

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky  
**Studijní program:** Speciální pedagogika  
**Studijní obor (kombinace):** Speciální pedagogika předškolního věku

Poruchy řeči dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou

Speech Disorders of Children with Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

**Bakalářská práce:** 08-FP-KSS-2025

**Autor:**

Veronika Tuhá

**Podpis:**

---

**Adresa:**

Františkova 909

198 00 Praha 9

**Vedoucí práce:** PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

**Konzultant:** PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
77	24	0	24	40	7 + 1 CD

V Liberci dne:

**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

<b>Jméno a příjmení studenta:</b>	Veronika Tuhá
<b>Adresa:</b>	Františkova 909, 198 00 Praha 9
<b>Bakalářský studijní program:</b>	Speciální pedagogika
<b>Studijní obor:</b>	Speciální pedagogika předškolního věku
<b>Kód oboru:</b>	7506R012
<b>Název bakalářské práce:</b>	Poruchy řeči dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou
<b>Název BP v angličtině:</b>	Speech Disorders of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.
<b>Termín odevzdání:</b>	15.04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (BC.).

.....  
**vedoucí bakalářské práce**

.....  
**děkan FP TUL**

.....  
**vedoucí KSS**

**Zadání převzal (student):** Veronika Tuhá

**Datum:** 28.02.2008

**Podpis studenta:**.....

**Cíl práce:**

Porovnání četnosti výskytu poruch řeči dětí s ADHD s výskytem poruch řeči dětí bez této poruchy.

**Základní literatura:**

ČERNÁ, Marie a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-597-1.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

DVOŘÁK, Josef. *Verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. ISBN 80-902536-5-2.

JUCOVIČOVÁ, Jaroslava, ŽÁČKOVÁ, Hana. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele*. 4. vyd. Praha: „B“Print, 2000.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1.

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

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X.

TOMICKÁ, Václava. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2004. ISBN 80-7083-808-6.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

## Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou 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 bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou 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.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Veronika Tuhá

---

**Poděkování:**

Nejprve bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Zdeně Michalové, Ph.D. za odborné vedení práce. Dále mé poděkování patří PaedDr. Blance Housarové, Ph.D. za ochotu, trpělivost, věnovaný čas, podnětné rady a konstruktivní připomínky, které mi poskytovala při tvorbě mé závěrečné bakalářské práce. V neposlední řadě mé poděkování patří vedení a pedagogům mateřských škol, kteří mi velmi ochotně umožnili realizaci praktické části této práce.

**Název bakalářské práce:** Poruchy řeči dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou

**Název bakalářské práce:** Speech Disorders of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**Jméno a příjmení autora:** Veronika Tuhá

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2008/2009

**Vedoucí bakalářské práce:** PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

### **Resumé:**

Bakalářská práce se zabývala souběžným výskytem syndromu hyperaktivity a narušené komunikační schopnosti. Jejím cílem bylo porovnání četnosti výskytu deficitů v oblasti řeči mezi dvěma skupinami dětí. Do první experimentální skupiny byly zařazeny děti s hyperaktivitou, do druhé kontrolní skupiny byly zařazeny děti intaktní. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala danou problematiku, přičemž se podrobněji zabývala poruchami zvukové stránky řeči. Praktická část zjišťovala pomocí orientačního logopedického vyšetření rozdíly mezi skupinami v jednotlivých zkouškách. Výsledky zkoušek vyústily v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti péče o tyto děti. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zjištění nejčastěji se vyskytujících deficitů a možnost se na ně zaměřit.

**Klíčová slova:** hyperaktivita, porucha pozornosti, syndrom hyperaktivity, poruchy obsahové stránky řeči, poruchy zvukové stránky řeči, narušená komunikační schopnost, orientační logopedické vyšetření, diagnostika, logopedická péče.

### **Summary:**

The bachelor's thesis dealt with a parallel occurrence of hyperactivity syndrome and disturbed communicativeness. Its target was to compare the frequency of occurrences of deficits in speech between two groups of children. The first experimental group included children with hyperactivity disorder, and normal children were placed in the second control group. The thesis was formed by two fundamental areas. The theoretical part described the given problems using elaboration and presentation of expert sources, and dealt with speech sound disorders in more detail. The practical part used orientational logopaedic examinations to determine the differences between the groups in particular examinations. The results of the examinations led to specific measures proposed in the area of care for these children. The biggest contribution of the thesis, regarding the problems solved, could possibly be the discovery of the most

frequently occurred deficits and the potentiality to focus on them.

**Key words:** hyperactivity, attention disorder, hyperactivity syndrome, language disorder, speech sound disorder, disturbed communicativeness, orientational logopaedic examination, diagnostics, logopaedic care (speech therapy).

**Zusammenfassung:**

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem parallel auftretenden Syndrom der Hyperaktivität und gestörter Kommunikationsfähigkeiten. Bei der Arbeit sollte verglichen werden, wie häufig Defizite im Bereich Sprache zwischen zwei Kindergruppen auftreten. In der ersten experimentellen Gruppe waren Kinder mit Hyperaktivität und in der zweiten Kontrollgruppe intakte Kinder. Die Arbeit bestand aus zwei Kernbereichen. Es handelte sich um den theoretischen Teil, der mithilfe von Bearbeitungen und Präsentationen von Fachquellen die gegebene Problematik beschrieb, wobei sich der Teil detaillierter mit Ton- und Sprachstörungen befasste. Im praktischen Teil wurden mithilfe logopädischer Orientierungsuntersuchungen die Unterschiede zwischen den Gruppen in einzelnen Versuchen festgestellt. Die Untersuchungsergebnisse wurden zu konkreten Maßnahmen auf dem Gebiet der Pflege dieser Kinder. Der größte Vorteil der Arbeit bezüglich der behandelten Problematik liegt in der Feststellung der am meisten auftretenden Defizite und in der Möglichkeit, sich auf diese konzentrieren zu können.

**Schlüsselwörter:** Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivitätssyndrom, Störungen des Sprachinhalts, Tonstörungen, gestörte Kommunikationsfähigkeiten, logopädische Orientierungsuntersuchungen, Diagnostik, logopädische Pflege.

## **OBSAH:**

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 ADHD</b> .....	<b>10</b>
2.1.1 Vymezení termínů.....	10
2.1.2 Příčiny .....	11
2.1.3 Příznaky .....	12
2.1.4 Prevence a léčba ADHD .....	14
2.1.5 Prognóza ADHD .....	15
<b>2.2 Narušená komunikační schopnost</b> .....	<b>16</b>
2.2.1 Poruchy obsahové stránky řeči .....	18
2.2.2 Poruchy plynulosti .....	20
2.2.3 Poruchy zvukové stránky řeči .....	20
<b>2.3 Diagnostika</b> .....	<b>38</b>
2.3.1 Diagnostika ADHD.....	38
2.3.2 Diagnostika narušené komunikační schopnosti .....	39
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
<b>3.1 Cíl praktické části</b> .....	<b>41</b>
3.1.1 Stanovení předpokladů.....	41
<b>3.2 Použité metody</b> .....	<b>41</b>
3.2.1 Předvýzkum a jeho výsledky .....	42
<b>3.3 Popis zkoumaného vzorku</b> .....	<b>42</b>
<b>3.4 Průběh průzkumu</b> .....	<b>43</b>
<b>3.5 Výsledky průzkumu a jejich interpretace</b> .....	<b>44</b>
3.5.1 Studium dokumentace.....	44
3.5.2 Orientační logopedické vyšetření .....	45
3.5.3 Speciální vyšetření .....	58
<b>3.6 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse</b> .....	<b>64</b>
<b>4 ZÁVĚR</b> .....	<b>70</b>
<b>5 NÁVRH OPATŘENÍ</b> .....	<b>71</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>75</b>
<b>7 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>77</b>



### **Seznam používaných zkratek:**

ADD: Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

CNS: centrální nervová soustava

dg.: diagnóza

DMO: dětská mozková obrna

EEG: elektroencefalogram

LMD: lehká mozková dysfunkce

MKN: mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ: mateřská škola

NKS: narušená komunikační schopnost

OLV: orientační logopedické vyšetření

OVR: opožděný vývoj řeči

SLN: specifický logopedický nález

SPU: specifické poruchy učení

VFP: vývojová fonologická porucha

VVD: vývojová verbální dyspraxie

# 1 ÚVOD

V dnešní velmi uspěchané a přetechnizované době se problematika ADHD, jak postihuje více generací, tak se stále drží v popředí zájmů odborníků i laiků. Je proto velmi potřebné se těmto dětem věnovat, snažit se o zmírňování jednotlivých deficitů a ve spolupráci s odborníky a rodiči jim pomáhat překonávat obtíže. Diskuse a snaha o pomoc je skutečně na místě, protože se jedná o poruchu, které výrazně nepříznivě ovlivňuje celkový rozvoj dětí, jejich vzdělávání, ale i adaptaci ve společnosti. Představuje zátěž, která negativně působí na sebepojetí, snižuje sebevědomí a motivaci k práci.

Syndrom ADHD se vyskytuje často v kombinaci i s jinými poruchami. Ve své práci se chci věnovat problematice kombinace ADHD s poruchami řeči. Protože řeč je nejdokonalejším dorozumívacím prostředkem. Schopnost dorozumívat se mluvenou, gramaticky uspořádanou řečí je dána jen člověku. Je to specificky lidská schopnost užívat, tj. chápat i vytvářet sdělovací znaky. Pomocí řeči se člověk zapojuje do kolektivu a do společnosti. Řečí projevuje své city a přání, sděluje své myšlenky a názory. Vnímáním řeči přijímá také myšlenky a názory jiných lidí. Prostřednictvím řeči se přenášejí životní zkušenosti, vědecké poznatky a názory i bohatství literárního umění z generace na generaci. Bez řeči by nebyla možná výchova a vzdělání, ani společenský život. Pro děti, které současně trpí syndromem ADHD a poruchou řeči je tedy nesmírně těžké začlenit se do kolektivu a do společnosti vůbec.

Cílem této práce je teoretické i praktické zmapování jednotlivých obtíží v řeči v kombinaci se syndromem ADHD.

První část práce je věnována teoretickému zpracování problému. První kapitola se zabývá problematikou ADHD, druhá shrnuje druhy narušené komunikační schopnosti, blíže se pak zabývá těmi poruchami, které se projevují odchylkami zvuku řeči. V části praktické půjde o to, zjistit pomocí analýzy spisové dokumentace a vyhodnocením orientačních a speciálních zkoušek, procentuelní zastoupení jednotlivých odchylek v řeči.

## 2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

### 2.1 ADHD

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) prošly v průběhu století pestrým terminologickým vývojem. V této kapitole bude proveden vhléd do vývoje užívání jednotlivých termínů.

#### 2.1.1 Vymezení termínů

Terminologie podle Pešatové (2003):

LMD –(lehká mozková dysfunkce) - porucha chování s hyperaktivitou;

ADD –(Attention Deficit Disorder) - vývojová porucha pozornosti, deficit pozornosti, porucha pozornosti bez projevů hyperaktivity;

ADHD –(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)- porucha chování s hyperaktivitou.

Munden a Arcelus (2002, s. 11) uvádějí, že v minulosti se k pojmenování poruchy se symptomy ADHD používalo mnoho různých termínů patří sem například lehká mozková dysfunkce nebo poškození mozku, hyperkinetická reakce a hyperkineze.

Podle Průchy (2003, s. 113) je LMD starším označením pro poruchy učení a chování u dětí s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, u nichž je předpokládána nebo prokázána příčinou odchylka funkce centrálního nervového systému. Dnes se v podobném významu užívá termín hyperkinetický syndrom.

Termín lehká dětská encefalopatie byl u nás běžně používaný v padesátých a šedesátých letech minulého století, termín LMD převládl v 70. a 80. letech. Od devadesátých let se v zahraniční literatuře používají výlučně termíny ADHD a ADD. Tyto termíny se od poloviny devadesátých let dostávají i do české odborné literatury. Vedle nich však zůstává jako tradiční a dosud nejrozšířenější i LMD.

Při charakterizování jakékoli poruchy se rozlišují dvě roviny:

- ✓ rovina popisu,
- ✓ jakými příčinami tyto příznaky vykládáme.

Z hlediska popisu příznaků jsou uvedené termíny v podstatě totožné. Na úrovni příznaků také nelze potíže zpochybnit.

Podle příčin spatřujeme rozdíly mezi uvedenými termíny zejména v tom, jakou roli hraje při vzniku obtíží mozek. Zatímco při lehké dětské encefalopatii hraje jednoznačnou roli drobné poškození mozku, při LMD stojí v popředí špatná funkce.

ADHD pak výrazně zůstává na úrovni popisu příznaků a o fungování CNS se primárně nezajímá (Mertin, 2004, s. 14).

Obecně lze říci, že koncept diagnózy ADHD/ADD vychází ze symptomatologického hlediska, zatímco u nás stále ještě často používaný termín LMD zdůrazňuje hledisko etiologické a odkazuje na drobné mozkové poškození (Michalová, 2007, s. 27).

„Rodiče, kteří nad svým dítětem lomí rukama, byli a budou. Ti, co mají problémové dítě, také. Dnes si stále více lidí myslí, že těchto dětí přibývá. Na tomto stavu se podílí mnoho faktorů: nedostatek času na dítě, zaměstnanost, nervozita i násilí, které denně vidí v televizních pořadech“ (Škvorová, 2003, s. 7).

ADHD je podle Michalové (2007, s. 29) vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulsivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně o delší dobu určité pracovní výkony. Deficity jsou patrné již v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. S dozráváním jednotlivých struktur CNS se mohou jednotlivé deficity zmírňovat, v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku však přetrvávají, neboť i jejich chování se vlivem dozrávání mění. ADHD je považována za pervazivní poruchu, protože její symptomy se projevují i v dospělém věku.

### **2.1.2 Příčiny**

Příčiny vzniku ADHD můžeme rozdělit podle Michalové (2007, s. 39) do tří skupin:

- prenatální;
- perinatální;
- postnatální.

Mezi prenatální příčiny vzniku ADHD řadíme působení genetických, infekčních, psychických, endokrinních a nutričních faktorů. Do skupiny faktorů perinatálních je zařazována nedonošenost, přenošenost, protahovaný porod, překotný porod, abnormality polohy plodu a účinek medikace při porodu. Mezi faktory postnatální se řadí infekce, úrazy, látky, jedy, toxiny, metabolické nebo cévní poruchy. Následky dále zanechávají případné úrazy hlavy, otřesy a zhmožděny mozku.

V poslední době se vědci zabývají i vlivem stravy - potravin, které mohou přispívat k hyperaktivitě, únavě a poruchám chování a reaktivity dětí: potraviny s obsahem barviv a umělých ochucovadel (používají se jich tisíce a většina z nich je vyráběno z uhelného dehtu), běžné potravinové přísady (v chemicky upravených ovocných šťávách, čokoládě, upravených vločkách a podobně), pamlsky (zákusky, zmrzlina, oříšky, mléko), těžko stravitelná jídla, jako jsou vajíčka či mléko, nadměra jednoduchých cukrů (dorty, bonbóny, čokoláda, zmrzlina, sušenky).

V současnosti se podíl vlivu jednotlivých faktorů odhaduje takto:

- ✓ Dědičnost: 50 - 70 %
- ✓ Komplikace během těhotenství, při a po porodu: 20 - 30 %
- ✓ Pozdější vlivy: 10 %

Jednotlivé vlivy se samozřejmě mohou vyskytnout souběžně, např. k dědičné dispozici se může přidat porodní trauma. Disponovaní jedinci mají pak i větší sklon k nehodám a úrazům. Z klinických zkušeností můžeme vyvodit, že vliv jednotlivých rizikových faktorů se kumuluje (Tyl, 2000).

### **2.1.3 Příznaky**

Deset nejčastěji zaznamenávaných příznaků podle Clementse, seřazených podle klesající frekvence, jak je uvádí Zelinková (2001, s. 163) :

- ✓ hyperaktivita
- ✓ percepčně- motorická oslabení
- ✓ emoční labilita
- ✓ nedostatky v celkové koordinaci
- ✓ poruchy pozornosti
- ✓ impulzivita
- ✓ poruchy paměti a myšlení
- ✓ specifické poruchy učení
- ✓ poruchy mluvené a slyšené řeči
- ✓ neurčité známky neurologické a nepravidelnost na EEG.

Podle Traina (1997, s. 31) je ADHD psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti a dospělé s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi.

Rozlišujeme tři hlavní symptomy:

- porucha pozornosti;
- impulzivita;
- hyperaktivita.

Pro dg. je důležité, aby se symptomy vyskytovaly již před vstupem do školy, po dobu delší než šest měsíců a výrazně častěji než u jiných dětí stejného věku.

Nejtypičtější projevy chování dětí, jak je uvádí Michalová (2008, s. 10):

- ❖ Vysoká míra aktivity:
  - vypadá, že je neustálém pohybu,
  - nenechá v klidu ruce ani nohy, vrtí se, padá ze židle,
  - vyhledává blízké předměty, s nimiž si hraje nebo je vkládá do úst,
  - prochází se po třídě (nedokáže setrvat na místě).
- ❖ Impulzivita a malé sebeovládání:
  - často něco vyhrkne, mnohdy nevhodně,
  - nemůže se dočkat, až na něj přijde řada,
  - často skáče do řeči ostatním nebo je ruší,
  - často nadměrně mluví,
  - dostává se do nesnáze tím, že dříve reaguje, teprve pak přemýšlí,
  - nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem uvážil možné následky, proto se často zraní.
- ❖ Potíže s přechodem od jedné činnosti k činnosti druhé.
- ❖ Agresivní chování, nepřiměřeně silná reakce i na drobné podněty.
- ❖ Sociální nevyzrálost.
- ❖ Malá sebeúcta a značná frustrovanost.

### **Symptomy ukazující na ADHD:**

**Odlíšnosti hrubé a jemné motoriky** - velmi nápadná je u dětí neobratnost v celkové pohyblivosti a koordinaci pohybů. Dítě často padá, naráží do předmětů, zakopává, padají mu předměty z rukou, je tzv. neohrabané. Vyhýbá se cvičením, kde je nutné zachovávat rytmus pohybu. Má obtíže při jemné manipulaci s předměty a při drobných plynulých pohybech. Přetrvává neobratnost v zacházení s tužkou a obtíže v kresebném zvládnutí plochy papíru.

**Problémy chování** - dítě je neklidné, neustále pobíhá, skáče nebo naopak posedává a polehává. Reaguje dráždivě na vnější prostředí, má tendence k hádavosti, prodlužuje se období vzdoru, má časté konflikty s druhými dětmi, pomalu se adaptuje na nové prostředí. Projevuje se úzkost z neúspěchu a pomalejší osvojování sociálních rolí odpovídajících věku.

**Verbální vyjadřování a slovní zásoba** - počátek vývoje řeči je opožděný asi o jeden rok, jemná motorika mluvidel vážne a přetrvávají různé vady dětské výslovnosti. Slovní zásoba je chudší asi o 40% a nástup tvoření vět je zpožděný.

**Vývoj pojmového myšlení** - dítě nedokonale rozpoznává rozdíly mezi jednotlivými znaky předmětů (dlouhý – krátký, větší – menší). Obtížně si osvojuje časové a prostorové vztahy, pomalu chápe analogie a konstrukce geometrických tvarů.

**Složky pozornosti a soustředění** - dítě má nápadně krátkou schopnost soustředění, mělkost a snížený rozsah pozornosti. Obtížně si zapamatovává instrukce nebo pokyny, zvýšeně vnímá vedlejší podněty a nechá se jimi rozptylovat.

**Sociální chování** - socializace dítěte je nepříznivě ovlivněna nedostatečným uspokojováním duševních potřeb, frustrací v oblasti podnětové, citové i sociální, nemožností přiměřených činností. Na dítě také působí, když na něho rodiče nemají čas a trpělivost nebo dítě nadměrně trestají.

## **2.1.4 Prevence a léčba ADHD**

V české republice ve studiích z posledních let údaje o výskytu ADHD rostou zhruba na 15% dětské populace. Uvádí se, že nějakou poruchou pozornosti trpí 2 až 6% populace školního věku. Někteří autoři uvádějí i čísla vyšší, až okolo 20%. Jednotně uváděným údajem je rozdělení na chlapce a dívky. Chlapci mají výraznou převahu ve všech věkových skupinách. Vyskytuje se 4-10 krát častěji u chlapců než u děvčat. Některé prameny uvádějí až 90%. Nejčastěji je syndrom ADHD diagnostikován v prvních školních letech a nejvyšší výskyt je uváděn u osmiletých dětí.

Základní prevence znamená snažit se o nápravné postupy dříve, než nastane katastrofa ve škole. Typický příklad: u dětí školního věku s projevy ADHD velmi často zjišťujeme, že v předškolním věku chodily na logopedii. Potřeba logopedické

péče je tak často předzvěstí problémů ve škole - ať již poruch učení, či chování. Logopedie odstraní jeden konkrétní příznak, ale celkové neurofyziologické oslabení v podstatě zůstává. Jde-li o projev nervového oslabení center řeči, může se projevit v dyslexii nebo dysortografii. Problémy s výslovností mohou souviset i s trvalým neklidem a obtížemi se „zastavit“, a na správnou výslovnost se prostě soustředit. Vitamínová a nootropní podpora, EEG trénink a nápravná cvičení mohou opožděné zrání nervové soustavy zrychlit, takže dítě může jít do školy již adaptováno.

### **Léčba ADHD podle Vágnerové (2003):**

- ✓ práce s rodinou – upravit podmínky v rodině, aby nedocházelo k posilování negativních reakcí, korigovat výchovné postoje rodičů, pomoc rodině,
- ✓ speciálně-pedagogická péče – zaměřuje se na diagnostiku, rozvoj pozornosti a chování,
- ✓ psychoterapie – redukce neklidu za pomoci relaxačních metod,
- ✓ EEG- biofeedback – využívá zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity,
- ✓ farmakoterapie – jako doplněk ostatních způsobů léčby, pouze tlumí příznaky, ale neřeší příčinu.

### **2.1.5 Prognóza ADHD**

Jedna třetina dětí s ADHD tzv. "dozraje", centrální nervový systém sice dospívá později, ale bez následků. Druhá třetina se takzvaně kompenzuje. Vnější známky mohou z jednání člověka vymizet, i když se neurofyziologický obraz nezmění. Např. dyslektik se naučí číst, ale když dostane za úkol číst při EEG vyšetření, objeví se charakteristické zpomalení mozkové činnosti těžkou úlohou. Kompenzace však může selhat vlivem stresu. Třetí třetina dětí s ADHD ani nedozraje, ani nekompenzuje. Tato skupina má obvykle i problémy sociální. Ve smyslu procentuálního snížení počtu dospívajících, u nichž porucha chování bez včasné intervence vyústí v delikventní jednání, ve prospěch jedinců, kteří za pomoci odborného působení svou poruchu dokáží kompenzovat naučenými vzorci správného chování (Hainová, 2006, s. 43).

Pokrok vědy a společenský rozvoj neusnadnil rodičům jejich výchovnou roli, nedotkl se ustálené a velice problematické představy, že vše, co rodiče konají, je pro tělesný



a duševní vývoj dítěte to nejlepší. Pravda je, že těžký osud bude mít dítě, které za své neúspěchy dostane přezdívku lajdák, lenoch, zlobivý, nebo hloupý, případně všechno z toho - nálepka na něm ulpí a možná přispěje k tomu, že skutečně bude. Lehčí to může mít dítě, jehož rodiče a učitelé uznají, že trpí biologickou poruchou, za kterou nemůže.

### **Rizika vývoje bez nápravy**

- Psychický dopad na jedince má vývoj poruch učení: školní selhání a event. následná neurotizace může vyústit ve studijní a pracovní neúspěch.
- Sociálně rizikový je vývoj hyperaktivní poruchy a impulzivity: 20-30% těchto dětí má v dospělosti problémy s antisociálním chováním, alkoholem a drogami!
- Zdravotními obtížemi vyústí vývojová porucha motoriky (event. neurologické potíže): např. potíže s páteří mohou vést ve středním věku až k invaliditě!
- Dysfunkce se zpravidla zhoršují působením dalších činitelů - rodinnou situací, zdravotním stavem, problémy v zaměstnání, event. jinou zátěžovou situací.

## **2.2 Narušená komunikační schopnost**

„Řeč je systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka“ (Škodová a kol., 2003, s. 89). Jazyk je přitom soustava komunikačních znaků, vyjádřených zvuky, druhotně pak psanými značkami (podle Peutelschmiedové, 2001). Fundamentální součástí řeči je její zvuková složka, pomocí níž dochází k přenosu obsahové složky řeči. V rámci řeči můžeme dále rozeznávat její jednotlivé segmenty, např. slova, které jsou vlastními nositeli významu, a dále suprasegmentální složku řeči. Do ní zahrnujeme např. melodii, přízvuk, zabarvení řeči, které jsou především nositeli emoční stránky komunikace.

Ontogenetický vývoj řeči dítěte probíhá od prvního novorozeneckého křiku, jeho ukončení lze podle Škodové a kol. (2003, s. 90) umístit až do 5.- 6. roku věku. Je vázán na celkový vývoj dítěte: vyzrává centrální nervová soustava (CNS), upřesňuje se fonemický sluch, rozvíjí se motorika. U každého dítěte jde o proces do značné míry individuální, lze však zároveň stanovit určité obecné zákonitosti vývoje. Jeho výsledkem by měla být řeč v souladu s jazykovými normami pro příslušný jazyk, aby byla umožněna bezproblémová komunikace mezi osobami, které tento jazyk používají jako dorozumívací prostředek.

Formování řeči je postupný proces, přičemž odchylky zevní i vnitřní stránky dětské řeči, odpovídající věku dítěte, označujeme jako vývojové odchylky. Naopak v případech výraznějších odchylek řeči od jejího fyziologického vývoje, a to z hlediska času i kvality řeči, mluvíme o patologických poruchách. Především u těžších druhů poruch či jejich forem je nutná intenzivní odborná logopedická péče, některé poruchy však mohou přetrvávat celý život. Záleží nejen na stupni a druhu poruchy, ale i na osobnosti dítěte a vnějších podmínkách.

Původní pojmy poruchy a vady sdělovacího procesu jsou v současnosti nahrazovány vhodnějším termínem narušená komunikační schopnost (dále NKS). Důvody této změny vystihuje Peutelschmiedová: „Slovo narušení naplňuje zdravým a potřebným optimismem, že výchozí stav není konečný, bezperspektivní, determinující. Komunikační schopnost je sousloví upozorňující, že zásadním problémem je komunikace, která nemusí probíhat vždy jen orální cestou, prostřednictvím řeči v nejobecnějším pojetí“ (Peutelschmiedová, 2001, s. 7).

Podrobnou definici NKS uvádí Lechta (2002, s. 51):

Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Při vymezování narušené komunikační schopnosti je třeba brát v úvahu tyto jazykové roviny: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou. Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy interindividuální komunikace, její expresivní i receptivní složky. Z časového hlediska může být NKS trvalé nebo přechodné. Může se projevat jako vrozené chyby řeči nebo získaná porucha řeči. Její příčiny mohou být orgánové i funkční. Podle stupně může být NKS úplné nebo částečné (s různě odstupňovaným narušením). Osoba s NKS si své narušení může, ale nemusí uvědomovat. Sekundární důsledky NKS se mohou vyskytovat v oblasti kognitivní, pracovní, sociální, ve sféře estetického vnímání, v emocionální sféře, v oblasti školní úspěšnosti.

### **Druhy narušených komunikačních schopností**

NKS je obecným pojmem, který zahrnuje celou škálu postižení, lišících se navzájem příčinami, dobou vzniku, projevy, důsledky apod. Různí autoři navrhli vlastní klasifikace NKS, přičemž vycházeli z různých aspektů. V současné době je v ČR

nejužívanější dělení podle Lechty a kol. (1990), které přebírá např. Klenková (2000), Peuteuschmiedová (2001). Toto dělení opět vychází především ze symptomů NKS, v některých případech však dále rozlišuje různé skupiny podle příčin. Vymezuje těchto deset kategorií NKS:

- 1) vývojová nemluvnost;
- 2) získaná orgánová nemluvnost - afázie;
- 3) získaná neurotická nemluvnost - mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus;
- 4) narušení zvuku řeči - huhňavost čili rhinolálie, palatolálie;
- 5) narušení fluence (plynulosti) řeči - kocktavost, breptavost;
- 6) narušení článkování řeči – dyslálie, dysartrie;
- 7) narušení grafické stránky řeči – dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie;
- 8) symptomatické poruchy řeči;
- 9) poruchy hlasu;
- 10) kombinované vady a poruchy řeči.

Nezákladnějším dělením NKS je dělení na vývojové a získané poruchy. Mezi získané poruchy řeči můžeme řadit: afázii, syndrom demence a mutismus (více info. Škodová, 2003). Ve vztahu k ADHD jsou podstatnější poruchy vývojové, kde aktuální úroveň jazyka u daného jedince příslušným vývojovým normám neodpovídá, resp. dosažená úroveň vývoje řeči neodpovídá patřičnému věku. Proto je třeba se v této problematice více zabývat poruchami řeči vývojovými. Pro tuto práci je nejvhodnější dělení vývojových poruch řeči dle narušení obsahové stránky, zvukové stránky a plynulosti řeči.

### **2.2.1 Poruchy obsahové stránky řeči**

#### ***Opožděný vývoj řeči***

Terminologie opožděného vývoje řeči (dále OVŘ) je nejednotná a za samostatnou nozologickou jednotku se pokládá podle Škodové (2003) tehdy, je-li hlavním příznakem poruch, jež dítě má. Podle Seemana, jak uvádí Škodová (2003) je OVŘ stav, kdy dítě kolem třetího roku věku má malou slovní zásobu a těžkou patlavost i přesto, že podrobné celkové vyšetření neprokázalo žádný patologický nález ani neurologický nález ve smyslu DMO, nemá poruchu jemné motoriky ani motoriky jazyka, má normální sluch a nemá snížený intelekt.

Příčiny OVR rozdělil Sovák (1978) podle faktorů biologických a sociálních. Mezi příčiny vzniku na podkladě biologických faktorů řadí např.: dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození CNS, popřípadě změny mozkového biochemismu, opožděné vyžívání CNS. Ze sociálních faktorů vidí Sovák (1978) nejvýznamnější vliv patologického výchovného prostředí. Hlavním příznakem OVR je opoždění v oblasti řečového projevu s určitou disharmonií ve vývoji celé osobnosti, projevuje se ve všech jazykových rovinách, kdy je nejvíce narušena obsahová stránka řeči. Nejčastěji se projevuje malou slovní zásobou, větším rozsahem pasivního slovníku než aktivního, dysgramatismy na všech úrovních, delší přetrvávání chybné výslovnosti některých hlásek nebo jejich skupin. OVR je charakterizován velmi rychlou úpravou při volbě správného terapeutického postupu. Dítě nezaostává s výjimkou řeči v žádné oblasti svého vývoje, mimo vyjadřovacích potíží nemá žádné další problémy.

### *Vývojová dysfázie*

Definice této nozologické jednotky je stále nepřesná. Současná česká logopedie podle Škodové (2003) označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Vývojová dysfázie vzniká na základě poruchy percepce řeči jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Typickou příčinou je difuzní, nikoli ložiskové postižení CNS.

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejzápadnějším symptomem je většinou výraznější opoždění vývoje řeči. Narušení struktury řeči může zasahovat do oblastí sémantické, syntaktické, ale i pragmatické. Projevuje se přehazováním slovosledu, odchylkami ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávným používáním koncovek při ohýbání slov, omezením slovní zásoby, redukcí stavby věty na dvou- nebo i jednoslovné. Řeč je na poslech výrazně patlavá až zcela nesrozumitelná. Někdy projev dítěte dělá dojem plynulé řečové produkce, je však zcela nesrozumitelný.

Podstatou terapie je zaměření se na celkovou osobnost dítěte, aniž by byla zdůrazňována složka řeči. Podle Škodové (2003) musí celková terapie zahrnovat rozvoj zrakového vnímání, sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti,

motoriky, schopnosti orientace, grafomotoriky a řeči. Úspěšná terapie je dlouhodobá, zráním CNS v kombinaci s včasnou a adekvátní logopedickou terapií i celkovou rehabilitací se úroveň jednotlivých složek osobnosti zlepšuje.

### **2.2.2 Poruchy plynulosti**

Škodová (2003) považuje poruchy plynulosti řeči za stav, kdy dochází buďto ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (kuktavost – balbuties).

#### ***Kuktavost***

Kuktavost je podle Škodové (2003) jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti, který má často mimořádně nepříznivý zpětný dopad na osobnost jedince, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Lechta (2001) pokládá kuktavost za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti mluvené řeči. Teorie o příčině kuktavosti se velmi liší, někteří autoři pokládají kuktavost za funkční poruchu, jiní mluví o reakci na určitou situaci, tedy o jakési formě poruchy chování, může se také jednat o postižení CNS a vrozené dispozice. Terapie kuktavosti je velmi náročná a využívá mnoha terapeutických přístupů a metod, vždy by měla být záležitostí týmové spolupráce. Úspěšná léčba musí mít rehabilitační charakter.

#### ***Breptavost***

Podle Škodové (2003) byla breptavost dříve pokládána za neurózu, postupně začal převládat názor, že jde o NKS na organickém podkladě. Klinický obraz breptavosti je ve značné míře podobný symptomům LMD (motorická instabilita, poruchy koncentrace, nedostatky jemné motorické koordinace, výskyt nevýhodných typů laterality, drobné poruchy percepce aj.). Hlavním příznakem je nadměrně zrychlené nebo nerovnoměrné tempo řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči. Terapie je zaměřena především na řečový trénink.

### **2.2.3 Poruchy zvukové stránky řeči**

Z výše uvedených kategorií NKS je možné abstrahovat skupinu poruch, které se projevují odchylkami zvuku řeči, přičemž mohou nastávat bez anatomických změn mluvidel. V případě, kdy NKS není způsobena jiným dominujícím poškozením, jsou

takové NKS nejčastější. Jedná se především o vývojové poruchy řeči. Skupina poruch zvukové stránky řeči zcela neodpovídá žádné kategorii z klasifikace, uváděné v kap. 2.2. V české literatuře totiž není problematika poruch zvukové stránky řeči systematicky studována. Mezi tyto poruchy lze řadit dyslalii, vývojovou dysartrii, verbální vývojovou dyspraxii, vývojovou fonologickou poruchu, myofunkční poruchy, dysfonii a rinolalii.

Určité zobecnění problematiky poruch zvukové stránky řeči lze nalézt u Bowen (2005). Ta dělí zvukové poruchy řeči v dětském věku na:

- funkční poruchy řeči (functional speech disorders) – chápáno jako dyslalie;
- vývojová apraxie řeči (developmental apraxia of speech);
- vývojové fonologické poruchy (developmental phonological disorders);
- vývojová dysartrie (developmental dysarthria).

Jednotlivé poruchy zvukové stránky řeči budou dále pojednány v následujících oddílech.

### ***Dyslalie***

Dyslalie dg. F 80.0 – dyslalia, patlavost, psellusmus – u nás vžitý termín pro souborné označení pro poruchy výslovnosti (Dvořák, 2001, s. 55).

Sovák (1984, s. 155) nazývá dyslalií vadnou výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka, přičemž ostatní hlásky se vyslovují správně.

Patlavost (dyslalii) uvádí Dolejší (2003, s. 15) jako nejčastější a nejrozšířenější poruchu řeči u dětí předškolního věku.

Prvním hlasovým projevem po narození dítěte je křik, je to nepodmíněná reflexní záležitost. Už kolem jednoho měsíce věku dítě začíná zkoušet různé hlásky a v osmi měsících opakuje jednoduché slabiky, např. „baba, tata...“. Kolem jednoho roku většinou dítě tvoří samo základní dvouslabičná slova a rozumí jednoduchým pokynům: „udělej paci paci, pápá“. V období kolem osmnácti měsíců bývá dítě schopné utvořit jednoslovnou větu a jeho hlasový projev je zpravidla doplněn velice živou gestikulací a různým zabarvením hlasu. Ve dvou letech je dítě schopno správně užít asi 50 slov, okolo 2,5 let mluví dítě v krátkých větách, které ještě většinou nebývají gramaticky správné, např. „tátá pá, auto tůtů“. Jakmile se dítě blíží

k věkové hranici tří let, dochází zpravidla k prudkému rozvoji řeči, je to také období dospělými často zatracované otázky “Proč?”

Trvalým dotazováním si dítě rozšiřuje slovní zásobu, poznává rozdíly a drobné nuance mezi jednotlivými výrazy, jako např. začíná rozlišovat rozdíl mezi slovy malý – menší – nejmenší. Řeč se v tomto období velice zdokonaluje, děti si často povídají sami s oblíbenými hračkami. Ve čtyřech letech dosahuje slovní zásoba již přes 2000 slov. Dítě užívá větné celky a recituje básničky. Od čtvrtého roku sledujeme výslovnost jednotlivých hlásek mluvené řeči. V tomto věku by dítě mělo správně vyslovovat Ď, Ť, Ň, K, G, a L. Nejpozději dítě tvoří správně hlásky R a Ř. Do věku čtyř let věku dítěte jsou chyby v mluvené řeči běžné, ale cizí lidé by měli dítěti dobře rozumět. Kolem 6.-7. let umí dítě většinu mluvených výrazů, může mít někdy obtíže s určitými kombinacemi slov.

**Příčiny dyslalie** můžeme dělit podle Krauhulcové (2003, s. 9) na vnitřní a vnější:

- ✓ Dědičnost (zejména nespecifická dědičnost jako je dyspraxie, dysgnozie nebo motorická retardace, specifické rodové nízké nadání pro řeč, jistá řečová slabost evidovaná v rodové linii např. opožděný vývoj řeči, opožděný vývoj sluchu pro řeč a podobně).
- ✓ Vrozené dispozice (postižení CNS, smyslová postižení zejména sluchu a zraku, porodní poškození,..).
- ✓ Vlivy prostředí (nesprávný mluvní vzor, nedostatek citových prožitků, nedostatek stimulace ke komunikaci, výchovné chyby, fixace vadných nebo nesprávných mluvních stereotypů výchovou, neurotizace dítěte v souvislosti s jeho nesprávnou nebo vadnou výslovností, nesprávný nebo nedůsledný bilingvizmus – artikulační rozdíly mezi jazyky, některé nesprávné návyky – např. příliš dlouhé užívání dudlíku, dumlání prstů, patologie související s lateralizací párových orgánů a další).
- ✓ Patologie mluvních orgánů (dýchání, fonace, artikulace, rty – pohyblivost a schopnost tvořit uzávěr, zuby - řady a skus, pohyblivost dolní čelisti – progenie, prognatie, tvar velikost a pohyblivost jazyka, podjazyková uzdička, tvrdé patro, měkké patro, čípek – pohyblivost a celistvost, patrohltanový uzávěr, rezonance dutin – ústní, nosohltanová, nosní a další, artikulační mimika, souhra v celkové technice mluvy).

- ✓ Další postižení sensorické, mentální nebo jiné související s vývojem výslovnosti a dyslalie.

**Klasifikace dyslalie z vývojového hlediska** - přesné zvládnutí zvukové stránky řeči netrvá u každého dítěte stejně dlouhou dobu. Nesprávná výslovnost asi do 5. roku dítěte je považována za jev fyziologický, přirozený = fyziologická dyslalie. Když nesprávná výslovnost přetrvává mezi 5.- 7. rokem, jde o prodlouženou fyziologickou dyslalii. Do konce 7. roku se upevňují mluvní stereotypy. Ještě stále se může v lehčích případech nesprávná výslovnost spontánně upravit. Neupraví-li se výslovnost po 7. roce, jde o vadnou výslovnost, odchylka ve výslovnosti je již zafixována, hovoříme o dyslalii pravé (Klenková, 1998, s. 15).

Krahulcová (2003, s. 16) uvádí, že jestliže dítě určitou hlásku pravidelně vynechává označuje se jako mogilalie té které hlásky (např. mogialfacismus, mogirotacismus,..). Pokud dítě hlásku, kterou neumí nahrazuje hláskou jinou, jedná se paralalii hlásky (např. pararotacismus, parakapacismus,...). Je-li hláska tvořena jiným způsobem a na jiném místě než odpovídá normě spisovného jazyka, jedná se o vadnou výslovnost. Vadně tvořená hláska se označuje řeckým názvem s příponou –ismus (např. sigmatismus, rotacismus,...).

#### **Klasifikace dyslalie podle příčin**

Klenková (1998, s. 16) dělí dyslalii podle příčin takto:

- Funkční – z napodobení nesprávného mluvního vzoru, zanedbání ze strany prostředí, dědičné vlivy – vrozená řečová slabost.

Funkční dyslalii lze dále dělit na typy:

- ✓ Typ sensorický – narušena je schopnost sluchové diferenciaci.
- ✓ Typ motorický – artikulační neobratnost způsobená patologickou artikulační dynamikou.
- Orgánová – může být podmíněna různými faktory v neurologických mechanismech řeči.

Dělí se na:

- ✓ Dostředivou, impresivní dyslalii;
- ✓ Odstředivou, expresivní dyslalii;
- ✓ Centrální dyslalii.



Podle lokalizace orgánu, který narušuje fyziologickou výslovnost může být orgánová dyslalie dělena na:

- ✓ Akustickou (audiogenní) – při vadách sluchu;
- ✓ Labiální – při defektech rtu;
- ✓ Dentální – při defektech zubů;
- ✓ Palatální – při anomáliích patra;
- ✓ Lingvální – při anomáliích jazyka;
- ✓ Nazální – při narušení nazality (nosovosti).

### **Klasifikace dyslalie podle stupně**

Krahulcová (2003, s. 17) uvádí dělení podle stupně:

- Dyslalie levis (simplex) je jednoduchá porucha nebo vada výslovnosti jedné nebo několika málo hlásek. Není narušena srozumitelnost řeči. V případě, že se jedná o poruchu nebo vadu hlásek artikulačně podobných, tvořených na jednom artikulačním místě označuje se toto jako dyslalie monomorfní.
- Dyslalie gravis (multiplex), těžká vada výslovnosti, kdy je narušena artikulace většího počtu hlásek. Je narušena srozumitelnost řeči. V případě, že je narušena výslovnost hlásek více artikulačních míst označuje se tato porucha nebo vada jako dyslalie polymorfní.
- Dyslalie univerzalis (tetismus, hotentotismus, inaptus). Je postižena výslovnost téměř všech hlásek. Řeč je prakticky nesrozumitelná.

### **Klasifikace z hlediska kontextu**

Podle Klenkové (1998, s. 17):

- Hlásková – týká se jednotlivých hlásek.
- Slabiková nebo slovní (kontextová) – izolované hlásky jsou tvořeny správně, ale ve slabikách nebo slovech jsou tvořeny chybně.

Nejrůznější symptomy u kontextové dyslalie podle Lechty, jak je uvádí Klenková (1998, s.17):

- ✓ elize (vypouštění, vynechávání hlásek),
- ✓ metateze (přesmykování hlásek),
- ✓ kontaminace (směšování hlásek),
- ✓ anaptixe (vkládání hlásek),
- ✓ asimilace (připodobňování, přizpůsobování hlásek).

## **Jiné dělení dyslalie**

Podle Dvořáka (2001, s. 56) lze ještě dyslalii dělit na :

- Konstantní – jedinec tvoří určitou hlásku trvale nesprávně nebo vadně ve všech případech.
- Nekonstantní – realizace dané hlásky je nepravidelná, tj. v určitých spojeních je vyslovovaná stabilně korektně, v jiných koartikulačních spojeních pravidelně nesprávně nebo vadně.
- Nekonsekventní – určitá hláska je vytvořena různým způsobem, v témže slově v různých časových obdobích; realizace určitého slova je nestabilní v různých časových obdobích.

**Vnímání vlastní výslovnosti** - děti předškolního věku si obvykle nejsou vědomy své vlastní, správné nebo nesprávné výslovnosti. Za okolností, že jde o patlavé vyslovování, jak uvádí Sovák (1984, s. 157) mohou se vyskytovat ve vnímání vlastní i cizí výslovnosti tyto varianty:

- ✓ dítě nepozná, že nesprávně vyslovuje, ani nepoznává obdobnou vadu výslovnosti u jiných osob (není zakotvena zpětná vazba akustická se vznikem hybnosti),
- ✓ dítě nepoznává vlastní nesprávnost výslovnosti, ale pozná, že špatně vyslovuje jiná osoba (je už zakotvená zpětná vazba vlastní řeči, ale není vytvořen spoj na sluchovou zpětnou vazbu ze sociálního prostředí),
- ✓ dítě poznává nesprávnou výslovnost u sebe i u jiných (je vytvořena zpětná vazba jak z prostředí, tak i z vlastního akustického okruhu a převládá zakotvený motorický výkon).

Nejčastější varianta je ta, že děti poznají nesprávnou výslovnost spíš u toho druhého než u sebe.

**Logopedická diagnostika** je podle Krahulcové (2003, s. 18) cílevědomá činnost vedoucí k rozpoznání podmínek, průběhu a výsledku vývoje schopností jedince, výsledků výchovy a vyučování, nebo v užším slova smyslu NKS. Součástí diagnostiky je i stanovení prognózy respektive potenciálních možností rozvoje jedince.

Komplexní logopedickou diagnostiku zpravidla vykonává logoped, jedná se o celkové a podrobné posouzení NKS a stanovení logopedické diagnózy. Při složitých a závažných poruchách a vadách se uplatňuje víceoborová diagnostika

poruch a vad řeči, jazyka i výslovnosti a využívají se zejména výsledky lékařské a psychologické diagnostiky.

Logopedická diagnostika dyslalie má několik cílů, které shrnul Lechta, jak uvádí Klenková (1998, s. 20). U vyšetřovaného zjišťujeme:

- ✓ zda danou hlásku vyslovuje chybně na začátku, uprostřed, na konci slova. (Toto zjištění je důležité pro plánování nácviku. Zjistíme-li, že např. na začátku umí hlásku vyslovovat, nemusíme plánovat etapu navození hlásky, ale navážeme na to co již umí.),
- ✓ kvalitu fonemické diferenciaci a úroveň motoriky řečových orgánů,
- ✓ zda jde o dyslalii hláskovou, slabikovou, slovní,
- ✓ jde-li o dyslalii bilabiální (retoretnou), labiodentální (retozubnou), alveolární, (dásňovou), palatální (tvrđopatrovou), velární (měkkopatrovou), laryngální (hrtanovou), nazální (nosovou),
- ✓ je-li dyslalie monomorfní či polymorfní,
- ✓ jaká je příčina dyslalie.

Při diagnostickém šetření nesmíme opomenout sledovat vývojové stadium řeči, stav slovní zásoby, plynulost řeči. Musíme zjistit, zda se jedná o „prostou“ dyslalii nebo symptom jiného postižení.

Jak uvádí Klenková (1998, s. 20), již Sovák doporučoval v rámci diferenciální diagnostiky odlišit:

- ✓ vady výslovnosti při poruchách sluchu (tj. při nedostatku nebo ztrátě sluchové kontroly),
- ✓ poruchy vyslovování při onemocnění bazálních ganglií a extrapyramidového systému,
- ✓ vady výslovnosti u mentálně retardovaných,
- ✓ poruchy výslovnosti při neurologických syndromech, např. dysartrie,
- ✓ komolení a redukce slabik i celých slov při breptavosti,
- ✓ specifické vady výslovnosti při lehké mozkové dysfunkci,
- ✓ nedbalou řeč jako deformaci sociálních vztahů, při výchovné zanedbanosti,
- ✓ žargonové a dialektové zvláštnosti,
- ✓ odchylky ve výslovnosti dětí a osob z cizojazyčného prostředí.

**Prevence dyslalie** - logopedická prevence se opírá o podporu poznávacích procesů, komunikačního apetitu a správné výslovnosti, jež je tím účinnější čím méně nebo vůbec nejsou zafixovány stereotypy nepřesné a vadné výslovnosti hlásek.

Zásady prevence vad a poruch řeči podle Krauhulcové (2003, s. 14):

- Posilování mluvní apetence jako celku, pozitivním a citovým přístupem k dítěti, častým a intenzivním projevy lásky, častou komunikační příležitostí, posilováním obousměrné komunikace, využívání přiměřené hudby a zpěvu k rozvoji muzikality a rytmicity, velmi důležité je poskytování správného a laskavého mluvního vzoru.
- Diferenciace a fixace zvuků lidské řeči – mateřského jazyka pomocí fonemických her, sluchových cvičení, rytmicko-pohybových aktivit, využíváním jednoduchých nástrojů, je také nezbytné omezovat nadměrnou hlučnost prostředí.
- Posilování motorické obratnosti celkové (sportovními aktivitami) i motorické obratnosti jemné, jak ruky tak mluvidel, a to formou různých herních činností.
- Nepřetěžovat dítě nadměrnými a nepřiměřenými požadavky, zvláště pak dítě jakkoliv odlišné nebo postižené.

Nejčastější logopedické chyby podle Sováka a Pavlové-Zahálkové, jak je uvádí

Krauhulcová (2003, s. 15):

- ✓ Příliš často mluvit na dítě mazlivě nebo deformovanou výslovností.
- ✓ Chválit a obdivovat a předvádět nesprávnou nebo vadnou výslovnost dítěte.
- ✓ Dítě kárat, posmívat se mu nebo trestat dítě pro jeho nesprávnou nebo vadnou výslovnost.
- ✓ Podceňovat i přeceňovat poruchu nebo vadu výslovnosti.
- ✓ Zanedbávat příležitost k podpoře a výuce výslovnosti nebo naopak z dítěte s dyslalií dělat pacienta s komplexem výjimečnosti.
- ✓ Strašit dítě s fyziologicky nesprávnou výslovností nebo s dyslalií školou.
- ✓ Podcenit nebo nepoznat orgánový původ dyslalie, nebo nepoznat lehkou formu dysartrie a neurologické příčiny a dítě metodicky poškodit.

- ✓ Při logopedické péči podceňovat nezbytnost tělesné a duševní relaxace, kreativity, nebo někdy potřebu psychoterapeutických metod.
- ✓ Vykonávat logopedickou péči formou bezduchého drilu.
- ✓ Při neúspěchu přenášet odpovědnost na dítě nebo jeho rodiče.

**Logopedická péče** - péče o dyslaliky by měla probíhat již v předškolním věku, aby dítě, které přichází do školy, mělo řeč v pořádku. V předškolním věku se dá výslovnost velmi dobře ovlivňovat, neboť ještě není dokonale fixována. Důležité je působit preventivně, předcházet poruchám výslovnosti a řeči, ovlivňovat správný řečový vývoj v rodině, v mateřské škole i v základní škole. Pokud se již jedná o poruchy řeči, je třeba je odstranit v co nejmladším věku, protože často mají vliv na celkový vývoj, činnost a chování dítěte.

U dětí i s menšími poruchami řeči se může v nejranějším věku objevit pocit nejistoty, studu, nerozhodnosti, nedůvěry, podrážděnost, pocit méněcennosti a negativismu. Z těchto pocitů se může vyvinout odpor k řeči a dítě přestane mluvit. U některých labilnějších jedinců se mohou objevit psychické poruchy, neurózy a psychózy (Klenková, 1998, s. 22).

Základním prvkem metodiky odstraňování dyslalie je nápodoba, vycházíme z napodobovacího reflexu. Potřebná mechanická cvičení se mají co nejvíce spojovat s řečí v reálných životních situacích. Při odstraňování dyslalie je důležité provádět cvičení motoriky mluvních orgánů.

Artikulační cvičení nejen zlepšují funkci mluvidel, ale i motorickou funkci mozkových oblastí, které je ovládají, a do činnosti zapojují i kompenzační mozkové oblasti. Proto je nutné zapojit do logopedických cvičení všechny analyzátoři, které se účastní vytváření řeči a komunikačního procesu: sluch, zrak, hmat, kinestetický a taktilně vibrační smysl.

Etapy odstraňování dyslalie podle Krauhlové (2003, s. 23):

- ✓ Přípravná cvičení - rozvoj kognitivních, motorických a senzorických schopností dítěte v přímé návaznosti na potřeby artikulace.
- ✓ Identifikace hlásky – poznávání hlásky cestou sluchové – fonematické, proprioceptivní – hmatové, kinestetické i optické, případně asociační identifikace (zejména s písmenem).

- ✓ Vyvození hlásky – využití jedné nebo kombinace metod logopedického vyvození nové hlásky.
- ✓ Fixace nového mluvního stereotypu – upevnění nové artikulační schopnosti v optimálním hláskovém spojení a vytvoření správného artikulačního stereotypu.
- ✓ Automatizace správné výslovnosti – posilování a automatizace artikulačního stereotypu při spontánní mluvě.

### ***Vývojová dysartrie***

Terminologie vývojové dysartrie je prakticky jednoznačná, což ukazuje na větší zavedenost tohoto pojmu. Její definice je rovněž obecně rozšířená. Uvádí ji např. Lechta a kol., podle nějž je dysartrie „narušení artikulace jako celku, vznikající při organickém postižení centrálního nervového systému“ (Lechta a kol., 2003, s. 237). Kromě vývojové formy se může vyskytovat i dysartrie získaná. Vývojová dysartrie spočívá v problémech s napětím, silou a kontrolou řečového svalstva. Postižena nebývá pouze artikulace, ale i fonace, rezonance a prozódie řeči. Vývojová dysartrie dále zasahuje i do vitálních funkcí, jako je respirace a příjem potravy.

Nejčastěji se tento druh NKS vyskytuje v souvislosti s dětskou mozkovou obrnou. Škodová a kol. (2003, s. 306) uvádí, že postihuje 60-70% dětí s DMO. Vývojová dysartrie je způsobována poškozením mozku a mozkových drah, takže je neurologicky diagnostikovatelná. Z hlediska doby vzniku těchto narušení rozeznáváme prenatální, perinatální a postnatální příčiny mozkové léze. Pokud se dysartrie vyskytne u dětí v důsledku poškození v prvních měsících života, je považována za vývojovou.

Symptomatologie vývojové dysartrie je rozmanitá vzhledem k různé lokalizaci a rozsahu mozkové léze. Tomu odpovídají jednotlivé typy vývojové dysartrie, shrnuté např. u Škodové a kol. (2003, s. 309), přičemž tyto typy se ve většině případů shodují s typem DMO. Jde o spastický typ (pyramidová dysartrie), atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ (extrapyramidová dysartrie), ataktický typ (cereberální dysartrie), bulbární dysartrie, smíšenou dysartrii a kortikální dysartrii. Řeč dětí s vývojovou dysartrií může být sípavá, drmolená, mohou se vyskytovat hypernazalita, dysrytmie, problémy s kontrolou hlasitosti řeči (Bowen, 2005).

Kábele (1982) uvádí zásady terapie dětí s vývojovou dysartrií. Konstatuje, že terapie musí splňovat podmínku vývojovosti (v souladu s přirozeným vývojem hybnosti), využívat reflexů dítěte, rytmizovat řeč. K terapii je třeba přistupovat komplexně (multisenzoriálně), provádět ji pokud možno v kolektivu a přiměřeně individuálním schopnostem. Terapie probíhá na mnoha úrovních, zaměřuje se na celkovou motoriku, příjem potravy a polykání, dále pak na motoriku mluvidel a na vlastní řečové schopnosti. Na této úrovni se věnuje stimulaci motoriky mluvidel a artikulačních schopností s cílem zkvalitnění komunikace, k čemuž může sloužit i využití augmentativní a alternativní komunikace.

Z hlediska prognózy je uváděno, že děti s vývojovou dysartrií mají často současně poruchy polykání, které přetrvávají i v pozdějším věku. Projevy vývojové dysartrie se s vyžíváním nervové soustavy zmenšují, přičemž dochází k zvyšování sebekontroly motoriky mluvidel a tím i srozumitelnosti mluvy.

### ***Vývojová verbální dyspraxie***

Tento druh NKS je označován různými termíny, jejichž přehled uvádí Lechta a kol. (2002, s. 169): např. řečová apraxie (apraxia of speech), vývojová verbální dyspraxie (Developmental Verbal Dyspraxia) nebo vývojová apraxie řeči (Developmental Apraxia of Speech). Posledně jmenovaný termín používá např. Bowen (2005). U nás tuto poruchu označil Žlab (podle Dvořáka, 2003b) jako artikulační dyspraxie. Tento termín použil v roce 1995 prof. Matějček a nahradil tím již zastaralý termín Specifický logopedický nález (SLN). Již v 60. letech minulého století Zdeněk Žlab (Michalová, 2008, s. 43) prokázal přítomnost v 52% ze vzorku 700 dětí s LMD v kombinaci s SPU. Artikulační dyspraxii (dříve SLN) podle Michalové (2008, s. 43) dělíme na dva typy poruch:

- a) **Artikulační neobratnost** – jedná se vadu řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé fonémy i celá slova, artikulace je však navenek namáhavá, těžkopádná, nápadně neobratná, a proto někdy i těžko srozumitelná. Příčinou je postižení řečové motoriky, tj. artikulace a koordinace mluvidel, u některých dětí souvisí i s narušením sluchového vnímání. Dítě s tímto problémem obtížně vyslovuje a komolí složitější slova typu pražská paroplavba, nosorožec, nejnebezpečnější.
- b) **Specifické asimilace** – porucha řeči v důsledku postižení verbálně motorických aktivit, při níž jsou stírány hlásky artikulačně nebo zvukově

podobné, pokud se ve slově vyskytují v těsné blízkosti, v izolované podobě jsou vyslovovány správně. Typy specifických asimilací: spodoby měkčení, spodoby sykavkové, progresivní-regresivní.

Termín „artikulační neobratnost“ je běžně chápán v odborné literatuře jako obtíže nebo nepřiměřeně zdlouhavé navozování, fixace a automatizace individuálních hlásek. Někteří autoři používají termín artikulační dyspraxie ve smyslu komolení víceslabičných a složených slov, ačkoli hlásky dítě zvládá. V jejich odborných publikacích jde jednoznačně o projev VVD, ke které patří i tzv. „specifické asimilace“.

Dvořák (2001, s. 59) převzal termín vývojová verbální dyspraxie (VVD). V mezinárodní klasifikaci nemocí (1992) (MKN, 1992) není klasifikována. Škodová a kol. (2003) ji vyděluje jako zvláštní typ NKS od vývojové dysartrie.

Definice VVD si všímají buď projevů, nebo příčin tohoto druhu NKS. Kupříkladu podle Bowen (2005) je poruchou, týkající se obtíží s prováděním pohybů, které jsou nutné pro vyvození hlásek. VVD je nicméně poruchou řeči na úrovni slov, kdy dítě není schopno adekvátně vykonávat artikulační pohyby, i když artikulaci jednotlivých hlásek může zvládat. Podle Dvořáka je VVD „motorická řečová porucha ideace, plánování/programování a vykonávání motorických aktivit na úrovni slov“ (Dvořák, 2003b, s. 36).

Podle Bowen (2005) je VVD málo častou poruchou. Dvořák (2003b) odhaduje její četnost na jedno až dvě děti z tisíce živě narozených. Tato skutečnost je nepodstatná pro specifickou skupinu dětí s ADHD, které je věnována empirická část této práce. Zpravidla se vyskytuje spolu s dalšími vadami, např. dysartrií, poruchami sluchu apod. Jde o vážné narušení komunikační schopnosti, což způsobuje časté frustrace takových dětí, neboť jejich řeči často nerozumí ani lidé z nejbližšího okolí.

Přesná příčina VVD není známa (Bowen, 2005). Někteří autoři si všímají vztahu VVD a mozkové činnosti, přičemž konstatují, že tato porucha je způsobena neschopností mozku kontrolovat pohyb příslušných svalů. Přitom je typické, že řečové svalstvo není oslabené ani ochrnuté. U dětí však nelze obvykle zjistit konkrétní mozkové postižení, které je za výskyt VVD odpovědné. Naopak dyspraxie řeči dospělých je vázána na konkrétní poškození mozku. Podle Dvořáka (2003b)



může ke vzniku VVD dojít např. na základě genetické predispozice, prenatálních nebo perinatálních problémů či neurologické poruchy.

VVD se projevuje deficitem orálně motorického plánování artikulované řeči, obtížemi s volnými pohyby pro produkci řeči, potížemi s tvořením hlásek (slabik, souhláskových shluků, slov, vět) a jejich sestavováním do sekvencí (Dvořák, 2003b). Děti s tímto druhem NKS mohou mít problémy s výběrem, plánováním, organizováním a spuštěním motorického řečového vzorce (Bowen, 2005).

Na zvýšenou pravděpodobnost VVD lze usuzovat na základě výskytu určitých symptomů, které uvádí Dvořák (2003b). Jsou to obtíže při krmení, nedostatek broukání nebo žvatlání, opožděný časný vývoj motoriky, zvýšená míra salivace, hypersenzitivita, resp. hyposenzitivita. Ve věku dítěte do 3,5 roku je nicméně diagnostika VVD obtížná, neboť ji lze těžko odlišit od jiných poruch (Bowen, 2005). V případě VVD podle ní dochází k opožděnému a zpomalenému vývoji řeči, která je značně nesrozumitelná, především v případě delších výpovědí. Proto dochází k nahrazování verbální komunikace neverbální, synkinézi při mluvě apod.

Dvořák (2003b) dále uvádí i další symptomy VVD, a to neřečové (např. narušení motoriky, poruchy krátkodobé paměti) i řečové a jazykové. Mezi ně patří např. velký rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, lepší artikulace při spontánní mluvě než při opakování, verbální perseverace, nekonzistentní artikulace hlásek a komolení slov.

VVD bývá obvykle dělena z hlediska věku dítěte do dvou stádií; určitým mezníkem mezi nimi je věk kolem pěti let, kdy už by mělo dítě zvládat výslovnost všech hlásek (Dvořák, 1999). Tato stádia se liší i z hlediska doporučené terapie, která však nemá jednotně stanovenou metodiku. V počátečním stádiu spočívá v procvičování motoriky mluvidel s postupným nárůstem volní kontroly nad vytvářením hlásek. Postupem času je snaha hlásky spojovat do slabik, slov i delších sekvencí. Přitom je vhodné využívat častého opakování s použitím širokého spektra podnětů. Do terapie lze s užitkem zapojit písňe, verše, pohádky s opakováním frází.

Z důvodu dorozumění se s okolím, poskytujícího další podporu rozvoje řeči, je často vhodné zapojit do terapie alternativní a augmentativní systémy komunikace, které hrají důležitou roli, než se rozvine srozumitelná verbální komunikace (Downey, 2005). K užívaným systémům patří např. MAKATON, znakový jazyk, Bliss apod.

(Dvořák, 2003b). Využití takového komunikačního systému umožňuje překonání frustrace z komunikace, což vede k usnadnění rozvoje řeči (Bowen, 2005). Vizualizace řeči rovněž zlepšuje možnost volní kontroly nad zvukovou stránkou řeči. Zvýšené využívání vizuálních podnětů způsobuje zpravidla brzký nástup dovednosti čtení, což opět zpětně působí na zlepšování řeči vazbou na její psanou podobu (Bowen, 2005).

Určení prognózy je u VVD mimořádně obtížné, neboť na ni působí celá řada vlivů, které uvádí Dvořák (2003b). Jde o individuální charakteristiku dítěte, stupeň poruchy, rozsah terapie a rodinné zainteresovanosti. Výskyt přidružených vad prognózu zhoršuje. V některých případech navzdory nejlepší možné péči není řeč osob s VVD v normě, nicméně velká většina takových osob je schopna srozumitelné komunikace (Bowen, 2005).

### ***Vývojová fonologická porucha***

Tento druh NKS bývá podle Dvořáka (2003a) označován i jako fonologická neschopnost (Phonological Disability), fonomotorická neschopnost (Phonomotor Disability), syntaktický fonologický syndrom (Syntactic Phonological Syndrome), fonologická porucha (Phonological Disorder), expresivní fonologické narušení (Expressive Phonological Impairment). Bowen (2005) ji nazývá shodně s Dvořákem vývojová fonologická porucha (Developmental Phonological Disorder), zkráceně VFP. Pod tímto označením je tato NKS uváděna v MKN (1992) jako součást nozologické jednotky F80.0 Specifická porucha artikulace řeči. Lechta a kol. (2002) uvádí, že tato porucha byla u nás dříve nazývána funkční artikulační porucha.

Definici VFP uvádí Dvořák: „Vývojová fonologická porucha je specifická vývojová porucha, při níž dítě neadekvátně používá hlásky a srozumitelnost mluvního projevu je výrazně pod úrovní jeho mentálního věku. Vývoj fonetický a jazykový je normální“ (Dvořák, 2003a, s 112). Podobně ji vymezuje Bowen (2005), která mluví o poruše učení se „pravidel“ umístění jednotlivých hlásek ve slově. Děti s VFP umí hlásky správně artikulovat nebo se to jsou schopni snadno naučit, avšak jejich fonologický systém je narušený nebo opožděný. Srozumitelnost řeči je podobně jako v případě VVD značně zhoršená. VFP se podobně jako VVD projevuje problémy se spojováním správně vyslovovaných hlásek, avšak příčinou je v tomto případě narušená percepce řeči.

Bowen (2005) a podle ní i Dvořák (2003a) uvádějí pět možných příčin vzniku VFP, které se mohou navzájem kombinovat. Jde o zahlcení dítěte složitostí fonemických vzorů jazyka, silně opožděnou jazykovou zralost, zakonzervování předchozího vývojového stádia jazyka, sníženou schopnost vnímání řeči vlastní i druhých lidí a obtíže s organizováním hláskového systému. Přesná příčina vzniku těchto obtíží je však nejasná.

Jedním ze symptomů VFP je extrémně nesrozumitelný mluvní projev, který však má narozdíl od VVD vlastní pravidla. Slova jsou komolena, dochází především k nahrazování a vynechávání souhlásek, motorika mluvidel je však v pořádku. Výrazným znakem je zvýšená komunikativnost jedince a maximální využívání suprasegmentálních prostředků řeči, což je způsobeno malým fonologickým uvědoměním – dítě si neuvědomuje podstatu své NKS, problémy s komunikací se proto snaží řešit zintenzivněním komunikace.

VFP se diagnostikuje nejčastěji kolem čtvrtého roku věku dítěte, kdy nedostatky v mluvním projevu ostře kontrastují s celkovým rozvojem dítěte. Autoři rozeznávají tři stupně VFP podle míry postižení. Dvořák (2003a) uvádí, že při těžké VFP je procento korektních konsonantů v konverzaci nižší než 50%. VFP se může vyskytovat samostatně, častěji je provázena jinými druhy NKS, např. koktavostí, breptavostí, specifickým jazykovým narušením nebo VVD.

Terapie VFP, označovaná jako fonologická terapie, spočívá ve sluchovém výcviku dítěte, které se má naučit správná pravidla organizace řeči. Jednotlivé děti používají svá vlastní pravidla, proto je vždy třeba terapii modifikovat. Na dítě je třeba hodně mluvit, číst mu pohádky, verše apod., přičemž je vhodná rytmizace řeči. U dítěte je potřeba rozvíjet fonologické a fonémické uvědomování, čemuž mohou sloužit různé speciální techniky, které uvádí Dvořák (2003a), např. diferenciací podobně znějících slov, časté opakování určitých sluchových vstupů. Dítě si má uvědomit skladbu hlásek ve slovech. Cílem terapie je podle Bowen (2005) zevšeobecnění osvojených pravidel na další hlásky nebo jejich skupiny a tím dítěti umožnit převzetí kontroly nad vlastním jazykovým vývojem.

### ***Myofunkční poruchy***

Poruchy zvukové stránky řeči je možné vysledovat i u myofunkčních poruch, označovaných v anglicky psané literatuře Orofacial Myofunctional Disorders, tedy

orofaciální myofunkční poruchy. Ty jsou podle Kurze (2005a) způsobeny poškozením svalového napětí a pohybových vzorců vnějšího a vnitřního svalstva úst. Projevy jsou dystonie a dysfunkce v orofaciální oblasti, spojené s celkovou tělesnou a svalovou disharmonií. Jsou oslabeny rty, jazyk, naopak je posílen bradový sval (Kittel, 1999). To způsobuje chybnou klidovou polohu jazyka, potíže s polykáním, přičemž mohou nastat i poruchy výslovnosti. Kromě toho dochází i k anomáliím zubů a čelistí, chybnému držení těla, poruchám dýchání, hlasivek, což může vést k vnitřní nevyrovnanosti osob s postižením.

Příčiny myofunkčních poruch jsou různorodé. Patří mezi ně např. poškození při vývoji embria, komplikace při porodu, přetrvávání sacího a polykacího reflexu, dlouhodobé dumlání palce nebo dudlíku, nesprávné postavení zubů nebo čelistí, nesprávně aplikovaný ortodontický přístroj, nefunkčnost nosního dýchání, přirostlá jazyková uzdička, přetěžování dítěte, napodobování šišlavosti (Kittel, 1999). Příčinu lze hledat i v příliš velkém jazyku. Mezi další příčiny myofunkčních poruch patří rovněž dědičnost, dále pak různé vlivy, způsobující ústní dýchání (alergie, zvětšená nosní mandle). Kurz (2005a) doplňuje jako další skupinu příčin růstové anomálie obličejových kostí (předkus), otevřený skus. Konstatuje, že konkrétní příčinu nelze ve většině případů určit, přičemž uvádí příklady řetězení těchto příčin.

Z hlediska poruch zvukové stránky řeči je nejčastější výskyt nesprávně artikulovaných sykavek, a to jak addentálně, interdentálně, tak i laterálně. Dále bývají nesprávně artikulovány hlásky *T, D, N, L*, a to rovněž interdentálně nebo addentálně (Kittel, 1999).

Terapie myofunkčních poruch se zaměřuje především na nápravu chybného polykání. Předcházet jí musí případný lékařský zákrok k odstranění překážky nosního dýchání, resp. proces odnaučení zlovyků (cumlání prstů apod.). Počáteční fáze terapie se zaměřuje na posílení ústního svalstva, což umožňuje jeho lepší využití rovněž pro artikulaci a mluvení. Lepší srozumitelnosti řeči je dosahováno pomocí frázování a plánování pohybu (Gangale, 2004).

### ***Dysfonie***

Dysfonií rozumíme „poruchu hlasu, jejímž příznakem je chrapot“ (Škodová a kol., 2003, s. 604). Narušena může být výška, intenzita, kvalita, barva, flexibilita hlasu. Sovák (1978) k tomu uvádí, že dysfonie je změna v akustických kvalitách hlasu,

způsobu jeho tvoření a používání, přičemž se v hlase mohou vyskytnout i různé vedlejší zvuky.

Za příčiny poruchy hlasu je možno považovat: dědičnost, vlivy prostředí, hormonální odchylky, postižení CNS, poškození hrtanu, audiogenně podmíněné poruchy, mutační poruchy, nesprávné používání hlasu, neurotické poruchy (Peutelschmiedová, 2001); vrozené odchylky, operační zákroky. Lechta a kol. (2003) příčiny vzniku dysfonie dělí na orgánové, funkční, psychogenní a jiné.

Nejčastější dělení poruch hlasu je na orgánové a funkční. Mezi orgánové poruchy jsou řazeny např. uzlíky, vrozené vady a anomálie, nádorová onemocnění, úrazy, onemocnění hrtanu. Mezi funkční poruchy hlasu spadá např. přemáhání hlasu, psychogenní poruchy, hlasové neurózy (např. Lechta a kol., 2003; Škodová a kol., 2003; Peutelschmiedová, 2001).

Při prevenci poruch hlasu hraje důležitou roli hlasová hygiena a hlasový vzor.

Podobně jako u jiných poruch, i v tomto případě se kromě termínu dysfonie vyskytuje i pojem afonie, kterým je označováno bezhlasí. To může být podle Dvořáka (2001) rovněž způsobeno ztrátou hlasu organického původu nebo neschopností vydat hlas z důvodu psychogenních příčin.

### ***Rhinolalie***

Rhinofonie je poruchou zvukové stránky řeči, konkrétně poruchou rezonance řeči, proto je rovněž nazývána huhňavost. Nosní rezonance čili nazalita je fyziologickým jevem, o patologii mluvíme, pokud je zvýšená či snižená a zvuk řeči tak vykazuje patologické odchylky (Kurz, 2005b). Kromě toho se užívá i termín rhinolalie, přičemž Dvořák uvádí, že rhinofonie je „porucha zvuku hlasu, deformace hlasu zvláštního až mečivého charakteru,“ rhinolalie pak je „huhňavost, poruchy nazality při mluvení“ (Dvořák, 2001, s. 167). Většina autorů však tyto dva pojmy ztotožňuje.

Za zvláštní druh rhinofonie je možno považovat palatolalii, poruchu zvuku řeči, způsobenou rozštěpem patra. Vzhledem k jejímu anatomickému základu nebude samostatně pojednávána; o palatolalii viz např. Kerekrétiová (2000), Klenková (1998) a Vohradník (2001).

Autoři shodně dělí rhinofonii na otevřenou, zavřenou a smíšenou (např. Sovák, 1978; Klenková, 2000; Škodová a kol, 2003). Rovněž se shodně vyjadřují o její symptomatologii, diagnostice i terapii, viz níže.

Otevřená huhňavost (rhinophonia aperta, hyperrhinophonia, hypernazalita) spočívá v patologicky zvýšené nosovosti, způsobené nedostatečnou funkcí patrohltanového uzávěru, díky čemuž uniká vzduch do dutiny nosní. Příčiny mohou být jednak organické, jednak funkční. Organické příčiny dále rozeznáváme vrozené (např. rozštěpy patra, zkrácené měkké patro, nedostatečný vývoj svalů měkkého patra) a získané (např. centrální i periferní obrny měkkého patra, stavy po operacích, nádorové onemocnění, neurologické onemocnění). K funkčním příčinám patří snížená činnost svalstva patrohltanového uzávěru u lidí dlouhodobě nemocných a oslabených, při hysteriích a neurózách, při mentální retardaci, jako návyk, jako důsledek nesprávného mluvního vzoru apod. Terapie se zaměřuje na zlepšení funkce patrohltanového uzávěru pasivními (masáže, napínání měkkého patra) i aktivními (např. sací hry, foukání, dechové cvičení) cvičeními.

Zavřená huhňavost (rhinophonia clausa, hyporhinophonia, hyponazalita) je patologicky snížená nosovost. Snížená nosovost je způsobena omezením nebo zmenšením prostornosti rezonančních dutin. Příčiny jsou organické (získané - např. zbytnění nosní sliznice, rinitidy, nádory, zvětšená nosní madle; resp. vrozené – úzké nosní průchody, zkřivená nosní přepážka) a funkční (méně časté zvýšení funkce činnosti patrohltanového uzávěru). Podle výzkumů trpí zvětšenou nosní mandlí přibližně jedna pětina všech dětí do šesti let. Po lékařském odstranění překážky, která omezuje činnost rezonančních dutin, následuje logopedická terapie, která se zaměřuje na nácvik nosního dýchání a správné artikulace nosovek.

Smíšená huhňavost (rhinophonia mixta) je současné snížení i zvýšení nosovosti. Dochází k ní při nedostatečnosti velofaryngeálního uzávěru a zároveň při zmenšení objemu rezonančních dutin. Příčiny a terapeutické postupy jsou kombinací příčin a terapeutických postupů otevřené, resp. zavřené huhňavosti. Prognóza vyplývá z příčiny vzniku NKS, její léčby i osobnosti daného jedince. U otevřené huhňavosti z funkčních příčin je prognóza lepší. Jako prevence se jeví vhodná depistáž, důraz na nosní dýchání a správný mluvní vzor. Důležitá je i lékařská prevence.

## 2.3 Diagnostika

Diagnostika je podle Dvořáka (2001, s. 45) :

- proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy; zjišťování anamnestických dat, vyšetření přítomného stavu a další odborná vyšetření mají za cíl odhalit příčiny nemoci, stanovit diagnózu a efektivní způsob terapie, příp. stanovit prognózu vyléčení;
  - soubor různých metod pomáhajících zjišťovat nemoc, poruchu, vadu;
  - též označení oboru, který se zabývá teorií a metodologií rozpoznávání charakteristik diagnostikovaného.
- **Vstupní** – např. v logopedii obsahuje potvrzení či vyvrácení suspektní poruchy řečové komunikace. Komplexní vyšetření na základě postupů diferenciální diagnostiky realizuje stanovení diagnózy, závažnost poruchy řečové komunikace a její vliv na komunikaci pacienta s okolím. Její součástí je stanovení individuálního plánu logopedické péče.
  - **Průběžná** – provádíme v průběhu terapie, obsahuje zhodnocení dílčích cílů a jejich plnění, stanovování dalších dílčích cílů, upřesňování postupů a rozšiřování oblastí nápravy.
  - **Výstupní** – provádí se při ukončení terapie z důvodů vyléčení nebo při změně odborníka, obsahuje zhodnocení průběhu péče a doporučení pro další péči v této oblasti, případně doporučení k další péči třeba v místě bydliště. Pro kontrolu stability dosažených výsledků je užíváno kontrolní vyšetření v časovém horizontu 3-6 měsíců po ukončení programu terapie.
  - **Diferenciální** – určité vyšetřovací metody, kterými se na základě pozorování přítomnosti příznaků (symptomů) příznačných pro určité odchylky dospívá ke konkrétní diagnóze s cílem vyloučit diagnostický omyl (Dvořák, 2001, s. 45).

### 2.3.1 Diagnostika ADHD

V předškolním věku můžeme předejít problémům ve škole včasnou diagnostikou. ADHD lze diagnostikovat u závažných potíží již od narození, obecně však nejpozději ve věku 4 - 5 let. Znamky ADHD v tomto věku lze již pozorovat, jak v chování, tak v EEG vyšetření. To je ještě dostatečná doba pro pokus o nápravu, než půjde dítě do školy. Jestliže má dítě ADHD, bude to mít ve škole těžší než jeho vrstevníci - a jeho rodiče s ním.

Vývojová psychologie sleduje duševní vývoj dítěte v porovnání s jeho vrstevníky. Znamky oslabení nervového systému se mohou projevovat určitými vývojovými opožděními za normou příslušnou danému věku. Ve čtyřech letech je již ve srovnání s vrstevníky dobře patrné, jak se které dítě soustředí a zda vydrží v klidu. Na problém jasně ukazuje, není-li ani ve čtyřech letech schopno návštěvy mateřské školy. Před nástupem do školy se hodnotí tzv. školní zralost. Diagnostika dítěte by měla být dlouhodobějším procesem, pro který jsou typické na sebe navazující dílčí projevy dítěte, z nichž se vytvoří celkové jeho komplexní hodnocení (Michalová, 2007, s. 52).

### **2.3.2 Diagnostika narušené komunikační schopnosti**

Základním východiskem pro účelnou terapii je správně provedená diagnostika, a to v celé šíři problematiky. „Co nejpřesnější diagnostika NKS jako východisko pro správný výběr a aplikaci intervenčních metod, koncipování její strategie a určení prognózy mají pro kvalitu péče v této oblasti klíčový význam“ (Lechta a kol., 2003, s. 21). Podle Dvořáka (2001) spočívá logopedická diagnostika v rozpoznání poruchy, odhalení jejích příčin, stanovení diagnózy a vhodné terapie, případně i prognózy dalšího vývoje. Lechta a kol. (2003) uvádí další cíle diagnostiky, totiž odlišení vrozené, resp. získané NKS, zda NKS není pouze symptomem jiného dominujícího poškození, zjistit, zda si jedinec narušení uvědomuje.

Podle Škodové (2003) má logopedická diagnostika několik cílů:

- zjistit, jestli jde o NKS, anebo o fyziologický jev;
- pokud možno – odhalit příčinu a etiopatogenezi NKS;
- určit, zda je NKS trvalé, nebo přechodné (prognóza), vrozené, či získané;
- zjistit, zdali NKS v klinickém obraze dominuje, anebo jde o symptom jiného postižení, narušení nebo onemocnění;
- zjistit, zda si osoba s NKS své narušení uvědomuje, nebo ne;
- určit stupeň a formu NKS;
- navrhnout případná terapeutická opatření.



Diagnostika pak často probíhá současně s terapií, takže mluvíme o tzv. diagnostické terapii či terapeutické diagnostice (Lechta a kol., 2002).

Lechta (2003, s. 29) dělí diagnostiku NKS do tří úrovní:

- a) orientační vyšetření, jež se realizuje kupř. v rámci screeningu, depistáže a v podstatě odpovídá na otázku: „Má vyšetřovaná osoba NKS, nebo ne?“;
- b) základní vyšetření směřující k zjištění konkrétního druh NKS – jeho výsledkem je odpověď na otázku: „O jaký druh NKS jde?“ a cílem určení základní diagnózy, resp. z hlediska výše uvedené následnosti procesu logopedické diagnostiky stanovení diagnostické hypotézy;
- c) speciální vyšetření, které je zaměřeno na co nejpřesnější identifikaci zjištěné NKS, a to co nejspecifičtějším diagnostickými postupy – odpovídá na otázku: „Jaký typ, forma, stupeň a patogeneze dané NKS, jaké jsou její případné další zvláštnosti a následky?“; často je proto vázáno na konziliární vyšetření většího počtu odborníků.

Při diagnostice řečového vývoje dítěte můžeme vycházet také z vývoje jazykových rovin. Jazykové roviny se v dětské řeči vzájemně prolínají, jak uvádí např. Specializační studium výchovného poradenství Pedfuk (2005).

Při diagnostice NKS u dětí s ADHD je třeba brát zřetel na jejich sníženou pozornost, hyperaktivitu a neklid. Diagnostika musí být proto rozvržena do menších časových celků a vyšetřující musí počítat s vyšší náročností tohoto procesu. Také pro zachování objektivity výsledků vyšetření musí vyšetřující vždy zohlednit momentální stav diagnostikovaného dítěte, jeho náladu, zdravotní stav, únavu atd. Snížená pozornost, hyperaktivita, neklid, impulzivita, emoční nestabilita a snadná unavitelnost jsou symptomy ADHD, které značně diagnostický proces komplikují.

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíl praktické části**

Cílem praktické části je porovnání četnosti výskytu deficitů v oblasti řeči mezi dvěma skupinami dětí.

#### **3.1.1 Stanovení předpokladů**

Na základě prostudované literatury byly zformulovány následující předpoklady empirického šetření.

##### **Předpoklad č. 1**

Lze předpokládat, že děti s ADHD budou mít výkony ve sledovaných řečových oblastech v průměru o 10 % nižší než děti v kontrolní skupině.

##### **Předpoklad č. 2**

Lze předpokládat, že největší rozdíl ve výkonu mezi skupinami bude vázán na oblast artikulace a fonemického sluchu.

##### **Předpoklad č. 3**

Lze předpokládat, že odchylky v artikulaci jsou vyvolány myofunkčními poruchami, dyspraktickými potížemi a oromotorickými potížemi.

### **3.2 Použité metody**

V průzkumu byly použity dvě metody sloužící k získávání údajů. Analýza spisové dokumentace a orientační logopedické vyšetření podle Tomické (2004) doplněné jednotlivými speciálními zkouškami (Kittel, 1999, s. 27, Lechta, 1990, s. 85).

**Analýza spisové dokumentace** - ke studiu byla získána všechna vyšetření, která měly k dispozici jednotlivé mateřské školy, kam děti zařazené do průzkumu docházejí. Byly to zprávy psychologické, neurologické a logopedické.

**Orientační logopedické vyšetření** (podle Tomické, 2004):

- ✓ Orientační sluchová zkouška – zjištění kvality sluchu.
- ✓ Orientační vyšetření mluvidel – zjištění orgánových změn.
- ✓ Orientační zkouška dýchání – zjištění dechové ekonomie.
- ✓ Orientační zkouška motoriky mluvidel – zjištění pohyblivosti mluvidel.

- ✓ Orientační vyšetření fonemického sluchu – zjištění fonemické diferenciacce hlásek.
- ✓ Orientační vyšetření výslovnosti – zjištění chyb ve výslovnosti hlásek.
- ✓ Orientační vyšetření slovní zásoby – zjištění slovní zásoby.
- ✓ Orientační zkouška řečového projevu – zjištění řečového projevu z pohledu rovin.
- ✓ Orientační zkouška verbální sluchové paměti – zjištění schopnosti zapamatovat si pojmy.
- ✓ Orientační zkouška zrakové percepce – zjištění zrakového vnímání.
- ✓ Orientační zkouška laterality – zjištění přednosti párových orgánů.

Speciální zkoušky: vyšetření dýchání, rtů, jazyka a mimiky (podle Kittel, 1999), test izolovaných orálních pohybů a test orálně motorických sekvencí (podle Lechty, 1990) zařazených do průzkumu pro doplnění a ověření výsledků OLV.

### **3.2.1 Předvýzkum a jeho výsledky**

V předvýzkumu, který má ověřit, zda záznamový formulář (viz příloha č. 1) splňuje očekávané cíle bylo vyšetřeno 5 jedinců. Po vyhodnocení vyšetření bylo zjištěno, že formulář vyhovuje podmínkám a jeho jednotlivé zkoušky vedou k dosažení požadovaných cílů. Aby bylo možné provést kvantitativní hodnocení bylo zvoleno u každé dílčí zkoušky dvoustupňové hodnocení (zvládá/nezvládá, umí/neumí, je přítomno/není přítomno, použil/nepoužil) vyjádřené v tabulkách a grafech ANO/NE. Zjištěné údaje byly zaneseny do hodnotících tabulek (viz vzor příloha č.2), ze kterých byly následně vyhotoveny grafy a tabulky viz níže.

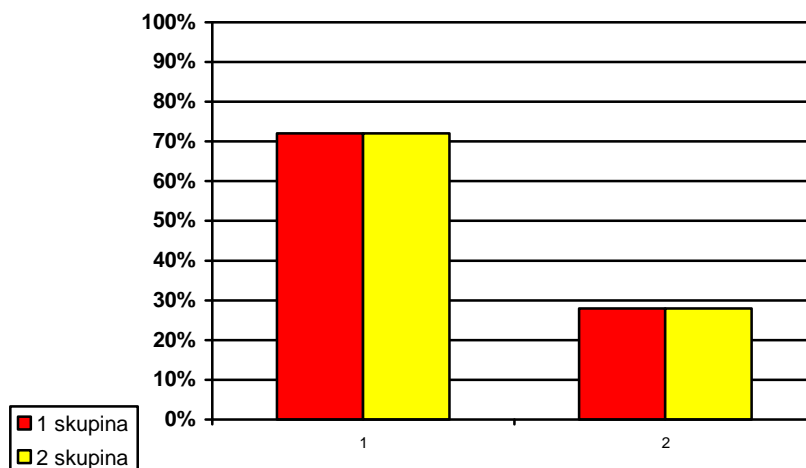
### **3.3 Popis zkoumaného vzorku**

Na úvod byla definována kritéria souboru:

- a) obě pohlaví,
- b) děti ve věku od 5,5 do ukončení MŠ,
- c) návštěva MŠ minimálně od září 2008,
- d) nezáleží na pořadí mezi sourozenci v rodině,
- e) děti bez jiného zjevného postižení (mentální, smyslové, tělesné).

Původně bylo do průzkumu zařazeno 112 dětí z různých obvodů Prahy, během vyšetření bylo 12 dětí z průzkumu vyřazeno pro nesplnění některého ze stanovených kritérií. Jako první byly definovány děti s ADHD zařazené do experimentální skupiny, poté byly vybrány děti intaktní do druhé kontrolní skupiny. Výběr dětí do kontrolní skupiny byl proveden tak, aby byly skupiny vyrovnané, co se týče věku a pohlaví.

**Graf č. 1 Složení skupin podle pohlaví**



**Tabulka č. 1 Složení skupin podle pohlaví**

	1		2		celkem	%
	chlapci	dívky	chlapci	dívky		
<b>1 skupina experimentální</b>	<b>36</b>	<b>62%</b>	<b>14</b>	<b>28%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>2 skupina kontrolní</b>	<b>36</b>	<b>62%</b>	<b>14</b>	<b>28%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### **3.4 Průběh průzkumu**

Bylo nutno se seznámit se situací a zjistit, na kterých školách mají děti s diagnózou ADHD ( LMD), zda budou mateřské školy ochotny na průzkumu spolupracovat a umožní nahlédnout do spisové dokumentace, a zda-li budou rodiče souhlasit s vyšetřením svého dítěte.

Průběh průzkumu byl rozdělen do třech fází a trval od června 2008 do dubna 2009. Vlastní sběr dat byl prováděn v mateřských školách v Praze od prosince 2008 do února 2009.

- 1) **Fáze přípravná** – první fáze obsahovala volbu tématu, ujasnění cíle, kontakt s vedoucím práce, orientaci ve zvolené problematice, stanovení cíle práce, volbu použitých metod, vytvoření cíle a předpokladů celé práce, teoretické zpracování odborných zdrojů zabývajících se touto problematikou, definování kritérií pro zkoumaný vzorek jedinců, pretest eliminující výsledné skupiny dětí.
- 2) **Fáze vlastní realizace** – sběr dat a realizace vyšetření.
- 3) **Fáze vyhodnocení** – zpracování a vyhodnocení nashromážděných údajů, interpretace výsledků a konfrontace s údaji uvedenými ve studovaných zdrojích, resp. s výchozími teoretickými přístupy, kompletace práce.

### ***3.5 Výsledky průzkumu a jejich interpretace***

#### **3.5.1 Studium dokumentace**

Studium dokumentace bylo bohužel využito jen na vyhledání dětí, které mají skutečně stanovenou diagnózu ADHD popř. LMD. Zprávy jsou naprosto nedostačující. Jen zlomek psychologických a neurologických zpráv obsahuje informace o tom, ve kterých oblastech má dítě deficity. Nejčastěji se objevují hyperaktivita a porucha pozornosti. Logopedická vyšetření bývají obsáhlejší, konkrétnější, obsahují doporučení jak s dítětem pracovat, na co se zaměřit.

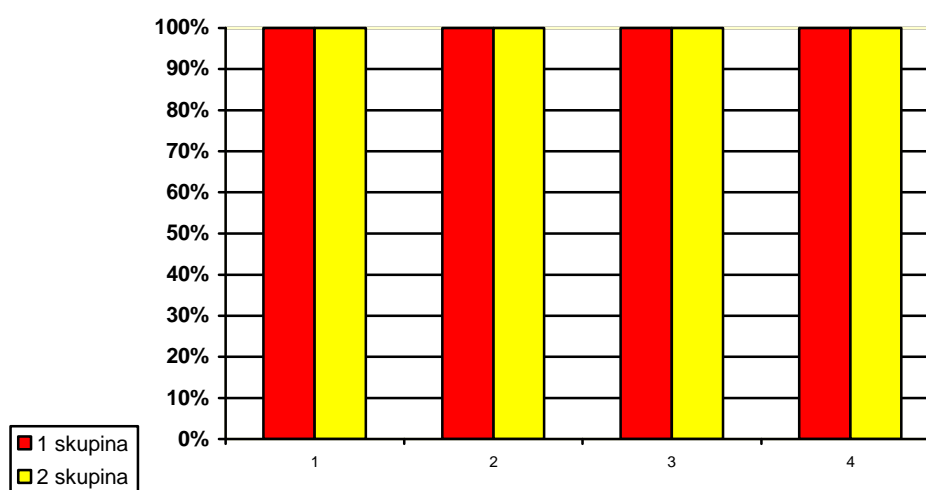
### 3.5.2 Orientační logopedické vyšetření

#### Orientační sluchová zkouška

**Cíl:** Cílem zkoušky je zjistit, zda dítě dobře slyší a potvrdit nebo vyloučit sluchovou vadu, protože předpokladem správné artikulace je dobrý sluch.

**Průběh zkoušky:** Dítě stojí bokem k vyšetřujícímu, aby nemohlo odezírat, asistent zakrývá odvrácený boltec ucha, vyšetřující provádí vyšetření ucha, které je natočeno k němu na vzdálenost 6 metrů, střídavě používá hlasitou a šeptanou řeč.

**Graf č. 2 Orientační sluchová zkouška**



**Tabulka č. 2 Orientační sluchová zkouška**

Slova obsahující:		1 skupina		2 skupina		
		ucho	ANO	ANO	%	
Hluboké hlásky	1	levé	50	100	50	100
	2	pravé	50	100	50	100
Vysoké hlásky	3	levé	50	100	50	100
	4	pravé	50	100	50	100

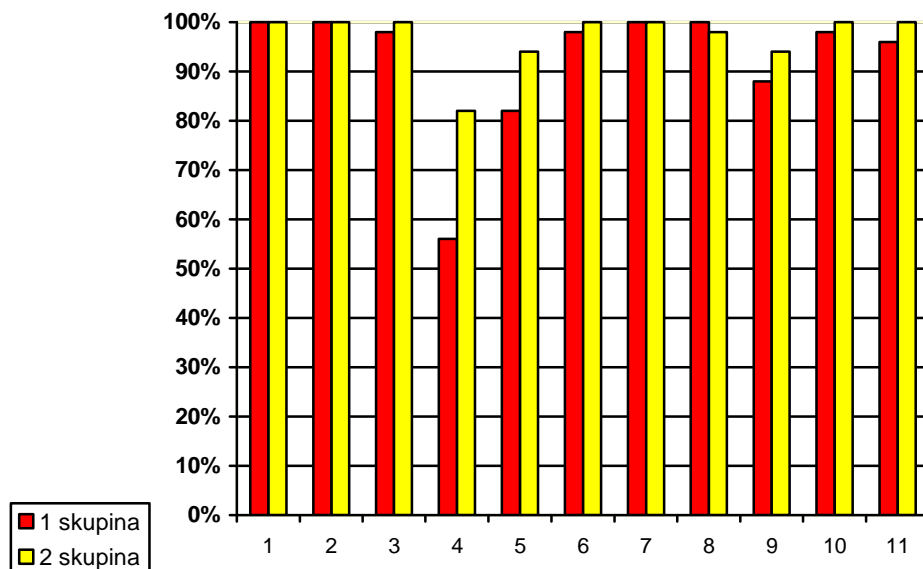
**Závěr:** Zkouškou nebyly zjištěny žádné nedostatky v oblasti sluchu.

### Orientační vyšetření mluvidel

**Cíl:** Cílem vyšetření je zjistit případné orgánové změny na mluvidlech a potvrdit nebo vyloučit orgánové postižení.

**Průběh vyšetření:** Vyšetřující sedí s dítětem proti sobě a prohlíží jej.

**Graf č. 3 Orientační vyšetření mluvidel**



**Tabulka č. 3 Orientační vyšetření mluvidel**

Oblast			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
rty	1	Celkový pohled na obličej - souměrný	50	100	50	100
	2	Souměrnost koutků rtů - souměrné	50	100	50	100
	3	Zbytnělost dolního rtu- dolní ret v normě	49	98	50	100
	4	Semknutí, povolení retního uzávěru - semknutý	28	56	41	82
jazyk	5	Zda jazyk v klidu leží mezi řezáky	41	82	47	94
	6	Jazyk velikost normální, plazí ve středové čáře	49	98	50	100
	7	Uzdíčka v normě	50	100	50	100
dentice	8	Skus v normě	50	100	49	98
	9	Stav dentice – probíhá výměna	44	88	47	94
	10	Patro normálně klenuté	49	98	50	100
	11	Polykání bez obtíží	48	96	50	100

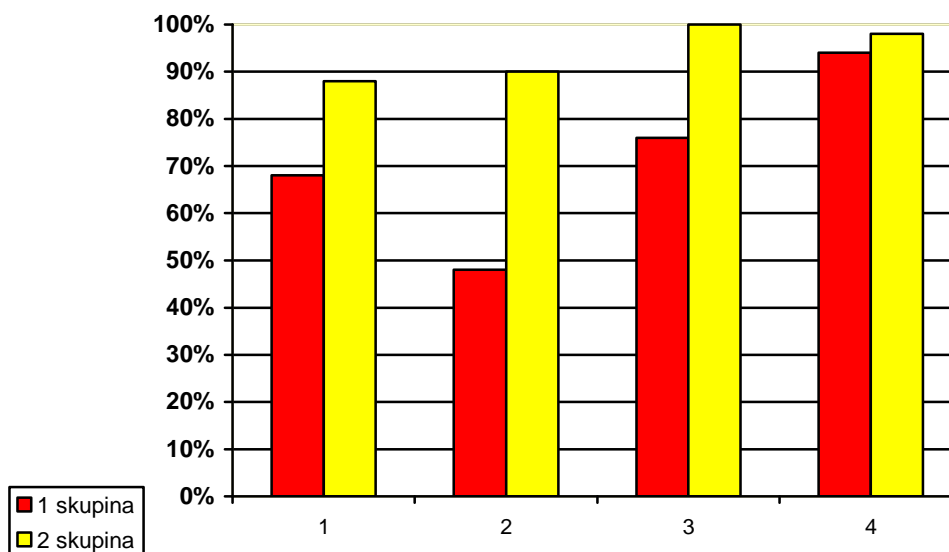
**Závěr :** Vyšetřením byl zjištěn průměrný rozdíl 5% mezi skupinami.

## Orientační zkouška dýchání

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit, jaká je dechová ekonomie dítěte, který typ dýchání převládá a jaká je síla výdechového proudu.

**Průběh zkoušky :** Pozorování dítěte při vyprávění a při recitaci, potom zkoušíme v lehu na zádech typ dýchání.

**Graf č. 4 Orientační zkouška dýchání**



**Tabulka č. 4 Orientační zkouška dýchání**

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Dýchání brániční	34	68	44	88
2	Dýchání klidné a pravidelné	24	48	45	90
3	Mluvení při výdechu	38	76	50	100
4	Bez nosovosti	47	94	49	98

**Závěr :** Při hodnocení této zkoušky byly zjištěny v průměru 22% rozdíly mezi skupinami.

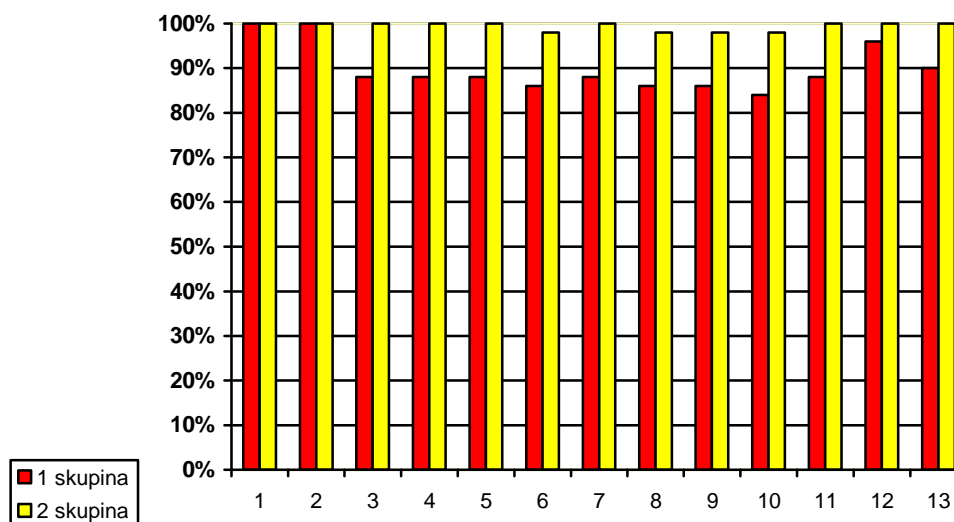


## Orientační zkouška motoriky mluvidel

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit pohyblivost všech částí mluvidel podílejících se na artikulaci hlásek.

**Průběh zkoušky :** Vyšetřující sedí s dítětem před zrcadlem předvádí cviky, které dítě opakuje.

**Graf č. 5 Orientační zkouška motoriky mluvidel**



**Tabulka č. 5 Orientační zkouška motoriky mluvidel**

Části mluvidel		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Rty- úsměv, koutky nahoru a dolů, zuby nejsou vidět	50	100	50	100
2	Vycenit zuby- rty jsou oddálené	50	100	50	100
3	Přetažení horního rtu přes horní řezáky, dolního přes dolní	44	88	50	100
4	Našpulení rtů- kapřík, zuby nejsou vidět	44	88	50	100
5	Našpulení rtů – do kroužku, zuby jsou vidět	44	88	50	100
6	Pohyb jazyka z pusy ven a zpět – čertík	43	86	49	98
7	Pohyb jazyka z koutku do koutku	44	88	50	100
8	Olizujeme horní i dolní ret špičkou jazyka – kočička	43	86	49	98
9	Otevřená ústa, jazyk jezdí po dolních i horních zubech	43	86	49	98
10	Přísát jazyk na patro – koník	42	84	49	98
11	Vtlačit hrot jazyka mezi dolní ret a dolní řezáky – opička	44	88	50	100
12	Nafouknout jednu tvář a prstem ji vytlačit	48	96	50	100
13	Bez napětí v jazyce	45	90	50	100

**Závěr :** Vyhodnocením této zkoušky byl zjištěn rozdíl mezi skupinami průměrně 9%.

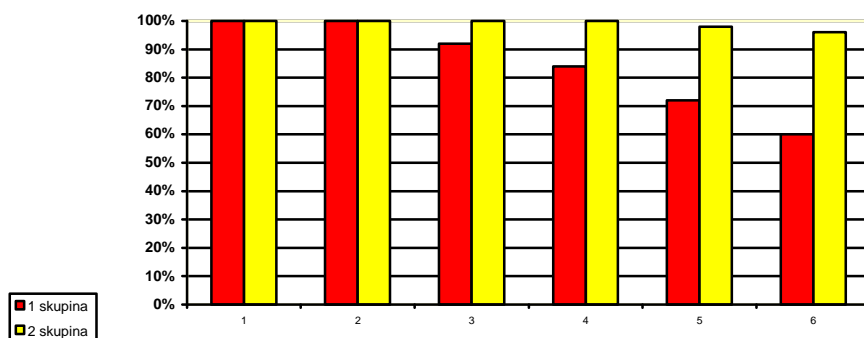
## Orientační zkouška artikulační obratnosti

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit artikulační obratnost dítěte zvláště objevují-li se v řeči dítěte přesmyky slabik, vypouštění hlásek, směšování hlásek atd.

### Průběh zkoušky:

- Dítě opakuje slabiky** - ma ma ma ma , vu vu vu vu ...ba-da, ba-da, be-de, be-de ...kla-klu, ple-klu ...
- dítě opakuje jednoslabičná slova** - frk, brk, trk, vlej, plej, mlok, drak, frak, tank, bank ...
- dítě opakuje slova dvojslabičná, trojslabičná a čtyřslabičná z otevřených slabik** - máma, doba, koleno, poleno, limonáda, čokoláda ...
- dítě opakuje slova trojslabičná se souhláskovým shlukem** - polívka, pohledy, zádrhel ...
- dítě opakuje slova artikulačně obtížná** - čtvrtek, cvrček, paroplavba, podplukovník ...
- dítě opakuje slova, ve kterých se vyskytují párové hlásky ostré a tupé řady sykavek** - sešit, šustí, Saša, osuška, švestka, sušenka...  
slovní spojení – směšné štěně, šustí listí, Saša má žízeň, sušené švestky...

**Graf č. 6 Orientační zkouška artikulační obratnost**



**Tabulka č. 6 Orientační zkouška artikulační obratnosti**

	1 skupina		2 skupina		
	ANO	%	ANO	%	
1	Dítě opakuje slabiky	50	100	50	100
2	Dítě opakuje jednoslabičná slova	50	100	50	100
3	Dítě opakuje slova dvojslabičná, trojslabičná, čtyřslabičná z otevřených slabik	46	92	50	100
4	Dítě opakuje slova trojslabičná se souhláskovým shlukem	42	84	50	100
5	Dítě opakuje slova artikulačně obtížná	36	72	49	98
6	Dítě opakuje slova, ve kterých se vyskytují párové hlásky ostré a tupé řady sykavek	30	60	48	96

**Závěr :** Zhodnocením této zkoušky bylo zjištěno, že artikulační obratnost je u dětí z experimentální skupiny více narušena než u dětí ze skupiny kontrolní o 14% v průměru.

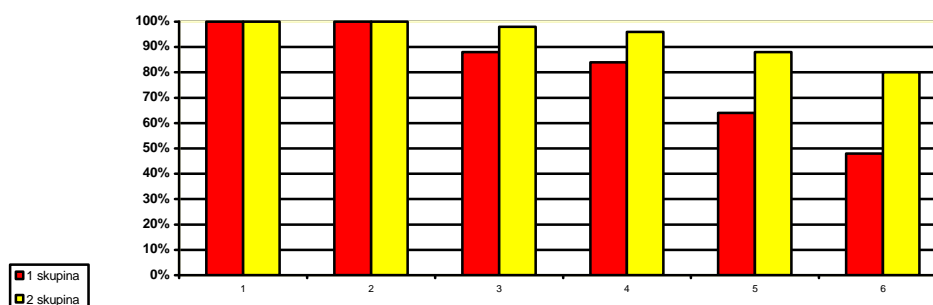
## Orientační vyšetření fonemického sluchu

**Cíl :** Cílem vyšetření je zjistit, zda je u dítěte dostatečně rozvinutá fonemická diferenciací hlásek, zda již rozlišuje správně jednotlivé hlásky a je schopno rozlišit správné a nesprávné znění hlásky.

### Průběh zkoušky:

- Identifikace zvuků** – hádej co dělám - přelévání vody, klepání na sklo, klepání na dřevo, mačkání papíru, tleskání.
- Rozlišování přírodních zvuků** – jak mluví zvířata, dítě samo ukazuje na obrázky zvířat a předvádí jak dělají, potom předvádí zvuky vyšetřující a dítě určuje zvířata.
- Rytmizace slov s využitím obrázků** – klíč, meč, auto, sova, budík, kočárek, autíčko, sluníčko, miminko, pampeliška, koloběžka, slunečnice, lokomotiva.
- Zkouška dvojice obrázků s odlišným fonémem** - knížkou Diagnostika předškoláka (Klenková, 2005, s. 82) se vyšetřující střídá s dítětem v ukazování obrázků.
- Určování první slabiky ve slově pomocí vytleskávání** - Ko – čá – rek, Pa – le – ček, O – več – ka, So – va, Do – me – ček, Ky – tič – ka, Ma – šin – ka.
- Fonemická diferenciací obou řad sykavek a polosykavek**- vyšetřující předvádí zvuky a dítě ukazuje na obrázky se zvířaty Diagnostika předškoláka (2005, s. 87).

**Graf č. 7 Orientační vyšetření fonemického sluchu**



**Tabulka č. 7 Orientační vyšetření fonemického sluchu**

	1 skupina		2 skupina		
	ANO	%	ANO	%	
1	Identifikace zvuků – hádej co dělám	50	100	50	100
2	Rozlišování přírodních zvuků – jak mluví zvířata	50	100	50	100
3	Rytmizace slov s využitím obrázků	44	88	49	98
4	Zkouška dvojice obrázků s odlišným fonémem	42	84	48	96
5	Určování první slabiky ve slově pomocí vytleskávání	32	64	44	88
6	Fonemická diferenciací obou řad sykavek a polosyk.	24	48	40	80

**Závěr :** Výsledkem vyšetření je, že narozdíl od předešlých zkoušek mají děti z obou skupin potíže s rozvojem fonemického sluchu. Skupina experimentální však vykazuje v průměru o 13% vyšší deficit v této oblasti.

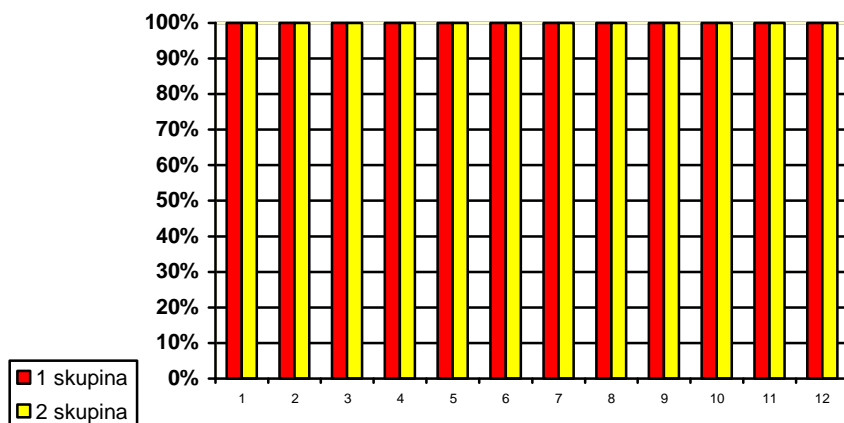
## Orientační vyšetření výslovnosti

**Cíl :** Cílem vyšetření je zjistit, které hlásky dítě umí nebo neumí. Výslovnost všech hlásek sledujeme vždy na začátku, uprostřed a na konci slova.

**Průběh vyšetření :** Hra na ozvěnu, vyšetřující říká slova a dítě je po něm opakuje.

### Graf č. 8 Orientační vyšetření výslovnosti

a) samohlásky, b) souhlásky-první artikulační okrsek



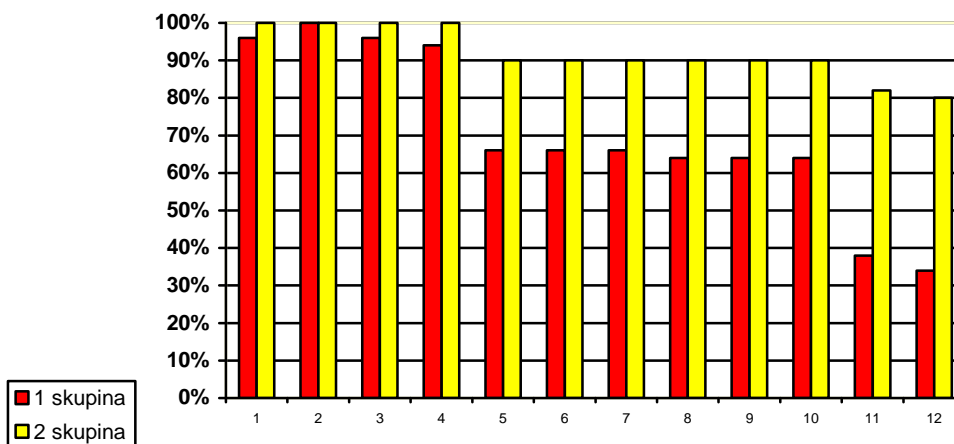
### Tabulka č. 8 Orientační vyšetření výslovnosti

a) Samohlásky b) Souhlásky – první artikulační okrsek

		1 skupina		2 skupina				1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%			ANO	%	ANO	%
		1	A	50	100			50	100	8	P
2	O	50	100	50	100	9	B	50	100	50	100
3	U	50	100	50	100	10	M	50	100	50	100
4	E	50	100	50	100	11	F	50	100	50	100
5	I	50	100	50	100	12	V	50	100	50	100
6	AU	50	100	50	100						
7	OU	50	100	50	100						

### Graf č. 9 Orientační vyšetření výslovnosti

c) souhlásky-druhý artikulační okrsek



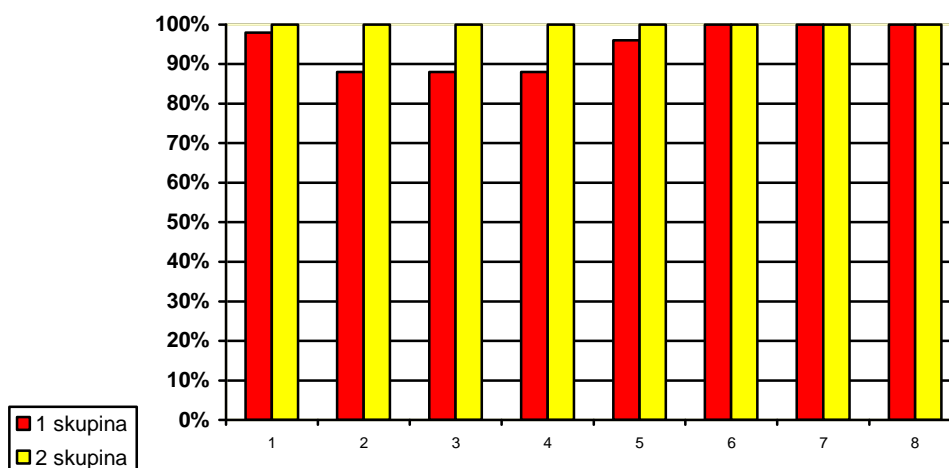
**Tabulka č. 9 Orientační vyšetření výslovnosti**

c) Souhlásky- druhý artikulační okresek

		1 skupina		2 skupina				1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%			ANO	%	ANO	%
1	T	48	96	50	100	7	Z	33	66	45	90
2	D	50	100	50	100	8	Č	32	64	45	90
3	N	48	96	50	100	9	Š	32	64	45	90
4	L	47	94	50	100	10	Ž	32	64	45	90
5	C	33	66	45	90	11	R	19	38	41	82
6	S	33	66	45	90	12	Ř	17	34	40	80

**Graf č. 10 Orientační vyšetření výslovnosti**

d) souhlásky - třetí, čtvrtý, pátý artikulační okresek



**Tabulka č. 10 Orientační vyšetření výslovnosti**

d) Souhlásky- třetí, čtvrtý, pátý artikulační okresek

		1 skupina		2 skupina				1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%			ANO	%	ANO	%
1	J	49	98	50	100	5	K	48	96	50	100
2	Ť	44	88	50	100	6	G	50	100	50	100
3	Ď	44	88	50	100	7	CH	50	100	50	100
4	Ň	44	88	50	100	8	H	50	100	50	100

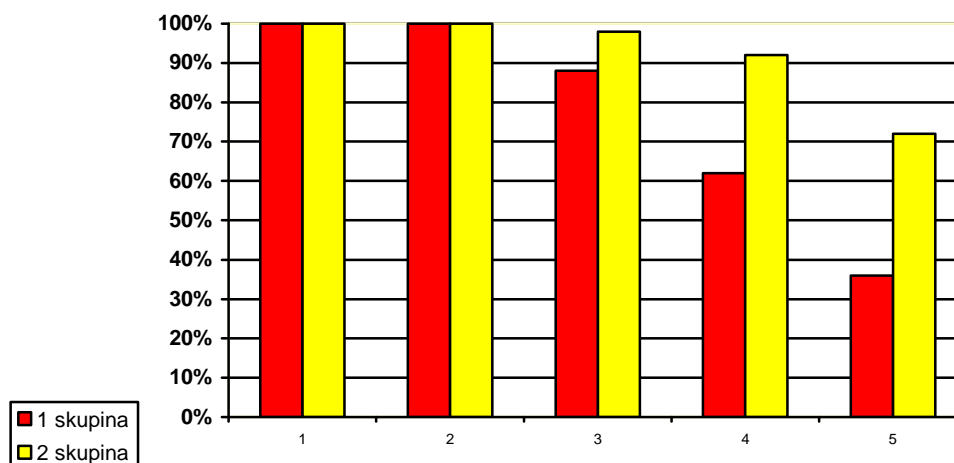
**Závěr :** Vyhodnocením tohoto vyšetření byly zjištěny značné rozdíly mezi skupinami především v oblasti druhého artikulačního okrsku, a to v průměru o 21%.

## Orientační vyšetření slovní zásoby

**Cíl :** Cílem vyšetření je zjistit, zda slovní zásoba odpovídá věku.

**Průběh vyšetření :** Vyprávění nad obrázky z knihy Diagnostika předškoláka (Klenková, 2005). Vyšetřující zjišťuje, zda dítě používá bez problémů předložky, slovesa, přídavná jména, nadřazené pojmy, určuje protiklady a přirovnání.

**Graf č. 11 Orientační vyšetření slovní zásoby**



**Tabulka č. 11 Orientační vyšetření slovní zásoby**

			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
Pasivní	1	Ukazování	50	100	50	100
Aktivní	2	Pojmenování	50	100	50	100
	3	Nadřazené pojmy	44	88	49	98
	4	Protiklady	31	62	46	92
	5	Přirovnání	18	36	36	72

**Závěr :** Zhodnocením tohoto vyšetření bylo zjištěno, že děti z experimentální skupiny mají průměrně o 15% nižší slovní zásobu než děti z kontrolní skupiny.

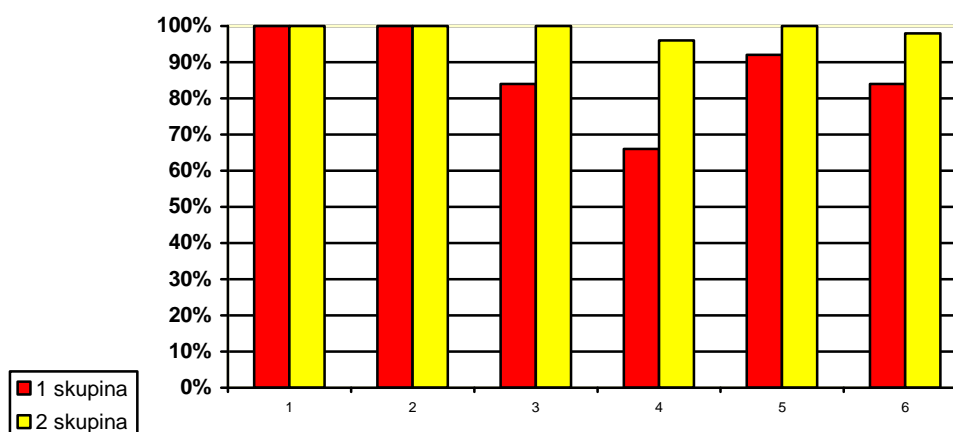
## Orientační zkouška řečového projevu

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit, jaký je řečový projev dítěte z pohledu roviny foneticko - fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a pragmatické. Sledujeme zvukovou stránku řeči, zda správně používá vyvozené hlásky, jaké používá slovní druhy, stavbu věty, zda již tvoří souvětí, neobjevují-li se přesmyky a agramatismy. Zda dítě rozumí pokynům a používá řeč ke komunikaci s vrstevníky i dospělými.

### Průběh zkoušky :

- **popis obrázku** – dítě popisuje, co je na obrázku, používá rozvinuté věty a souvětí se správným slovosledem,
- **vyprávění podle obrázku** – popisuje obrázek podle děje,
- **volné vyprávění** – na téma co dělá, když přijde domů,
- **zkouška jazykového citu** – určování větných členů: ten, ta, to, podle obrázků,
- **tvořivá hra s určením rolí** – hra na obchod.

Graf č. 12 Orientační zkouška řečového projevu



Tabulka č. 12 Orientační zkouška řečového projevu

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Slovní druhy	50	100	50	100
2	Jednoduché věty	50	100	50	100
3	Souvětí	42	84	50	100
4	Jazykový cit	33	66	48	96
5	Porozumění	46	92	50	100
6	Pragmatická rovina	42	84	49	98

**Závěr :** Vyšetřením bylo zjištěno, že děti z experimentální skupiny mají v oblasti řečového projevu v průměru o 11% větší obtíže než děti ze skupiny kontrolní.

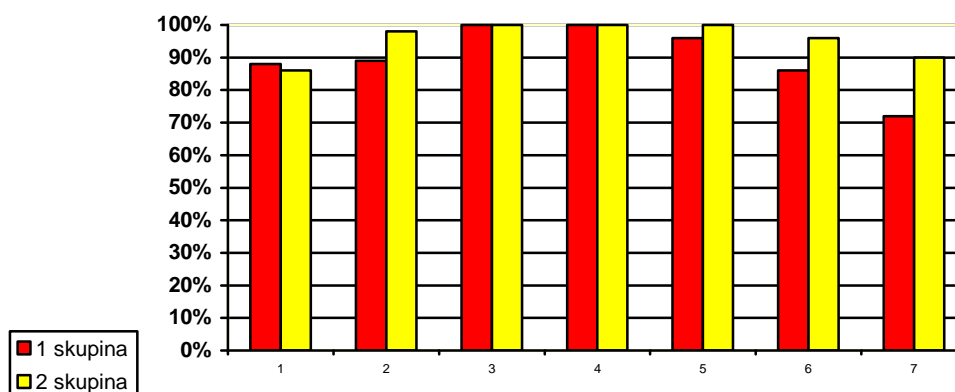
## Orientační zkouška verbální sluchové paměti

**Cíl :** Cílem zkoušky je ověřit si schopnost dítěte zapamatovat si pojmy, vybavit si je, udržet v paměti větu o určitém počtu slov. Schopnost naučit se a zapamatovat si básničku v daném sledu bez přehazování slov, či bez tvoření si vlastních slovních spojení.

### Průběh zkoušky :

- **zkouška básničky** – dítě recituje po čtyřech opakováních novou básničku Kotě a sluníčko z knihy Kopecké (1998, s. 26),
- **zkouška opakování věty** – hra na ozvěnu, dítě opakuje větu o šesti slovech bez přehazování slovosledu,
- **hra :** Maminka šla do obchodu a koupila....chleba, jogurt, limonádu, máslo, maso, salám. Je zaznamenáváno do kolikátého slova dítě zvládá bez přehazování slovosledu.

**Graf č. 13 Orientační vyšetření verbální paměti**



**Tabulka č. 13 Orientační vyšetření verbální sluchové paměti**

			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
Hra	1	Básnička	44	88	49	98
	2	Opakování věty - šest slov	49	89	50	100
	3	2 slov	50	100	50	100
	4	3 slova	50	100	50	100
	5	4 slova	48	96	50	100
	6	5 slov	43	86	48	96
	7	6 slov	36	72	45	90

**Závěr :** Zhodnocením tohoto vyšetření bylo zjištěno, že děti z experimentální skupiny mají v oblasti verbální sluchové paměti v průměru o 8% větší nedostatky než děti ze skupiny kontrolní.



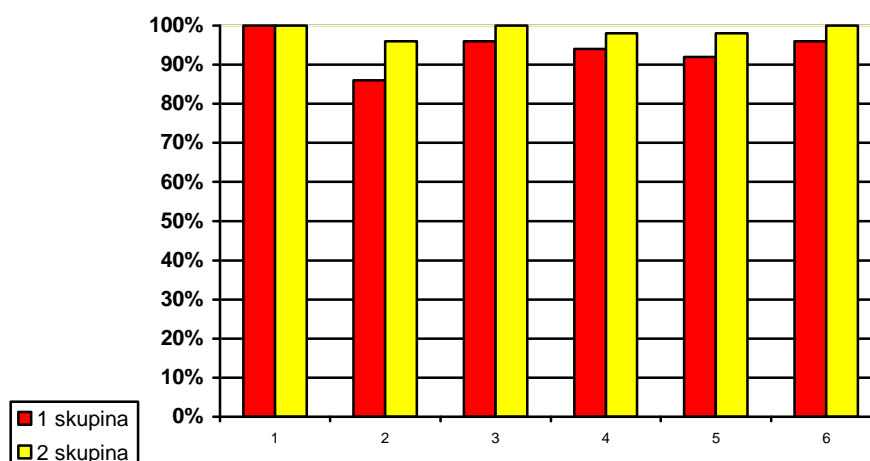
## Orientační zkouška zrakové percepce

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit, jak je rozvinutá schopnost zrakového vnímání přiměřená věku dítěte.

### Průběh zkoušky :

- **vkládání tvarů** – hra Colorama,
- **puzzle** – neznámé, 32 dílů,
- **vyhledávání stejných tvarů** – pracovní list (Pokorná, 1994) viz příloha č. 3,
- **zkouška zrakové paměti** – použití pexesa, 5 dvojic,
- **zkouška vnímání zrcadlových tvarů** – pracovní listy (Michalová, 1998) viz příloha č. 4, 5,
- **zkouška rozlišení rozdílných tvarů** – pracovní listy (Michalová, 1998) viz příloha č. 6, 7.

**Graf č. 14 Orientační zkouška zrakové percepce**



**Tabulka č. 14 Orientační zkouška zrakové percepce**

			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
Zraková analýza a syntéza	1	Vkládání tvarů	50	100	50	100
	2	Puzzle	43	86	48	96
	3	Vyhledávání stejných geometrických tvarů	48	96	50	100
	4	Zkouška zrakové paměti	47	94	49	98
Zraková diferenciacce	5	Vnímání zrcadlových tvarů	46	92	49	98
	6	Rozlišení rozdílných tvarů	48	96	50	100

**Závěr :** Vyhodnocením této zkoušky bylo zjištěno, že v oblasti zrakové percepce jsou děti z kontrolní skupiny v průměru o 5% úspěšnější než děti z experimentální skupiny.

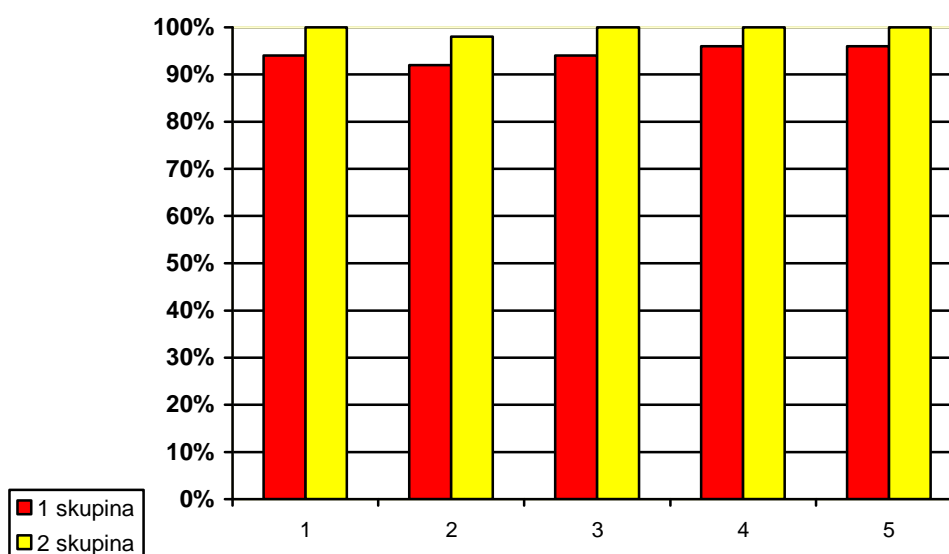
## Orientační zkouška laterality

**Cíl :** Cílem zkoušky je zjistit, kterému z párových orgánů dává dítě přednost.

**Průběh zkoušky :** pomůcky musí být vždy umístěny na střed před dítě,

- **stavění kostek** – stavba komínu,
- **zasouvání kolíčků** – použito 5 kolíčků,
- **stříhání,**
- **kreslení,**
- **zkouška dominance oka** – použití krasohledu a dalekohledu.

**Graf č. 15** Orientační zkouška laterality



**Tabulka č. 15** Orientační zkouška laterality

			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
Použití dominantní končetiny (P/L)	1	Stavění kostek	47	94	50	100
	2	Zasouvání kolíčků	46	92	49	98
	3	Stříhání	47	94	50	100
	4	Kreslení	48	96	50	100
	5	Zkouška dominance oka	48	96	50	100

**Závěr :** Zkouškou bylo zjištěno, že děti z experimentální skupiny v průměru o 6% používají nedominantní končetinu, což svědčí o nevyhraněné lateralitě.

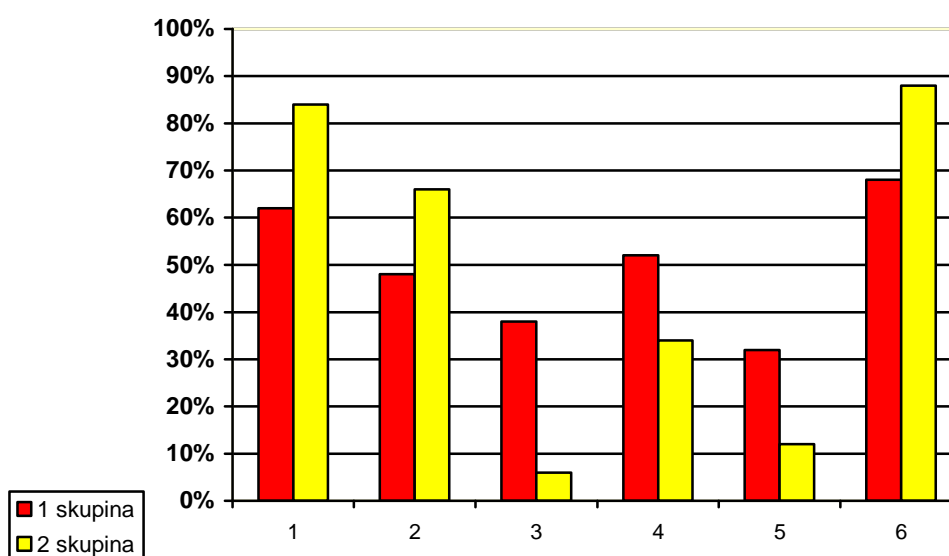
### 3.5.3 Speciální vyšetření

**Vyšetření dýchání** podle Kittel (1999, s. 30).

**Cíl :** Cílem vyšetření je zjištění druhu dýchání, které má významný vliv na zásobování svalstva kyslíkem.

**Průběh zkoušky :** Vyšetření probíhá během pozorování dítěte a na základě sdělení rodičů.

**Graf č. 16** Vyšetření dýchání



**Tabulka č. 16** Vyšetření dýchání

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Nosem přes den	31	62	42	84
2	Nosem v noci	24	48	33	66
3	Ústy přes den	19	38	8	6
4	Ústy v noci	26	52	17	34
5	Hrudní dýchání	16	32	6	12
6	Brániční dýchání	34	68	44	88

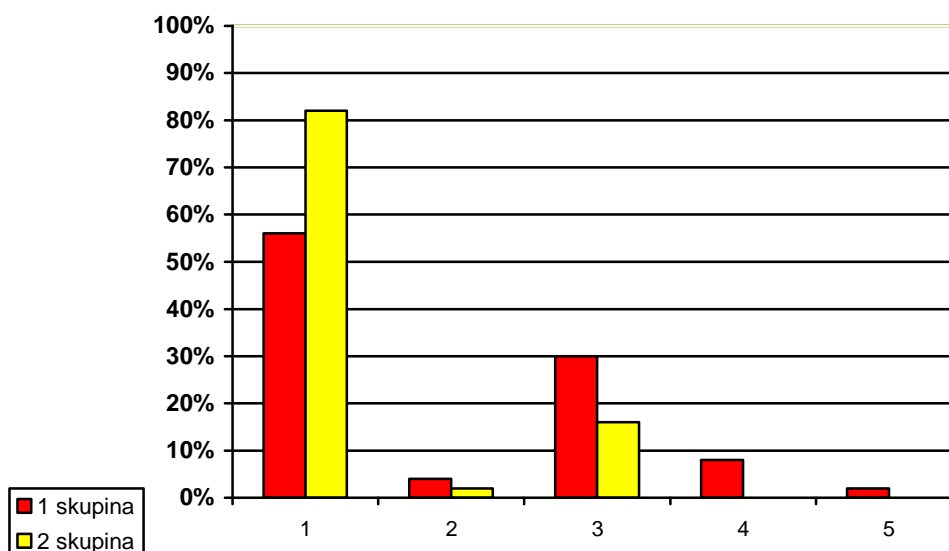
**Závěr :** Vyšetřením dýchání byly zjištěny značné rozdíly mezi způsoby dýchání dětí z jednotlivých skupin. Rozdíl mezi skupinami je 19% ve správném způsobu dýchání.

**Vyšetření rtů** v klidové poloze podle Kittel (1999, s. 27).

**Cíl :** Cílem je zjištění polohy rtů v klidové poloze, která má vliv jak na řeč, tak na správné polykání.

**Průběh zkoušky :** Poloha a vzhled rtů jsou okamžitě patrné a při kontaktu s dítětem snadno rozpoznatelné.

**Graf č. 17 Vyšetření rtů**



**Tabulka č. 17 Vyšetření rtů**

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Volně sevřeny	28	56	41	82
2	Pevně stisknuty	2	4	1	2
3	Lehce oddáleny	15	30	8	16
4	Hodně oddáleny	4	8	0	0
5	Horní řezáky mají kontakt s dolním rtem	1	2	0	0

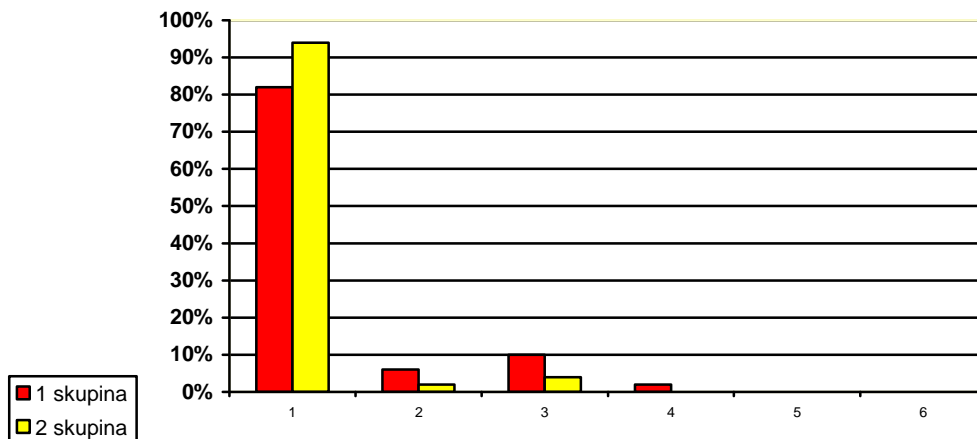
**Závěr :** Vyhodnocením tohoto vyšetření byl zjištěn rozdíl 26% mezi skupinami ve správné poloze rtů.

**Vyšetření jazyka** v klidové poloze podle Kittel (1999, s. 28).

**Cíl :** Cílem tohoto vyšetření je zjištění správné funkce jazyka v klidové poloze, zda se jazyk svojí přední částí měkce přimyká od alveorálního výstupku na horní patro.

**Průběh zkoušky :** Vyšetřující pohledem do úst dítěte zjišťuje klidovou polohu jazyka.

**Graf č. 18** Vyšetření jazyka



**Tabulka č. 18** Vyšetření jazyka

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Na alveorálním výběžku	41	82	47	94
2	Namířený proti horním předním zubům	3	6	1	2
3	Namířený proti dolním předním zubům	5	10	2	4
4	Mezi předními zuby	1	2	0	0
5	Mezi bočními zuby – jednostranně	0	0	0	0
6	Mezi bočními zuby - oboustranně	0	0	0	0

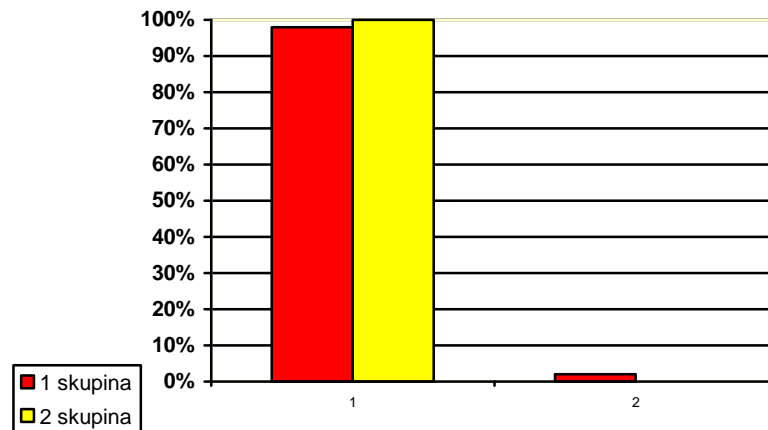
**Závěr :** Vyšetřením byl zjištěn rozdíl 12% mezi správnou polohou jazyka dětí z obou skupin.

**Vyšetření mimiky** podle Kittel (1999, s. 29).

**Cíl :** Cílem vyšetření je vyloučit mimické obtíže dětí.

**Průběh zkoušky :** Vyšetřující pohledem zjišťuje stav mimiky.

**Graf č. 19** Vyšetření mimiky



**Tabulka č. 19** Vyšetření mimiky

		1 skupina		2 skupina	
		ANO	%	ANO	%
1	Normální	49	98	50	100
2	Nevýrazná	1	2	0	0

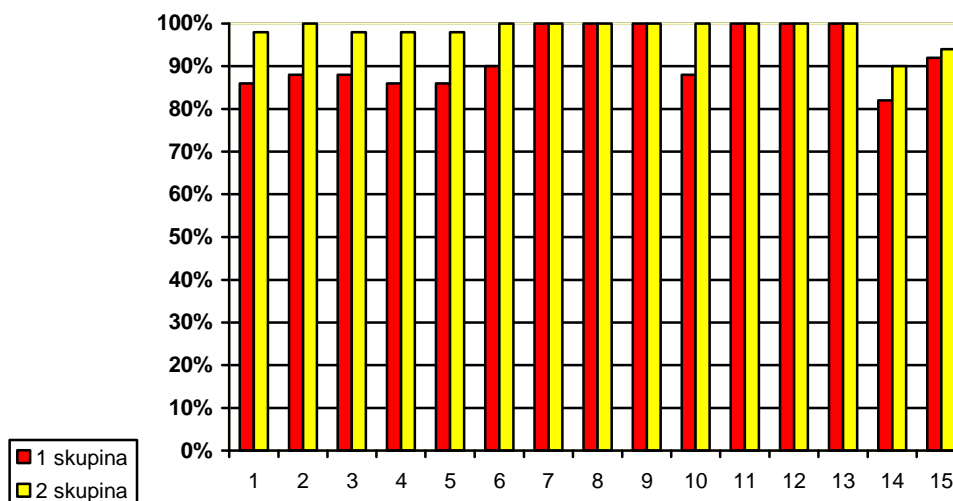
**Závěr :** Zhodnocením této zkoušky byly zjištěny obtíže pouze u jednoho dítěte z experimentální skupiny.

**Test izolovaných orálních pohybů** podle Lechty (1990, s. 85).

**Cíl :** Cílem této zkoušky je zjištění motorické schopnosti jednotlivých artikulačních orgánů (tzv. jednoduché motoriky).

**Průběh zkoušky :** Vyšetření probíhá hravou formou před zrcadlem.

**Graf č. 20 Test izolovaných orálních pohybů**



**Tabulka č. 20 Test izolovaných orálních pohybů**

			1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
Jazyk	1	Protruze (předsunutí) – retrakce (zasunutí)	43	86	49	98
	2	Laterální pohyb	44	88	50	100
	3	Dotyk středu horního rtu	44	88	49	98
	4	Dotyk středu dolního rtu	43	86	49	98
	5	Olíznout rty	43	86	49	98
Čelist	6	Laterální pohyb	45	90	50	100
	7	Otevřít a zavřít ústa	50	100	50	100
Zuby	8	Cvaknout zubama (třikrát)	50	100	50	100
	9	Kousnout do dolního rtu	50	100	50	100
Rty	10	Protruze (polibek)	44	88	50	100
	11	Ukázat zuby (roztáhnou rty)	50	100	50	100
	12	Úsměv bez ukázání zubů	50	100	50	100
Jiné	13	Nafouknout tváře- udělat „pu“	50	100	50	100
	14	Zahvízdat (jeden tón)	41	82	45	90
	15	Zakašlat (ne reflexní kašel)	46	92	47	94

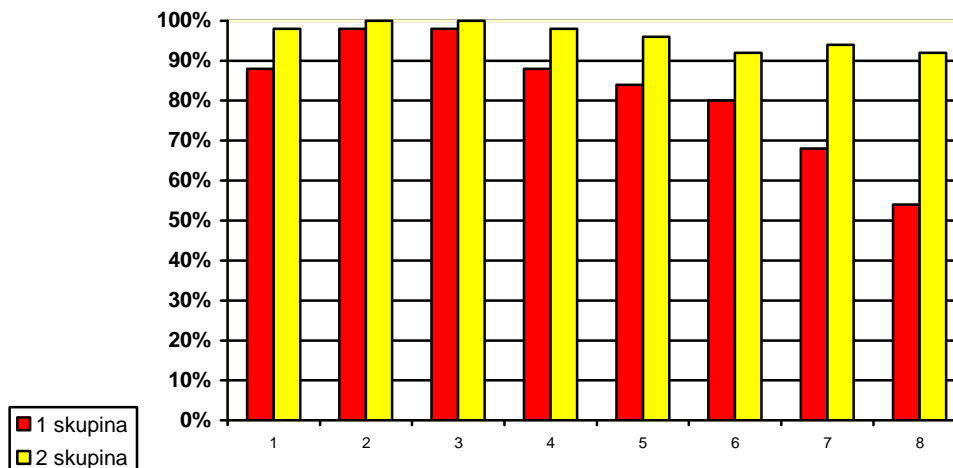
**Závěr :** Zhodnocením tohoto vyšetření byly zjištěny v průměru o 6% větší nedostatky u dětí z experimentální skupiny dětí.

**Test orálně-motorických sekvencí** podle Lechty (1990, s. 85).

**Cíl :** Cílem zkoušky zjištění schopnosti koordinace vícero artikulačních orgánů.

**Průběh zkoušky :** Vyšetření probíhá hravou formou před zrcadlem.

**Graf č. 21 Test orálně-motorických sekvencí**



**Tabulka č. 21 Test orálně-motorických sekvencí**

	Počet sekvencí	Výkon	1 skupina		2 skupina	
			ANO	%	ANO	%
1	2	jazyk (dotek středu horního rtu); čelist (ze zdola-nahoru)	44	88	49	98
2	2	zuby (cvaknout jednou); rty (protruze)	49	98	50	100
3	3	čelist (laterálně); zuby (kousnout do dolního rtu); rty (ukázat zuby)	49	98	50	100
4	3	jazyk (dotyk středu spodního rtu); rty (protruze); jazyk (olíznout rty)	44	88	49	98
5	4	rty (ukázat zuby); zuby (kousnout do dolního rtu); čelist (laterálně); jazyk (olíznout rty)	42	84	48	96
6	4	tváře (nafouknout – udělat „pu“; rty (protruze); čelist (ze shora-dolů); jazyk (olíznout rty)	40	80	46	92
7	5	zuby (cvaknout jednou); rty (protruze); čelist (laterálně); zuby (kousnout do spodního rtu); čelist (ze shora- dolů)	34	68	47	94
8	5	rty (protruze); jazyk (olíznout rty); zuby (jednou cvaknout); tváře (nafouknout – udělat „pu“); jazyk (dotknout se středu horního rtu)	27	54	46	92

**Závěr :** Vyšetřením byly zjištěny průměrně o 14% nižší obtíže v koordinaci artikulačních orgánů u dětí z kontrolní skupiny.



### **3.6 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse**

Složení experimentální skupiny podle pohlaví odpovídá výskytu ADHD v populaci, kdy chlapci mají výraznou převahu ve všech věkových skupinách (viz teoretická část).

Orientační zkouškou sluchu bylo zjištěno, že žádné z dětí v obou skupinách nemělo při vyšetření problém s identifikací slyšeného. Je tedy pravděpodobné, že vyšetřované děti mají sluch v normě a netrpí žádnou sluchovou vadou. Proto nebyla tato zkouška zařazena mezi sledované oblasti. Orientačním vyšetřením mluvidel bylo zjištěno, že největším problémem stavu mluvidel je u 44% dětí z experimentální skupiny povolení retního uzávěru hlavně z důvodu dýchání ústy, narozdíl od skupiny kontrolní, kde je tento problém pouze u 8% dětí. Toto vyšetření bylo doplněno speciálním vyšetřením rtů v klidové poloze, které obohatilo orientační vyšetření o rozdíl ve správném semknutí retního uzávěru 26% mezi oběma skupinami. Vyšetřením polohy jazyka v klidové poloze byl zjištěn orientačním i speciálním vyšetřením fakt, že devět dětí z 1. skupiny a sedm dětí z 2. skupiny nemá jazyk ve správné poloze. Velký vliv na řeč obou skupin dětí má probíhající výměna mléčného chrupu za chrup stálý, která odpovídá věku dětí. Při hodnocení orientační zkoušky dýchání byly zjištěny velké rozdíly mezi skupinami. U 32% dětí s ADHD převažuje hrudní dýchání nad dýcháním bráničním a ve všech těchto případech se jedná o dýchání povrchní, mělké a krátké. Dvacet šest dětí z experimentální skupiny dýchá neklidně a nepravidelně, patrně následkem jejich celkového neklidu. Vliv na stav řeči má u dvanácti dětí z 1. skupiny také fakt, že mluví při nádechu a řeč je tím značně ovlivněna. Čtyři děti z obou skupin mají při mluvě zvýšenou nosovost, patrně následkem zvětšením adenoidní vegetace. Pro doplnění této zkoušky bylo provedeno speciální vyšetření dýchání, které výsledky orientačního vyšetření potvrdilo. V průběhu orientační zkoušky motoriky mluvidel bylo zjištěno, že v této orofaciální oblasti jsou patrné nedostatky u sedmi dětí z experimentální skupiny. Zatímco jedinci z kontrolní skupiny neměly s pohyblivostí rtů, dolní čelisti a jazyka až na jednoho potíže. Tento výsledek byl potvrzen i testem izolovaných orálních pohybů. Orientační zkouška motoriky mluvidel byla doplněna testem orálně-motorických sekvencí, ve kterém se u experimentální skupiny projeví větší nedostatky. V osmi zkouškách děti s ADHD vykazovaly nižší výkon než děti intaktní, a to průměrně o 14%. Při zkoušce artikulační obratnosti byly zjištěny velké rozdíly mezi skupinami.

V opakování slov dvojslabičných, trojslabičných, čtyřslabičných z otevřených slabik docházelo u čtyř dětí k přesmykování a redukci slabik. U opakování slov trojslabičných se souhláskovým shlukem chybovalo osm dětí z 1. skupiny. U slov artikulačně obtížných se počet dětí s obtížemi rapidně zvýšil na čtrnáct a u slov, ve kterých se vyskytují párové hlásky ostré a tupé řady sykavek až na dvacet dětí. Zatímco u dětí 2. skupiny, měly pouze dvě děti obtíže v posledním cvičení. Toto zjištění je typické pro děti s ADHD a nasvědčuje přítomnosti artikulační neobratnosti (viz teoretická část). Tuto problematiku u nás zkoumal Žlab (1982) jak uvádí Lechta (2002, s. 169), podle něho jde o zvláštní klinickou jednotku, kterou tvoří artikulační neobratnost (kdy dítě vyslovuje správně jednotlivé hlásky a celá slova, ale skupinu slov nebo složitější slova vysloví chybně) a specifické asimilace (artikulačně nebo akusticky podobných hlásek). Tyto obtíže typické pro LMD nazývá Žlab tzv. specifickým logopedickým nálezem, zatímco Matějček je nazývá artikulační dyspraxií (Michalová, 2008, s. 42). Výsledky orientačního vyšetření fonematického sluchu byly téměř totožné s předchozí zkouškou artikulační obratnosti, což odpovídá souběhu těchto oblastí. Narozdíl od předchozí zkoušky, zde došlo i k oslabení ve výkonech 2. skupiny, zejména při fonematické diferenciaci obou řad sykavek a polosykavek, přesto byl rozdíl 32% mezi skupinami. Při rytmiizaci slov mělo obtíže šest dětí z 1. skupiny, zatímco z 2. skupiny pouze jedno. Při zkoušce dvojic obrázků s odlišným fonémem chybovalo z 1. skupiny osm dětí a z 2. skupiny dvě. Určování první slabiky ve slově pomocí vytleskávání bylo problémem pro osmnáct dětí s ADHD a pro šest intaktních. Vyhodnocením orientačního vyšetření výslovnosti bylo zjištěno, že samohlásky a hlásky prvního artikulačního okrsku děti z obou skupin vyslovují správně. Ve třetím artikulačním okrsku mělo jedno dítě z 1. skupiny obtíže s hláskou J a šest s hláskami Ť, Ď, Ň. Děti z 2. skupiny neměly obtíže. Ve čtvrtém a pátém artikulačním okrsku pouze dvě děti z experimentální skupiny neuměly hlásku K, jinak byly obě skupiny bez obtíží. Největší problémy s výslovností hlásek měly děti z obou skupin ve druhém artikulačním okrsku, kde byl rozdíl mezi skupinami v průměru 21%. Sedmnáct dětí z 1. skupiny nezvládá hlásky C, S, Z, naproti tomu pouze pět dětí z 2. skupiny. Hlásky Č, Š, Ž neumí ze skupiny experimentální osmnáct dětí, zatímco pět ze skupiny kontrolní. Hlásku R nezvládá z 1. skupiny 31 dětí a 9 dětí z 2. skupiny, podobné byly i výsledky u hlásky Ř. Tyto zjištění odpovídají studii Třesoňkové (1974), kterou uvádí Lechta (2002, s. 169), že

u 40% dětí s LMD se vyskytovaly poruchy výslovnosti. Při orientačním vyšetření slovní zásoby bylo zjištěno, že děti z obou skupin bez zjevných obtíží zvládají ukazování i pojmenování předmětů a postav na obrázcích. Ve zkoušce nadřazených pojmů chybovalo šest dětí z 1. skupiny, zatímco z 2. skupiny chybovalo pouze jedno dítě. U protikladů byl rozdíl ještě vyšší, 19:4 a u přirovnání 32:14. Tyto rozdíly svědčí o výrazných obtížích v oblasti slovní zásoby u dětí s ADHD. Vyhodnocením této zkoušky bylo zjištěno, že 34% dětí z 1. skupiny má největší obtíže s jazykovým citem, což je typické pro děti s ADHD. Jak uvádí Lechta (2002, s. 170) podle Glóse (1969), kdy dítě s LMD nemá „cit pro gramatiku“, často si pomáhá vypůjčenými nebo samostatně vytvořenými, ale nesprávně použitými slovními symboly. Mají tu vliv i skoky v logickém myšlení a unáhlené myšlení. V používání souvětí vykazovalo osm dětí z 1. skupiny nedostatky, stejně jako v oblasti pragmatické roviny. V porozumění chybovaly pouze čtyři děti z experimentální skupiny. Zhodnocením orientačního vyšetření verbální sluchové paměti byly zjištěny deficity v zapamatování si 4 a více slov, což svědčí o oslabení sluchové paměti hlavně z důvodu nepozornosti a krátké době soustředění u dětí s ADHD. Při orientační zkoušce zrakové percepce mělo obtíže maximálně 8% dětí z 1. skupiny, a to patrně z důvodu slabé koncentrace pozornosti. Ve zkoušce laterality se objevily obtíže u dvou až čtyř dětí z 1. skupiny, zřejmě vlivem nevyzrálости CNS, které je typické pro děti s ADHD.

#### **Hodnocení předpokladů:**

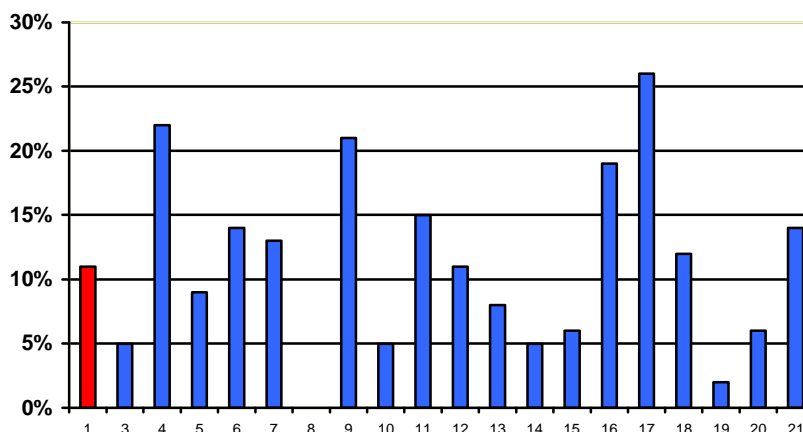
**Předpoklad č. 1** - Lze předpokládat, že děti s ADHD budou mít výkony ve sledovaných řečových oblastech v průměru o 10 % nižší než děti v kontrolní skupině.

Z porovnání tabulek a grafů č. 3-21 byl vytvořen souhrnný graf a tabulka č. 22. Tento graf a tabulka ukazují rozdíly ve výkonnosti sledovaných dětí vzhledem k intaktní skupině. Průměrný rozdíl ve výkonnosti je 11,2%, čímž se předpoklad č. 1 potvrdil. 10 z 19 sledovaných oblastí, tedy více než polovina přesáhlo hranici předpokládaných 10%. Jedná se o tyto oblasti: rty v klidové poloze podle Kittel, dýchání, výslovnost 2. artikulační okrsek, dýchání podle Kittel, slovní zásoba, orálně motorické sekvence, artikulační obratnost, fonemický sluch, jazyk v klidové poloze podle Kittel a řečový projev.

**Tabulka č. 22 Rozdíly mezi skupinami ve sledovaných oblastech**

	Vyšetřovaná oblast	Rozdíl mezi skupinami
1	<b>průměrný rozdíl</b>	<b>11,2%</b>
3	mluvidla	5%
4	dýchání	22%
5	motorika mluvidel	9%
6	artikulační obratnost	14%
7	fonematický sluch	13%
8	výslovnost – samohlásky, 1 okrsek	0%
9	výslovnost – 2. okrsek	21%
10	výslovnost – 3, 4, 5, okrsek	5%
11	slovní zásoba	15%
12	řečový projev	11%
13	verbální sluchová paměť	8%
14	zraková percepce	5%
15	lateralita	6%
16	dýchání Kittel	19%
17	rtý Kittel	26%
18	jazyk Kittel	12%
19	mimika Kittel	2%
20	izolované orální pohyby	6%
21	orálně motorické sekvence	14%

**Graf č. 22 Rozdíly mezi skupinami ve sledovaných oblastech**



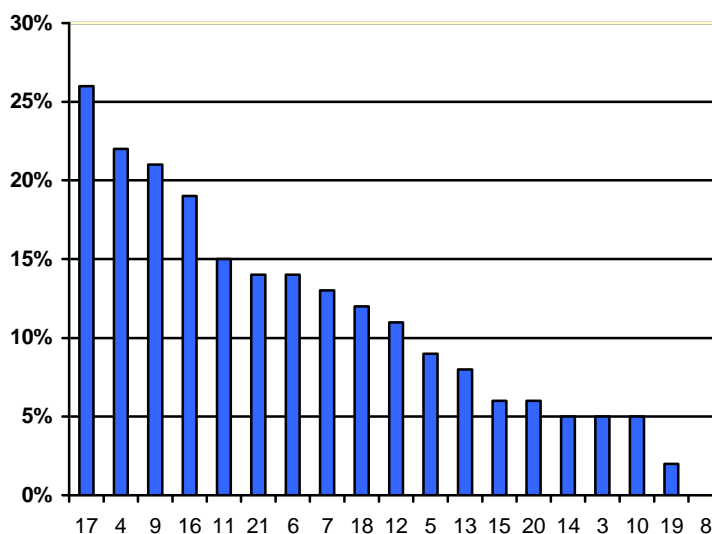
**Předpoklad č. 2** - Lze předpokládat, že největší rozdíl ve výkonu mezi skupinami bude vázán na oblast artikulace a fonematického sluchu.

Z porovnání všech tabulek a grafů vyplývá, že největší rozdíl ve výkonnosti je vázán na oblast postavení rtů v klidové poloze, dýchání a artikulace. Stanovený předpoklad byl tedy naplněn pouze částečně. Porovnání rozdílů sledovaných oblastí byly vytvořeny graf a tabulka č. 23, sestavením rozdílů od největšího k nejmenšímu.

Z grafu a tabulky č. 23, které vznikly porovnáním tabulek a grafů č. 3-21 vyplývá, že největší rozdíl mezi dětmi s ADHD a dětmi intaktními je v postavení rtů v klidové poloze, v dýchání a artikulaci (26%, 22% a 21%). Sledované oblasti byly seskupeny

dle velikosti rozdílu mezi sledovanými skupinami. Mezi oblasti s rozdílem od 20% do 11% patří: dýchání podle Kittel, slovní zásoba, orálně motorické sekvence, artikulační obratnost, fonemický sluch, jazyk v klidové poloze podle Kittel a řečový projev. Do oblastí 10-5% se řadí: motorika mluvidel, verbální sluchová paměť, lateralita, izolované orální pohyby, zraková percepce, mluvidla a výslovnost – 3.,4.,5. artikulačního okrsku. Mezi oblasti s minimálním rozdílem pod 5% patří: mimika podle Kittel, výslovnost samohlásek a 1. artikulačního okrsku.

**Graf č. 23 Rozdíly mezi sledovanými oblastmi podle velikosti rozdílů**



**Tabulka č. 23 Rozdíly mezi sledovanými oblastmi podle velikosti rozdílů**

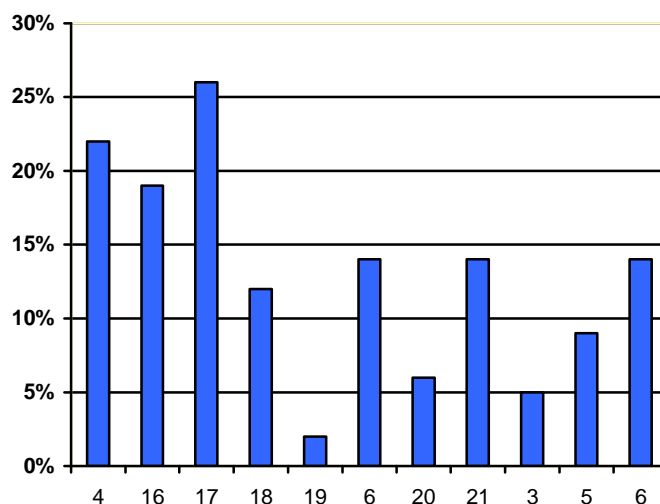
	Vyšetřovaná oblast	Rozdíl mezi skupinami
17	rtý Kittel	26%
4	dýchání	22%
9	výslovnost – 2. okrsek	21%
16	dýchání Kittel	19%
11	slovní zásoba	15%
21	orálně motorické sekvence	14%
6	artikulační obratnost	14%
7	fonemický sluch	13%
18	jazyk Kittel	12%
12	řečový projev	11%
5	motorika mluvidel	9%
13	verbální sluchová paměť	8%
15	lateralita	6%
20	izolované orální pohyby	6%
14	zraková percepce	5%
3	mluvidla	5%
10	výslovnost – 3.4. 5 okrsek	5%
19	mimika Kittel	2%
8	výslovnost – samohlásky,1. okr	0%

**Předpoklad č. 3** - Lze předpokládat, že odchylky v artikulaci jsou vyvolány myofunkčními poruchami, dyspraktickými potížemi a oromotorickými potížemi.

Předpoklad č. 3 byl ověřován pomocí orientačního vyšetření mluvidel, orientační zkoušky dýchání, vyšetření dýchání podle Kittel, orientační zkoušky motoriky mluvidel, orientační zkoušky artikulační obratnosti, vyšetření rtů v klidové poloze podle Kittel, vyšetření jazyka v klidové poloze podle Kittel, vyšetření mimiky, testu izolovaných orálních pohybů a testu orálně motorických sekvencí.

Porovnáním výsledků uvedených zkoušek a vyšetření, lze konstatovat v souladu s popsányými symptomy v teoretické části této práce, že děti s ADHD mají širší škálu potíží ve foneticko-fonologické rovině, jako jsou myofunkční potíže, dyspraktické potíže a oromotorické potíže. Stanovený předpoklad se tedy potvrdil.

**Graf č. 24 Rozdíly mezi oblastmi ve foneticko- fonologické rovině**



**Tabulka č. 24 Rozdíly mezi oblastmi ve foneticko- fonologické rovině**

		Vyšetřovaná oblast	Rozdíl mezi skupinami
Myofunkční potíže	4	dýchání	22%
	16	dýchání Kittel	19%
	17	rtý Kittel	26%
	18	jazyk Kittel	12%
	19	mimika Kittel	2%
Dyspraktické potíže	6	artikulační obratnost	14%
	20	izolované orální pohyby	6%
	21	orálně motorické sekvence	14%
Oromotorické potíže	3	mluvidla	5%
	5	motorika mluvidel	9%
	6	artikulační obratnost	14%

## 4 ZÁVĚR

Závěrem můžeme říci, že děti s ADHD to nemají v životě jednoduché a jednoduché to nemají ani lidé kolem nich. Jak se ukázalo při zpracování teoretických východisek, nenabízí trh s odbornou literaturou o problematice ADHD zvláště v kombinaci s řečí a komunikací dostatečné množství různorodých literárních zdrojů. Při vyšetřování dětí bylo velmi těžké udržet jejich pozornost a získat tím objektivní výsledky. Práce s kontrolní skupinou dětí byla mnohem jednodušší a souvislejší, proto trvala mnohem kratší dobu. U dětí s ADHD bylo zapotřebí činnosti rozčlenit do kratších částí a vyšetření rozdělit i do dvou dnů. Obrovský význam má spolupráce mateřské školy s rodinou. Podmínkou spolupráce je samozřejmě vytvoření vstřícné atmosféry, kdy rodiče učitelkám důvěřují, jsou ochotni přijímat jejich rady a doporučení. Učitelky jsou v každodenním kontaktu s dětmi i rodiči a často jsou první, které mohou upozornit na nedostatky a doporučit odborná vyšetření. Při vyhledávání dětí s diagnózou ADHD v mateřských školách pro průzkum jsem zjistila, že rodiče se vyšetření brání a mnoho dětí s příznaky ADHD nejsou odborně vyšetřeny. Domnívám se, že v této situaci může mateřská škola udělat velký kus práce svým přístupem a získáním důvěry přesvědčit rodiče o nutnosti vyšetření, aby byla dítěti poskytnuta odpovídající péče. Průzkum ukázal, že velký počet dětí s ADHD má výrazné obtíže v oblasti řeči, je proto nutné věnovat pozornost nejen stimulaci příznaků hyperaktivity a poruchy pozornosti, ale také logopedické péči. Logopedická péče o tyto děti by měla být založena, jak na stimulaci již vzniklých deficitů, tak hlavně na prevenci v této oblasti. Těžiště prevence, předcházení vzniku narušené komunikační schopnosti spočívá na rodině dítěte, která by však měla být poučená odborníkem. Základem prevence je komunikativnost rodiny, projevující se vůči dítěti dokonce již před jeho narozením. Pro podporu fyziologického rozvoje řeči je nutné dostatečné množství podnětů v odpovídající kvalitě, a to nejen zvukových, neboť rozvoj řeči je vázán na rozvoj myšlení. Důležitou složkou prevence je pokud možno správný mluvní vzor rodičů a dalších osob z nejbližšího okolí dítěte. Ten je třeba mít na paměti i v případě, že blízcí dítěte nemají problémy se správnou artikulací, neboť např. není vhodné příliš časté napodobování „roztomilé“ řeči dítěte dospělým ve vzájemné komunikaci. Dítě se totiž učí napodobováním. I v případě dodržování všech zásad prevence nelze vyloučit výskyt narušení komunikační schopnosti, neboť její příčiny mohou být velmi různorodé. Osoba logopeda je pak zcela dominantní

v procesu diagnostiky, který vyžaduje odbornou erudici. Předkládaná práce potvrzuje, že správná diagnostika je nezbytným předpokladem pro úspěšný postup reedukačního procesu, naopak nepřesná diagnostika může tento proces značně zpomalit. Nejčastěji diagnostikovaným druhem narušené komunikační schopnosti je dyslalie. Tato práce naopak ukázala, že se v mnoha případech o dyslalii nejedná. Děti z experimentální skupiny mají kromě dyslalie také obtíže myofunkční, dyspraktické a oromotorické. Ostatní druhy poruch, které se projevují podobně jako dyslalie, nejsou v české literatuře dostatečně rozpracovány z teoretického ani praktického hlediska. O to důležitější je, aby logoped pečlivě vyhodnotil projevy a příznaky narušení, aby mohl vhodně naplánovat následnou terapii.

Tato práce ve své teoretické i praktické části naplnila požadovaný cíl, zmapovat a provést šetření v této problematice. Byla velkým přínosem v rozšíření poznatků v problematice ADHD a NKS, které mohou být využívány při práci v mateřské škole. Vyzkoušení si některých metod ukázalo spoustu možností užití těchto metod při práci s dětmi se specifickými vzdělávacími potřebami.

## 5 NÁVRH OPATŘENÍ

Ze zjištěných výsledků v kombinaci se zkušenostmi a údaji literatury můžeme formulovat následující opatření. Návrhy jsou členěné podle kategorií osob, které přichází do kontaktu s dětmi s ADHD. Návrhy reflektují, jak složku hyperaktivity a pozornosti, tak oblast komunikace a řeči.

### **Navrhovaná opatření vzhledem k rodině:**

Je důležité věnovat dítěti soustředěnou pozornost, zvolit jednotný výchovný styl v rodině, stanovit pevný režim dne a ten dodržovat. Nedoporučuje se nutit dítě násilně ke klidu, za projevy hyperaktivity děti netrestáme, zklidnění však pochválíme, aby si dítě uvědomilo, že toto chování je správné. Pokyny je třeba opakovat několikrát v klidu, netrestat dítě za první neuposlechnutí. Činnosti volit krátkodobé a rozmanité přiměřené věku dítěte. Eliminovat, co možná nejvíce rušivých podnětů prostředí, které by odpoutávaly pozornost dítěte. Veškeré činnosti by měly probíhat hravou a pro dítě zábavnou formou. Poskytneme dítěti dostatek příležitostí k pohybu i odpočinku. Ke zklidnění dětí je možno využít relaxace, formou poslechu relaxační hudby, dechová cvičení, prvky jógy.



Je možné využití publikací:

- ✓ Nešpor, K. *Jóga pro děti – relaxace, cvičení, příběhy.*
- ✓ Nadeau, M. *Relaxační hry s dětmi.*

Rodiče by měli obohacovat své komunikační strategie, aby se předcházelo nepochopení instrukcím a pokynům. Rodiče dětí s ADHD by měli ve zvýšené míře vysvětlovat slova, která se objevují v průběhu rodinných aktivit a běžných činností. Je důležité, aby se rodiče zajímali o tuto problematiku, aby se seznamovali s literaturou a využívali internetu k obohacení svých vědomostí.

- ✓ Žáčková, H., Jucovičová, D. *Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele.*
- ✓ Prekopová, J., Schweizerová, Ch. *Neklidné dítě.*
- ✓ Matějček, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí.*
- ✓ <http://adhd.denicek.eu/>
- ✓ <http://www.mojebetynka.cz/>
- ✓ <http://kathyalp.blog.cz/0802/adhd-dulezite-otazky-a-odpovedi>

Rodiče by měli být vedeni pedagogem, speciálním pedagogem nebo logopedem při realizování logopedických a speciálně pedagogických aktivit v domácím prostředí.

#### **Navrhovaná opatření vzhledem k institucím (mateřská škola):**

Při péči o tyto děti má nezastupitelné místo individuální přístup k dítěti. Je také velmi důležité zařadit dítě do péče speciálního pedagoga při mateřské škole, snažit se více zapojit rodiče do logopedické stimulace. Pedagogové MŠ by měli být proškoleni v organizaci školních aktivit s účastí dětí s ADHD tak, aby dokázali nejen předvídat zátěžové situace, ale aby měli nástroje k jejich řešení. Školení o této problematice pořádá např. DYS - centrum Praha. Předškolní pedagogové by měli spoluvytvářet takové komunikační situace, které by ulehčovaly dětem s ADHD zvládnutí komunikačních rolí. Podobně jako rodiče by v podmínkách MŠ mělo docházet k systematické stimulaci slovní zásoby a vysvětlování pojmů.

Vybavit knihovnu odbornou literaturou, která bude sloužit učitelkám k seznámení s problematikou i jako inspirace a návody pro práci. Provádět osvětu, zlepšit informovanost rodičů o problematice ADHD i o nutnosti vyšetření dětí, aby jim mohla být poskytnuta odpovídající péče. Pedagogové by si měli rozšiřovat své znalosti tak, aby mohli průběžně zajišťovat depistáž rizikových dětí, či screening ještě před zahájením povinné školní docházky.

Učitelka pracující s dítětem s ADHD musí přijmout dítě takové, jaké je, poznat zvláštnosti a meze vývoje dítěte, snažit se pochopit jeho situaci, přizpůsobit vnější prostředí jeho potřebám, znát nápravná cvičení i metody působení na specifické nedostatky dítěte. Snažit se předvídat problémové situace a předcházet jim, nalézt optimální způsob komunikace. Zjistit, ve kterých oblastech má dítě deficit a zaměřit se u něj právě na tyto oblasti. Ke zjišťování jednotlivých deficitů může být použita např. kniha Brigitte Sindelarové *Předcházíme poruchám učení*.

Při deficitech v oblasti percepce je vhodné zařadit cvičení zrakového vnímání: rozlišení figury a pozadí, zrakovou diferenciaci, rozlišování podle tvaru, velikosti, barvy, hledání cesty bludištěm. Zrakovou paměť procvičujeme např. hrou „Co se změnilo?“, využíváme Kimovy hry, pexeso. U procvičování sluchového vnímání využíváme diferenciaci podobných zvuků, hlásek, sluchovou paměť, fonematický sluch, vnímání a reprodukce rytmu. Cvičíme také analyticko - syntetickou schopnost. Vnímání prostoru, prostorová orientace, pravolevá orientace, plošná představivost, tělové schéma, hmatové vnímání. Je možné využít publikací:

- ✓ Sindelarová, Brigitte. *Předcházíme poruchám učení*.
- ✓ Pokorná, Věra. *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení*.
- ✓ Klenková, J. *Diagnostika předškoláka*.
- ✓ Michalová, Z. *Shody a rozdíl*.
- ✓ Michalová, Z. *HYPO*.

Je třeba se pravidelně zaměřovat na jemnou motoriku, grafomotoriku a senzomotorickou koordinaci. Můžeme využívat stavebnice, skládačky, puzzle, navlékání korálků, mozaiky, modelování, kreslení, malování, grafomotorická cvičení, cvičení senzomotoriky. Jestliže je dítě neobratné a nešikovné, snažíme se mu pomoci a chválíme ho i za menší úspěch. Musíme dbát na bezpečnost. Je možno využít publikace:

- ✓ Hájek, Pavel. *Jóga prstů nejen pro děti*.
- ✓ Szabová, Magdaléna. *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky*.
- ✓ Kuncová, P. *KUMOT*.

Při oslabení v oblasti řeči klademe důraz na rozvoj motoriky mluvidel, rozvoj slovní zásoby, vyprávění podle obrázků, dokončování příběhu, různé hry se slovy, odborné odstraňování poruch výslovnosti, artikulační cvičení, rozlišování měkkých a tvrdých hlásek, rozlišování sykavek.

- ✓ Volfová, M. *Kolektivní cvičení motoriky a řeči I a II.*
- ✓ Štěpán, J. *Logopedie v praxi.*

**Navrhovaná opatření vzhledem k odborníkům (pedagogicko psychologická poradna, speciální pedagogické centrum ):**

Profesionálové (neurologové, spec. pedagogové, logopedi) by se měli podílet ve zvýšené míře v různých formách prevence ( primární, sekundární), např. pořádáním besed pro rodiče a kurzů pro učitelky. Při přetrvávajících problémech vybírat a doporučovat z navrhovaných řešení optimální cestu, prospěšnou nejen dítěti, ale i rodině, skupině. Využívat možností internetu, a naopak upřesňovat veřejnosti mýty, které jsou s danou problematikou spojené. Prohlubovat spolupráci s mateřskými školami v tom smyslu, že vyšetření dětí budou obsahovat informace o zjištěných deficitech a o konkrétních možnostech, jak s dětmi pracovat.

Na zvyšování kvality péče o tyto děti bude mít vliv vyhledávání forem těsnější spolupráce mezi speciálními pedagogy-logopedy- pedagogy, efektivnější komunikace a rozpracování terapeutických programů, zahrnující obě složky poruch. Z oblasti logopedie by bylo žádoucí rozpracování postupů diferenciální diagnostiky, které by cíleně ukázaly řečový profil dětí s ADHD, což by pomohlo efektivnější intervenci.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BOWEN, C.: *Speech sound disorders in children*. [online]. 2005, datum poslední revize 15. 3. 2005. [cit. 2008-9-11]. Dostupné na URL:  
<[http://members.tripod.com/Caroline\\_Bowen](http://members.tripod.com/Caroline_Bowen)> .
- DOLEJŠÍ, P. *Jak se naučit správně vyslovovat*. 2.vyd. Humpolec: Pavel Dolejší, 2003. 98 s. ISBN 80- 86480-23-2.
- DVOŘÁK, J.: *Slovní patlavost. Verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. 123 s. ISBN 80-902536-0-1.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 192 s. ISBN 80-902536-2-8.
- DVOŘÁK, J. *Vývojová verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. 144 s. ISBN 80-902536-5-2.
- DVOŘÁK, J. *Vývojová fonologická porucha*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. 148 s. ISBN 80-902536-4-4.
- GANGALE, D.: *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
- HAINOVÁ, B. Zmapování úspěšnosti bývalých žáků ZŠ pro žáky se specifickou poruchou chování. *Speciální pedagogika*. 2006, č. 4, s. 43. ISSN 1211-2720.
- KÁBELE, F.: *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1982. 242 s.
- KEREKRÉTIOVÁ, A.: *Orofaciální rástev v klinicko-logopedické praxi*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Karlova, 2000. 208 s. ISBN 80-223-1414-5.
- KITTEL, A.: *Myofunkční terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 111 s. ISBN 80-7169-619-6.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1.
- KLENKOVÁ, J. *Diagnostika předškoláka*. 1. vyd. Brno: MC, 2005. 125 s.
- KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 187 s. ISBN 80-7041-413-8.
- KOPECKÁ, Z. *Básničky od srdíčka*. 10. vyd. Brno: Schneider, 1998. 48 s. ISBN 80-85796-62-7.

- KURZ, U.: *Informationen zum Thema Myofunktionelle Störungen*. [on line]. 2005, datum poslední revize 12. 3. 2006. [cit. 2008-9-14a]. Dostupné na webových stránkách Institut für Sprachtherapie: <<http://www.bessersprechen.de/mft.htm>>.
- KURZ, U.: *Informationen zum Thema Näseln (Rhinophonie)*. [on line]. 2005, datum poslední revize 12. 3. 2006. [cit. 2008-9-14b]. Dostupné na webových stránkách Institut für Sprachtherapie: <<http://www.bessersprechen.de/naseln.htm>>.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitório*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-0047-9.
- LECHTA, V. a kol.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
- MERTIN, V. Specifické poruchy učení. In: *Problémové dítě a hra*. Praha: Raabe, 2004. 780 s. ISBN 80-86307-15-8.
- MICHALOVÁ, Z. *Shody a rozdíly*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 1998. 56 s. ISBN 80-85808-60-9.
- MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 208 s. ISBN 80-7311-075-X.
- MICHALOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z problematiky specifických poruch učení*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7372-318-7.
- MKN: Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 119 s. ISBN 80-7178-625-X.
- PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z etopedie: Klasifikace diagnostika poruch chování*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. 71 s. ISBN 80-7083-750-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: PedF UK, 2001. 86 s. ISBN 80-244-0258-0.
- POKORNÁ, V. *Porovnej, dokresli, spojuj, rozlišuj, skládej*. 1. vyd. Praha: Blug, 1994. 37 s. ISBN 80-85635-36-4.

- SOVÁK, M.: *Logopedie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978.
- SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. 224 s.
- SPECIALIZAČNÍ STUDIUM VÝCHOVNÉHO PORADENSTVÍ PedFUK.
- Vývojová psychologie*. [online]. 2005, datum poslední revize 16.5.2005. [cit. 2008-9-14]. Dostupné na URL: <<http://www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html?p=1>>.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A KOL.: *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠKVOROVÁ, J. *Proč zlobím?* 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 129 s. ISBN 80-7254-407-1.
- TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 168 s. ISBN 80-7178-131-2.
- TYL, J. *Prevence dopadů LMD na dítě: v předškolním věku předejít problémům ve škole*. [on line]. 2004, datum poslední revize 5. 6. 2006. [cit. 2008-9-11]. Dostupné na URL: <<http://www.rodina.cz/scripts>>.
- VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. 100 s. ISBN 80-7083-669-5.
- VOHRADNÍK, M.: *Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience*. 1. vyd. Příbram: Scriptorium, 2001. 136 s. ISBN 80-86197-24-7.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 10. vyd. Praha: Portál, 2003. 264 s. ISBN 80-7178-800-7.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.

## 7 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 : Záznamový formulář (viz text – str. 42)
- Příloha č. 2 : Hodnotící tabulky (viz text – str. 42)
- Příloha č. 3 : Vyhledávání stejných tvarů (viz text – str. 56)
- Příloha č. 4 : Vnímání zrcadlových tvarů (viz text – str. 56)
- Příloha č. 5 : Vnímání zrcadlových tvarů (viz text – str. 56)
- Příloha č. 6 : Rozlišení rozdílných tvarů (viz text – str. 56)
- Příloha č. 7 : Rozlišení rozdílných tvarů (viz text – str. 56)

# **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 : Záznamový formulář (viz text – str. 42)

### Záznamový formulář

Pořadové číslo	Datum narození	Datum vyšetření
Jméno dítěte	Věk	ADHD ANO/NE
Materská škola	Pravák/levák	Poznámky

Orientační sluchová zkouška (ANO/NE)

	Slova s hlubokými hláskami	Levé ucho	Pravé ucho	Slova s vysokými hláskami	Levé ucho	Pravé ucho
1						
2	buben			silnice		
3	doba			sestřička		
4	houba			vesnice		
5	budeme			svačinka		
6	roura			součástka		
7	podlaha			sněží		
8	gumáky			šije		
9	voda			měsíc		
10	budujeme			číslice		

Orientační zkouška motoriky mluvidel (zvládá/nezvládá)

1	Rty- úsměv, koutky nahoru a dolů, zuby nejsou vidět	
2	Vycenit zuby- rty jsou oddálené	
3	Přetažení horního rtu přes horní řezáky, dolního přes dolní	
4	Našpulení rtů- kapřík, zuby nejsou vidět	
5	Našpulení rtů – do kroužku, zuby jsou vidět	
6	Pohyb jazyka z pusy ven a zpět – čertík	
7	Pohyb jazyka z koutku do koutku	
8	Olizujeme horní i dolní ret špičkou jazyka – kočička	
9	Otevřená ústa, jazyk jezdí po dolních i horních zubech	
10	Prísát jazyk na patro – koník	
11	Vtlačit hrot jazyka mezi dolní ret a dolní řezáky – opička	
12	Nafouknout jednu tvář a prstem ji vytlačit	
13	Bez napětí v jazyce	

Orientační vyšetření mluvidel (ANO/NE)

rty	1	Celkový pohled na obličej	obličej souměrný	
	2	Souměrnost koutků rtů	koutky souměrné	
	3	Zbytnělost dolního rtu	dolní ret v normě	
	4	Semknutí, povolení retního uzávěru	retní uzávěr semknutý	
jazyk	5	Zda jazyk v klidu neleží mezi řezáky	jazyk vysouvá, neleží mezi řezáky	
	6	Jazyk	velikost normální, pláží ve středové čáře	
	7	Uzdíčka	v normě	
dentice	8	Skus	v normě	
	9	Stav dentice	probíhá výměna	
	10	Patro	normálně klenuté	
	11	Polykání	bez obtíží	

Orientační zkouška artikulační obratnosti (zvládá/nezvládá)

1	Dítě opakuje slabiky	
2	Dítě opakuje jednoslabičná slova	
3	Dítě opakuje slova dvojslabičná, trojslabičná, čtyřslabičná z otevřených slabik	
4	Dítě opakuje slova trojslabičná se souhláskovým shlukem	
5	Dítě opakuje slova artikulačně obtížná	
6	Dítě opakuje slova, ve kterých se vyskytují párové hlásky ostré a tupé řady sykavek	

Orientační vyšetření fonemického sluchu (zvládá/nezvládá)

1	Identifikace zvuků – hádej co dělám	
2	Rozlišování přírodních zvuků – jak mluví zvířata	
3	Rytmizace slov s využitím obrázků	
4	Zkouška dvojice obrázků s odlišným fenoménem	
5	Určování první slabiky ve slově pomocí vytleskávání	
6	Fonemická diferenciacie obou řad sykavek a polosykavek	

Orientační zkouška dýchání (ANO/NE)

1	Dýchání brániční	
2	Dýchání klidné a pravidelné	
3	Mluvení při výdechu	
4	Bez nosovosti	

Orientační vyšetření výslovnosti (umi/neumi)

a) Samohlásky      b) Souhlásky – první artikulační okrsek

1	A	1	P	
2	O	2	B	
3	U	3	M	
4	E	4	F	
5	I	5	V	
6	AU			
7	OU			

c) Souhlásky- druhý artikulační okrsek

1	T	7	Z	
2	D	8	Č	
3	N	9	Š	
4	L	10	Ž	
5	C	11	R	
6	S	12	Ř	

d) Souhlásky- třetí, čtvrtý, pátý artikulační okrsek

1	J	5	K	
2	Ť	6	G	
3	Ď	7	CH	
4	Ň	8	H	



Orientační vyšetření slovní zásoby (zvládá/nezvládá)

Pasivní	1	Ukazování	
Aktivní	2	Pojmenování	
	3	Nadřazené pojmy	
	4	Protiklady	
	5	Přirovnání	

Orientační zkouška řečového projevu (umi/neumi)

1	Slovní druhy	
2	Jednoduché věty	
3	Souvěti	
4	Jazykový cit	
5	Porozumění	
6	Pragmatická rovina	

Orientační vyšetření verbální sluchové paměti (zvládá/nezvládá)

	1	Básnička	
	2	Opakování věty - šest slov	
Hra	3	2 slov	
	4	3 slova	
	5	4 slova	
	6	5 slov	
	7	6 slov	

Orientační zkouška zrakové percepce (ANO/NE)

Zraková analýza a syntéza	1	Vkládání tvarů	
	2	Puzzle	
	3	Vyhledávání stejných geometrických tvarů	
	4	Zkouška zrakové paměti	
Zraková diference	5	Vnímání zrcadlových tvarů	
	6	Rozlišení rozdílných tvarů	

Orientační zkouška laterality (ANO/NE)

Použití dominantní končetiny (P/L)	1	Stavění kostek	
	2	Zasouvání kolíčků	
	3	Stříhání	
	4	Kreslení	
	5	Zkouška dominance oka	

Vyšetření dýchání (ANO/NE)

1	Nosem přes den	
2	Nosem v noci	
3	Ústy přes den	
4	Ústy v noci	
5	Hrudní dýchání	
6	Brániční dýchání	

Vyšetření rtů v klidové poloze (ANO/NE)

1	Volně sevřeny	
2	Pevně stisknuty	
3	Lehce oddáleny	
4	Hodně oddáleny	
5	Horní řezáky mají kontakt s dolním rtem	

Vyšetření jazyka v klidové poloze (ANO/NE)

1	Na alveolárním výběžku	
2	Namířený proti horním předním zubům	
3	Namířený proti dolním předním zubům	
4	Mezi předními zuby	
5	Mezi bočními zuby – jednostranně	
6	Mezi bočními zuby - oboustranně	

Vyšetření mimiky (ANO/NE)

1	Normální	
2	Nevýrazná	

Test izolovaných orálních pohybů (zvládá/nezvládá)

Jazyk	1	Protruze (předsunutí) – retrakce (zasunutí)	
	2	Laterální pohyb	
	3	Dotyk středu horního rtu	
	4	Dotyk středu dolního rtu	
	5	Olíznout rty	
Čelist	6	Laterální pohyb	
	7	Otevřít a zavřít ústa	
Zuby	8	Cvaknout zubama (třikrát)	
	9	Kousnout do dolního rtu	
Rty	10	Protruze (polibek)	
	11	Ukázat zuby (roztáhnout rty)	
	12	Úsměv bez ukázání zubů	
Jiné	13	Nafouknout tváře- udělat „pu“	
	14	Zahvizdat (jeden tón)	
	15	Zakašlat (ne reflexní kašel)	

Test orálně-motorických sekvencí (zvládá/nezvládá)

	Počet sekvencí	Výkon	
1	2	jazyk (dotek středu horního rtu); čelist (ze zdola-nahoru)	
2	2	zuby (cvaknout jednou); rty (protruze)	
3	3	čelist (laterálně); zuby (kousnout do dolního rtu; rty (ukázat zuby)	
4	3	jazyk (dotyk středu spodního rtu); rty (protruze); jazyk (olíznout rty)	
5	4	rty (ukázat zuby); zuby (kousnout do dolního rtu); čelist (laterálně); jazyk (olíznout rty)	
6	4	tváře (nafouknout – udělat „pu“; rty (protruze); čelist (ze shora-dolů); jazyk (olíznout rty)	
7	5	zuby (cvaknout jednou); rty (protruze); čelist (laterálně); zuby (kousnout do spodního rtu); čelist (ze shora- dolů)	
8	5	rty (protruze); jazyk (olíznout rty); zuby (jednou cvaknout); tváře (nafouknout – udělat „pu“); jazyk (dotknout se středu horního rtu)	

Závěr

--

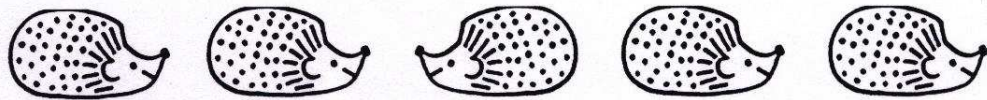
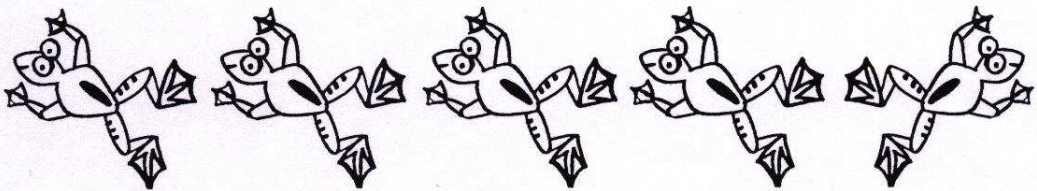
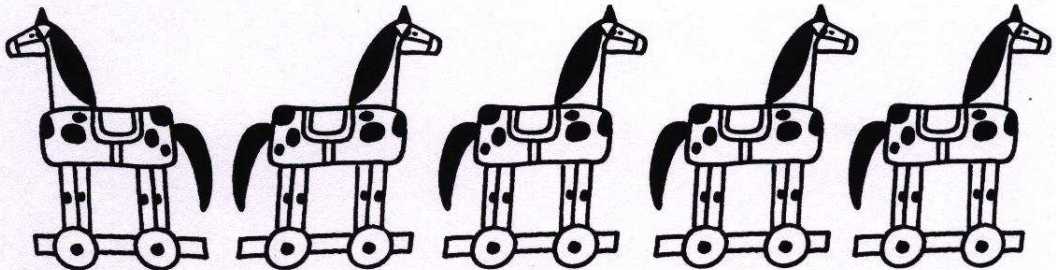
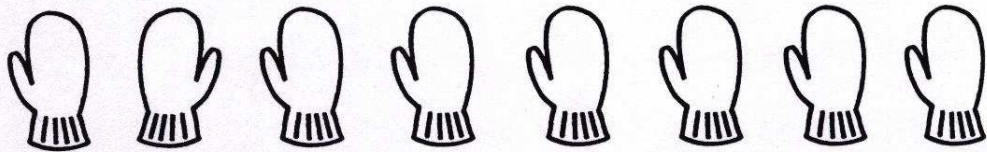
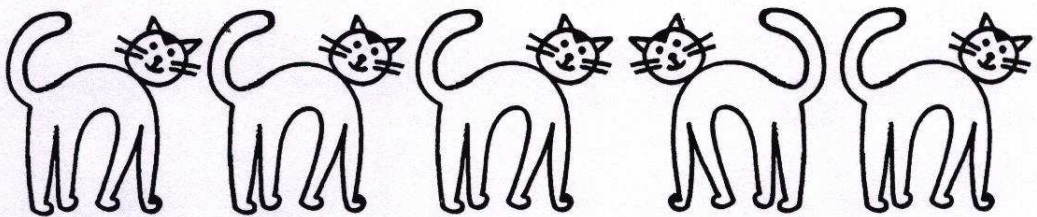
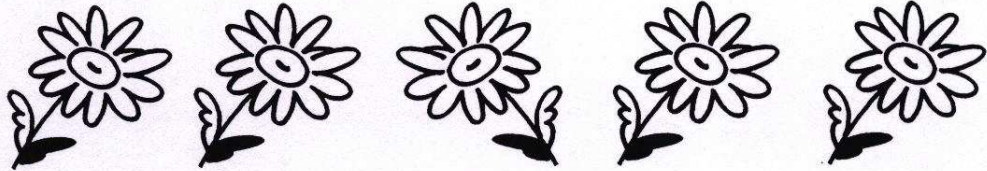


Příloha č. 3 : Vyhledávání stejných tvarů (viz text – str. 56)



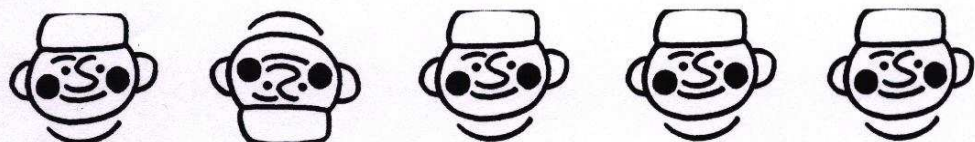
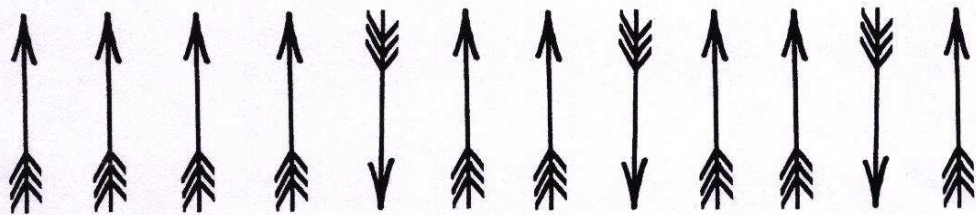
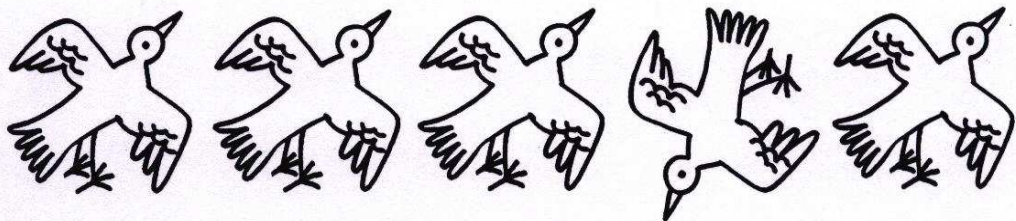
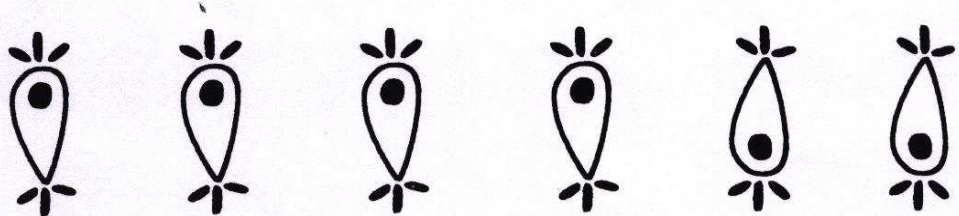
Příloha č. 4 : Vnímání zrcadlových tvarů (viz text – str. 56)

V každé řadě je jeden z obrázků nakreslený obráceně. Najdeš, který to je? Vybarvi ho.



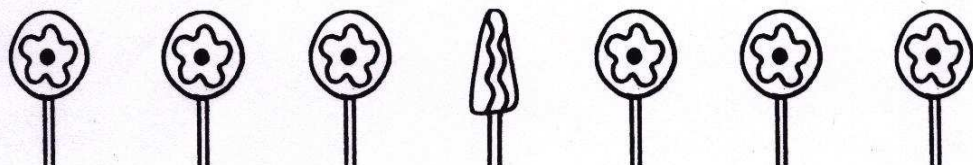
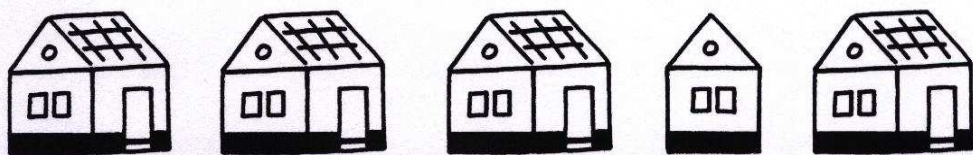
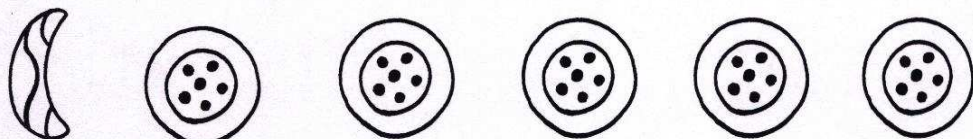
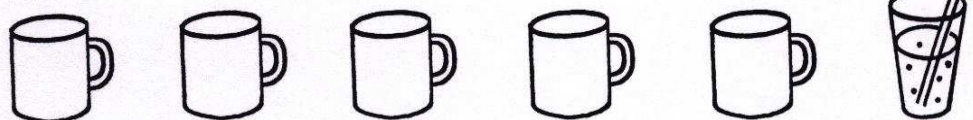
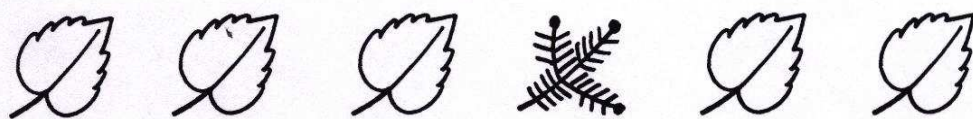
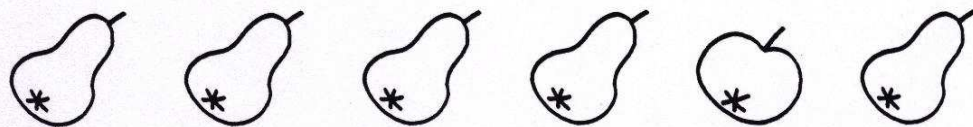
Příloha č. 5 : Vnímání zrcadlových tvarů (viz text – str. 56)

Poznáš, který z obrázků v řadě je vzhůru nohama?



Příloha č. 6 : Rozlišení rozdílných tvarů (viz text – str. 56)

Který obrázek je jiný než ostatní? Vybarvi ho.



Příloha č. 7 : Rozlišení rozdílných tvarů (viz text – str. 56)

Vybarvi obrázek, který je jiný než ty ostatní.

