunikační schopnost.....	15
1.2 Jazykové roviny	16
1.3 Etiologie a další dělení narušené komunikační schopnosti.....	18
2 Základní kategorie narušené komunikační schopnosti.....	19
2.1 Vývojová nemluvnost – narušený vývoj řeči.....	19
2.1.1 Opožděný vývoj řeči	21
2.1.2 Vývojová dysfázie	22
2.2 Získaná orgánová nemluvnost.....	24
2.2.1 Afázie	24
2.3 Získaná psychogenní nemluvnost	27
2.3.1 Mutismus	27
2.4 Narušení zvuku řeči.....	29
2.4.1 Rinolalie	29
2.4.2 Palatolalie	31
2.5 Narušení plynulosti řeči	32
2.5.1 Kóktavost.....	33
2.5.2 Breptavost.....	35
2.6 Narušení článkování řeči.....	36
2.6.1 Dyslalie.....	36
2.6.2 Dysartrie	38
2.7 Narušení grafické stránky řeči	40

2.8	Symptomatické poruchy řeči.....	43
2.9	Poruchy hlasu	45
2.10	Kombinované vady a poruchy řeči.....	46
3	Logopedická péče u žáků školního věku.....	47
3.1	Speciálně pedagogická centra	50
3.2	Logoped a logopedický asistent	52
3.3	Logopedická intervence	54
3.3.1	Logopedická diagnostika.....	55
3.3.2	Logopedická terapie	56
3.3.3	Logopedická prevence.....	59

EMPIRICKÁ ČÁST

4	Průzkum možností logopedické péče na základních školách.....	60
4.1	Cíl práce a její dílčí cíle	60
4.2	Základní východiska	60
4.3	Metody analýzy dat	61
4.3.1	Etické aspekty výzkumu.....	61
4.3.2	Strategie výzkumného šetření	62
4.4	Popis výzkumného vzorku	62
4.5	Vlastní výzkumné šetření.....	64
4.5.1	Základní škola Turnov, 28. října	64
4.5.2	Základní škola Skálava, Turnov.....	68
4.5.3	Základní škola Turnov, Žižkova	71
4.5.4	Základní škola Mírová pod Kozákovem	74
4.5.5	Základní škola Jenišovice.....	78
4.5.6	Základní škola Radostín u Sychrova	81

4.6	Souhrn zjištění výzkumného šetření a diskuze	85
	Závěr	91
	Navrhovaná opatření	92
	Seznam použitých zdrojů	95
	Příloha č. 1 – ukázka struktury rozhovoru	98

Úvod

Nepochybně existuje mnoho důvodů, proč jsme si jako téma diplomové práce zvolili právě možnosti logopedické péče na základních školách. Jedním z hlavních důvodů je čistě naše profesní zvědavost a zájem o danou problematiku. Při působení na základní škole se stále více setkáváme s žáky, kteří jsou s narušenou komunikační schopností spjatí, ať už se jedná o žáky s dyslalií, nebo žáky se specifickými poruchami učení. Zajímá nás pohled dalších odborníků, jak na jiných základních školách běžného vzdělávacího proudu vnímají problematiku narušené komunikační schopnosti a zda podnikají patřičné kroky ke zlepšení. Dalším důvodem je aktuálnost dané problematiky. Přestože se logopedická péče aktivně provozuje ve většině mateřských škol, paradoxně se stále více žáků s narušenou komunikační schopností objevuje právě na školách základních. Jejich obtíže je pak mohou provázet v průběhu dalšího studia, dokonce i po celý jejich život. V neposlední řadě je dalším důvodem zájem o jiné metody práce, které je možné uplatnit v rámci logopedické péče na základních školách.

Diplomová práce má za cíl charakterizovat logopedickou péči na základních školách, vymezit pojem narušená komunikační schopnost a podrobněji vymezit její jednotlivé typy. Dále chceme prozkoumat a zmapovat možnosti a formy logopedické péče na základních školách.

Diplomová práce bude rozčleněna do dvou systematických celků – teoretická a empirická část. Teoretická část se dále člení do tří samostatných kapitol. Obecně se teoretická část zaměřuje na vymezení pojmu narušené komunikační schopnosti, jejich jednotlivých typů a systému logopedické péče u žáků školního věku. Teoretická část bude vycházet z odborné literatury našich i zahraničních kapacit daného oboru. Empirická část pak představí samotné výzkumné šetření možností logopedické péče na vybraných základních školách. Při výzkumném šetření využijeme kvalitativních metod, konkrétně tedy metody rozhovoru.

Výsledkem výzkumného šetření bude shrnutí jednotlivých rozhovorů s odborníky, kteří se logopedickou péčí na základních školách zabývají přímo v praxi. Na základě těchto informací budou v závěru práce uvedena navrhovaná opatření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu narušená komunikační schopnost

Lze bezpochyby říci, že *narušená komunikační schopnost* je jedním z nejčastěji užívaných pojmů v současné logopedii. Logopedie je v moderním pojetí interdisciplinární vědou, jejímž předmětem je právě narušená komunikační schopnost, zkoumaná z hlediska jejích příčin, následků, projevů, ale i diagnostiky, terapie a prevence (Lechta, V., a kol. 2005, str. 15).

Nebylo tomu tak vždy. Vymezení oboru logopedie není jednoduchý úkol, jak dokazují mnohé pokusy odborníků různých literárních zdrojů. Dříve existovaly termíny patologie řeči, poruchy řeči, vady řeči a patologie jazyka, poruchy jazyka. Moderní logopedie však klade důraz na přesun předmětu logopedie z řeči na komunikaci (Klenková, J. 2006, str. 12).

V odborné literatuře se objevuje výstižná a jednotná definice narušené komunikační schopnosti, kdy ji spousty odborníků definují více či méně obdobně:

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální, nonverbální, mluvní i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (Lechta, V. 2003 In Klenková, J. 2006, str. 54).

Slovník Speciální pedagogiky vysvětluje termín narušené komunikační schopnosti obdobně, však podrobněji:

„Narušená komunikační schopnost (communication impairment) některá rovina jazykových projevů člověka, případně několik rovin současně se odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-

fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, pragmatickou rovinu nebo jejich kombinace. Sledujeme, zda se NKS týká produkce (sdělování, vysílání informací) nebo percepce (porozumění, přijímání informací), komunikace verbální nebo komunikace neverbální, mluvené nebo grafické podoby komunikace, zda se jedná o NKS vrozené nebo získané, trvalé nebo přechodné, částečné (parciální) nebo úplné, zda je příčina vzniku orgánová nebo funkční, zda si člověk NKS uvědomuje nebo neuvědomuje. NKS může být hlavním příznakem nebo může být symptomem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení.“ (Valenta, M., a kol. 2015, str. 180–181).

Narušená komunikační schopnost (dále i NKS) může nabývat různých podob, od lehkých odchylek až po úplnou ztrátu komunikovat. Může se projevovat v různém věku, ať už při osvojování komunikačních dovedností nebo v dospělém věku. Osoba s NKS si svoje obtíže může, nebo nemusí uvědomovat. NKS může být také dominantním projevem či pouhým symptomem jiného dominantního postižení (Vrbová, R., 2015)

Je nutné poukázat také na projevy, které nelze považovat za narušení komunikační schopnosti, jelikož se může jednat o jev fyziologický. Patří sem především *fyziologická neplynulost (dysfluence)*, která se může projevovat v období okolo 3–4 let věku života dítěte. Dále *fyziologický dysgramatismus*, který se projevuje do 4 let věku dítěte. Výjimkou není ani *fyziologická dyslalie*, jedná-li se právě o období fyziologického jevu (Klenková, J., 2006, str. 53). O NKS se nejedná ani v případě, kdy je dítě nemluvné do 1 roku života (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 56).

Abychom dokázali pojmut termín narušené komunikační schopnosti v celém jeho rozsahu, je zapotřebí věnovat pozornost jiným neméně důležitým pojmům, jako např. komunikace a komunikační schopnost, jazykové roviny komunikace nebo etiologie narušené komunikační schopnosti, aj.

1.1 Komunikace a komunikační schopnost

Termín komunikace je řadou autorů popisován různě a může přesahovat do pojmů interakce, reakce, aktivita či chování. Podle Vybírala (2005 In Bytešníková 2015, str. 17) ovšem nelze mít jednotnou definici pojmu komunikace, aniž by zahrnovala veškeré její aspekty (kognitivní, sociální, lingvistický, filozofický a kulturní) a všechny významové roviny.

Komunikaci lze chápat jako spojování, sdělování, přenos či jako společenství nebo participaci. Lze říci, že komunikace je základem pro existenci společnosti a mezilidských vztahů. Jedná se o obecně lidskou schopnost využití výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů, která je významnou složkou pro rozvoj osobnosti. Je-li tato schopnost nějakým způsobem narušena, bez odborné péče a přiměřené pomoci se nemůže jedinec adekvátně vyvíjet. Komunikační schopnost tedy můžeme považovat za jednu z nejdůležitějších schopností člověka (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 20).

Termín komunikace je ve Slovníku speciální pedagogiky popisován následovně:

„Komunikace (communication, Kommunikation) výměna informací mezi lidmi prostřednictvím jakékoli sociální interakce, v užším smyslu jazykového jednání. Společným jmenovatelem je zájem o informaci (komuniké), jejího mluvčího (komunikátora), Způsob přenosu informace i její přijetí adresátem (komunikantem), popř. zpracování informace chápané jako cíl či efekt. Pojmy komunikace a komuniké jsou širší než pojmy jazyk a text a zahrnují verbální i neverbální vyjadřovací prostředky. S ohledem na ně, především ale s ohledem na schopnost úspěšně komunikovat, resp. sociálně jednat, se předpokládá existence (obecné i kulturně specifické) komunikační kompetence.“ (Valenta, M., a kol. 2015, str. 83).

Komunikaci můžeme dále rozčlenit na dvě základní formy, tj. komunikaci verbální a neverbální.

Do verbální (slovní) komunikace řadíme procesy, které lze realizovat prostřednictvím mluvené, ale i psané řeči. Řeč je specifickou schopností člověka vědomě užívat jazyk jako složitý systém symbolů a znaků ve všech jeho formách. Člověk řečí vyjadřuje svoje myšlenky, pocity nebo přání. Ačkoliv nám není tato schopnost vrozená, přinášíme si s sebou na svět určité predispozice k jejímu využití, které se mohou rozvíjet až při verbálním styku s okolím (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 21). K vhodnému zvládnutí komunikačních dovedností je zapotřebí souhra několika faktorů. V biologické rovině se jedná o vývoj v prenatalním, perinatálním a postnatálním období. V sociální rovině jde o podmětност prostředí jedince (Coleman, 1966)

Naopak neverbální komunikace využívá neslovních prostředků, kam spadá značné množství toho, co lze využít jako doprovod komunikace verbální. Zahrnujeme zde především gesta, mimiku, proxemiku, haptiku, posturologii, ale také některé prozodické faktory či oblečení. Neverbální komunikace podléhá společenskému kodexu dané společnosti, a proto se může v jistých případech jevit značně odlišně. Neslovní komunikace by však vždy měla být v souladu s verbálním projevem (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 22).

Neméně důležité jsou také složky komunikace, které se podílejí na komunikačním procesu. Jedná se o složku receptivní (vnímací), která je zprostředkována sluchovým nebo zrakovým analyzátozem. Dále složka centrální, díky které se přijatá informace zpracovává a dochází k vyhodnocení stanovisek. A konečně složka expresivní (vysílací), která tvoří produkční část komunikačního procesu (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 24).

1.2 Jazykové roviny

V literatuře jsou jazykové roviny charakterizovány jako určitý dílčí systém jazyka, který je specifický základními jednotkami (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012). Nejzákladnější jednotkou je hláska, kombinací hlásek vznikají morfémy a jejich kombinací pak slova. Kombinace slov tvoří věty a věty pak tvoří samotnou promluvu (Tomická, V., 2012). Abychom dokázali posoudit normu komunikační schopnosti a její narušení, je nutné znát jazykovou normu,

stavbu a fungování jazyka. Jazykové roviny předkládají zvukovou stránku jazyka a řeči, dále významovou stránku jazyka a konečně i praktické využití. V praxi tedy rozlišujeme čtyři jazykové roviny řeči:

1. foneticko-fonologická
2. morfologicko-syntaktická
3. lexikálně-sémantická
4. pragmatická

(Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 31–32)

Foneticko-fonologická rovina zahrnuje zvukovou stránku řeči, analýzu a syntézu vět, slov, diferenciaci zvukově stejných a rozdílných slov, dále některé prozodické faktory (např. intonaci, tempo řeči, hlasitost) a v neposlední řadě správnou výslovnost. Základní jednotkou této roviny jsou fonémy.

Morfologicko-syntaktická rovina zohledňuje uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu, gramatickou správnost slov, vět, slovosledu, čísla, rodu, pádu ad. Také sem patří užívání slovních druhů. Osvojování gramatické roviny je úzce propojeno s lexikální jazykovou rovinou.

Lexikálně-sémantická rovina se zaměřuje na aktivní a pasivní slovní zásobu a na porozumění slov, která se vztahují na konkrétní předměty, činnosti a vlastnosti, ale také na časové, příčinné a prostorové vztahy a souvislosti.

Pragmatická rovina je též považována za rovinu sociální aplikace komunikačních schopností. Zaměřuje se na samostatnost při realizaci komunikačních záměrů, např. vyžádání si informace, oznámení informace, vyjadřování pocitů, či vztahů, reakce na sociální interakce ad. Lze konstatovat, že se jedná o jazykové schopnosti, které v sobě obsahují správné užití jazyka v rámci společenského kontextu. Znamená to tedy, že dochází k propojení sdělení (informace), se správným okamžikem a způsobem sdělení v rámci určité společenské interakce (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 32–35).

1.3 Etiologie a další dělení narušené komunikační schopnosti

Narušená komunikační schopnost může mít různé příčiny, jejichž rozdělení bude stručně představeno. Při etiologickém dělení se využívá časové a lokalizační hledisko.

Jestliže se zaměříme na **časové hledisko**, mohou zde být příčiny v *prenatálním období* života, tj. období vývoje plodu, před narozením. Dále zde je *perinatální období*, kdy probíhá porod. A konečně *postnatální období*, tj. období po porodu (Klenková, J. 2006, str. 54). Mimo jiné sem můžeme řadit příčiny v průběhu celého života od dětství až po stáří (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 57).

Mezi nejčastější příčiny z **hlediska lokalizace** řadíme *genové mutace*, *aberrace chromozomů* nebo *vývojové odchylky*. Dále také *orgánové poškození receptorů*, což může zapříčinit poruchy v porozumění řeči. Patří sem i *porucha centrální části*, kde vzniká narušení nejvyšších řečových funkcí, a v neposlední řadě *poškození efektorů*, kdy se jedná o poruchu řečové produkce. Výjimkou není ani působení nevhodného, nepodnětného či nestimulujícího prostředí či narušení sociální interakce (Klenková, J. 2006, str. 54–55).

Narušenou komunikační schopnost můžeme dále členit dle stupně narušení, uvědomělosti poruchy, podkladu příčiny či její dominance.

Z hlediska stupně narušení dělíme narušenou komunikační schopnost na úplnou (totální) a částečnou (parciální). Narušenou komunikační schopnost si může jedinec uvědomovat (např. u koktavosti), ale naopak také nemusí (např. u breptavosti). Narušení komunikační schopnosti může vzniknout na podkladě orgánového či funkčního poškození. Také se může jednat o narušení dominující, nebo pouze symptomatické jiného dominujícího onemocnění (Klenková, J. 2006, str. 55).

Zde je na místě zmínit i užívanou klasifikaci narušené komunikační schopnosti, o které se podrobněji dočteme ve druhé kapitole. Tato klasifikace je v odborné literatuře a v logopedické praxi užívána od 90. let minulého století. Je

sestavena dle symptomů, které jsou nejtypičtější pro určité narušení komunikační schopnosti. V rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, 1993) se dělí takto:

1. Vývojová nemluvnost
2. Získaná orgánová nemluvnost
3. Získaná psychogenní nemluvnost
4. Narušení zvuku řeči
5. Narušení plynulosti řeči
6. Narušení článkování řeči
7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

(Lechta, V., 1990, 2003 In Klenková, J. 2006, Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková, I. 2012, str. 59).

2 Základní kategorie narušené komunikační schopnosti

Protože se v praxi na běžných základních školách setkáváme se žáky s narušenou komunikační schopností, je zapotřebí se s jednotlivými těmito narušeními seznámit a zařadit je do logického, systematického celku. Jelikož se jedná o rozsáhlejší tematiku, bude vhodnější vyčlenění samostatné kapitoly. Následující kapitola se tedy bude zabývat základními kategoriemi narušené komunikační schopnosti. Stručně představí problematiku dané kategorie, její etiologii, diagnostiku a terapeutický přístup.

2.1 Vývojová nemluvnost – narušený vývoj řeči

Do kategorie vývojové nemluvnosti řadíme jakékoliv *narušení vývoje řeči*. Vývoj řeči je složitým procesem, který je ovlivňován mnoha faktory, tj. samotným celkovým vývojem dítěte, vrozenými predispozicemi pro řeč,

neporušenou centrální nervovou soustavou, správným a zdravým vývojem zrakového a sluchového analyzátoru či nepoškozenými mluvními orgány. Svou roli také hraje vývoj intelektu a celkový vliv prostředí a výchovy (Klenková, J. 2006, str. 63–64).

Termín **narušený vývoj řeči** dle současné terminologie zastřešuje všechny skupiny narušení řečového vývoje, se kterými je možno se setkat. Rozsah termínu je chápán široce především kvůli množství příčin a příznaků. Chápeme jej jako narušení jedné, více nebo všech oblastí řečového vývoje (Klenková, J. 2006, str. 64). V užším slova smyslu se jedná o narušenou schopnost rozumět mluvené řeči nebo se vyjadřovat řečí v porovnání s vrstevníky. Může se objevit jako samostatná porucha či jako doprovodný příznak jiné dominantní vývojové poruchy (např. mentální retardace, porucha autistického spektra) nebo současně s jinou diagnózou (Valenta, M., a kol. 2015, str. 240).

Klasifikace narušeného vývoje řeči je obsáhlá a rozdělujeme ji dle několika hledisek:

- *hledisko etiologické* – jak bylo řečeno výše, narušený vývoj řeči se může vyskytovat jako dominující porucha. V tom případě hovoříme o specificky narušeném vývoji řeči tzv. **vývojové dysfázii**. V případě, že se jedná o narušený vývoj řeči jako o symptom jiné dominující vývojové poruchy, mluvíme již o *symptomatické poruše řeči*.
- *hledisko průběhu vývoje řeči* – narušený vývoj řeči můžeme dle průběhu narušení vývoje řeči rozdělit takto:
 - ❖ *opožděný vývoj řeči* – mezi příčiny patří dědičnost, opožděný vývoj centrální nervové soustavy, nestimulující prostředí. Pakliže problém včas podchytíme a vhodně ovlivňujeme řečový vývoj dítěte, prognóza opožděného vývoje řeči je dobrá;
 - ❖ *omezený vývoj řeči* – mezi příčiny řadíme mentální retardaci, těžší poruchy sluchu nebo patologii sociálního

prostředí. Prognóza zde není příznivá a dítě nedosahuje normy;

- ❖ *přerušný vývoj řeči* – příčinou zde mohou být vážná duševní onemocnění, úrazy či těžká psychická traumata. Po odstranění příčiny je možné dosáhnout normy;
- ❖ *odchylný vývoj řeči* – příčinou jsou rozštěpy patra, kdy se odchylka od normy projevuje v jedné z rovin řečového vývoje.

- *hledisko věku* – dle věku můžeme hovořit o **fyziologické nemluvnosti** do 1 roku života, což se nepovažuje za narušenou komunikační schopnost. Jestliže je vývoj řeči u *zcela zdravého dítěte* opožděný mezi 2. a 3. rokem života, jedná se o **prodlouženou fyziologickou nemluvnost**;
- *hledisko stupně* – dle stupně se narušený vývoj řeči může projevovat jako **lehká odchylka** od normy ve vývoji řeči či mimořádně **úplnou nemluvností** (např. osoby s hlubokou mentální retardací). Ovšem ani v těch nejtěžších případech se nejedná o úplnou němotu (Klenková, J. 2006, str. 64–66).

2.1.1 Opožděný vývoj řeči

Jedná se o opoždění ve vývoji řeči, u kterého lze v průběhu dalšího vývoje dosáhnout s časovým odstupem tzv. normy (Valenta, M., a kol. 2015, str. 240). Na opožděný vývoj řeči lze usuzovat, jestliže dítě ve třech letech mluví méně než jeho vrstevníci. V takovém případě je nutné hledat příčiny opoždění ve vývoji řeči (Klenková, J. 2006, str. 66).

Mezi nejčastější etiologické faktory řadíme především nepodnětné a nestimulující prostředí, ve kterém není vývoji dítěte věnována pozornost. Také se může jednat o citové deprivace, lehké mozkové dysfunkce, nedonošenost či genetické vlivy (Klenková, J. 2006, str. 66–67). Podle Valenty a kol. (2015) mohou být za příčinou opožděného vývoje řeči i opožděný vývoj centrální nervové soustavy, nedoslýchavost či kombinace výše uvedených.

Při diferenciální diagnostice, na které se podílí tým odborníků (foniatr, neurolog, psycholog ad.), je třeba vyloučit zrakovou či sluchovou vadu, poruchu intelektu, vady mluvních orgánů či orofaciální rozštěpy, akustickou dysgnozii nebo autismus (Klenková, J. 2006, str. 67).

V přístupu k dětem s opožděným vývojem řeči je vhodné doporučit rodičům správné strategie pro stimulaci řečového a psychomotorického vývoje dítěte. Dále je nezbytné poskytnout dítěti dobrý mluvní vzor, posilovat jeho chuť ke komunikaci a vhodně jej zapojit do komunikačních situací. Nezbytný je rozvoj spontánní řeči, sluchové a zrakové percepce, porozumění řeči, motorických schopností a v neposlední řadě rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby (Klenková, J. 2006, str. 67).

2.1.2 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie, v minulosti též označovaná jako alálie, je nyní označována termínem *specificky narušeného vývoje řeči*, který se projevuje sníženou schopností či dokonce neschopností naučit se verbální komunikaci, přičemž jsou zde přiměřené podmínky pro rozvoj řeči (Dvořák, J. 1998, str. 44).

Z foniatrického hlediska patří vývojová dysfázie mezi vývojové poruchy řeči na základě poruchy percepce řeči. Etiologie vzniku vývojových poruch řeči není zcela objasněná, avšak se uvažuje o postižení kognitivních funkcí v období prenatalního, perinatálního či postnatálního období. V současnosti se za příčinu vývojové dysfázie považuje difuzní poškození centrální nervové soustavy (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 110).

Symptomatologie vývojové dysfázie je velice široká a projevy se objevují ve verbální i neverbální oblasti a v nerovnoměrném vývoji osobnosti. Typickým projevem je snížená úroveň verbálního projevu na rozdíl od intelektu a neverbálního projevu (Klenková, J. 2006, str. 70). Dle Lejsky (2003) dítě s vývojovou dysfázií řeč špatně dekoduje, tudíž dochází i ke špatné reprodukci a tvorbě řeči.

Základním příznakem je vždy *opožděný vývoj řeči*. V řeči se mohou objevovat nesprávné koncovky při skloňování slov, odchylky ve frekvenci výskytu slovních druhů, přehazování slovosledu, vynechávky slov nebo chudé věty. Dítě má sníženou slovní zásobu. Mezi příznaky též patří patlavá až nesrozumitelná řeč, poruchy fonologického systému (rozlišování hlásek) nebo přímo redukce některých hlásek či slabik ve slově. Za další příznaky v ostatních oblastech lze považovat nerovnoměrnost verbálních a neverbálních schopností, celkově nerovnoměrný vývoj, narušení dílčích funkcí (zrakového a sluchového vnímání, časové a prostorové orientace), narušení motorických funkcí, paměti a laterality. (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 111–112) V procesu edukace se tedy můžeme u dětí s vývojovou dysfázií setkat s narušením všech jazykových rovin, ale i s narušením v grafomotorice, což se v konečném důsledku může projevit specifickými poruchami učení (Zezulková, E. 2014, str. 39).

V praxi lze rozlišovat tři formy vývojové dysfázie:

- *motorická* – expresivní porucha řeči, kde charakteristickými příznaky jsou opožděný vývoj řeči, obtížné verbální vyjadřování, narušení řečových rovin a snížená slovní zásoba. Dítě s motorickou formou vývojové dysfázie si svou poruchu uvědomuje, proto často dochází k nechuti komunikovat;
- *senzorická* – receptivní porucha řeči, kdy má dítě obtíže v porozumění řeči, objevují se echolálie a obtíže s fonematičnou diferenciací. U dětí se často objevuje fluktuující pozornost či nezáměr verbálně komunikovat;
- *smíšená* – jedná se o kombinaci předchozích dvou forem vývojové dysfázie. (Bendová, P. 2011, str. 39–40).

Diagnostikování vývojové dysfázie podléhá dlouhodobému a komplexnímu vyšetření, na kterém se podílí tým odborníků (foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog, logoped). Zkoumají se intelektové schopnosti, deficity dílčích funkcí, laterality a motorické schopnosti. Dále se provádí foniatrické vyšetření zaměřující se na všechny složky řeči. Na základě diagnostiky

se pak stanovuje terapeutický plán. V rámci diferenciální diagnostiky musíme vývojovou dysfázi odlišovat od opožděného vývoje řeči prostého, dyslalie, sluchových vad, mutismu či mentální retardace a poruchy autistického spektra (Klenková, J. 2006, str. 71–73).

Při terapii je týmová spolupráce odborníků výhodou. Kromě logopeda, foniatra, psychologa, pedagoga a neurologa se na péči podílejí i rodiče dítěte. Při terapii je vhodné volit multisenzoriální přístup a dítěti s dysfázií v rámci komplexní rehabilitace poskytnout co největší přísun smyslových podnětů (Klenková, J. 2006, str. 73). Zaměřujeme se tedy na zrakové a sluchové vnímání, prostorovou a časovou orientaci, rozvoj kognitivních procesů, motoriky, grafomotoriky a řeči. Při logopedické terapii lze využít individuální i skupinovou formu intervence. Při terapii je vhodné přechodně užívat složky alternativní a augmentativní komunikace (Bendová, P. 2011, str. 40).

2.2 Získaná orgánová nemluvnost

2.2.1 Afázie

Do kategorie získané orgánové nemluvnosti patří **afázie**. Jedná se o získanou poruchu porozumění a produkci řeči vznikající v důsledku ložiskového poškození mozku v kortikální oblasti, i při lézích níže uložených oblastí mozku spojených s korovými oblastmi, které se podílejí na jazykových procesech. Má psychosociální důsledky, zasahuje především do komunikace, sociálního fungování a ovlivňuje kvalitu života člověka i okolí (Valenta, M., a kol. 2015, str. 11–12).

Jak již bylo uvedeno, afázie je přítomna u různých neurologických onemocnění, konkrétně se jedná o ložisková poškození korových i podkorových oblastí mozku. Mezi nejčastější příčiny tedy patří: *cévní mozkové příhody* (ischemie i hemoragie), úrazy mozku (komoce, kontuze, komprese), *mozkové nádory, záněty mozku a mozkových blan, intoxikace* centrální nervové soustavy a v neposlední řadě *degenerativní onemocnění* centrální nervové soustavy (Klenková, J. 2006, str. 78–79).

Afázie je velice složitou narušenou komunikační schopností, která s sebou nese celou řadu příznaků, projevujících se v různých kombinacích, v kvalitě i množství. Patří sem především:

- *Parafázie*– Jedná se o deformaci slov v různém stupni i typu, např. deformace slov (stůl–sochl), pouhá záměna fonémů (stůl–stel), opis významu pojmu (židle – něco, na čem se sedí);
- *Parafrázie* – Snížená schopnost až nemožnost vyjádření, např. Jdu dnes do bazénu – Já tam;
- *Perseverace* – Ulpívání na předchozích podnětech při komunikaci;
- *Anomie* – Porucha pojmenování předmětů daným pojmem;
- *Neologismy* – Vytváření agramatických či nesmyslných slov, při kterém dochází k záměnám hlásek nebo slabik. Vznikají tak nesmyslná sdělení;
- *Logorhea* –Překotná mluva se sníženou srozumitelností;
- *Poruchy rozumění* (Klenková, J. 2006, str. 80–81).

Klasifikace samotné afázie je u mnoha autorů odlišná. V logopedické praxi se však nejčastěji uvádí nejjednodušší rozdělení na afázii *receptivní*, *expresivní* a *totální*. Afázie se může vyskytovat v *mluvených* i *psaných* formách.

K diagnostice afázie se v současnosti používá mnoho testů, testových baterií a zkoušek. Tyto testy i jejich modifikace zohledňují nové pohledy na problematiku afázie. Nutná jsou i odborná vyšetření (z neurologie, foniatrie, logopedie apod.), která zajistí diferenciální diagnostiku afázie od jiných poruch, např. agnosie, mutismu, alexie či dysartrie. Hlavním úkolem diagnostiky je získání dostatku informací pro nastavení pozdější terapie. Diagnostika se soustředí především na spontánní řečový projev, porozumění řeči, opakování a pojmenování. V neposlední řadě je nutné připomenout, že v rámci komplexní diagnostiky sledujeme i úroveň psaného i čteného projevu (Klenková, J. 2006, str. 82–83).

Terapie afázie se dělí do několika směrů, přičemž se každý zaměřuje na jinou stránku komunikační schopnosti. Radíme sem:

- *Stimulační přístupy* – techniky kognitivní stimulace, funkcionálně orientované postupy
- *Jiné přístupy* – melodicko-intonační terapie, alternativní a augmentativní komunikace
- *Obnova specifických narušení* – terapie poruch porozumění řeči, čtení

Klenková (2006) se dále v oblasti terapeutických přístupů zmiňuje o v současnosti dvou dominujících směrech. Jedná se o kognitivně-neuropsychologický přístup, který se zaměřuje na obnovu nebo kompenzaci jazykových procesů. Ovšem s tímto přístupem se u nás setkáváme spíše méně. Druhým směrem je směr pragmatický, vycházející z předpokladu potřeby jedince fungovat ve společnosti. Zaměřuje se na obnovu schopnosti používat jazyk a porozumět mu v kontextu situace.

Cílem terapie je dosáhnout optimální úrovně komunikace, která je možná při konkrétní lézi mozkových struktur. V současných terapeutických přístupech se klade spíše důraz na osobu trpící afázií, nežli na afázií samotnou. Také je kladen důraz na skupinovou intervenci, vznik podpůrných skupin a snahu o nezávislosti na institucích (Klenková, J. 2006, 84–85).

Mluvíme-li o narušení komunikace v době, kdy ještě nebyl ukončený vývoj řeči, může se jednat o **dětskou vývojovou afázii**. Záleží na době postižení mozku a na celkové a rozumové vyspělosti dítěte. Etiologie dětské afázie je podobná. Nejčastější příčinou jsou úrazy hlavy a mozku. Dále potom cévní onemocnění, epilepsie, encefalitida, nádory mozku, mozkové abscesy nebo degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy.

Její symptomy podléhají individuálním rozdílům dle doby, způsobu a rozsahu postižení. Mezi příznaky můžeme zařadit deficity v oblasti porozumění řeči,

slovní zásoby, formulace a struktury řečového projevu, slovní pohotovosti i krátkodobé sluchové paměti. Dále také poruchy plynulosti, dysgramatismy, parafrázie či poruchy artikulace.

U dětí s afázií se mohou projevovat všechny typy narušení (receptivní, expresivní, totální), ovšem nejčastější bývá složka expresivní, jelikož u dětí do 6 let vede porucha porozumění řeči ke ztrátě schopnosti verbální komunikace (Klenková, J. 2006, 86–88).

2.3 Získaná psychogenní nemluvnost

2.3.1 Mutismus

Jedná se o nepřítomnost nebo dokonce ztrátu verbálních projevů objevující se po ukončeném vývoji řeči (Valenta, M., a kol. 2015, str. 102). Jak prozrazuje název kategorie, mutismus nevzniká na základě orgánového postižení centrální nervové soustavy, nýbrž na psychogenním podkladu. Nemluvíme zde o primárním postižení řeči, nýbrž o poruše jejího použití (Klenková, J. 2006, 91).

Dle Logopedického slovníku (Dvořák, 2001) je dělení mutismu široké. Řadíme sem např. mutismus autistický, situační, neurotický, totální aj. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) a Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994) se zahrnuje pouze jedna forma mutismu – **elektivní mutismus**. Jedná se o poruchu sociálních vztahů, která vzniká v dětství či adolescenci. Elektivní mutismus se však může diagnostikovat i u dospělých osob, pouze však jako symptom jiného onemocnění (sociální fobie, poruchy osobnosti, endogenní deprese, ad.) (Klenková, J. 2006, str. 92–93).

Příčiny vzniku elektivního mutismu můžeme rozdělit na dvě skupiny:

- *endogenní příčiny* – zvýšená senzibilita dítěte (i vůči vlastním výkonům);
- *exogenní příčiny* – sem patří přehnané požadavky na chování dítěte a jeho řečový výkon, psychicky náročné okolní prostředí.

Za další možné příčiny můžeme pokládat strach z cizích osob, rodičovské hyperprotektivní chování, nepřiměřené tresty, tělesné tresty či agresivní chování mezi rodiči, výsměch, ponižování od dospělých nebo vrstevníků. Dále sem řadíme náročné situace jako je začátek školní docházky, stěhování, ale také strach z učitele, ze spolužáků nebo z vlastního selhání. V neposlední řadě lze zařadit i přetrvávání výše uvedených faktorů (Klenková, J. 2006, str. 93–94).

Diagnóza elektivního mutismu se v praxi určuje na podkladě anamnestického vyšetření (rodinná anamnéza, charakteristika a socializace dítěte, osobní anamnéza, psychologické a logopedické vyšetření, další odborná vyšetření, školní anamnéza). V rámci diagnostiky elektivního mutismu bereme v potaz jistá základní kritéria, stanovená MKN-10 a DSM-IV. Patří sem:

- Chápání jazyka je v normě nebo téměř normální;
- Kompetence pro verbální vyjadřování jsou dostatečné pro sociální komunikaci;
- Jedinec v některých situacích komunikuje zcela normálně;
- Projevy mutismu trvají déle jak 4 týdny, přičemž nepočítáme první měsíc školní docházky.

V rámci diferenciální diagnostiky odlišujeme elektivní mutismus od opožděného vývoje řeči, vývojové dysfázie, pervazivních vývojových poruch (dětský autismus či Aspergerův syndrom apod.), mentální retardace, syndromu Ladda-Kleffnera či dětské vývojové afázie (Klenková, J. 2006, 95).

Terapie mutismu má psychoterapeutický charakter, je časově náročná a mutistickému dítěti je věnována patřičná péče týmem odborníků, kdy foniatr vylučuje organickou příčinu problému, psycholog při terapii odstraní příčinu a logoped pak navazuje na foniatrické metody a vytvořený hlas využije k tvorbě hlásek, slabik, slov až po věty. Na terapii se dále mohou podílet rodiče i učitelé a v neposlední řadě psychiatr, pedopsychiatr či neurolog (Klenková, J. 2006, str. 96).

Při práci s mutistickým dítětem bychom měli mít na paměti několik důležitých zásad pro efektivní komunikaci a spolupráci. Rozhodně bychom s dítětem měli jednat jako s ostatními dětmi, s respektujícím přístupem s ním jednat jako s rovnocenným partnerem. Můžeme dítěti dovolit používat jakýkoli způsob možné komunikace, přičemž se snažíme podněcovat k vyšší úrovni. Také klademe přiměřený důraz na sociální interakci. Musíme si také uvědomit, že terapie může být časově náročnější, proto se vždy snažíme být klidní a trpěliví (Klenková, J. 2006, str. 96–97). V edukačním procesu může neúčast při komunikaci s pedagogem vyvolávat stresové situace. Také nepochopení či neadekvátní reakce na řeč nebo chování mutistického dítěte může vyvolávat napětí, nejistotu nebo také pocity méněcennosti. Tyto pocity pak mohou omezovat navázání sociálních a komunikačních kontaktů a mohou tak narušovat socializaci (Zezulková, E. 2014, str. 42).

2.4 Narušení zvuku řeči

Do kategorie narušení zvuku řeči patří *rinolalie* (huhňavost) a *palatolalie*.

2.4.1 Rinolalie

Rinolalie neboli huhňavost je narušená komunikační schopnost, která postihuje zvuk i artikulaci. Jedná se o narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance, zapříčiněné získanými poškozeními velofaryngeálního závěrového mechanismu či vrozenými orgánovými poruchami v orofaryngeální oblasti. Narušení této rovnováhy pak může mít neblahý vliv na zvuk řeči (Klenková, J. 2006, str. 130). Jedná se tedy o patologické zvýšení nebo snížení nosovosti (nazalitě) při verbálním projevu (Valenta, M., a kol. 2015, str. 62).

Patologickou nosovost dále můžeme členit do tří skupin:

- *Hypernazalita* – (otevřená huhňavost) je definována jako zvýšená nosovost. Je zde charakteristické silné nosové zabarvení všech orálních hlásek. Narušeny jsou vokály U a I a mezi změnou postižené konsonanty patří nejčastěji C, Č, S, Z, Š, Ž, J, H, F, V, CH, L, R, Ř;

- *hyponazalita* – (uzavřená huhňavost) je zapříčiněna jednou nebo více mechanickými překážkami v nosní dutině, zabraňující správnému výdechovému proudu. Zvuk řeči je pak podobný nachlazení, je omezené dýchání nosem a je pozměněn zvuk především u hlásek M, N, Ň;
- *smíšená forma* – (hyper-hyponazalita, rhinolalia mixta) jedná se o kombinaci hypernazality a hyponazality, přičemž jedinec může mít hypernazalitu způsobenou velofaryngeální insuficiencí a zároveň hyponazalitu zapříčiněnou organickou překážkou v oblasti nosu. Další formou může být *střídavá nazalita*, kdy jedinec bezděčně střídá obě předchozí formy nazalit (Klenková, J. 2006, str. 130–131).

Příčiny vzniku huhňavosti jsou různorodé a logicky se člení právě dle výše uvedených skupin. *Hypernazalita* je podmíněná *vrozenými* a *získanými* příčinami vzniku. Mezi vrozené patří např. narušení vývoje měkkého patra či deformace měkkého patra. Do získaných pak řadíme: následky organického onemocnění či úrazu, obrnu měkkého patra, adenotomii či tonsilektomii. U *hyponazality* se nejčastěji jedná o *organické* příčiny, konkrétně pak o překážky, které blokují výdechový proud. Může se jednat o vybočení nosní přepážky, rýmu či nosní polypy v přední části nosohltanu. V zadní části nosohltanu se mohou objevovat zbytnělé skořepy nosní, nádory nosohltanu nebo hypertrofická nosní mandle. Funkční hyponazalita je ojedinělá (Klenková, J. 2006, 131–133).

Diagnostický proces u rinolalie vyžaduje spolupráci týmu lékařských i nelékařských odborníků (pediatrie, fonologie, logopedie, otorinolaryngologie, neurologie). Pro diagnostiku rinolalie využíváme řadu *základních vyšetřovacích zkoušek*, kam patří např. Gutzmanova A-I zkouška, Czermakova zkouška, zkouška nafouknutých tváří, zkouška otofónem, lofaryngomevtr, manometrická zkouška a spirometrická zkouška. K diagnostice můžeme využít i *přístrojové vyšetřovací techniky* (ultrazvuk, endoskopické vyšetření, sonografická analýza, fibroskopická metoda ad.) (Klenková, J. 2006, str. 134–135).

Terapie rinolalie je opět podmíněna týmovou spoluprací odborníků. U hyponazality je primárním úkolem odstranění příčiny (operativní zákrok) a až poté se zahajuje logopedická terapie. U hypernazality se využívají nejrůznější cvičení ke zlepšení rezonance, kdy tak posilujeme oralitu na úkor nazality. Mezi tato cvičení patří např. usměrňování proudu vzduchu, práce s výdechovým proudem, napínání měkkého patra pomocí elektro-stimulace, vyvolání dávivého reflexu, zívání, sání, pití slámkou, foukání ad. U smíšené formy huhňavosti zvolíme terapii hyponazalitynebo hypernazality z hlediska většího poškození zvuku řeči (Klenková, J. 2006, str. 135–136).

Děti s hyponazalitou trpí nechutenstvím, poruchami spánku nebo celkovou únavou, což se ve školním prostředí může negativně odrážet na školní úspěšnosti. Objevují se obtíže s dýcháním a otevřený skus může negativně ovlivnit výslovnost některých hlásek (Zezulková, E. 2014, str. 56).

2.4.2 Palatolalie

Palatolalie je další narušenou komunikační schopností patřící do narušení zvuku řeči. Jedná se o nejnápadnější narušení komunikační schopnosti, kdy za příčinu považujeme orofaciální rozštěpy. Palatolalie je tedy pouze důsledkem orgánového poškození (Klenková, J. 2006, str. 138). Palatolalie vzniká tehdy, jestliže nejsou rozštěpy operovány, nebo v případě, že po operaci (palatoplastice) vznikne velrofaryngeální insuficience. Jako další příčinu lze uvést oronazální komunikaci, což je důsledkem perforace patra, rozsáhlé sutury (švu) patra (Valenta, M., a kol. 2015, str. 125). Palatolalie je vadou vývojovou, kdy se řeč vyvíjí na patologickém základu (Klenková, J. 2006, str. 138).

U dětí s palatolalií lze sledovat celou řadu příznaků. Dle odborných zdrojů se nejčastěji jedná hlavně o změnu *rezonance* a *poruchy s artikulací*. Mezi další symptomy se řadí *hypernazalita*, *poruchy sluchu*, *obtížně srozumitelná řeč*, *poruchy hlasu* nebo *narušený vývoj řeči*. Palatolalií mohou také provázet poruchy v neverbálním chování, především *poruchy mimiky*. Palatolalie narušuje artikulaci vokálů i konsonantů. U vokálů především hlásky U a I, nejmenší narušení je

u hlásky A. U konsonant jsou nejvíce narušeny explosivy, afrikáty a frikativy, nejméně jsou pak zasaženy nosovky (Klenková, J. 2006, str. 142–143).

Různé odborné zdroje uvádí mnoho klasifikací palatolalie. U nás je nejčastěji využívána Sovákova klasifikace (1978):

1. *stupeň* – zde se palatolalie projevuje pouze nepatrně v podobě nenápadné hypernazality či zbytků dyslalie;
2. *stupeň* – objevují se výraznější symptomy huhňavosti i poruch artikulace, které se ovšem při komunikaci neprojevují příliš nápadně;
3. *stupeň* – palatolalie je již velmi výrazná, avšak řeč je srozumitelná;
4. *stupeň* – zde je řeč nesrozumitelná (Sovák, 1978 In Klenková, J. 2006, str. 144).

Při diagnostikování palatolalie využíváme komplexní diagnostické šetření, kdy nesmíme opomenout ani logopedické vyšetření. Na základě speciálně pedagogické diagnostiky pak volíme možnosti terapie. Mezi specifické diagnostické postupy patří vyšetření funkce orofaciální oblasti, vyšetření vývoje řeči dítěte, vyšetření nazality a velofaryngeálního mechanismu, artikulace a hlasu (Klenková, J. 2006, str. 144–145).

Terapie palatolalie spočívá v komplexní interdisciplinární péči, která zároveň přihlíží k individualitě jedince s rozštěpovou vadou. Patří sem široké spektrum odborníků, např. pediatr, stomatolog, plastický chirurg, stomatochirurg, otorinolaryngolog, logoped aj. Logopedická intervence musí být zkoordinována s ostatními specialisty. Při logopedické terapii se logoped zaměřuje na masáže patra, cvičení pro zlepšení rezonance a rozvoj správné artikulace. Nelze opomenout předoperační a pooperační poradenství pro rodiče (Klenková, J. 2006, str. 145–147).

2.5 Narušení plynulosti řeči

Jestliže hovoříme o narušení plynulosti řeči, rozhodně narazíme na dva termíny narušené komunikační schopnosti, které do této kategorie spadají. Jedná se o **koktavost** (balbuties) a **breptavost** (tumultus sermonis)

2.5.1 Kóktavost

V odborné literatuře se objevují nejrůznější definice kóktavosti a neexistuje jediná, všeobecně platná. V současné době se však využívá Lechtova (1990) definice, kdy je kóktavost definována jako syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvení, který se projevuje charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti řečového projevu. Toto narušení se projevuje v procesech nesymbolických (narušení plynulosti v procesu mluvení) i symbolických (časté parafráze, těžko pochopitelný obsah, koncipování myšlenek přerušující řeč apod.) (Lechta 1990, In Klenková, J. 2006, str. 153–154).

Etiologie vzniku kóktavosti dosud nebyla uspokojivě odhalena. Nejedná se však o jednu jedinou příčinu, nýbrž o celý komplex příčin (Valenta, M., a kol. 2015, str. 81). Mezi nejčastěji uváděné příčiny se řadí dědičnost, negativní vlivy sociálního prostředí, různá psychotraumata či orgánové příčiny. Dále poruchy metabolismu, vrozená řečová slabost či vegetativní labilita. Tradiční balbutologie také uznává jako možnou příčinu napodobování (Klenková, J. 2006, str. 155).

Lechta (1990) uvádí, že balbuties lze klasifikovat dle zahraničních autorů z různých hledisek podle *doby vzniku, verbálních symptomů, původu, uvědomění si poruchy* a dle *stupně* (Lechta, 1990, In: Klenková, J. 2006, str. 157).

Jak již bylo řečeno, jedná se o syndrom, který se projevuje více než jedním příznakem. Kóktavost se projevuje ve všech jazykových rovinách. Mezi symptomy patří *obtíže s artikulací, fonací a respirací, úsilí o co nejkratší věty, embolofrázie, parafrázie a jejich interferenční vliv při řečovém projevu, dysprozódie či narušení koverbálního chování*. Dalším projevem může být např. *logofobie*, která se projevuje jako strach z verbálního projevu, z komunikačního neúspěchu či vyjádření svých osobních názorů. Mezi další osobnostní příznaky řadíme poruchy sebevědomí, interpersonálního chování či emotivity, neurotické příznaky (logofobie, depresivní neurózy, enurézy), či obtíže při písemném projevu. Je nutné si uvědomit, že se příznaky mohou měnit vzhledem

k aktuálnímu psychickému rozpoložení či situaci, ve které se balbutik nachází (Klenková, J. 2006, str. 157–159).

Při diagnostikování balbuties je třeba pátrat po příčinách, ale zároveň zohledňovat existující symptomy. Odhalení příčiny je nezbytné pro nastavení vhodné terapie, jelikož nechceme pouze potlačovat symptomy, nýbrž koktavost odstranit definitivně. Je také nezbytné zohlednit věk osoby (předškolní, školní, dospělost). Vhodným diagnostickým materiálem je pořízení videonahrávky balbutika se spontánním řečovým projevem či řízeným rozhovorem. Nahrávka umožňuje rozbor chování a zachycení mnoha symptomů. U předškoláků využijeme popisu obrázku, u školních dětí pak čtení vybraného textu. U diagnostikování koktavosti se jedná o týmovou, interdisciplinární práci odborníků (foniatr, neurolog, psychiatr ad.) (Klenková, J. 2006, str. 161–162).

Jak bylo uvedeno, nastavení vhodné terapie závisí na diagnostice. V současnosti je známo přes 250 postupů v odstraňování koktavosti, přičemž formy terapie mohou být jak individuální, tak skupinové (Klenková, J. 2006, str. 162).

Terapeutické přístupy lze rozdělit na *přímé* a *nepřímé*. V přímém přístupu se zaměřujeme na přímé a otevřené pokusy měnit řečový projev osob s koktavostí. Terapie se pak zabývají *tvarováním plynulosti*, kam spadá systematické rozšiřování již existujícího vzorce plynulé řeči, a dále *modifikováním koktavosti*, kde se terapie zaměřují na vzorec mluvení a symptomatiku. Nepřímé přístupy jsou zaměřeny na zlepšení fluence řeči ovlivněním balbutikova prostředí či jeho jazykové nebo pohybové schopnosti. Terapie v nepřímém přístupu se dále dělí na *bezprostřední ošetření* či *ošetření prostřednictvím jiných osob* např. rodičů, příbuzných či pedagogů (Lechta, V., a kol. 2005, str. 243–244).

Ve školním prostředí se může žák s koktavostí stát terčem posměchu. Největším problémem je pro dítě školní dialog, kdy se vyjádření před třídou může stát nepřekonatelnou bariérou. Dítě může být frustrované, bázlivé nebo naopak agresivní. Mohou převládat pocity méněcennosti a v konečných důsledcích může vzniknout odpor ke školnímu prostředí (Zezulková, E. 2014, str. 50).

2.5.2 Breptavost

Jedná se o další narušenou komunikační schopnost spadající do kategorie narušení plynulosti řeči. Breptavost (*tumultus sermonis*) je syndromem, který je charakteristický patologickým zrychlením tempa řeči nebo jeho nepravidelností. Zřetelně se projevuje při artikulaci. U breptavosti se mohou objevit obtíže ve čtení, psaní, také nižší koncentrace pozornosti a celkově lze pozorovat obtíže v motorice (Valenta, M., a kol. 2015, str. 25).

Přestože není etiologie zcela objasněna, mezi etiologické faktory lze uvést především *dědičnost, organický podklad, neurotický či polyfaktorální charakter* (Klenková, J. 2006).

Symptomy breptavosti můžeme rozdělit do třech úrovní:

1. úroveň příznaků – narušen obsah sdělení (desorganizace myšlenek, bezobsažná řeč, slabé chápání výpovědi, neuvědomění si problému);
2. úroveň příznaků – narušena forma sdělení (chudá slovní zásoba, nesprávná skladba věty);
3. úroveň příznaků – narušena substance sdělení (rychlé nebo nepravidelné tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov či vět, embofrázie (vmetky), chybná artikulace, prodlužování hlásek, monotónní řeč). (Klenková, J. 2006, str. 171).

Diagnostika *tumultus sermonis* klade důraz na komplexnost a interdisciplinaritu vyšetření, kdy se na diagnostice podílí tým odborníků (neurolog, psycholog, foniatr, logoped, popř. další odborníci). Důležitá jsou vyšetření EEG a EMG. Při diagnostice vycházíme z toho, že má zkoumaná osoba normální intelekt, kvůli existujícím rozdílům mezi chudým a dezintegrovaným myšlením. Jsou využívána testová šetření a rozhovory, které se zaměřují na mentální vývoj, zhodnocení jazykové schopnosti, vymezení vzájemného vztahu mezi mentálním a řečovým vývojem a stanovení případných disproporcí mezi inteligencí a lingvistickou schopností. V rámci diferenciální diagnostiky odlišujeme breptavost od koktavosti (Klenková, J. 2006, str. 171–172).

Při terapii lze vycházet z předpokladu, že si breptavá osoba svoje narušení neuvědomuje. Je tedy důležité obnovit u těchto osob akustickou a motorickou zpětnou vazbu, aby docházelo k uvědomění si problému, a tudíž k následné korekci vlastního řečového projevu. Logoped se dále zaměřuje na prozodické faktory (dýchání, tempo řeči, její rytmus a rychlost). (Klenková, J. 2006, str. 172).

Ve školním prostředí se může komunikace s breptavým dítětem stávat pro příjemce stresující (Zezulková, E. 2014, str. 52).

2.6 Narušení článkování řeči

2.6.1 Dyslalie

Dyslalie, nazývaná též jako *patlavost*, je odbornou literaturou považována za nejčastější poruchu narušené komunikační schopnosti u dětí. Termín dyslalie byl použit již v roce 1830 a v roce 1900 je termín *patlavost* zaveden v české odborné literatuře (Sovák, 1978 In Klenková, J. 2006, str. 99). Jedná se o neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupinu hlásek při mluvené řeči dle stanovených ortoepických norem (Hála, 1962 In Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 332). V nejširším slova smyslu je dyslalie porucha či neschopnost užívání zvukových vzorců řeči v komunikačním procesu podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka (Lechta, V., a kol. 2005, str. 168).

Etiologie dyslalie mohou být podmíněny funkčně (mluvidla nejsou porušena) či organicky, kdy se může jednat o narušení mluvních orgánů, sluchových drah nebo také narušení centrální nervové soustavy. Samotné příčiny lze rozdělit na *vnitřní* a *vnější*. Mezi vnitřní příčiny řadíme poruchy sluchu, anatomické vady řečových orgánů, nedostatečnou diskriminaci zvuků, neuromotorické poruchy či kognitivně-lingvistické nedostatky. Vnějšími příčinami jsou především psychosociální vlivy, které působí na artikulační zručnost v závislosti na věku či pohlaví jedince. K důležitým *faktorům* ovlivňujícím vznik *patlavosti* patří např. nespecifická dědičnost (predispozice k artikulační neobratnosti), vlivy prostředí (nesprávný mluvní vzor), narušené sluchové či zrakové vnímání, citová deprivace, narušení CNS či nervových

odstředivých a dostředivých drah, nebo poruchy řečového neuroefektoru (Klenková, J. 2006, str. 100–103).

Klasifikace patlavosti je široká a rozdělujeme ji dle několika hledisek následovně:

- **vývojové hledisko** – zde přihlížíme k vývoji jednotlivých hlásek, tudíž dyslalii dělíme následovně:
 - ❖ fyziologická dyslalie, tj. do 5 let věku dítěte;
 - ❖ prodloužená fyziologická dyslalie se objevuje v období od 5 do 7 let, kdy se upevňují mluvní stereotypy;
 - ❖ pravá dyslalie je diagnostikována po 7. roce věku dítěte, kdy je špatná výslovnost již zafixována. U pravé dyslalie se mohou objevovat *mogilalie* (vynechávání hlásky ve slovech) či *paralalie* (záměna nenaučené hlásky jinou hláskou).
- **etiologické hledisko** – jak bylo popsáno výše, dělíme dyslalie na funkční a orgánovou:
 - ❖ **funkční** – zde rozlišujeme typ *senzorický* (jedná se zde o narušenou schopnost sluchové diferenciacce) a *motorický* (označovaný jako artikulační či motorická neobratnost);
 - ❖ **organická** –sem patří typy dyslalie dle lokalizace orgánového poškození (akustická, labiální, dentální, palatální, lingvální, nazální). Dělíme na *impresivní*, *expresivní* a *centrální*.
- **hledisko rozsahu** – dle rozsahu poruchy výslovnosti dělíme patlavost následovně:
 - ❖ **dyslalia universalis**– též mnohočetná dyslalie, kdy je narušena výslovnost většiny hlásek a řeč se stává nesrozumitelnou;
 - ❖ **dyslalia multiplex**– rozsah narušené výslovnosti je ve srovnání s předchozí skupinou poměrně nižší, je zde i větší srozumitelnost;

❖ **dyslalia levis, simplex** – (parciální dyslalie) zde je narušení jedné nebo několika málo hlásek.

- **hledisko kontextu** – dyslalii tady dělíme na hláskovou (týká se jednotlivých hlásek) a kontextovou (slabiková či slovní, kdy jsou izolované hlásky tvořeny správně, však ve slabikách či slovech vadně). (Klenková, J. 2006, str. 104–106).

Základem diagnostiky dyslalie je komplexní logopedické vyšetření. Diagnóza je pak stanovena na základě vyšetření logopeda ve spolupráci s foniatrem a psychologem. Mezi vyšetřovací metody můžeme zařadit depistážní vyšetření, řečovou komunikaci, rozhovor nebo řízený rozhovor. Při diagnostice lze využít i přístrojové metody např. sonograf či spektograf (Klenková, J. 2006, str. 106).

Péče o děti s dyslalií by měla probíhat co nejdříve. Uvádí se již v rámci předškolního vzdělávání jako prevence narušení v pozdějším školním věku. Správná výslovnost je totiž jednou z podmínek školní úspěšnosti dětí. Terapie u žáků základních škol či dospělých je náročnější a vyžaduje specifické metodické postupy práce (Škodová, E., Jedlička, I. 2011). Při práci s dítětem s patlavostí na prvním stupni základní školy se mohou pedagogové podílet na minimalizaci narušené komunikační schopnosti především terapií dyslalie, ale také rozvojem percepčních funkcí, dechové ekonomie či oromotoriky. Při komunikaci s dítětem je nezbytností správný mluvní vzor pedagoga a motivování dítěte (Bendová, P. 2011, str. 34). Logopedická péče by měla probíhat dle všech obecných principů a zásad logopedické terapie. Terapie by měla mít formu hry a může být uplatněna ve formě individuální či skupinové. Řečová cvičení je nutné zapojovat do reálných životních situací (Klenková, J. 2006, str. 110). Komplexní terapeutický přístup lze rozdělit do samostatných etap (přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace, automatizace). (Lechta, V., a kol. 2005, str. 194).

2.6.2 Dysartrie

Dysartrie je vývojovou nebo získanou poruchou, která se projevuje narušením motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové

soustavy. Tato neurogenní motorická porucha řeči postihuje v různé míře i rozsahu schopnost respirace, fonace, artikulace a rezonance, polykání i prozodické faktory (Valenta, M., a kol. 2015, str. 44).

Etiologické faktory dysartrie můžeme rozdělit dle období vzniku na prenatální, perinatální, postnatální období či období dospělého věku:

- *Prenatální období* – zde se jedná nejčastěji o úrazy matky, infekční onemocnění matky, Rh-inkompatibilitu, nitroděložní změknutí mozku, pokusy o přerušování těhotenství, nedonošenost či krvácení do mozku plodu při nedostatku vitamínu K;
- *Perinatální období* – sem patří drobná krvácení při porodu, asfixie;
- *Postnatální období* – jedná se o meningitidu, encefalitidu, horečnatá onemocnění a intoxikaci;
- *Pozdější věk* – řadíme sem cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, úrazy hlavy, nádory, metastázy, roztroušenou sklerózu, toxická poškození CNS, Parkinsonovu chorobu či degenerativní onemocnění CNS (Klenková, J. 2006, str. 118–119).

Jestliže hovoříme o poruše vzniklé na základě organického poškození CNS již od počátku vývoje organismu, je řeč o *vývojové dysartrii*. Ta je často spojována se skupinou dětí, které mají příznaky dětské mozkové obrny (DMO). *Získaná dysartrie* náhle vzniká u dospělých osob v pozdějším věku právě v důsledku traumatu či onemocnění CNS (Neubauer, K. 2010). *Anartrie* je závažnějším a mnohem hlubším stupněm této poruchy motorické realizace řeči, protože zde dochází k neschopnosti verbální komunikace (Klenková, J. 2006).

Klasifikace dysartrie jsou u mnoha autorů odlišné. Naše literatura však uvádí klasifikaci dysartrie dle lokalizace poškození a rozděluje dysartrii: kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, cerebrální a smíšenou (Klenková, J. 2006, str. 120).

Diagnostikovat dysartrii můžeme na základě komplexního vyšetření, které provádí tým odborníků. Je nutné provést i diferenciální diagnostiku, abychom

odlišili dysartrii např. od vývojové dysfázie, dyslalie či afázie (Klenková, J. 2006, str. 121–122).

Terapie dysartrie je složitá a poskytuje se v rámci komplexní rehabilitační péče. Jiné přístupy v terapii vyžaduje dysartrie vývojová a jiné naopak získaná dysartrie. Mezi rehabilitační metody při postiženích hybnosti a narušené komunikační schopnosti patří Vojtova metoda, metodika manželů Bobathových, Kabatova metodika, Petöho terapie aj. (Klenková, J. 2006, str. 122–123).

2.7 Narušení grafické stránky řeči

Zde hovoříme o poruchách čtení a psané řeči, kam řadíme především specifické vývojové poruchy učení. Matějček (1995) uvádí jasnou a srozumitelnou definici pro tuto skupinu obtíží:

*„Specifické vývojové poruchy čtení – **dyslexie**, pravopisu – **dysortografie**, a psaní – **dysgrafie** jsou poruchy projevující se obtížemi při učení při užití běžného postupu, za přiměřené inteligence a sociokulturní příležitosti. Jsou podmíněny poruchami v základních poznávacích schopnostech (často konstitučního původu).“* (Matějček. 1995 In Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 362.).

Mezi specifické poruchy učení dále patří **dyskalkulie** (specifická porucha matematických funkcí), **dyspinxie** (porucha kresebného projevu) či **dysmúzie** (specifická porucha vnímání a produkce hudby). (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 362).

Z etiologického hlediska se uvádí několik možných příčin specifických poruch učení. Mezi ně se dle Kučery (1961) řadí především:

- *Encefalopatie* – poruchu způsobuje drobné difuzní poškození mozku, které může nastat v prenatálním, perinatálním či raně postnatálním období;
- *Dědičnost* – porucha se může vyskytovat u osoby v blízkém příbuzenském vztahu (rodiče, sourozenci);

- *Kombinace výše uvedených* – U dítěte se v anamnéze vyskytují oba výše uvedené etiologické faktory;
- *Jiné příčiny* – Mezi jiné příčiny může patřit sekundární projev neurózy, deprivace faktory v raném dětství či faktory omezující (nedostatečné odborné vedení, smyslové postižení, nedostatečná motivace). (Kučera, O., 1961 In Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 363).

Historický vývoj a výzkumy v oblasti etiologie specifických poruch řeči však také prokazují spojitost s *dysfunkcí centrální nervové soustavy* (Matějček, Z. 1988, str. 25–26; Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 363). Tyto obtíže rovněž nejsou důsledkem sníženého intelektu, nedostatečné edukace nebo nepodnětného sociálního prostředí (Valenta, M., a kol. 2015, str. 144–145).

Symptomatologie specifických poruch učení je rozsáhlá a projevy se mohou promítat ve více oblastech. Např. Pokorná (2001) uvádí, že zkušenosti odborníků zabývajících se dětmi se specifickými poruchami učení potvrzují jejich vyjadřovací obtíže, omezenou slovní zásobu či snížený jazykový cit (Pokorná, V., 2001, str. 27). Zde bude nastíněn pouze stručný základ, ovšem lze uvést, že se příznaky jednotlivých specifických poruch učení zabývá naše odborná literatura (Matějček, 1993; Žlab, 1990; Štruma, 1997; Zelinková, 1994 a další). (Škodová, E., Jedlička, I. 2011).

- *Dyslexie* – objevují se zde deficity ve fonologických schopnostech, kognitivních funkcích, obtížnější porozumění čtenému textu a práce s textem;
- *Dysgrafie* – narušená grafomotorická složka psaní, obtížné napodobování tvarů, písmen nebo číslic, objevuje se nejistota v psaní grafémů, nedostatečná paměť grafémů, psaní je pomalé, křečovitě, neplynulé. Vyskytuje se nadměrné přepisování písmen, nadměrná velikost písmen či jejich šířka;
- *Dysortografie* – obdobně jako u dyslexie se objevují deficity ve fonologických schopnostech a kognitivních funkcích. Dále se

vyskytují poruchy ve sluchovém rozlišování hlásek, ve sluchové analýze a syntéze či rytmiizaci. V neposlední řadě se objevuje artikulační neobratnost a specifické asimilace;

- *Dyskalkulie* – obtíže se projevují v začátcích při osvojování matematické látky, v oblasti numerace, při vytvoření pojmů přirozených čísel, při porovnávání čísel, při orientaci v číselné řadě. Potíže činí matematické operace či rozklad čísel (Valenta, M., a kol. 2015).

Ve školním prostředí preferují žáci s poruchami učení především neverbální formy komunikace. Neumí přesně vyjádřit svoje pocity a potřeby, užívají nesprávná pojmenování věcí nebo jevů. Obecně nevěnují tolik pozornosti různým sdělením, především pro nedostatek motivace, což vede k negativním školním výsledkům (Zezulková, E. 2014, str. 54).

Diagnostika i terapie specifických poruch učení spadá pod odbornost psychologů či speciálních pedagogů působících v pedagogicko-psychologických poradnách. Logoped se pak terapií těchto klientů zabývá v případě, je-li specifická porucha učení v kombinaci s jinou narušenou komunikační schopností (Škodová, E., Jedlička, I. 2011).

Terapeutických metod a přístupů se v naší odborné literatuře uvádí mnoho, přičemž žádná z nich není výhradně upřednostňována (Škodová, E., Jedlička, I. 2011). Zde budou uvedeny **terapeutické metody** dle Lechty (2005). Při intervenci u dětí, které mají poruchy čtené a psané řeči, lze využít stimulující a korigující metody. Specificky pak rozlišujeme dva odlišné metodické přístupy:

- *Trénink deficitních dílčích schopností* – Jedná se o dílčí schopnosti, které jsou důležité a nezbytné pro vytvoření správné schopnosti čtení a psaní. Nácvik je vhodný především pro děti mladšího školního věku. Podrobnými terapeutickými postupy se dále zabývají např. Pokorná (1998), Zelinková (1994) či Sindelar (2005);

- *Nácvik strategií učení se* – Zde hovoříme o rozvíjení metakognitivních a metalingvistických schopností (např. strategie práce s textem). Hlavní cíl spočívá v tom, aby dítě získalo vhled do učebního materiálu a ovládalo způsoby jeho vědomého „zmocnění“. Strategie se zabývají především způsobem než samotným obsahem. Teoretické základy těchto přístupů byly rozpracovány autory Gal’perinem (1984), El’koninem (1989), Davydovem (1994) a dalšími (Lechta, V., a kol. 2005, str. 356–357).

Role logopeda se pak odráží v péči o tzv. *rizikové děti*, u kterých se objevují deficity ve vývoji řeči v raném dětství, které pak mohou propuknout v poruchy čtené a psané řeči. Logoped by se měl zaměřovat především na prevenci vývojových poruch řeči, dále na vyhledávání „rizikových“ dětí a rozvoj deficitů dílčích schopností ještě před nástupem školní docházky. S nástupem školní docházky by se měl logoped zaměřit na jazykové a kognitivní deficity na pozadí dyslexie, dysgrafie a dysortografie (Lechta, V., a kol. 2005, str. 357).

2.8 Symptomatické poruchy řeči

Jedná se o poruchy řeči, které pouze doprovázejí jiné dominující postižení, onemocnění či narušení. O symptomatických poruchách řeči můžeme hovořit u osob s mentálním postižením, sluchovým nebo zrakovým postižením, dále u osob s poruchou autistického spektra, s neurologickým onemocněním, psychickým onemocněním a v neposlední řadě u osob s postižením tělesným (Valenta, M., a kol. 2015, str. 142). V celkovém klinickém obraze se nejedná o dominantní formu narušené komunikační schopnosti (Klenková, J. 2006).

Vznik symptomatických poruch řeči může být podmíněn mnoha etiologickými faktory. Lechta ve své publikaci *Symptomatické poruchy řeči u dětí* (2002) uvádí modely tří základních případů, kdy vznikají symptomatické poruchy řeči:

- Primární příčina (např. dědičnost) způsobí dominantní postižení (např. hluchotu), které kromě jiného doprovází narušená komunikační schopnost – symptomatická porucha řeči;
- Primární příčina (např. orgánové poškození mozku) způsobí dominantní postižení (např. mentální retardaci), které s sebou nese sekundární narušenou komunikační schopnost. Současně pak stejná příčina způsobuje i paralelní postižení (např. inervace mluvních orgánů) s dalším negativním vlivem na komunikační schopnost (symptomatická porucha řeči);
- Dvě i více primárních příčin svým mechanismem negativně působí na komunikační schopnost jedince (Lechta, 2002 In Klenková, J. 2006, str. 184–185).

Nejčastěji se se symptomatickými poruchami řeči potýkáme u osob *s mentálním postižením, s dětskou mozkovou ohrnou* a osob *se zrakovým postižením*:

U **dětí s mentální retardací** je řeč značně narušena vždy. Často se to nápadně projevuje opožděným vývojem řeči. U dětí s mentálním postižením je vývoj řeči pozdější, záleží však na stupni, typu i formě mentální retardace. Vždy se ale nemusí jednat o mentální retardaci, je proto nutné zhotovit včasnou diferenciální diagnostiku, na které se podílí tým odborníků (lékaři, psychologové, speciální pedagogové). Dítěti s mentální retardací poskytujeme stimulaci celkového vývoje (tedy i vývoje řeči), která má být zahájena již v raném věku (Klenková, J. 2006, str. 197–201).

U **dětí s dětskou mozkovou ohrnou** se nejčastěji objevují právě poruchy řeči, poruchy duševního vývoje, sníženého intelektu, epileptické záchvaty či poruchy chování a smyslová postižení. DMO postihuje primární hybné funkce, což má v konečném důsledku z logopedického hlediska dopad na respiraci, fonaci, artikulaci, fluenci a koordinaci řečového projevu. Nejtypičtější symptomatickou poruchou řeči u dětí s DMO je *dysartrie*. Dítě s DMO potřebuje *ucelenou rehabilitaci* (léčebnou, speciálně-pedagogickou, sociální

i psychologickou), v jejímž rámci poskytujeme i logopedickou intervenci (Klenková, J. 2006, str. 189–193).

Děti se zrakovým postižením mohou mít opoždění ve vývoji řeči, což se projevuje již od narození nebo raného věku. Je proto nezbytné těmto dětem poskytovat ucelenou rehabilitační péči, jejíž součástí bude i rozvoj komunikačních dovedností. U osob s nevidomostí se nejčastěji objevuje symptomatická *dyslalie* (špatná diferenciací M,N; interdentalní T, D, N). Dále také *koktavost*, *breptavost*, *huhňavost* či *poruchy hlasu*. Logopedickou péči o osoby se zrakovým postižením poskytuje speciální pedagog – logoped (Klenková, J. 2006, str. 204–205).

2.9 Poruchy hlasu

Hlas lze jednoduše vymezit jako *zvukový prostředek lidské komunikace*, který vzniká díky *fonaci*. Poruchami hlasu se primárně zabývá obor foniatrie, avšak pokud je léčba hlasových poruch doplněna o hlasovou reedukaci, spadají tyto poruchy do oboru logopedie (Klenková, J. 2006, str. 175).

Poruchy hlasu se mohou u lidí objevit v každém věku, ať už se jedná o novorozence, dítě předškolního či školního věku, nebo dospělé. Příčiny poruch hlasu jsou multifaktoriální a patří sem příčiny *vnitřní*, *vnější*, *orgánové*, *funkční*, *psychogenní* a *jiné*.

Vnitřní příčiny – zde se může jednat o vrozené asymetrie hrtanu, chabost hrtanového svalstva, dědičně podmíněnou konstituční méněcennost sliznice dýchacího orgánu nebo chybějící či nedostatečná schopnost intonovat;

Vnější příčiny – nesprávná hlasová technika podmíněná hlučným prostředím, nedoslýchavým členem rodiny nebo nutností hlasitě mluvit či zpívat. Dále sem patří opakující se alergie a záněty, nepřiměřená vlhkost a teplota v životním či pracovním prostředí;

Orgánové příčiny – záněty hrtanu a dýchacích cest, nádorová onemocnění, poranění při úrazech nebo po operačních výkonech, dále poruchy inervace hrtanu a hormonální změny;

Funkční příčiny – Jedná se o narušení funkce hlasového ústrojí, kdy příčinou může být přemáhání hlasového orgánu, psychogenně podmíněné poruchy, ovšem ne psychogenní v pravém slova smyslu, např. depresivní stavy.

Sovák (1981) funkční poruchy hlasu označuje termínem *dysfonie* a úplnou ztrátu hlasu pojmem *afonie*. Poruchu zpěvného hlasu pojmenovává jako *dysodii*;

Psychogenní příčiny – sem řadíme např. psychogenní dysfonii a psychogenní afonii, kdy na hlasivkách není patologický nález, avšak hlasivky nekmitají. Dále *spastická dysfonie*, která je způsobená křečí hlasivek či *hysterická spastická dysfonie* a *afonie*, jako příznak hysterie. V neposlední řadě sem patří i *fonastenien* vyskytující se u hlasových profesionálů při nadměrném přetížení hlasového ústrojí (Klenková, J. 2006, str. 176–177).

Diagnostika je prováděna týmem odborníků (foniatr, neurolog, otorinolaryngolog, logoped, psycholog) v rámci komplexního diagnostického šetření. Léčba hlasových poruch je pak lékařskou záležitostí (foniatr, otorinolaryngolog). Po ukončení léčby se pacient věnuje *hlasovým cvičením*. Nezbytnou prevencí v problematice poruch hlasu je správná *hlasová hygiena* (Klenková, J. 2006, str. 177–178).

2.10 Kombinované vady a poruchy řeči

O kombinovaných vadách a poruchách řeči hovoříme tehdy, jestliže je u jedné osoby přítomno více narušení komunikační schopnosti současně (Valenta, M., a kol. 2015). Jedná se ovšem o vady, za nimiž nestojí stejná příčina. Může se jednat např. o kombinaci breptavosti, koktavosti a dyslalie nebo narušení grafické stránky řeči s jiným typem narušené komunikační schopnosti aj. (Klenková, J. 2006, str. 181).

Vícenásobné postižení se projevuje nedostatky v kognitivní, komunikační, motorické či psychosociální oblasti. Speciálně-pedagogickou diagnostiku provádí speciálně-pedagogické centrum (popř. pedagogicko-psychologická poradna), které je zařazené do sítě škol, předškolních a školských zařízení MŠMT ČR.

Při logopedické intervenci je možnost využití systému alternativní a augmentativní komunikace (Klenková, J. 2006, str. 181–182).

3 Logopedická péče u žáků školního věku

Součástí připravenosti a školní zralosti dítěte ke školní docházce je řeč – komunikační schopnost. Na tu jsou ve školním prostředí kladeny poměrně vysoké nároky. Dítě potřebuje rozumět mluvenému slovu, aby vědělo, co se po něm vyžaduje. Řeč se prolíná s myšlením. Dítě komunikaci využívá jako projev svých myšlenek a pocitů a díky sdílení se stává součástí školního kolektivu, což přispívá k psychické pohodě a postavení ve skupině. Díky komunikaci získává informace. V poradenské praxi se také ukazuje, že žáci s opožděným či narušeným vývojem mohou mít větší obtíže při čtení či psaní a častěji se u nich projevují specifické poruchy učení (dále jen SPU) (Bednářová, J., Šmardová, V. 2010, str. 4). Pokud dítě v předškolním věku nezvládne vybudovat potřebné komunikační kompetence, může se to negativně projevit na jeho školní úspěšnosti (Neubauer, K., Tübele, S., Neubauerová, L., a kol. 2017, str. 46). Raitano, 2004 tuto myšlenku potvrzuje ve svém článku. Výzkumy posledních let ukazují zvýšené riziko špatného osvojování školních dovedností u žáků s NKS (Raitano, N. A. 2004).

Výzkumy z posledních let ukázaly, že do 1. ročníků základních škol v ČR vstupuje asi 40–50 % dětí s narušenou komunikační schopností. Toto číslo narůstá s rozvojem inkluzivního vzdělávání, protože prakticky každé dítě, jež má nějaké zdravotní postižení, má současně i narušenou komunikační schopnost. Většina dětí s NKS má současně projevy obtíží v oblasti zrakové a sluchové percepce, obtíže v grafomotorice, vizuomotorice a prostorové orientaci. Dále se u těchto dětí mohou projevovat nedostatky v krátkodobé paměti a koncentraci pozornosti (Michalík, J., Baslerová, P., Felcmanová, L. 2015).

O logopedickou intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností školního věku se starají instituce, které spadají do rezortu Ministerstva zdravotnictví (MZ), Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) (Klenková, J. 2006, str. 212). Instituce

lze využít samostatně, avšak řada zákonných zástupců žáků s NKS využívá logopedickou intervenci v rezortu MZ a MŠMT současně (Bendová, P. 2011).

V rezortu MZ lze využít služeb *logopedických ambulancí*, které jsou zřizovány jako nestátní zdravotnická zařízení, nebo fungují při logopedických pracovištích lůžkových oddělení nemocnic. Dále lze navštívit vysoce specializovaná pracoviště, kam řadíme *logopedické kliniky* (Bendová, P. 2011, str. 21). V rámci služeb MZ může být poskytnuta logopedická intervence a poradenství pro děti, jejich rodiče (zákonné zástupce), ale také pro dospělé a osoby ve stáří. Mezi nejčastější klienty patří osoby s dyslalií, mluvní profesionálové, nebo osoby se získanou narušenou komunikační schopností. Děti se symptomatickou narušenou komunikační schopností, kde dominujícím postižením je postižení mentální či somatické, jsou zařazovány do *denních rehabilitačních stacionářů*, kde jim je v rámci komplexní rehabilitační péče poskytována i logopedická intervence (Klenková, J. 2006, str. 212–213).

Logopedická intervence je rezortu MPSV poskytována jako součást komplexní rehabilitace v ústavech sociální péče pro děti a mládež. V těchto zařízeních jsou osoby s mentálním a tělesným postižením a osoby s kombinovanými vadami. Logopedická intervence v ústavech sociální péče, kde klienti často nemohou komunikovat se svým okolím, vyjadřovat svá přání nebo pocity, využívá systémy alternativní a augmentativní komunikace (Klenková, J. 2006, str. 216–217).

V edukačním procesu mateřských a základních škol se v důsledku narušené komunikační schopnosti objevuje velký počet žáků, kteří mívají problémy projevující se v sociální i psychické sféře. V rezortu školství je proto logopedická intervence nezbytností (Klenková, J. 2006, str. 213–214). U dětí mladšího školního věku by logopedická intervence měla probíhat vždy v aktivní spolupráci se zákonným zástupcem, který se tak stává tzv. koterapeutem (systematicky se podílí na terapii NKS dítěte). Zákonný zástupce by se též měl stát prostředníkem mezi logopedem a pedagogy ve škole, aby se terapie NKS

přenesla i do školního prostředí a stala se tak účinnější (Bendová, P. 2011, str. 21–22).

Děti, jejichž narušení komunikační schopnosti má vážnější charakter, který jim zabraňuje v navštěvování mateřské či základní školy hlavního vzdělávacího proudu, mají možnost navštěvovat *logopedické třídy při mateřských školách, mateřské školy logopedické* či *základní školy logopedické*. Zařazení dítěte musí být kompatibilní s jeho individuálními potřebami, charakterem postižení a také se posuzují sociální vztahy v rodině dítěte.

Mateřské školy logopedické jsou určeny pro děti se závažným stupněm postižení, vztahující se k postižení centrálních procesů řeči na úrovni vnímání, zpracování a užívání řeči. Zde je nutné zajistit dlouhodobou intenzivní a soustavnou logopedickou intervenci. Pobyt v tomto zařízení má vysoce pozitivní přínos pro socializaci a následné zařazení do hlavního vzdělávacího proudu. *Logopedické třídy* při běžných mateřských školách navštěvují děti, u kterých je třeba upřednostnit prostředí běžné mateřské školy a zachování všech kvalit a sociálních vazeb. *Základní školy logopedické* zajišťují výchovně-vzdělávací činnost a terapeutickou péči u žáků s NKS, kteří vyžadují každodenní logopedickou intervenci, kterou ovšem není možné v okolí bydliště zajišťovat ambulantně. Obsah výuky je totožný s obsahem základních škol, přičemž jsou do výuky zařazovány hodiny individuální logopedické péče. Aby byl zajištěn edukační proces ve spolupráci s logopedickou péčí, jsou počty žáků ve třídách sníženy. Jakmile je terapie u konce, žáci se vrací zpět do svých kmenových základních škol. Základní školy logopedické jsou pro mnohé rodiče obtížně dostupné (hlavně kvůli malému počtu těchto škol) a některým rodičům nemusí vyhovovat internátní forma studia dítěte, proto stále častěji dochází k integraci žáků s narušenou komunikační schopností. Může se jednat o *integraci individuální*, kdy je edukační proces podřízen individuálním potřebám žáka s NKS, a ten pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu. Pakliže je na jedné základní škole hlavního vzdělávacího proudu více žáků s NKS, ředitel školy může zřídit logopedickou třídu se sníženým počtem žáků s NKS, kde bude vyučovat speciální pedagog – logoped (jedná se o *skupinovou integraci*). Ve třídě je nutné zajistit logopedickou

intervenci a všechny náležitosti musí splňovat podmínky integrace. Na škole je také nutné vytvořit vřídne sociální klima. Škola spolupracuje s dalšími odborníky a také se Speciálně pedagogickým centrem (Klenková, J. 2006, str. 214–215).

3.1 Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra (dále i SPC) jsou speciálním školským zařízením, která zaměřují svoji činnost na regionální metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol a školských zařízení a rodičům dětí s postižením. Obecně jsou speciálně pedagogická centra zaměřena především na podporu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (v našem případě s NKS) do hlavního vzdělávacího proudu. Mezi hlavní úkoly SPC v oblasti narušené komunikační schopnosti dětí a žáků patří:

- Realizace komplexní diagnostiky (speciálně pedagogické, logopedické a psychologické);
- Stanovení konkrétních edukačních a reedukačních postupů, sestavení návrhu individuálního vzdělávacího plánu;
- Zabezpečení komunikační kompetence dětí;
- Spolupráce s pedagogy, kteří se podílejí na integraci žáka s NKS;
- Zabezpečení rané intervence vůči dětem s NKS i jejich rodičům;
- Poskytování individuální logopedické intervence;
- Příprava komplexních podkladů pro vydávání rozhodnutí orgánů státní správy;
- Evidence dětí, žáků a mladistvých, kteří jsou v péči SPC;
- Informační a osvětová činnost (Klenková, J. 2006, str. 215–216).

V rezortu MŠMT ČR je logopedická intervence pro žáky s narušenou komunikační schopností zajišťována i Speciálně pedagogickými centry pro vady řeči (SPC pro VŘ). Jelikož se ale jedná o tzv. *poradenské zařízení*, není primárním úkolem SPC pro VŘ zajišťovat kontinuální logopedickou terapii pro děti školního věku s NKS. Kompetence tohoto zařízení jsou vymezeny ve Školském zákoně č. 561/2004 a Vyhláškou č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (Bendová,

P. 2011, str. 21–22). Pro potřeby rezortu školství lze definovat *poradenské služby* jako odborné služby dětem, rodičům a pedagogickým pracovníkům, které jsou poskytovány subjekty systému výchovného poradenství pro optimální zabezpečení výchovně-vzdělávacího procesu a osobnostního rozvoje a také k řešení obtíží při školní práci a obtíží ve výchově a vývoji dětí a žáků (Klenková, J. 2006, str. 214).

Kmenovými zaměstnanci SPC pro VŘ jsou speciální pedagog (logoped, případně surdoped), psycholog a sociální pracovník. Dle potřeby spolupracují s dalšími odborníky z oblasti MZ a MPSV. Poradenská činnost je poskytována zpravidla dětem od tří let do jejich plnoletosti (Bendová, P. 2011, str. 22). Při integraci do hlavního vzdělávacího proudu poskytuje SPC pro VŘ dětem školního věku s NKS tyto služby:

- Logopedická depistáž dětí nebo žáků s NKS;
- Komplexní diagnostika (speciálně pedagogická, logopedická, psychologická);
- Tvorba plánu péče o dítě nebo žáka s NKS či dopomoc při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu;
- Aplikace terapeutických postupů do edukačního procesu žáka s NKS;
- Řešení výchovných problémů dětí či žáků s NKS;
- Spolupráce se zákonnými zástupci a pedagogy;
- Vedení a zpracování záznamů o individuální logopedické péči;
- Tvorba didaktických a metodických materiálů pro rozvoj komunikace, tvorba pracovních listů;
- Péče o děti cizinců;
- Vedení logopedických deníků;
- Zapůjčení logopedických pomůcek nebo odborné literatury (Bendová, P. 2015, str.168–169).

3.2 Logoped a logopedický asistent

Na základních školách hlavního vzdělávacího proudu může dále kromě pracovníka SPC (speciálního pedagoga – logopeda) vykonávat logopedickou péči také *školní logoped* nebo *logopedický asistent* pod jeho vedením. Legislativně je logopedická péče ošetřena v metodickém doporučení č.j. 14 712-2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství (Michalík, J., Baslerová, P., Felcmanová, L. 2015).

Logoped je popisován jako speciální pedagog, odborník s odpovědnou odbornou kvalifikací vymezenou § 18 zákona 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů v platném znění. Logoped je absolventem magisterského vysokoškolského studia v oblasti pedagogických věd se zaměřením speciální pedagogiky (logopedie), které bylo ukončeno státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Logoped v souladu se svým pracovním zařazením a při dodržování profesní odpovědnosti a etiky zabezpečuje odbornou činnost v komplexní logopedické intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností. Také zabezpečuje metodické a konzultační činnosti v oblasti působení. Jedná se zejména o tyto činnosti:

- Komplexní logopedická intervence pro žáky s narušenou komunikační schopností související s konkrétním různým druhem zdravotního postižení;
- Konzultační a poradenská činnost pro rodiče a odbornou veřejnost v oblasti vzdělávání, výchovy, integrace a budování komunikačních kompetencí u žáků s narušenou komunikační schopností;
- Metodické vedení pedagogických pracovníků (logopedický asistent) ve věcech logopedické prevence a odstraňování prostých vad výslovnosti u svěřených žáků;
- Zhotovení zpráv z logopedických vyšetření pro potřeby vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností a zpracování návrhů pro zajištění podmínek vzdělávání těchto žáků;

- Poskytování logopedické podpory při výuce či přímé poskytování výuky žáků se zdravotním postižením (v souladu se svým pracovním zařazením). (Metodické doporučení, 2009).

Logopedický asistent je pedagogickým pracovníkem, který zpravidla pracuje pod metodickým vedením logopeda. Jeho pedagogické vzdělání a odborné předpoklady jsou získány:

- Absolvováním vysokoškolského bakalářského studijního programu v oblasti pedagogických věd se zaměřením na speciální pedagogiku, zakončeného závěrečnou státní zkouškou z logopedie;
- Stanoveným vzděláním pro pedagogy mateřských škol, základních škol, středních škol, kteří nevykonávají přímou pedagogickou činnost ve třídách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, popřípadě vzděláním pro vychovatele, kteří rovněž nevykonávají přímou pedagogickou činnost v zařízeních zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami doplněného absolvováním programu v rámci celoživotního vzdělávání. Program zaměřený na speciální pedagogiku (logopedii) poskytuje vysoká škola;
- Stanoveným vzděláním pro pedagogy mateřských škol, základních škol, středních škol, kteří nevykonávají přímou pedagogickou činnost ve třídách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, popřípadě vzděláním pro vychovatele, kteří rovněž nevykonávají přímou pedagogickou činnost v zařízeních zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a vzděláním získaným absolvováním kurzu, který je zaměřený na logopedickou prevenci, akreditovaným MŠMT v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (Metodické doporučení, 2009).

Odborná způsobilost získaná dle prvních dvou bodů dovoluje logopedickému asistentovi provádět tyto činnosti:

- Přímá logopedická intervence u žáků se zjištěnou prostou vadou výslovnosti;
- Reedukační postupy a cvičení u svěřených žáků stanovené logopedem;
- Vyhledávat žáky s narušenou komunikační schopností;
- Podporovat přirozený rozvoj řeči a prevenci vzniku poruch řeči u svěřených žáků;
- Poskytovat zákonným zástupcům žáků s příznaky rizikového vývoje řeči informace o dostupnosti logopedické péče.

Odborná způsobilost získaná dle posledního bodu zaměřuje aktivitu logopedického asistenta zejména na tyto činnosti:

- Podpora přirozeného vývoje komunikačních schopností a dovedností u dětí předškolního a mladšího školního věku;
- Prevence vzniku poruch řeči a čtenářských obtíží;

Poskytovat zákonným zástupcům žáků s příznaky rizikového vývoje řeči informace o dostupnosti logopedické péče (Metodické doporučení, 2009).

3.3 Logopedická intervence

Pojem logopedické intervence lze též dobře vyjádřit jako specifickou aktivitu logopeda, proces, zásah, zákrok v prospěch intervenovaného či jako snahu o ovlivnění určitého jevu nebo procesu. Termín lze vyjádřit synonymním slovem reedukace. Logopedická intervence je procesem realizovaným ve třech úrovních, které se vzájemně prolínají. Jedná se o **logopedickou diagnostiku**, **logopedickou terapii** a **logopedickou prevenci** (Valenta, M., a kol. 2015, str. 73).

3.3.1 Logopedická diagnostika

Nedílnou součástí logopedické intervence je jednoznačně logopedická diagnostika. Jak již bylo mnohokrát řečeno výše, logopedická diagnostika je nezbytná pro určení vhodné terapie narušené komunikační schopnosti. Při komplexním zkoumání se na diagnostickém procesu podílí tým složený z více odborníků.

Logopedická diagnostika má několik cílů:

- Odhalit, zda se jedná o NKS, anebo o pouhý fyziologický jev;
- Jestliže je to možné, usiluje se o odhalení příčiny a patogenezi NKS;
- Určit, zda se jedná o NKS přechodné, či trvalé, vrozené, nebo získané;
- Zjistit, jestli se jedná o NKS dominantní, anebo symptomatické;
- Určit o jaký stupeň a formu NKS jde;
- Zjistit uvědomělost, nebo neuvědomělost NKS u jedince;
- Navrhnout případnou terapii (Lechta, V. 2003, str. 21–22).

Logopedickou diagnostiku lze realizovat ve více úrovních dle hloubky identifikace narušené komunikační schopnosti. Rozlišujeme tedy tři úrovně logopedické diagnostiky:

- **Orientační logopedické vyšetření** má za cíl odpovědět na otázku, zda vyšetřovaná osoba má narušenou komunikační schopnost, nebo nemá. Orientační vyšetření lze realizovat při depistáži či screeningu;
- **Základní logopedické vyšetření** zjišťuje druh narušené komunikační schopnosti a určuje tak základní diagnózu;
- **Speciální logopedické vyšetření** se zaměřuje na přesnost identifikace zjištěné narušené komunikační schopnosti. Zjišťuje především typ, formu, stupeň, zvláštnosti i následky (Lechta, 1995. In: Škodová, E., Jedlička, I. 2011).

Při logopedické diagnostice lze využít celou řadu metod a technik. Patří sem metody pozorování (pozorovací listy), explorační metody (dotazníky, rozhovory), diagnostické zkoušky (vyšetřování výslovnosti, zvuku řeči), testové metody (test laterality, Token test), rozbor výsledků činnosti (např. školní výsledky) a v neposlední řadě kazuistické a přístrojové metody (Lechta, V. 2003, str. 23–24).

3.3.2 Logopedická terapie

Stejně jako diagnostika, patří i logopedická terapie do oblasti komplexní péče o jedince s narušenou komunikační schopností. Terapie aplikuje tři základní skupiny metod – metody *stimulující nerozvinuté a opožděné řečové funkce* (např. trénování sluchového vnímání), metody *korigující narušené řečové funkce* (např. úprava výslovnosti) a metody *reedukující ztracené a dezintegrované řečové funkce* (např. u osob s afázií). (Valenta, M., a kol. 2015, str. 214).

Logopedickou terapii lze charakterizovat jako aktivitu realizovanou pomocí specifických metod ve specifické situaci záměrného učení, která probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda. Může být realizována i samostatně osobou s NKS, ovšem pod supervizí logopeda. Terapie může probíhat v logopedických zařízeních i mimo ně (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 39–40).

Při logopedické terapii lze aplikovat metody všeobecné, ale i speciální pedagogiky, kam patří např. **reedukace** (postupy zaměřené na narušenou funkci, rozvíjení nerozvinutých funkcí, náprava porušených funkcí), **kompensace** (postupy, které rozvíjejí náhradní, nepostižené funkce) a **rehabilitace** (postupy upravující společenské vztahy). Od metod je třeba odlišit techniky logopedické terapie. Zatímco *metodu* lze označit jako určitou cestu k cíli, *technika* představuje konkrétní postup práce, prostřednictvím něhož se k cíli dostaneme (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 40–41).

V rámci logopedické terapie se (dle Škodové a Jedličky, 2011, str. 41) řídíme *všeobecnými principy řízeného učení, pedagogickými, speciálně-pedagogickými principy a principy specificky logopedickými*:

- **všeobecné principy řízeného učení** – patří sem především princip motivace, zpětná vazba (reflektování vhodného či chybného výkonu osoby s NKS), princip opakování (kvůli fixaci), princip transferu (přenášení osvojených dovedností v rámci automatizace);
- **pedagogické principy** – jedná se např. o princip uvědomělosti, názornosti, aktivity, princip individuálního přístupu, trvalosti, soustavnosti ad.;
- **speciálně-pedagogické principy** – hovoříme např. o principu komplexnosti, socializace nebo principu resocializace;
- **specificky logopedické principy** – patří sem především tyto principy:
 - ❖ princip minimální akce;
 - ❖ princip relaxace (terapie probíhá s co nejmenší námahou při maximální duševní i fyzické pohodě);
 - ❖ princip komplexnosti (spočívá v týmovém přístupu odborníků);
 - ❖ princip symetričnosti terapeutického vztahu (je žádoucí partnerský vztah mezi terapeutem a klientem);
 - ❖ princip multisenzoriálního či monosenzoriálního přístupu (uplatňuje se dle potřeby jedince);
 - ❖ princip imitace přirozeného vývoje;
 - ❖ princip včasné stimulace, princip krátkodobého, avšak častého procvičování;
 - ❖ princip funkčního používání řeči;
 - ❖ princip překonávání komunikační bariéry (zaměřuje se na člověka jako na bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku spíše, než na řeč);
 - ❖ princip celostního přístupu (Škodová, E., Jedlička, I. 2011).

Logopedickou terapii lze realizovat v různých formách. Dle Borbonuse a Maihacka (2002) rozlišujeme tyto formy terapie, které lze v praxi mezi sebou kombinovat:

- **individuální** – individuální péče o osobu s NKS, kterou můžeme dělit dle času na 30minutová, 45minutová nebo 60 minutová sezení;
- **skupinová** – skupinová péče o osoby s NKS, kdy skupinu tvoří 3 až 6 osob;
- **intenzivní** – probíhá několikrát denně;
- **intervalová** – probíhá s odstupem několika týdnů nebo měsíců, kdy se opět zavádí intenzivní terapie (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 42).

Terapie může mít různá zaměření v závislosti na specifikách daného případu nebo v závislosti na orientaci terapeuta. Dle zaměření lze terapii dělit na kauzální, symptomatickou a holistickou (celostní):

- **kauzální terapie** – zaměřuje se na odhalení příčiny narušené komunikační schopnosti se snahou ji odstranit. Ne vždy je však možné logopedickou kauzální terapii uskutečnit, bereme-li v potaz fakt symptomatických narušení řeči, kdy příčinu vždy odstranit nelze;
- **symptomatická terapie** – realizuje se často v případech, kdy není známá příčina a lze se zaměřit pouze na symptomy daného narušení komunikační schopnosti. Cílem je právě redukce projevů NKS;
- **holistická terapie** – jde o zaměření na celostní péči o osoby s narušenou komunikační schopností. Nejčastěji se aplikuje v dětských logopedických centrech nebo sanatoriích pro osoby s NKS. V praxi se holistický přístup nejlépe uplatňuje v rodinném domácím prostředí (Lechta, V., a kol. 2005, str. 28).

3.3.3 Logopedická prevence

Poslední součástí logopedické intervence je logopedická prevence. V rámci ní se mohou uplatnit metody *primární*, *sekundární* a *terciární* prevence.

Primární prevence má za cíl předcházet ohrožujícím situacím v celé sledované populaci. Primární prevenci lze dělit na specifickou, kdy se zaměřujeme na konkrétní rizika a konkrétní narušenou komunikační schopnost, a nespecifickou, která všeobecně podporuje žádoucí formy chování (Lechta, V., a kol. 2005, str. 29).

Sekundární prevence se zaměřuje na osoby, které jsou vystaveny negativním jevům. Příkladem mohou být tzv. hlasoví profesionálové, u kterých se předchází poruchám hlasu. Dále se může jednat o prevenci koktavosti u dětí s vývojovou dysfluencí nebo o děti v kojeneckých ústavech, kde hrozí narušení vývoje řeči (Lechta, V., a kol. 2005, str. 29).

Terciární prevence je zacílená na osoby, u nichž se již narušená komunikační schopnost projevila. Zde je snaha zabránit dalším negativním následkům, které s sebou může NKS přinášet. V takových případech se pak prolíná prevence s terapií (Lechta, V., a kol. 2005, str. 29–30).

V oblasti prevence je podstatné, aby logopedi i další odborníci vyhledávali děti s rizikovými faktory. Včasný začátek logopedické intervence totiž ovlivňuje kvalitu života jedince. V opačném případě se může jednat o narušení komunikace dítěte s rodičem, obtíže při získávání školních dovedností, sociální problémy či problémy v oblasti duševního zdraví, což může mít v konečném důsledku vliv na celkovou kvalitu života dítěte (Bytešníková, I. 2015, str. 173).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Průzkum možností logopedické péče na základních školách

4.1 Cíl práce a její dílčí cíle

Při výzkumném šetření jsme se zaměřili na analýzu možností logopedické péče na základních školách. Cílem práce je: Charakterizovat logopedickou péči na základních školách, vymezit pojem narušená komunikační schopnost a její jednotlivé typy a dále zmapovat, jaké jsou možnosti a formy logopedické péče na základních školách.

Mezi dílčí cíle patří:

- Zjistit, jakým způsobem a formou probíhá logopedická péče na vybraných základních školách.
- Objevit nové metody a postupy práce, pomůcky či metodiky, které lze využít při logopedické péči u žáků základních škol.

4.2 Základní východiska

Při tvorbě diplomové práce a výzkumného šetření vycházíme z předpokladu, že přítomnost žáků s narušenou komunikační schopností na základních školách je živou a aktuální problematikou. Tento fakt potvrzuje i odborná literatura, odkud jsme při tvorbě teoretických východisek čerpali.

Je nesporně důležité zabývat se problematikou žáků školního věku s narušenou komunikační schopností. Jak již bylo psáno výše v předchozích kapitolách teoretické části i samotném úvodu, žáci s narušenou komunikační schopností mají oproti intaktním žákům značné nevýhody. Jejich obtíže se ve své podstatě mohou projevovat ve všech oblastech jejich osobnosti, konkrétně např. v motorice (grafomotorika, oromotorika, vizuomotorika, ad.), v kognitivních

procesech, např. v řeči, myšlení či paměti, nebo v percepci (vizuální, auditivní percepcie). Tyto nedostatky či obtíže se pak mohou projevovat v různých sférách, např. v osobním životě, při volnočasových aktivitách, ve škole, při práci nebo v budoucnosti v jejich zaměstnání.

4.3 Metody analýzy dat

Výzkumné šetření je realizováno prostřednictvím metody kvalitativního dotazování, tedy pomocí rozhovoru.

Podle Hendla (2016) představuje naslouchání vyprávění, kladení otázek a získávání odpovědí hlavní třídu metod sběru dat v empirickém výzkumu. V oblasti kvalitativního dotazování lze využít několik typů rozhovorů (Hendl, J., 2016, str. 168). Pro výzkumné šetření možností logopedické péče na základních školách byl zvolen polostandardizovaný rozhovor.

Autor práce zvolil metodu rozhovoru pro její spolehlivost při výzkumném šetření, obzvláště pokud se jedná o osobní kontakt s člověkem, který se v dané problematice a teorii orientuje a je s ní seznámen. Dle Sochůrka a Slukové (2013, str. 44) může být výhodou rozhovoru možnost podrobnějšího vysvětlení otázky, často získání důvěrnějších či interních informací, nebo pozorování neverbálních reakcí respondenta.

Polostandardizovaný rozhovor obsahuje několik pevně stanovených základních otázek vztahujících se k tématu. V průběhu rozhovoru se pak objevují další otázky, které mohou přímo navazovat na předchozí odpověď dotazovaného (Sochůrek, J., Sluková, K., 2013, str. 45). Otázky rozhovoru vycházejí z teoretického základu a jsou podmíněny cílem výzkumného šetření. Odpovědi dotazovaných byly zaznamenávány do archu, který je dostupný k nahlédnutí v příloze č. 1. Rozhovor měl časové rozpětí cca 25–45 minut.

4.3.1 Etické aspekty výzkumu

Podle Sochůrka a Slukové (2013) by měl výzkumník při výzkumném šetření pečlivě dbát na etické principy výzkumné činnosti. Očekává se plnění

vědecké věrohodnosti výzkumu, což znamená systematickosti, objektivnost a přesnost. Je vhodné věnovat pozornost výběru respondentů a zachovat jejich anonymitu. Respondent by měl být seznámen s informacemi o záměrech výzkumu a jeho účast na výzkumu by měla být dobrovolná. (Sochůrek, J., Sluková, K., 2013, str. 18)

Spolupráce všech odborníků, potažmo jednotlivých základních škol na výzkumném šetření proběhla zcela dobrovolně. Dotazovaní byli seznámeni s výzkumem, jeho cílem a účely. Vedení školy i respondenti byli ujištěni, že jimi poskytnuté informace a zpracované výsledky výzkumného šetření poslouží výhradně účelům diplomové práce.

4.3.2 Strategie výzkumného šetření

- příprava výzkumného šetření;
- informování ředitele školy o výzkumném šetření, jeho průběhu, cílech a účelu;
- návštěva školy – rozhovor s ředitelem instituce, rozhovor s dalším odborníkem (speciální pedagog, logopedický asistent);
- zpracování rozhovoru;
- případná druhá návštěva instituce – doptávání se na další otázky;
- celkové zhodnocení a zápis výsledků šetření.

4.4 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá z jednotlivých vybraných základních škol z Turnova a jeho blízkého okolí. Výzkumný vzorek byl vybrán z důvodů autorova zájmu o tuto problematiku v dané lokalitě. Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 základních škol z 8 oslovených. Všechny základní školy, které se na práci podílely, jsou zapojené v projektu EU pro podporu inkluzivního vzdělávání, jehož je autor součástí.

Níže jsou stručně uvedeny základní informace o výzkumném vzorku.

Základní škola Turnov, 28. října

- ředitel ZŠ: Mgr. Jaromír Frič
- adresa: Základní škola Turnov, 28. října 18,
511 01 Turnov, okres Semily
- webové stránky: www.2zs-turnov.cz

Základní škola Skálova, Turnov

- ředitel ZŠ: Mgr. Michal Loukota
- adresa: Základní škola Turnov, Skálova 600,
511 01 Turnov
- webové stránky: www.zsskalova.cz

Základní škola Turnov, Žižkova

- ředitel ZŠ: Mgr. Ivo Filip
- adresa: Základní škola Turnov, Žižkova 518
511 01 Turnov, okres Semily
- webové stránky: www.zsturnov.cz

Základní škola Mírová pod Kozákovem

- ředitel ZŠ: Mgr. Edita Vondrová
- adresa: Základní škola Mírová pod Kozákovem, Bělá 31
511 01 Mírová pod Kozákovem
- webové stránky: www.skolamirova.webnode.cz

Základní škola Jenišovice

- ředitel ZŠ: Mgr. Milena Kučerová
- adresa: Základní škola, Jenišovice 180
468 33 Jenišovice
- webové stránky: www.zsjenisovice.cz

Základní škola Radostín u Sychrova

- ředitel ZŠ: Mgr. Lenka vyhlídková
- adresa: Základní škola, Radostín 19
463 44 Sychrov
- webové stránky: www.zsradostin.cz

4.5 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumné šetření je členěno do podkapitol podle jednotlivých základních škol, kde výzkumné šetření probíhalo. Jednotlivé podkapitoly pak obsahují kategorie, ve kterých jsou zaznamenány výsledky jednotlivých rozhovorů. Pro přehlednost a systematičnost zpracovaných výsledků jsou jednotlivé kategorie tvořeny dle otázek rozhovoru.

4.5.1 Základní škola Turnov, 28. října

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondent je školním speciálním pedagogem, který působí na základní škole běžného vzdělávacího proudu v Turnově, 28. října. Při své práci přijde do styku s žáky se SVP, nejčastěji se pak jedná o žáky se SPU, poruchami pozornosti, oslabením kognitivního výkonu i žáky s NKS. Respondent je zároveň logopedickým asistentem. V rámci celoživotního vzdělávání absolvoval kurz Deficitů dílčích funkcí dle B. Sindelar, kurz programu pro rozvoj pozornosti KUPOZ, kurz metodiky splývavého čtení SFUMATO a dále se vzdělává v oblasti terapeutických metod EFT a vzdělávací kineziologie. Na škole pracuje v rámci projektu Evropské Unie na poloviční úvazek. V oboru působí krátce.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Na ZŠ je v péči speciálního pedagoga celkem 32 žáků s NKS. Patří sem žáci se SPU, s lehkými formami dyslalie i těžšími kombinovanými vadami NKS. Žáků, kteří jsou diagnostikováni ŠPZ jako žáci s NKS, je na škole celkem 46. Bohužel se neví, kolik dalších žáků s NKS školu dále navštěvuje.

Mezi žáky se nejčastěji objevuje dyslalie různých forem, SPU a artikulační neobratnost. Těžších vad je méně (12 žáků) a jedná se spíše o kombinované vady např. PAS a NKS, Touretův syndrom a NKS, poruchy sluchu, DMO nebo OVŘ.

V začátku školního roku 2017/2018 respondent vnímá nárůst žáků s NKS, především dyslalických žáků v prvních ročnících.

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

ZŠ pro své žáky zajišťuje logopedickou péči ve dvou formách – individuální i skupinové. Individuální forma práce probíhá především v ranních a dopoledních hodinách. V odpoledním čase probíhá kroužek mluvení, určený pro žáky prvních ročníků s lehkými formami dyslalie. Dále probíhají kroužky zaměřené na nápravu SPU.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

Respondent spolupracuje s logopedkou a kolegy logopedickými asistenty. V rámci školského poradenského pracoviště respondent spolupracuje se školní psychologou. Škola dále spolupracuje se SPC.

Spolupráce s logopedkou spočívá v supervizích, které se konají jednou za 3 měsíce. Konzultují se zde jednotlivé případy žáků, vhodné postupy práce a metodiky. Spolupráce s dalšími logopedickými asistenty spočívá spíše ve vzájemném sdílení metod, osvědčení pomůcek a aplikaci osvědčených postupů.

Se SPC respondent přímo nespolupracuje. Škola je však se zařízením v kontaktu skrze výchovnou poradkyni.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

Podmínky pro práci respondent hodnotí jako „*téměř ideální*“.

Veškerá individuální péče probíhá v kanceláři speciálního pedagoga. Je to tiché, klidné a prostorné místo, kde může probíhat nerušená práce. Skupinová činnost pak probíhá v některých volných třídách, vždy po domluvě s učitelem.

Z časového hlediska je zde problém, že individuální práce probíhá v dopoledním čase, tudíž zasahuje žákům do vyučování, což respondent nevnímá jako příliš vhodné. Nicméně se může věnovat individuálním potřebám jedince celých 45 minut. Čas může být kratší v závislosti na potřebách žáka nebo vyučujících. Odpolední čas je věnovaný skupinovým činnostem, které jsou již po vyučování. Jejich délka se pohybuje kolem 40 minut.

Podpora vyučujících je „*individuální, ale spíše kladná*“. Někteří z vyučujících uvolnění žáka z hodiny vnímají jako problém, jiným to nevádí. Vždy lze udělat kompromis a nějak se dohodnout.

Diagnostika a prevence NKS na škole

S diagnostikou respondentovi částečně pomáhá logopedka. Respondent částečně provádí vlastní diagnostiku, kdy se zaměřuje na speciálně pedagogickou diagnostiku, diagnostiku se zaměřením na deficity dílčích funkcí a orientační logopedické vyšetření. Diagnostiku provádí i ŠPZ a v některých případech i SPC. Respondent tak získá celkový obraz o žákovi, se kterým lze následně efektivně pracovat.

V rámci preventivních opatření jedná respondent pouze na doporučení vyučujícího. Je tomu tak kvůli nedostatku času.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

Jsou využívány klasické pomůcky výhradně pro logopedii i celkový rozvoj kognitivních a percepčních dovedností. Zmíněné byly např. špátle, jedlé lupínky, bublifuk, magic ball, zrcadlo nebo sady Logico Piccolo. Dále hry: Dobble, Ubongo, písmena z hry Scrabble. Mezi pomůcky respondent zařadil práci s pracovními listy pro rozvoj percepce a kognice.

Metody práce, které respondent využívá, jsou nejčastěji metody stimulující a korigující.

Respondent při práci nejčastěji využívá metodiky B. Sindelar, občasné i metodiku splývavého čtení.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Spolupráce s rodinou při logopedické péči je zde na škole bohužel minimální. Při nápravách lehkých forem dyslalie jsou rodiče obeznámeni, že se s jejich dítětem pracuje, tím angažovanost rodiny končí. Respondent nedostává zpětnou vazbu od rodičů, což může komplikovat práci a brzdit pokrok dítěte.

Při práci s žáky s SPU nebo těžšími případy NKS je komunikace s rodinnými příslušníky lepší. Probíhá vzájemná e-mailová nebo telefonická konzultace. Možné jsou i osobní schůzky a poradenství.

Financování logopedické péče

Financování je zajištěno z projektu EU, ve kterém respondent působí. Dalším zdrojem je NFN. Ohledně otázky financování respondent nemá podrobnější informace.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondent nevnímá logopedickou péči jako dostačující.

Mezi návrhy pro zlepšení logopedické péče respondent uvedl navýšení úvazku. Navýšením úvazku by se pokryla časová dotace na logopedickou péči pro více žáků. Respondent by mohl provádět např. preventivní screening u žáků prvních ročníků, na který nezbývá při malém úvazku čas.

Respondent dále uvádí, že by pro lepší péči byly vhodné pravidelné supervize, řízené odborníky a hlavně lidmi z praxe. Není zde myšleno klasické školení, ale spíše vzájemné obohacování formou kazuistik, sdílení nových nebo osvědčených postupů.

Poslední faktor, který by zlepšil logopedickou péči na škole, je dle respondenta lepší komunikace s rodiči.

Respondentovo doplnění

Respondent vnímá speciálně pedagogickou, konkrétně logopedickou péči na základních školách jako smysluplnou, podstatnou a nezbytnou pro dnešní děti

školního věku. Dle respondenta logopedických vad přibývá a je potřebné s žáky na školách pracovat.

4.5.2 Základní škola Skálova, Turnov

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondentem je školní speciální pedagog, který působí na základní škole běžného vzdělávacího proudu v Turnově, Skálova. Při své práci přijde do styku s žáky se SVP, nejčastěji se jedná o žáky s SPU, PAS, ADHD i NKS. Respondent nemá zaměření na konkrétní obor speciální pedagogiky. Na škole působí externě v rámci projektu EU. Jeho hlavní pracovní činností je práce v dětském domově v Praze.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Nyní je v péči školního speciálního pedagoga cca 70 žáků. Mezi nimi nalezneme nejčastěji žáky s SPU (žáci s dyslexií, dysgrafií, dysortografií). Žáků s „vážnějším“ typem NKS je 10, přičemž se jedná o dysfázii a opožděný vývoj řeči. I přes tato čísla se nejčastěji na škole objevují žáci s dyslalií. S těmito žáky ale respondent nepracuje, protože nemá potřebnou aprobaci pro práci s touto skupinou. Primárně tedy žáky s „lehčím“ typem NKS ani nevyhledává.

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

Logopedická péče je na škole zajištěna částečně. O žáky s NKS, myslí se zde např. dyslalie, dysfázie, OVŘ, je postaráno formou skupinové péče, která probíhá pouze na prvním stupni. Logopedickou péči zajišťují učitelky prvního stupně s aprobací logopedického asistenta.

Péči o žáky s SPU pak zajišťuje speciální pedagog formou individuální práce.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

ZŠ spolupracuje s turnovskou logopedkou a v jisté míře i se SPC. Když se vyskytne žák, u kterého je silné podezření na NKS, která nespadá do aprobační logopedického asistenta, doporučí se rodičům návštěva logopedky. Pokud se návštěva uskuteční, logopedka podává škole zpětnou vazbu, popřípadě doporučí postupy práce.

SPC v případě potřeby poskytuje škole diagnostické a poradenské služby, nicméně spolupráce ve větší intenzitě zatím nebyla potřebná.

Diagnostické služby poskytuje i semilská PPP, která poskytne škole zprávu o obtížích žáka a doporučení pro práci se žákem. V doporučení se může objevit i návštěva logopeda či práce se speciálním pedagogem.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

Časová náročnost pro logopedickou péči je příznivá. Logopedické asistentky pracují se skupinou 1 hodinu týdně, vždy po vyučování. Logopedická péče tedy nezasahuje žákům do výuky. Naopak individuální práce s žáky se SPU do výuky zasahuje. Předměty speciálně pedagogické péče probíhají v době vyučování a časová náročnost je daná přesně na 45 minut na 1 žáka.

S prostory je to na škole ovšem horší. Pro skupinovou logopedickou péči se vždy musí zajistit učebna, která je aktuálně k dispozici. Ve většině tříd prvního stupně jsou družiny a různé zájmové kroužky. Péče tedy neprobíhá vždy na stejném místě. Ani individuální práce se speciálním pedagogem neprobíhá pokaždé na jednom místě, v čemž respondent vidí nevýhodu a potíže.

Dle respondenta je podpora ostatních kolegů lepší, než bývala minulý rok. I přesto se občas stane, že mají vyučující problémy s uvolněním žáka se SVP k předmětu speciálně pedagogické péče.

Diagnostika a prevence NKS na škole

Jak bylo zmíněno výše, diagnostické služby poskytuje logopedka, SPC nebo PPP.

V rámci prevence NKS škola doporučuje rodičům žáka návštěvu logopeda. Je potom na rodičích, zda se doporučením budou řídit, či nikoliv. Jiná preventivní opatření v rámci logopedické péče škola neposkytuje.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

V rámci logopedické péče i speciálně pedagogické péče se využívají učebnice pro dyslektiky, spousta her a pracuje se s pracovními listy. Mezi nejčastější hry patří Dobble, různá pexesa, Slova či Scrabble. Pracovní listy, které se nejčastěji využívají, jsou publikovány autorkami Bednářovou a Zelinkovou.

Mezi metody využívané v logopedické péči se zde na škole řadí metody korigující. Jiné metody ani metodiky práce se neužívají.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Škola aktivně spolupracuje s rodiči dítěte s NKS, je-li spolupráce opravdu nutná. Komunikace a spolupráce probíhá spíše skrze e-mailovou konverzaci, nežli osobně. Jsou zde možné i osobní konzultace, které jsou ovšem méně časté. Škola dále upozorní rodiče, jestliže si všimne nějakého konkrétního narušení v komunikaci dítěte – pak doporučuje i návštěvu logopeda.

Financování logopedické péče

Logopedická péče a speciálně pedagogická péče jsou financovány z projektu, v rámci kterého na škole působí speciální pedagog. Dalším zdrojem jsou šablony a v neposlední řadě jsou finance i z NFN.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondent zatím nevidí logopedickou péči a speciálně pedagogickou péči jako dostačující. Dle jeho názoru by pomohlo navýšení úvazku speciálního pedagoga na škole.

Respondentovo doplnění

Respondent k tématu nemá co dodat.

4.5.3 Základní škola Turnov, Žižkova

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondentka je učitelkou prvního stupně na základní škole běžného vzdělávacího proudu. Současně na škole vykonává funkci speciálního pedagoga. Kromě běžné výuky poskytuje žákům předměty speciálně pedagogické péče a pedagogickou intervenci. V rámci této činnosti přijde do styku se žáky s NKS, SPU, LMR nebo se žáky se sluchovým postižením. Respondentka má dlouholetou praxi.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Na škole se může vyskytovat zhruba kolem 70 žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Patří sem především žáci se SPU, vadami řeči, sluchovým postižením, žáci s oslabením kognitivního výkonu nebo hraničním pásmem LMR. Všech 70 žáků není vyšetřeno školským poradenským zařízením. Počet vyšetřených žáků by toto číslo z poloviny nepřesáhl.

Na škole se nejčastěji objevují žáci se SPU a dyslalií. Žáků s dyslalií se vyskytuje více na prvním stupni. Také se u žáků objevuje artikulační neobratnost, chudší slovní zásoba či překotné tempo řeči.

Respondentka dále uvedla, že vnímá nárůst žáků s NKS. Domnívá se, že se jedná o důsledek špatné výchovy a obecně vztahů mezi rodiči a dětmi a dětmi mezi sebou. *„Rodiče svým dětem nečtou, tolik si s nimi nepovídají. V čekárně, místo aby rodiče vytáhli knížku, dají dítěti tablet a hraj si. Děti se neumí vyjadřovat, spíše píšou smsky. Nebaví se mezi sebou. A mnoho dalšího.“*

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

Na škole se zajišťuje logopedická péče spíše ve formě logopedické prevence. Neprobíhá zde klasická logopedická terapie, kdyby se např. dítěti korigovala špatná výslovnost. V rámci logopedické péče se jedná spíše o rozvoj slovní zásoby, správnou artikulaci a především rozvoj komunikačních dovedností. Se žáky se SPU pak může probíhat buď předmět speciálně pedagogické péče,

nebo pedagogická intervence. Dále na škole na prvním stupni funguje předmět dyslektické nápravy.

Veškerou činnost škola poskytuje ve formě individuální i skupinové práce na prvním i druhém stupni. O činnost se stará respondentka (jako speciální pedagog), jedna z učitelek – logopedka a výchovná poradkyně.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

Škola spolupracuje s klinickou logopedkou a další logopedkou. Ty zajišťují odbornou logopedickou terapii. Jejich návštěva je, ale nemusí být podmíněna doporučením ze školy.

Škola také spolupracuje se SPC pro vady řeči. Spolupráce je spíše pasivní (probíhají dvě návštěvy ročně) a v jiných případech funguje spolupráce dle potřeby.

Škola dále spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou.

Respondentka má také možnost některé případy konzultovat se školním psychologem.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

Podmínky pro práci respondentka hodnotí kladně.

Prostorem, kde probíhá péče o žáky, je její třída. Zde mají žáci klid pro práci a veškeré pomůcky, které při práci potřebují, jsou hned po ruce. S prostorem tedy problém není.

Z hlediska času je respondentka plně vytížená. Navíc ke svému plnému úvazku učitelky poskytuje téměř každý den výše zmíněné činnosti. Se žáky pracuje nejčastěji v rozsahu 45 minut. S některými žáky cca 30 minut, dle potřeby. Péče na jednoho žáka může činit až 2 hodiny týdně. Veškerá péče probíhá mimo hlavní vyučovací čas, tudíž žáci nemají narušeno vyučování. Spolupráce kolegů je hodnocena jako bezvadná.

Diagnostika a prevence NKS na škole

V rámci diagnostiky na škole probíhá screeningové testování v prvních a druhých ročnících. Diagnostické služby dále poskytuje pedagogicko-psychologická poradna a u dvou žáků SPC pro vady řeči. U žáků, u kterých se nově objevili obtíže v učení, respondentka provádí orientační diagnostiku. Orientační diagnostika slouží k poskytnutí péče v době, než se žák dostane do poradenského zařízení.

Speciálně pedagogická péče, kterou respondentka, potažmo škola provádí, je zároveň formou logopedické prevence.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

Při speciálně pedagogické péči se nejčastěji využívá pracovních listů (Bednářová, Zelinková), nápravných sešitů či učebnic a knížek pro dyslektiky. Dále se využívá spousta her např. Dobble, hry se slovy, pexesa i sady logico piccolo. Také se využívají hry pro rozvoj sluchové a zrakové percepce a kognice. Respondentka také využívá programů a her pro rozvoj na interaktivních tabulích.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Spolupráce s rodinou probíhá vždy v začátcích spolupráce s dítětem. Dále je možná spolupráce v rámci třídních schůzek a pravidelně každé pololetí. Rodiče také podepisují souhlas o práci s dítětem. Spolupráce je téměř bezproblémová.

Financování logopedické péče

Financování veškeré speciálně pedagogické činnosti na škole momentálně pokrývají dva projekty MŠMT. Dalším zdrojem financování je NFN.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondentka hodnotí momentální speciálně pedagogickou péči jako dostačující, především díky zapojení školy do projektů MŠMT, které péči o žáky se specifickými vzdělávacími potřebami pokrývají.

Respondentovo doplnění

Respondentka uvedla, že vidí velký smysl ve vybudování školského poradenského pracoviště na školách. Momentálně na škole funguje školské poradenské pracoviště díky zmíněným projektům. Po skončení těchto projektů se obává o nedostatečné financování např. pro psychologa nebo pro zajištění speciálně pedagogické péče. *„Bylo by vhodné na škole zřídit alespoň poloviční úvazek pro školního psychologa nebo speciálního pedagoga.“*

4.5.4 Základní škola Mírová pod Kozákovem

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondentka je učitelkou na malé prvostupňové základní škole běžného vzdělávacího proudu v Mírově pod Kozákovem. Kromě práce učitelky se věnuje žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a žákům nadaným v rámci své vlastní poradenské praxe. Respondentka má vystudované učitelství prvního stupně, a v rámci celoživotního vzdělávání také absolvovala kurz logopedické prevence – logopedická asistence, kurz metody instrumentálního obohacování – Feuersteinova metoda, kurz Deficitů dílčích funkcí podle B. Sindelar a v neposlední řadě kurz tréninku jazykových schopností podle Elkonina. V oboru působí 20 let, přičemž 12 let působí na výše zmíněné ZŠ.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Na ZŠ v Mírově pod Kozákovem je celkem 80 žáků. Dle školského poradenského zařízení mají diagnostikovanou NKS pouze 3 žáci, přičemž se jedná spíše o narušení grafické stránky řeči. Nediagnostikovaných žáků je více. Kromě žáků s narušením grafické stránky řeči se jedná o žáky s dyslalií, s poruchou fonemické paměti a artikulační neobratností. Celkový počet se tak vyšplhá na 15 žáků.

U menších dětí jasně převažuje dyslalie, u starších žáků pak artikulační neobratnost a poruchy fonemické paměti.

Dle respondentky není vnímán nárůst ani úbytek dětí s NKS. Přibývají spíše těžší vady, kterých je minimum. Zde měla na mysli např. vývojovou dysfázii. Ovšem dle jejího názoru např. žáci s prostou dyslalií nepřibývají.

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

ZŠ pro své žáky zajišťuje logopedickou péči. Jedná se o 1 vyučovací hodinu týdně, kdy probíhá řečový kroužek – oficiálně vedený jako doučování. Řečového kroužku se účastní skupina až 5 žáků, kdy probíhají společná oromotorická cvičení, spontánní projevy žáků a nejrůznější hry pro rozvoj percepčních a kognitivních funkcí (především související s řečí dětí). V rámci řečového kroužku je zde prostor i pro individuální práci, kdy se respondentka zaměřuje na jednotlivé potřeby žáků.

Logopedická péče probíhá i individuálně v rámci doučování obvykle v ranních hodinách. Zde je pozornost zaměřena na konkrétní potřeby jedince – nejčastěji na oblast rozvoje slovní zásoby, oromotoriky a sluchové percepcce.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

ZŠ spolupracuje s logopedkou se školním speciálním pedagogem – logopedickým asistentem.

Spolupráce s logopedkou probíhá v rámci supervizí, které se konají dvakrát ročně. Při první návštěvě probíhá diagnostika žáků s NKS, kdy logopedka diagnostikuje žáky, kteří se jeví jako riziková. Na diagnostiku navazuje terapie, kdy je respondentka ponaučena, jak s žáky efektivně pracovat v rámci jejich odborných kompetencí. Druhá návštěva je kontrolní – supervizní. Jestliže u některého z žáků není viděn pokrok, logopedka navrhuje jiné cesty (metody), jak s dítětem pracovat. Zároveň sleduje pokroky ostatních žáků, popřípadě navrhuje další efektivní způsoby práce.

Škola dále spolupracuje se školním speciálním pedagogem – logopedickým asistentem. Ten se zaměřuje především na individuální práci s žáky se speciálními

vzdělávacími potřebami. Cílovou skupinou jsou tedy povětšinou žáci s SPU potažmo NKS (narušení grafické stránky řeči) a žáci s artikulační neobratností či lehkou formou dyslalie. Péče má za cíl komplexní rozvoj kognitivních i percepčních funkcí. U žáků s dyslalií nebo artikulační neobratností navíc provádí oromotorická cvičení, cvičení na rozvoj slovní zásoby a schopnost vyjadřování – vše v kompetenci logopedického asistenta. Jednotlivé případy žáků s NKS konzultuje společně s respondentkou, aby docílili jednotné a komplexní péče.

Se SPC škola nespolupracuje. Zatím nebyla potřeba spolupráce.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

Jak sama respondentka tvrdí, podmínky pro logopedickou péči jsou „vyhovující“. Logopedická péče probíhá v prostorech její třídy, kde je dostatek místa pro individuální i skupinovou práci a po ruce spoustu pomůcek, které při práci lze využít. Časový horizont pro logopedickou péči v rámci řečového kroužku je 45 minut týdně. Ranní individuální péče zahrnuje cca 90 minut týdně. Časový horizont pro individuální práci vychází zhruba na 30 minut týdně na žáka. Logopedická péče je žákovi poskytována do doby, dokud se u něho projevuje narušení jeho komunikační schopnosti.

Podpora a spolupráce ostatních kolegů, které se na vzdělávání žáka s NKS podílejí, je výborná. Vzájemně konzultují výkony žáků, oslabené komunikační dovednosti žáků, zlepšování popřípadě stagnaci v oblasti řeči a komunikace.

Diagnostika a prevence NKS na škole

Diagnostiku pro školu provádí logopedka (logopedická diagnostika) a speciální pedagog (speciálně pedagogická diagnostika). Sama respondentka také u vytypovaných dětí provádí diagnostiku deficitů dílčích funkcí dle B. Sindelar.

Se speciálním pedagogem jsou také konzultovány případy žáků, kteří se dle ostatních pedagogů na škole jeví jako rizikové. S těmito žáky se pak v rámci prevence pracuje.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

Při logopedické péči se využívá spousta pomůcek a hlavně her, aby žáky logopedická péče bavila. Využívají se zde především klasické logopedické pomůcky, kam řadíme např. logopedické zrcadlo, magic ball, špátle, bublifuk, jedlý papír pro oromotorická cvičení, bzučák aj. Dále jsou to hry např. pexesa, logopedická pexesa, auditivní pexesa, sady Logico piccolo s odpovídajícími pracovními listy, sada Minilük s odpovídajícími pracovními listy, hra typu Dobble ad. Pracuje se i s pracovními listy a v neposlední řadě se využívají i moderní technologie. Práci s interaktivní tabulí ocení především děti – *„Je to pro ně změna, baví je to a má to větší efekt.“*

Intervenční postupy práce, které respondentka volí, jsou především stimulující a korigující. Zaměřuje se na artikulační obratnost žáků, oromotorická a myofunkční cvičení. Nechybí ani trénování sluchové či zrakové percepce.

Při logopedické péči respondentka využívá metodiky tréninku jazykových schopností podle Elkonina. Jedná se o metodiku, díky které se u dětí předškolního věku trénují jazykové schopnosti, které jsou klíčové a nezbytné pro správný nácvik čtení a psaní. Mimo jiné lze právě tuto metodiku vhodně využít u dětí mladšího školního věku. Je též vhodná pro skupinu dětí, které jsou v ohrožení v oblasti pozdějšího rozvoje specifických poruch učení – patří sem děti s dlouhodobou logopedickou péčí, děti s narušeným vývojem řeči nebo děti s odkladem školní docházky.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Rodiče dětí s NKS spolupracují spíše výjimečně. Jedná se o rodiče, kteří mají zájem o zlepšení komunikačních dovedností svých dětí nebo již se svým dítětem navštěvují logopedickou poradnu. Spolupráce pak spočívá v konzultacích, nebo systému, kdy si žáci s sebou na školní logopedickou péči nosí notýsek. Do notýsku se zapisuje, co mají doma s rodiči procvičovat. Rodiče také často nosí pracovní listy na procvičování, které obdrželi v logopedické poradně. Je zde tedy možnost s dětmi procvičovat právě tato vybraná doporučená cvičení.

Financování logopedické péče

Logopedickou péčí financuje zřizovatel školy dle dohody s ředitelkou školy. Péče o žáky se SPU je spolufinancovaná z projektu EU.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondentka je s momentálním nastavením logopedické péče na škole spokojená.

Respondentovo doplnění

Po krátkém zamyšlení respondentka uznala, že je velmi znatelné, že je žákům poskytována logopedická péče. Odráží se to hlavně na jejich školních výkonech, komunikačních dovednostech, myšlení a dalších odvětvích jejich osobnosti. „*Rozhodně je to potřebné a má to smysl.*“

Řeč přišla i na metodu splývavého čtení *SFUMATO*, prostřednictvím které se žáci na ZŠ Mírové učí číst. Podle respondentky mají žáci mnohem lepší výslovnost hlásek a lépe artikulují. Díky metodě se také rozvíjí fonematický sluch, což je při logopedické péči výhodou.

4.5.5 Základní škola Jenišovice

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondentkou je učitelka 1. stupně na ZŠ hlavního vzdělávacího proudu v Jenišovicích u Turnova. Respondentka vystudovala obor speciální pedagogiky v Praze. Na škole kromě učitelství vykonává funkci výchovné poradkyně a logopedické asistentky. V oboru působí přes 20 let.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Na škole se vyskytuje celkem 27 žáků s NKS. Z toho se jedná o 15 žáků s dyslalií, 10 žáků s SPU a 2 žáky s dysfázií. Logopedická péče se zaměřuje především na žáky s dyslalií a dysfázií. Žákům s SPU se logopedická terapie na škole neposkytuje. Dle ŠPZ má NKS 12 žáků.

Respondentka dále uvedla, že vnímá nárůst žáků s NKS, konkrétně s dyslalickými obtížemi.

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

Na škole je logopedická péče zajištěna pouze jednou formou – individuální logopedická péče. Ta probíhá pouze na prvním stupni, jednou týdně po vyučování. Skupinová péče se zde neprovádí z důvodu menší efektivnosti.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

Škola aktivně s dalšími odborníky nespolupracuje.

Pokud se však objeví žák, u kterého je patrná těžší forma NKS, je zde možnost obrátit se na klinického logopeda. Na základě doporučení respondentky si návštěvu u klinického logopeda zařizují rodiče sami. Klinický logoped školy také poskytuje poradenství ohledně logopedické terapie.

Se SPC škola spolupracuje jen v nejnutnějších případech, které se na škole objevují minimálně. Nedá se to tedy dle respondentky považovat za příliš aktivní spolupráci.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

Podmínky pro práci jsou na škole dobré. Logopedická péče probíhá ve třídě respondentky. Ve třídě vniká po vyučování klidný prostor pro logopedickou péči. Ve třídě jsou i různé pomůcky, které se pro logopedickou péči využívají.

Z hlediska času je žákům věnována 1 hodina týdně, kde se vystřídají až tři žáci. Logopedická péče probíhá vždy po vyučování, tudíž terapie nenarušuje běžné vyučování.

Podpora kolegů je na škole dobrá. Jelikož logopedická péče probíhá na prvním stupni, není dle respondentky třeba obzvláště velké podpory. Nicméně ostatní pedagogové jsou rádi, že na škole logopedická péče probíhá a žákům je věnován čas.

Diagnostika a prevence NKS na škole

Diagnostiku lehčích forem NKS si provádí respondentka sama. Se svým vzděláním a zkušenostmi z praxe si dokáže poradit sama. Diagnostiku těžších forem NKS nechává na ŠPZ nebo klinickém logopedovi.

V rámci prevence se na prvním stupni každoročně vytipovávají žáci s rizikem vzniku NKS. S těmi se poté může pracovat.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

Mezi využívané pomůcky k logopedické péči slouží různé hry, pracovní listy a ostatní pomůcky, kam patří např. bublifuk, Magic ball, logopedické zrcadlo a špátle. Nejvyužívanějšími hrami jsou logopedická pexesa, Dobble a sady Logico Piccolo. Pracovní listy slouží k rozvoji zrakového vnímání a časoprostorové orientace.

Na škole jsou v logopedické terapii využívány korigující metody.

Respondentka dále částečně pracuje s metodikou B. Sindelar.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Spolupráce s rodiči je zde nezbytnou součástí logopedické péče. Rodiče se přímo neúčastní, jsou však obeznámeni s průběhem a pokrokem dítěte. Po rodičích je také vyžadováno domácí procvičování dle pokynů. Respondentka vidí spolupráci s rodinou jako zásadní pro úspěch v logopedické péči.

Financování logopedické péče

Respondentka přesně nevěděla, odkud je logopedická péče financovaná. Domnívá se však, že zdrojem financí jsou nejspíše šablony, projekt EU a u žáků s doporučením ŠPZ normovaná finanční náročnost.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondentka sice neshledává logopedickou péči jako dostačující, nicméně netuší, co by pomohlo zlepšení nebo rozvoj.

Respondentovo doplnění

Pro respondentku je při logopedické péči opravdu důležitá spolupráce s rodinou žáka. Dle jejího názoru, přijde veškerá péče bez spolupráce rodičů vniveč. U žáka nedochází k progresu a celý proces je demotivující pro všechny strany – pedagoga, žáka i rodiče.

Respondentka dále apeluje na komplexnost logopedické péče, která by měla žáka rozvíjet po všech jeho stránkách. Myslí tím rozvoj komunikace, percepčních dovedností i kognice.

4.5.6 Základní škola Radostín u Sychrova

Seznámení s respondentem a jeho pracovním působištěm

Respondentka je logopedkou, učitelkou a vychovatelkou na malé prvostupňové ZŠ hlavního vzdělávacího proudu v Radostíně u Sychrova. Jejím hlavním pracovním působištěm je ovšem liberecká logopedická poradna. V rámci svojí profese přichází do styku s klienty s nejrůznější NKS. S logopedií má bohaté zkušenosti ověřené dlouhodobou praxí. Na škole působí krátce.

Počty žáků s NKS, kteří potřebují logopedickou péči

Na ZŠ se vyskytuje cca 16 žáků, kteří spadají do kategorie žáků s NKS. Konkrétně se jedná o 3 žáky, kteří dle ŠPZ mají diagnostikovanou SPU. Dále sem spadají 3 žáci s dyslalií. A zhruba 10 žáků trpí SPU, ovšem nejsou diagnostikováni ŠPZ. Na škole se nevyskytují žáci s těžší formou NKS.

Dle respondentky a jejích kolegů žáků s obtížemi v komunikaci rozhodně přibývá. Nejčastěji se jedná o obtíže s artikulací, výbavností slov, nedozrálým fonematickým sluchem, nízkou slovní zásobou nebo poruchami v učení. Respondentka je toho názoru, že za příbytkem těchto obtíží u dětí, je přístup rodičů, dnešní doba a s ní rozvoj moderních technologií.

Formy, kterými se na škole zajišťuje logopedická péče

ZŠ pro své žáky zajišťuje logopedickou péči formou individuální spolupráce. Skupinová logopedická péče na škole neprobíhá.

Respondentka však dodala, že v rámci českého jazyka – čtení se ostatní kolegyně zaměřují na rozvoj slovní zásoby, schopnost vyjadřování a rozvoj sluchové percepce. Podle ní toto lze považovat za jistou formu logopedické péče. Tato forma práce s dětmi probíhá v prvním a čtvrtém ročníku jednou za týden.

Spolupráce s dalšími odborníky (logoped, logopedický asistent, speciální pedagog – logoped, zařízení SPC)

Vzhledem k tomu, že je respondentka logopedkou, nemá potřebu spolupracovat s jinými odborníky z oboru logopedie. Škola spolupracuje se ŠPZ a pokud by byla potřeba, může se obrátit i na SPC. Aktivní spolupráce se SPC však neprobíhá.

Podmínky pro práci (prostor, čas, podpora kolegů)

S prostory na základní škole není problém. Logopedická péče probíhá vždy ve třídě, která je právě volná a neučí se v ní.

V časovém rámci probíhá individuální logopedická péče pravidelně jednou týdně po vyučování. Logopedka žáky z vyučování neruší, aby příliš nezameškali. Logopedická péče probíhá v časovém rozmezí 30–60 minut. Na žáka vyjde cca 20 minut za týden.

Jelikož je ZŠ Radostín malou školou, je zde i menší kolektiv učitelek. Podpora kolegyň je zde vysoká. Ostatní učitelky jsou rády, že na škole logopedická péče probíhá.

Diagnostika a prevence NKS na škole

ZŠ si diagnostikuje žáky s NKS sama, popřípadě ve spolupráci se ŠPZ, pokud se jedná o žáka s podezřením na SPU. Respondentka k diagnostice využívá

orientační logopedické vyšetření (OLV) dle Lechty a diagnostiku deficitů dílčích funkcí dle Sindelar.

V rámci preventivních opatření škola provádí každoroční logopedický screening žáků prvních ročníků. Pokud logopedický screening prokáže u žáka NKS, pak je dotyčný zařazený do logopedické péče.

Využívané pomůcky, postupy práce a metodiky

Mezi nejčastěji využívané pomůcky se na škole řadí hry, pracovní listy a knihy. Mezi užívané hry se řadí Dobble, Rozhýbej svůj jazýček, svět v kostce a různá pexesa, hádanky, slovní hry, rýmy. Nejvyužívanější pracovní listy jsou od autorky Jiřiny Bendářové. Dále se využívají nejrozličnější logopedické pohádky, hádanky či říkanky.

Respondentka při logopedické péči využívá metod korekce a stimulace.

Užívanou metodikou jsou při logopedické intervenci (zejména diagnostice) je metodiky B. Sindelar – Deficity dílčích funkcí.

Spolupráce s rodinou dítěte s NKS

Jestliže škola doporučí rodičům návštěvu logopedické poradny, většina rodičů doporučení bere na vědomí a dále pak se školou spolupracuje. Jsou ale i rodiče, kteří na doporučení školy neberou zřetel a nespolupracují. Těchto případů je ale dle respondentky minimum.

Respondentka dále poukazuje na důležitost spolupráce rodičů při logopedické péči. Zdůrazňuje, že pouhá práce v logopedické ordinaci je nedostačující, a že je nutné, aby s dětmi pracovali doma hlavně rodiče.

Financování logopedické péče

Logopedická péče na škole má různé financování. Zdrojem peněz může být výše zmíněný projekt spolufinancovaný EU. Částečným zdrojem se stává také úvazek učitelek. Posledním zdrojem financí je NFN pro žáky s podpůrnými opatřeními.

Návrh pro zlepšení logopedické péče

Respondentka nedokázala odpovědět, zda je logopedická péče na škole dostačující, proto ani nedokázala navrhnout zlepšení.

Respondentovo doplnění

Po krátkém zamyšlení respondentka opět poukázala na problém moderních technologií. Podle ní jsou žáci příliš pohodlní, leniví a je stále obtížnější je něčím zaujmout nebo motivovat. Díky přespřílišnému trávení volného času u tabletů, televizí a počítačů jsou motoricky neobratní, což se pak projevuje především v komunikaci (artikulační neobratnost) v psaném projevu (grafomotorika) a ve čtení (vizuomotorika).

„Problémem dnešní doby je nedostatek času. Rodiče nemají čas číst dětem, povídat si s nimi, vyprávět jim příběhy. Tuto roli pak zastáváme my učitelky. Otázkou je, jestli je to takto správně.“

4.6 Souhrn zjištění výzkumného šetření a diskuze

Tato kapitola má za cíl shrnout odpovědi jednotlivých respondentů dle logicky uspořádaných celků. Jednotlivé celky jsou řazeny a strukturovány dle předchozích kategorií odpovědí respondentů, nebo kategorií položených otázek rozhovoru. Současně budeme o jednotlivých faktech a zjištěních diskutovat.

Odborník zajišťující logopedickou péči na základní škole

Aby na základní škole mohla probíhat kvalitní péče o žáky s narušenou komunikační schopností, je třeba pracovníka s dostatečnou způsobilostí, kvalifikací, odborností a charakterem.

Všichni respondenti, kteří se účastnili výzkumného šetření, jsou k práci s žáky s narušenou komunikační schopností způsobilí. Na čtyřech vybraných školách provádějí logopedickou péči především učitelky, které mají absolvovaný kurz logopedické asistence, případně jiné doplňující speciálně pedagogické vzdělání, díky kterému jsou schopny logopedickou péči na úrovni logopedické prevence vykonávat. Na dvou dalších školách se o žáky s narušenou komunikační schopností starají speciální pedagogové.

Dle teoretických východisek je odborná způsobilost respondentů vykonávajících logopedickou nebo speciálně pedagogickou péči v pořádku.

Žáci s narušenou komunikační schopností

Teorie i praxe nám potvrzují přítomnost žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na základních školách běžného vzdělávacího proudu. Všichni dotazovaní respondenti v rozhovoru uvedli, že se na škole, kde působí, vyskytují žáci s narušenou komunikační schopností. Všichni dotazovaní také zároveň potvrdili, že je některým těmto žákům poskytována ze strany školy logopedická či speciálně pedagogická péče.

Někteří z těchto žáků jsou vyšetřeni školským poradenským zařízením. Tito žáci jsou však na školách v menšině. Většina žáků s narušenou komunikační schopností školským poradenským zařízením vyšetřena není, protože závažnost

narušení komunikační schopnosti není v míře, která by odpovídala nutnosti vyšetření. O tyto žáky pak může pečovat logoped či klinický logoped. Zde se nejčastěji jedná především o žáky s dyslalií či specifickými poruchami učení jako projevem vady řeči.

Respondenti se v rozhovoru svěřili se svým dojmem, že pozorují příbytek žáků s narušenou komunikační schopností. Domnívají se, že je na vině dnešní uspěchaná doba a přebytně strávený čas u televizorů, počítačů aj. S tímto faktem se shoduje i myšlení autora práce. Z rozhovoru vyplynulo, že nejčastěji se vyskytující narušenou komunikační schopností je právě dyslalie.

Formy logopedické péče

Zjistili jsme, že na dotazovaných školách se žákům s narušenou komunikační schopností poskytuje logopedická péče v obou formách, tedy individuální i skupinové formě. Forma individuální logopedické péče se vyskytuje na všech zkoumaných školách. Některé ze škol pak využívají i skupinovou formu práce s žáky.

Na všech školách se také pracuje formou logopedické terapie a speciálně pedagogické činnosti. Logopedická terapie se zaměřuje především na žáky s dyslalií, dysfázií či poruchami artikulační obratnosti. Speciálně pedagogická péče se pak poskytuje žákům se specifickými poruchami učení.

Odborná spolupráce

Na oslovených školách respondenti využívají při logopedické péči spolupráci dalších odborníků. Tyto školy spolupracují s logopedy, klinickými logopedy, školským poradenským zařízením (speciálně pedagogickým centrem, pedagogicko-psychologickou poradnou) či psychology.

Na základě teoretických poznatků i výzkumných zjištění hodnotíme spolupráci odborníků velmi kladně. Jak uvádí (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 41), jedním z principů logopedické terapie je právě komplexnost, která spočívá v týmové spolupráci více odborníků. Služby speciálně pedagogického

centra vybrané školy příliš nevyhledávají. Většina respondentů ovšem uvedla, že by se na speciálně pedagogické centrum obrátila s větším problémem, se kterým by si sami nedokázali poradit. Tato situace u většiny zatím nenastala. Respondenti tedy spolupracují se speciálně pedagogickým centrem minimálně a spíše neaktivní formou. Školy ovšem ve větší míře spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou. Poradna školám poskytuje diagnostické, poradenské a metodické služby. Všichni respondenti uvedli, že s pedagogicko-psychologickou poradnou spolupracují aktivně. To vyplývá z charakteru obtíží žáků se specifickými poruchami učení, která zasahuje právě do vzdělávacího procesu. Školy dále spolupracují s klinickými logopedy, logopedy, popř. i s psychology.

Prostředí a podmínky logopedické péče

Příjemné prostředí a pracovní podmínky jsou dle nás jedním z důležitých faktorů logopedické péče, potažmo i jiných pracovních, vzdělávacích a reedukačních činností. Pracovní místo, by mělo být klidným a bezpečným prostorem. Časová dotace na práci by měla být ideálně přizpůsobena možnostem a potřebám dítěte, pracovníka (v našem případě logopedického asistenta či speciálního pedagoga) i ostatních vyučujících. Na školách, které se zúčastnily výzkumného šetření, bylo potvrzeno, že se pracuje v příznivých pracovních podmínkách, a to z hlediska místa, času i spolupráce s ostatními kolegy.

Nejčastějším pracovním místem pro logopedickou péči se u většiny respondentů stává buď třída, kde sami vyučují, nebo jakákoliv jiná volná třída. Na jiných školách se využívá místnosti pracovníka školního poradenského pracoviště. Z hlediska místa jsou téměř všichni respondenti spokojeni.

Časová dotace na práci se žáky se různí. Dle výsledků výzkumu probíhá logopedická péče nejčastěji mimo hlavní vyučování, z pravidla buď ráno před samotným vyučováním, nebo odpoledne po vyučování. Dle výzkumu může logopedická péče probíhat i v době vyučování v rámci obtíží konkrétního žáka. Časová dotace na péči s jedním žákem se dle výsledků liší. V zásadě se však pohybuje od 20 minut do 45 minut. Časová dotace všech respondentů souhlasí

s teoretickými východisky principů logopedické terapie (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 41).

Spolupráci a podporu kolegů si chválí respondenti na všech školách. Ve všech případech potvrdili, že ostatní vyučující podporují zajištění logopedické péče pro jejich žáky s narušenou komunikační schopností. Všichni respondenti se také shodli, že spolupráce s ostatními vyučujícími je především o domluvě a funkční komunikaci.

Diagnostika a prevence narušené komunikační schopnosti

Jak předkládá (Lechta, V., a kol. 2005, str. 29–30) v teoretické části, diagnostika a prevence narušené komunikační schopnosti jsou nedílnou součástí logopedické intervence. I my považujeme prevenci a diagnostiku za klíčové v oblasti logopedické intervence.

V oblasti diagnostiky narušené komunikační schopnosti všichni respondenti uvedli, že provádí pouze orientační logopedické vyšetření, nebo orientační vyšetření speciálně pedagogické. Odborné vyšetření pak zajišťuje buď samotný logoped, nebo školské poradenské zařízení. Dále nám někteří respondenti uvedli, že na školách provádí i speciálně pedagogickou diagnostiku deficitů dílčích funkcí dle Brigitte Sindelar.

V oblasti prevence narušené komunikační schopnosti jsou jistou formou činní na všech školách. Na některých školách se jedná o screeningová šetření žáků, s nimiž se pak v rámci prevence spolupracuje. Na jiných školách se jedná o prosté vytipování žáků s narušenou komunikační schopností, s kterými se může následně pracovat, nebo se rodičům doporučí návštěva odborné osoby. V rámci prevence se může jednat o formy primární, sekundární i terciární prevence.

Pomůcky, metody a metodiky logopedické péče

Oslovení respondenti při speciálně pedagogické či logopedické péči využívají typově stejné druhy pomůcek. Nejčastěji se jedná o hry a pracovní listy. Někteří dále využívají knihy, pracovní sešity, interaktivní tabuli či pomůcky

typické pro logopedickou péči, např. logopedické zrcadlo. Zde opět můžeme odkázat na (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 41) – principy logopedické terapie. Dle našeho názoru je princip hry jedním z efektivních prostředků při samotné logopedické péči. Při práci s dětmi jsou to právě hry, které respondenti hojně využívají.

V oblasti metod při logopedické péči se opět většina respondentů pohybuje v oblasti korekce a stimulace. Někteří z respondentů využívají metod reedukačních v rámci speciálně pedagogické péče. Metody respondentů však musí, a dle výsledků i jsou v odpovídajících kompetencích odbornosti (logopedický asistent, logoped, speciální pedagog).

Využití speciálně pedagogických metodik se na školách využívá minimálně. Na některých školách se však využívá metodiky Brigitte Sindelar – Deficity dílčích funkcí, metodika Reuvena Feuersteina a D. B. Elkonina. Z praxe víme, že zmíněné metody jsou v rámci speciálně pedagogické péče vysoce efektivní a pro žáky s narušenou komunikační schopností velmi přínosné. Naše tvrzení pak dokládá i Lechta v teoretické části, konkrétně v kapitole o narušení grafické stránky řeči.

Spolupráce rodiny

Pro oslovené respondenty je spolupráce s rodinou nedílnou součástí speciálně pedagogické či logopedické péče. Formy spolupráce s rodinou se na školách mohou lišit. Zatímco na některých školách probíhá komunikace či spolupráce pouze skrze technickou podporu (e-mail, telefon), na jiných školách probíhají osobní schůzky a pravidelné konzultace. Někde spolupráce s rodinným příslušníkem tkví v pouhém doporučení konkrétních postupů práce s dítětem nebo v doporučení návštěvy odborníka.

Respondenti se zároveň shodli, že spolupráci rodiny při logopedické péči hodnotí jako podstatnou, ba dokonce nezbytnou pro celý proces. Tento fakt dále dokládají (Škodová, E., Jedlička, I. 2011, str. 41) v teoretické části i naše zkušenosti z praxe.

Financování logopedické péče

Na všech zkoumaných školách je financování logopedické péče hrazeno ze stejných zdrojů s drobnými odchylkami. Všechny oslovené školy, kde probíhalo výzkumné šetření, jsou zapojeny do projektu EU. Tento projekt má zajistit péči o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci inkluzivního smýšlení. Dalším zdrojem financování speciálně pedagogické, potažmo logopedické péče na všech školách je normovaná finanční náročnost, pokud je dítěti přiznaná a má na ni právo.

Dále jsou tu různé odchylky, které jsou specifické pouze pro některé školy. Dalšími zdroji financování logopedické péče se na některých školách staly jiné projekty MŠMT, dále šablony nebo jiné zdroje od zřizovatele.

Závěr

Lze potvrdit, že problematika narušené komunikační schopnosti je živou a aktuální skutečností, která je součástí naší společnosti. Z výsledků výzkumného šetření vstoupilo do popředí několik faktů, které je třeba si uvědomit. Jedním z faktů je, že se na základních školách běžného vzdělávacího proudu vyskytují žáci s narušenou komunikační schopností a dle většiny dotazovaných respondentů počty těchto žáků narůstají. Systematickou logopedickou péčí na základních školách tedy vnímáme jako důležitou a nepostradatelnou pro systém dnešního školství a především kvalitní rozvoj dětí. Stejně tak důležitou vnímáme i spolupráci a komunikaci mezi jednotlivými aktéry interakce – tedy pedagoga, dítěte a rodiče.

Při tvorbě diplomové práce jsme pracovali na splnění vytyčených cílů. V teoretické části jsme vymezili pojem narušené komunikační schopnosti a ve stručnosti jsme představili její jednotlivé typy. Dále jsme se v teoretické části zabývali charakteristikou logopedické péče u žáků školního věku. V empirické části jsme díky výzkumnému šetření zkoumali možnosti a formy logopedické péče na vybraných základních školách.

Současně jsme dokázali splnit i stanovené dílčí cíle, kdy jsme nahlédli pod pokličku logopedické péče vybraných základních škol. Také jsme díky výzkumnému šetření objevili nové metodiky a pomůcky, které jsou osvědčené v praxi a lze je využít při logopedické péči na základních školách.

Doufáme, že výsledky práce poslouží osvětě, povedou k zamyšlení a k celkovému zlepšení logopedické péče u žáků školního věku. Přece jen bychom měli mít na paměti, že je komunikace jednou z nejdůležitějších lidských schopností.

Navrhovaná opatření

Několikrát v práci uvádíme, že problematika žáků s narušenou komunikační schopností na základních školách je skutečně aktuálním tématem. Toto tvrzení dokládají výsledky výzkumného šetření i teoretická východiska práce. Na základě získaných faktů si dovolíme navrhnout jistá opatření, která by v praxi mohla tuto problematiku řešit, nebo v mnohých ohledech alespoň zmírnit její důsledky na žáky školního věku.

Jedním z navrhovaných opatření je doporučení rodičům, kteří mají v podstatě zodpovědnost za vývoj dítěte. Rodiče tráví s dítětem většinu času a rozhodně by neměli podceňovat přípravu ke školní docházce. Proto si myslíme, že by se s dítětem mělo pracovat již v předškolním období. V tomto období je možné formou hry rozvíjet především percepční dovednosti, např. sluchovou i zrakovou percepci ve všech možných oblastech. Dále se zaměřit na rozvoj motorických funkcí, konkrétně na hrubou i jemnou motoriku, oromotoriku i grafomotoriku, neboť stimulace všech těchto oblastí má vliv nejen na úroveň jich samotných, ale také na rozvoj řeči. V neposlední řadě je možné rozvíjet kognitivní funkce, tedy samotnou řeč, myšlení, paměť, představivost, aj.

Snahu rodičů o správný vývoj dítěte by jistě mělo podpořit i předškolní zařízení, které dítě navštěvuje. Už v mateřských školách se může prostřednictvím hry pracovat s dětmi na jejich rozvoji a přípravě na školní docházku. Tímto chceme také apelovat na učitelky mateřských škol, aby též nepodceňovaly čas, který dítě v mateřské škole tráví. Spolupráce s odborníkem (logopedem) může být pro děti předškolního věku velkým přínosem. Víme, že mnoho mateřských škol v této oblasti pracuje dobře. Nicméně se ale stále objevují žáci, kteří i přes docházku do předškolního zařízení nebyli podchyceni z hlediska přítomnosti vady řeči.

Podporou rodičům se může stát i pediatr, který by též neměl brát např. opožděný vývoj řeči dítěte na lehkou váhu. Pediatr by měl umět rozpoznat odchylky ve vývoji dítěte a na případné obtíže rodiče upozornit či jim přímo

doporučit návštěvu odborníka. V praxi stále ještě slýcháme, a ne výjimečně, že pediatr na tříleté preventivní prohlídce prohlásí nemluvnost dítěte za přirozenou s odkazem na „lenost“ dítěte, příp. vázanost na jeho pohlaví (typické u chlapců). A to i přesto, že se rodiče již dožadují řešení tohoto stavu.

Dalším navrhovaným opatřením, které vyplývá z výzkumného šetření, je zřízení poradenského pracoviště na základních školách běžného vzdělávacího proudu. Součástí poradenského týmu by se kromě výchovného poradce a metodika prevence mohl stát i školní psycholog a školní speciální pedagog, popřípadě školní logoped. Členové poradenského pracoviště mohou žákům s narušenou komunikační schopností poskytnout potřebnou péči pro jeho dostatečný rozvoj. Mohou zajišťovat preventivní aktivity v oblasti narušení komunikační schopnosti, např. screeningová šetření žáků prvních ročníků. Dále mohou poskytovat poradenskou činnost rodičům či pedagogům v otázkách spolupráce a vedení žáka s narušenou komunikační schopností.

Z praxe víme, že na některých základních školách běžného vzdělávacího proudu již poradenská pracoviště mají své místo. Nevíme ovšem, jestli vznik poradenských pracovišť je běžnou skutečností na všech základních školách. V této oblasti je nejspíše třeba dalšího výzkumu. Jsme si ale jistí, že odborník poskytující služby žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, v našem případě žákům s narušenou komunikační schopností, má na základní škole uplatnění. Ať už se jedná o školního logopeda, logopedického asistenta či speciálního pedagoga. Pak je ale otázkou financování těchto odborníků a výše úvazku.

Jedním z dalších navrhovaných opatření je doporučení základním školám rozvíjet vzdělávání pedagogů v oblasti podpory žáků s narušenou komunikační schopností. Toto doporučení se může týkat právě těch škol, kde z určitých důvodů není možné zřídit poradenské pracoviště či zajistit externí odbornou pomoc. Vzdělávání pedagogů může probíhat prostřednictvím seminářů, supervizí, odborných kurzů nebo školení.

Pedagog s patřičným vzděláním se též může stát velkým přínosem pro zmíněnou skupinu žáků, jejich rodiče či pedagogy. Věříme, že speciální přístup

pedagogů s dalším vzděláním v rámci běžné výuky může pozitivně ovlivnit nejen žáka s narušenou komunikační schopností, ale i skupinu intaktních žáků.

Posledním navrhovaným opatřením se stává doporučení současně pro školy i rodiče. Vyhledání a využití odborných služeb specialistů by rodič či pedagog neměl hodnotit jako selhání nebo prohru, ale jako sílu hledat jiná řešení a uvědomění si zodpovědnosti za vývoj dítěte. Spolupráci s odborníky a poradenskými zařízeními hodnotíme jako nezbytné pro zlepšení této problematiky. Proto školám i rodičům doporučujeme intenzivnější spolupráci s odborníky.

Seznam použitých zdrojů

BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., 2010. *Školní zralost; Co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2569-4

BENDOVIÁ, P., 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6

BENDOVIÁ, P., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogu*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-422-9

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2015. *Koncepce rané logopedické intervence v České Republice*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-7561-0

COLEMAN, J. S. et al. 1966. *Equality of Educational Oportunity*. Washington D. C.: Department of Education, Government Printing Office.

DVOŘÁK, J., 1998. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. Logopaedia Clinica.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-9

KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-229-1

LECHTA, V., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5

LECHTA, V., a kol., 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5

LEJSKA, M., 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7

MATĚJČEK, Z., 1988. *Dyslexie*. Havlíčkův Brod: SPN. ISBN 14-319-88

Metodické doporučení k zabezpečení logopedické péče ve školství (č.j. 14 712-2009-61 z 2009) In: Věstník MŠMT 2009

MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L., a kol., 2015. *Katalog podpůrných opatření: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4675-2 (elektronická verze)

NEUBAUER, K., 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5

NEUBAUER, K., TUBELE, S., NEUBAUEROVÁ, L., a kol., 2017. *Žáci s poruchami učení a řečové komunikace v programu základní školy*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-261-5

POKORNÁ, V., 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-570-9

RAITANO, N. A., PENNINGTON, B. F., TUNICK, B. F., et al. 2004. Pre-literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. vol. 45, no. 4, s. 821–835. ISSN 1537-4424

SOCHŮREK, J., SLUKOVÁ, K., 2013. *Stručný úvod do základů metodologie*. Liberec: Technická univerzita Liberec. ISBN 978-80-7372-943-1

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6

TOMICKÁ, V., 2012. *Pedagogika: časopis pro pedagogickou teorii a praxi – Narušená komunikační schopnost a čtenářská gramotnost*. Praha: Státní nakladatelství učebnic. ISSN 0031-3815

VALENTA, M., a kol., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9

VRBOVÁ, R., a kol., 2015. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část – pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu narušené komunikační schopnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4676-9 (elektronická verze)

ZEZULKOVÁ, E., 2014. *Žák s narušenou komunikační schopností v procesu edukace*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-695-9

Příloha č. 1 – ukázka struktury rozhovoru

Otázky k výzkumu

- Můžete mi přiblížit Vaši práci a stručně představit zařízení, kde působíte?
- Kolik je zhruba ve škole žáků, které mají NKS (dle ŠPZ), a které potřebují logopedickou péči, aniž by byli vyšetřeni?
 - jakou NKS se jedná u žáků nejčastěji?
 - Vnímáte nárůst, nebo naopak úbytek dětí s NKS? Popř. u kterých vad?
- Zajišťuje vaše škola logopedickou péči? Pokud ano, o jakou formu se jedná?
 - Provádíte speciálně pedagogickou činnost ve vztahu k žákům s NKS (SPU)?
- Spolupracuje škola s logopedem, logopedickým asistentem či jiným specialistou (speciální pedagog – logoped) nebo zařízením (SPC)?
- Jaké máte podmínky pro práci, co se týče času a prostoru? Máte podporu u ostatních pedagogů, vychovatelů, kteří se na vzdělávání žáka podílí?
- Jak často poskytujete logopedickou péči jednomu dítěti? Kolik času věnujete jednotlivému dítěti?
- Kdo se u Vás stará o diagnostiku NKS?
- Pracujete s dětmi v rámci prevence?
- Jaké využíváte nejčastěji pomůcky, postupy práce a metodiky?
- Spolupracuje s Vámi rodina dítěte s NKS? Jakou formou?
- Jak je zde logopedická péče financovaná? O jaké se jedná zdroje?
- Zdá se Vám logopedická péče na vší škole dostačující, tak jak funguje teď?
 - Co by podle Vás pomohlo ke zlepšení?
- Chtěl/a byste k tématu cokoli doplnit, něco sdílet?