

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Monika Balíková

DYSLÁLIE U DOSPĚLÝCH OSOB

Olomouc, 2014

Vedoucí práce: PhDr. Alena Říhová, PhD.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Literaturu a další zdroje, ze kterých jsem čerpala, uvádím v seznamu literatury v závěru této diplomové práce.

V Olomouci dne.....

.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování PhDr. Aleně Říhové, PhD., za vedení mé diplomové práce. Zejména děkuji za její čas, cenné rady, flexibilitu a odborné konzultace, které mi ochotně poskytovala při zpracovávání této práce.

Obsah

ÚVOD	- 6 -
1 TERMINOLOGIE A DEFINICE DYSLÁLIE	- 8 -
1.1 Zahraniční terminologické přístupy	- 9 -
1.2 Fonetické a fonologické hledisko dyslálie	- 11 -
2 ARTIKULACE MLUVENÉ ŘEČI.....	- 13 -
2.1 Klasifikace českých hlásek.....	- 15 -
2.1.1 Klasifikace českých samohlásek	- 16 -
2.1.2 Klasifikace českých souhlásek	- 17 -
3 VÝSKYT DYSLÁLIE.....	- 21 -
3.1 Dyslálie jako nozologické a symptomatické narušení komunikační schopnosti	- 23 -
4 ETIOLOGIE DYSLÁLIE	- 26 -
4.1 Funkční a organické podmínění dyslálie	- 26 -
4.2 Vnitřní a vnější etiologické faktory	- 27 -
5 KLASIFIKACE DYSLÁLIE	- 34 -
5.1 Diferenciace dle vývojového hlediska	- 34 -
5.2 Diferenciace z hlediska stupně	- 35 -
5.3 Diferenciace z hlediska orgánu narušujícího správnou výslovnost.....	- 36 -
5.4 Diferenciace z hlediska konstantnosti a konsekventnosti	- 36 -
6 SYMPTOMATOLOGIE DYSLÁLIE	- 38 -
6.1 Vadná výslovnost hlásek	- 39 -
6.1.1 Charakteristika narušení výslovnosti hlásek D, K a L.....	- 40 -
6.1.2 Charakteristika narušení výslovnosti sykavek	- 40 -
6.1.3 Charakteristika narušení výslovnosti hlásky R.....	- 42 -
6.1.4 Charakteristika narušení výslovnosti hlásky Ř.....	- 43 -
7 DIAGNOSTIKA DYSLÁLIE.....	- 44 -
7.1 Diferenciální diagnostika	- 48 -
8 ZÁKLADY TERAPIE DYSLÁLIE	- 49 -
8.1 Fonetický terapeutický přístup	- 49 -
8.1.1 Přípravná cvičení.....	- 50 -
8.1.2 Vývozování hlásky	- 51 -
8.1.3 Fixace a automatizace hlásky	- 52 -
8.2 Další terapeutické přístupy	- 54 -
8.3 Zásady při úpravě výslovnosti.....	- 55 -
8.4 Úprava hlásky R	- 57 -
8.4.1 Charakteristika hlásky R.....	- 57 -
8.4.2 Přípravná předartikulační cvičení.....	- 58 -

8.4.3	<i>Vyvozování pomocí substituční hlásky D</i>	- 59 -
8.4.4	<i>Vyvozování pomocí rotavibrátoru</i>	- 61 -
8.4.5	<i>Vyvozování pomocí špátle</i>	- 62 -
8.4.6	<i>Vyvozování pomocí ukazováku</i>	- 62 -
8.4.7	<i>Vyvozování ze souhlásky Ř</i>	- 63 -
8.4.8	<i>Chyby při vyvozování a korekci R</i>	- 63 -
9	POMŮCKY A DIDAKTICKÉ MATERIÁLY VYUŽÍVANÉ PŘI INTERVENCI DYSLÁLIE...	- 65 -
9.1	Základní logopedické pomůcky	- 65 -
9.2	Přístrojové a laboratorní pomůcky	- 68 -
9.3	Didaktické materiály	- 70 -
10	SPECIFIKA U DOSPĚLÝCH OSOB S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ.....	- 73 -
10.1	Vliv a možnosti motivace při intervenci dyslálie	- 75 -
11	ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	- 79 -
11.1	Stanovení hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů.....	- 79 -
11.2	Stanovení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek	- 79 -
12	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	- 81 -
12.1	Metodologie výzkumného šetření	- 81 -
12.2	Charakteristika souboru	- 82 -
13	ANALÝZA VÝSLEDKŮ	- 83 -
13.1	Demografické údaje souboru	- 83 -
13.2	Výskyt dospělých pacientů s dyslálií.....	- 87 -
13.3	Typy dyslálie u dospělých osob	- 88 -
13.4	Motivy k vyhledání a ukončení logopedické péče a její specifika	- 94 -
13.5	Pomůcky a didaktické materiály využívané při intervenci dyslálie u dospělých ..	- 99 -
14	DISKUZE NAD DÍLČÍMI VÝSLEDKY	- 106 -
15	SHRNUTÍ	- 108 -
16	TVORBA PRACOVNÍCH MATERIÁLŮ	- 111 -
16.1	Soubor slabik a slov	- 112 -
16.2	Soubor vět a textů	- 113 -
16.3	Soubor jazykolamů a křížovek	- 117 -
	ZÁVĚR.....	- 123 -
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 126 -
	SEZNAM ZKRATEK	- 132 -
	SEZNAM TABULEK.....	- 133 -
	SEZNAM GRAFŮ.....	- 134 -
	SEZNAM PŘÍLOH	- 135 -

Úvod

Dyslálie je nejčastějším typem narušené komunikační schopnosti u dětí. Co se týče dospělé populace, i zde můžeme dyslálii pozorovat. Bohužel právě u dospělých osob je mnohdy podceňovanou a neřešenou oblastí. Asi každý z nás zpozorní, když slyší u dospělého člověka rotacismus, rotacismus bohemicus či určitý druh sigmatismu. Ještě více zpozorníme, pokud takovýto mluvní projev slyšíme z úst politika nebo moderátora z veřejných sdělovacích prostředků. Motivem pro výběr tématu diplomové práce bylo kromě předešlého, i několik přátel, kteří narušenou komunikační schopnost ve smyslu dyslálie sami mají. Několik z nich neúspěšně absolvovalo logopedickou péči v dětství či pubertě a vlivem ztráty motivace či neefektivity terapie, logopedickou péči po určité době ukončili. Právě tyto a mnohé další podobné případy byly incentivou k zamyšlení se nad aktuálními možnostmi terapie u dospělých osob s dyslálií a otázce, jakým způsobem je logopedická intervence u těchto osob v současné době realizována.

Cílem této diplomové práce je zmapování a analýza logopedické intervence při dyslálii u dospělých osob. V teoretické části bychom chtěli nastínit nejenom terminologii, etiologii, symptomatologii a diagnostiku dané disability, ale také aktuální možnosti terapie, a to s akcentem právě na osoby dospělé. Dalším prvkem, který s touto oblastí souvisí, jsou i specifika logopedické péče a možnosti motivace u zmíněné kategorie osob. Oblastí k zamyšlení je i otázka, jak by terapie měla vypadat, aby se stala přijatelnou a důstojnou formou intervence u osob s dyslálií právě v dospělosti. S tímto tématem dále souvisí vhodně zvolená terapie, volba patřičných pracovních materiálů a využívání adekvátních logopedických pomůcek.

Předmětem našeho zkoumání v praktické části bude dotazníkové šetření u klinických logopedů v České republice týkající se logopedické péče o tuto klientelu. Dalším cílem praktické části bude snaha o vytvoření vhodných intervenčních materiálů při dyslálii, které mohou být do budoucna přínosné i dalším odborníkům, kteří se zabývají terapií u těchto osob.

V porovnání s dalšími typy narušené komunikační schopnosti je někdy dyslálie považována za méně závažnou poruchu a v důsledku toho se stává okrajovou a mnohdy opomíjenou oblastí logopedie. Nicméně bychom ji nikdy neměli podceňovat a její projevy bagatelizovat. Může být navíc jedním z prvních příznaků při neurologických onemocnění (Lechta, 1990). Dle našeho názoru se stává problematika dyslálie stále více aktuální. Její častý výskyt v populaci by měl být alarmujícím signálem nejenom pro logopedy, pedagogy

v mateřských školách a základních školách, ale obzvláště pro rodiče. Pokud se totiž zamyslíme nad původem dyslálie v dospělém věku, dle našeho mínění, značné procento zaujímají případy zanedbané či neefektivní logopedické péče právě v dětství. Podobný názor najdeme i u Neubauera (2007), který tvrdí, že vytvořené a zafixované odchylky v oblasti artikulace hlásek přetrvávají po celý život, pokud nejsou specializovanou logopedickou péčí včas upraveny.

Doufáme, že naše diplomová práce poukáže na důležitost celé problematiky a otevře pole pro působení logopeda nejenom při intervenci u předškolních a školních dětí, ale také u dospělých osob. Právě u této kategorie vnímáme velkou aktuálnost a naléhavost logopedické péče. Řeč člověka je velice citlivým ukazatelem celkového zdraví a aktuálního psychického i zdravotního stavu člověka (Krahulcová, 2013). Vzhledem ke zmíněným tvrzením se narušená komunikační schopnost člověka může promítat do všech stránek lidského života, a proto by se ve svém důsledku neměl stát věk či ostých limitujícím faktorem pro zahájení logopedické péče.

V neposlední řadě je důležité zmínit klíčová témata, která souvisí s problematikou dyslálie právě u dospělých. Jedná se o motivaci a snaživost samotného klienta, který musí sám chtít zlepšit svůj mluvní projev. Nátlak na změnu či výsměch ze strany rodiny, pracovního kolektivu či přátel by jistě neměl být prvotním impulsem k návštěvě logopedického pracoviště. Mnohdy se však stává, že právě podobné důvody jsou podnětem k přemýšlení, zda s danou situací opravdu nejde ještě něco dělat. Nejednou jsou také impulsem k vyhledání dostupných informací a případně i k zahájení logopedické péče.

1 Terminologie a definice dyslálie

V rámci následující kapitoly bychom chtěli nastínit základní terminologické vymezení, definice a také zahraniční terminologické pojetí, které se na problematiku dyslálie váže. Dále bychom chtěli také poukázat na důležitost diferenciaci dyslálie z hlediska fonetického a fonologického, které sebou přináší signifikantní rozdíly.

Dyslálii řadíme mezi nejčastěji se vyskytující poruchy komunikační schopnosti. O narušené komunikační schopnosti (dále NKS) člověka hovoříme tehdy, „*když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) odchyľuje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru*“ (Lechta, 2013, s. 13).

Zmíněnou poruchu v roce 1830 odlišil švýcarský lékař Schulthes od koktavosti a pojmenoval ji termínem dyslálie. Asi o 70 let později použil označení patlavost Zikmund Janke v české odborné literatuře (Klenková, 2006). V současnosti se můžeme setkat s oběma pojmy, přičemž bychom měli preferovat použití termínu dyslálie, před laicky znějícím termínem patlavost. Dle aktuální 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je dyslálie zařazena v nosologické jednotce F 80, která nese název *Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka*. Dyslálii bychom konkrétně našli pod kódem F 80.0. V rámci dělení NKS do deseti okruhů je dyslálie řazena do oblasti narušení článkování řeči. Do této skupiny patří společně s dysartrií (Lechta, 1990).

V současné době existuje několik platných definic, které vystihují méně či více exaktně, co termín dyslálie skutečně znamená. V průběhu tří století od jejího prvního pojmenování se definice postupně měnily a upravovaly. V následujících řádcích uvádíme chronologicky asi ty nejstěžejnější z nich.

Rudolf Kratochvíl, autor první učebnice logopedie, vymezuje patlavost, tedy dyslálii, jako neschopnost vytvořit nebo správně vyslovit jednotlivé hlásky nebo shluky hlásek (Gúthová, 2009). Seeman (1955), Sovák (1974) a Zahálková (1976) ji vysvětlují podobně.

V 90. letech minulého století dochází k určité změně náhledu na dyslálii, začíná se vymezovat širě, již se nejedná pouze o neschopnost hlásky vyslovovat, ale o neschopnost hlásky správně používat. Konkrétně Lechta v roce 1990 (s. 112) vymezuje dyslálii jako „*neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem*“. Další vysvětlení dyslálie bychom mohli najít u Dvořáka (1999, s. 14), který ji specifikuje takto: „*Dyslalie, patlavost, psellismus je obecné označení*

pro vadnou výslovnost hlásky nebo hlásek. Znamená to, že nejméně jedna určitá hláska není v souladu s kodifikovanou normou českého jazyka.“ Výstižnou definici používá také Nádvoříková (in Lechta, 2003, s. 170), která ji popisuje takto: „Dyslalie v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka, což je i příčinou toho, že jde nejrozšířenější vadu řeči v lidské společnosti.“

Klenková (2006, s. 99) ve své publikaci uvádí, že „*dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem*“.

Pro posouzení jsou velmi důležité jazykové normy daného jazyka. Pokud se totiž zamyslíme nad posuzováním NKS obecně, charakteristická je náročnost stanovení všeobecně platných kritérií, protože specifika daného jazyka značně ovlivňují normu. Nejnapadněji se tato skutečnost projevuje právě při posouzení normy, která se týká výslovnosti. K zamyšlení je například porovnání normy pro výslovnost sykavek ve španělském a českém jazyce. Druhým příkladem může být správná výslovnost hlásky R, a to v porovnání jazyka francouzského a českého. Existují i hlásky, které v některých jazycích úplně chybějí; jedná se například o hlásku CH, která chybí v maďarštině, a hlásku H, která není přítomna v jazyce ruském (Lechta, 1990). V obecném měřítku popsal zásady výslovnostní normy již Ohnesorg (in Sovák, 1974), který zmínil, že artikulace musí být ortofonická (všechny hlásky musí být článkovány správně), ortoepická (všechny hlásky musí být odpovídat výslovnostní normě) a také musí být každá promluva realizována v pečlivém stylu. Dle autora totiž přesná artikulace nahradí podobu zesíleného hlasu.

V literatuře jak české, tak zahraniční se můžeme setkat s vícero užívanými pojmy a pojetími celé problematiky narušené artikulace mluvené řeči. Jako překonané dnes již vnímáme označení psellismus. Za ne zcela vhodný termín považujeme také název patlavost, který evokuje výskyt pouze u dětské populace a může být chápán poněkud pejorativně.

1.1 Zahraniční terminologické přístupy

V anglické literatuře se užívá souhrnný pojem *Speech Sound Disorders*, který označuje poruchy zvukové stránky řeči. Tento termín v sobě zahrnuje artikulační poruchy (poruchy tvoření zvuků) a fonologické deficity (poruchy řečových vzorců). V německé literatuře se artikulační poruchy dělí na fonetické a fonologické. Jsou označovány společným pojmem *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern*. Zároveň se zde můžeme setkat také

s označením dyslálie (Gúthová, 2009).

V anglicky mluvících zemích se můžeme setkat také s termíny *articulation disorders* nebo *disorders of articulation* (Dvořák, 2003b). Dle American Speech-Language-Hearing Association (dále ASHA) patří mezi skupinu poruch řeči (*speech disorders*) porucha artikulace řeči, porucha plynulosti řeči a porucha hlasu (*articulation disorders, fluency disorders and voice disorders*) (ASHA, 1993). Porucha artikulace řeči je zde vnímána jako netypická produkce zvuků řeči, která je charakterizována substitucí, adicí, distorzí či vynecháním hlásek, což ve svém důsledku narušuje celkovou srozumitelnost řeči (in *ibid.*).

V zahraničí se v souvislosti s narušením artikulace mnohdy setkáváme s termínem apraxie řeči (AOS – *apraxia of speech*), který je užíván především u dospělých osob. Při popisu vývojové formy této poruchy je užíván termín vývojová apraxie řeči (DAS – *developmental apraxia of speech*) nebo vývojová verbální dyspraxie (DVD – *developmental verbal dyspraxia*). V případě termínu DAS se jedná o dětskou vývojovou poruchu artikulace hlásek, která má odlišný charakter produkce a sekundárně ovlivňuje i prozodii řeči (Caspari in Mlčáková, 2013).

V naší literatuře se problematikou vývojové verbální dyspraxie a vývojové fonologické poruchy zabývá Josef Dvořák. Vývojová apraxie řeči a vývojová verbální dyspraxie jsou dle Dvořáka (2003) zaměnitelné termíny, které označují deficity orálně motorického plánování artikulované řeči. „*Děti s tímto deficitem mají obtíže s transmisí řečových signálů z mozku k mluvidlům.*“ (Dvořák, 2003, s. 23)

Dalším důležitým termínem je dětská apraxie řeči (CAS – *childhood apraxia of speech*), která značí neurologicky podmíněnou dětskou poruchu zvukové stránky řeči. Je narušena preciznost a důslednost artikulačních pohybů účastníků se řeči, bez přítomnosti neuromuskulárních deficitů, jakými jsou abnormální napětí či abnormální reflexy (ASHA, 2007). Dvořák (2003) dále uvádí termíny vývojová orální dyspraxie a vývojová artikulační dyspraxie. Vývojová orální dyspraxie se nepříznivě projevuje hlavně při reedukaci výslovnosti. Děti mají obtíže různého stupně ve vztahu k volní kontrole nad neřečovými pohyby, jako jsou foukání, pískání, protruze rtů či jejich olíznutí. Mnohdy děti nedovedou zopakovat určité průpravné pohyby mluvidel, které jsou nutné k navození dané hlásky. Některé z nich nedovedou zopakovat aktivity, které se jim již dříve podařily (Dvořák, 2003). Co se týče vývojové artikulační dyspraxie, ta značí obtíže týkající se motorických aktivit při tvoření zejména artikulačně náročnějších hlásek. Ve většině případů pak porucha neúměrně prodlužuje navození jednotlivých artikulémů či výrazně ztěžuje jejich fixaci a automatizaci (in *ibid.*).

1.2 Fonetické a fonologické hledisko dyslálie

V průběhu vývoje řeči si dítě osvojuje správnou výslovnost jednotlivých hlásek, fonetická i fonologická pravidla. Dítě se učí, které hlásky má použít a také v jakém pořadí, aby slovo vyslovilo správně. Dále se u dítěte vyvíjí rozlišování distinktivních rysů hlásek, vývoj fonematické diferenciaci se dokončuje mezi 5.–6. rokem věku. Rozvíjí se také fonologické uvědomování, sluchová analýza a syntéza a vytváření plánu a programu artikulace (Mlčáková, 2013).

Fonologický vývoj je postupný proces, při kterém dítě získává řečové vzorce dospělých. Fonologie daného jazyka nám říká, které sestavy hlásek ve slově jsou korektní (Dvořák, 2003b). Během řečového vývoje u dětí můžeme pozorovat fonologické procesy, které bychom mohli specifikovat jako systematické vynechávání nebo nahrazování hlásek. Dítě si takto zjednodušuje slova dospělých a postupem času se z dětské řeči vytrácejí (Gúthová, 2009). Dvořák, který se dlouhodobě věnuje problematice fonologického vývoje u dětí, definuje fonologické procesy jako „*specifické odchylky, které mění místo, způsob a znělost hlásek. Tyto odchylky jsou fyziologické do určitého věku. Pokud nejsou po daném období eliminovány, hovoříme o fonologické poruše.*“ (Dvořák, 2003b, s. 96). Mezi nejčastější fonologické procesy řadí frontalizaci, finalizaci, glidování, souhláskovou redukci, ztrátu znělosti, okluzivizaci a explozivizaci hlásek (in ibid.).

U některých dětí můžeme pozorovat obtíže právě při osvojování fonologického systému mateřského jazyka. Hovořit pak můžeme buďto o opožděném fonologickém vývoji, nebo o konkrétních fonologických poruchách (Gúthová, 2009). Například dítě s vývojovou fonologickou poruchou má jazykové obtíže, které působí na jeho schopnost učit se a organizovat své hlásky do systému hláskových vzorů či hláskových kontrastů. U dítěte není žádné organické či funkční postižení orofaciálního systému, problém je na lingvistické úrovni (Dvořák, 2003b).

V průběhu 70.–80. let dvacátého století se v zahraniční literatuře artikulační poruchy vlivem lingvistických teorií začaly diferencovat do dvou velkých skupin. Jedná se o poruchy fonetické a poruchy fonologické (Gúthová, 2009). Jahnová (in Gúthová, 2009) doplňuje, že fonetické poruchy se mohou vyskytovat souběžně s poruchami fonologickými.

Gúthová (2009) užívá dělení na artikulační deficity (fonetické) a fonologické poruchy. Artikulační deficity zahrnují špatnou artikulaci zvuků řeči a projevují se substitucí, adicí či distorzí. V rámci této oblasti se pak jedná o správnou, nesprávnou nebo chybnou výslovnost (viz kapitola *Klasifikace dyslálie*). Co se týče fonologických poruch, specifikuje je jako

deficity, ktoré se vážou na jazyk, pričom v posledných letoch se ukazuje, že nesouvisí s inteligencií. Jedinec se nedokáže naučiť pravidla používání hlásek a slova pak tvoří zjednodušeně (in ibid.).

Další autoři (Nádvorníková, 2003; Klenková, 2006) potvrzují, že dyslálie ve svém důsledku zahrnuje několik specifických hledisek narušené řečové produkce. Na fonetické úrovni se dle jejich názoru tato porucha projevuje vynecháváním hlásek (delecí, eliminací), zaměňováním nebo nahrazováním (substitucí) až nepřesným vyslovováním v místě artikulace (distorzí). Naproti tomu fonologická úroveň se týká užívání elementárních řečových zvuků ve spojeních do slabik a slov, případně i vět, které jsou základem dalších úrovní řeči. Jedná se o lingvistickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou úroveň (Nádvorníková, 2003).

Fonologické poruchy jsou znatelné v plynulé řeči, kdy jsou jednotlivé hlásky ovlivňovány sousedstvím okolních hlásek (předcházejícími nebo následujícími hláskami), vliv hraje tedy pozice ve slově (iniciální, mediální či finální pozice hlásky). Významnou roli mají také suprasegmentální prvky v řeči, jako jsou pauzy, důrazy, přízvuky, melodie, rytmus a tempo řeči (Dvončová in Nádvorníková, 2003; Král a Sabol in ibid.).

Gúthová, Šebiánová (2005) v rámci diferenciální diagnostiky odlišují dyslálii od kategorie fonologických poruch. Spatřují velký rozdíl například v etiologii, kde se na rozdíl od dyslálie vylučuje jakákoliv organická patologie, anatomické abnormality či poruchy sluchového vnímání.

Davis (in Gúthová, 2009) připomíná velkou terminologickou nejednotnost, týkající se fonetických a fonologických poruch. Ve svém důsledku, to potvrzuje situaci u nás i na Slovensku, protože používáme pojem dyslálie pro obě zmíněné kategorie. Gúthová (2009) doporučuje, aby se terminologie sjednotila shodně se zahraniční odbornou literaturou. Vnímá, že tato terminologická změna je potřebná, protože pokud budou přesně vymezena konkrétní kritéria obou poruch, bude jasná a efektivní také jejich terapie.

Ústředním tématem této práce je dyslálie u dospělých osob a zejména její fonetická úroveň, proto se budeme v následujících kapitolách zaměřovat zejména na toto pojetí. Pokud bychom chtěli obsáhnout fonetické i fonologické poruchy, museli bychom etiologii, symptomatologii, diagnostiku i terapii komplexně prezentovat u každé kategorie samostatně, to ovšem není v možnostech této práce.

2 Artikulace mluvené řeči

Záměrem druhé kapitoly této diplomové práce je oblast artikulace mluvené řeči a další charakteristiky, které sebou toto téma nese. Chtěli bychom se dotknout zejména klasifikací českých hlásek, tedy konsonant i vokálů, které jsou pro posuzování dyslálie velmi podstatné.

Dle Neubauera (2007, s. 77) rozhoduje o kvalitě mluvního projevu zejména „*kvalita artikulovaných hlásek; vhodná tvorba mluvního hlasu; koordinace mluvy a dýchání; správné využívání melodie, přízvuku a rezonance; znalost a praktické užití české výslovnostní normy*“.

Artikulaci mluvené řeči bychom mohli specifikovat jako koordinovanou činnost orgánů, která se spoluúčastní na realizaci mluvené řeči. Artikulace je řízena centrální nervovou soustavou (dále CNS). Ústrojí, v němž se vytvářejí zvuky lidské řeči, tedy hlásky, nazýváme mluvidla (Mlčáková, 2013). Dle Neubauera (2007) jsou hlásky, tedy jednotlivé segmenty řeči, vývojově vytvořené percepčně-motorické vzory, které si člověk již jako dítě tvoří na základě nápodoby akustického a vizuálního vzoru.

Na vzniku mluvené řeči se podílí ústrojí respirační, fonační a artikulační. V širším pojetí rozumíme mluvidly předešlá tři ústrojí. V užším pojetí mluvidla znamenají pouze ústrojí artikulační (Mlčáková, 2013). Dle Vitáskové (2005) je artikulace v užším smyslu pojímána jako vytváření hlásek pomocí rezonančních dutin pohyblivých částí mluvidel. Anatomická struktura artikulačního ústrojí je podmíněna nejen genetickými faktory, ale i primárními aktivitami, na kterých se sama podílí.

Mluvená řeč je výrazem psychické a komunikační aktivity člověka a vyžaduje tedy nejen koordinovanou souhru pohybů mluvidel. Pro potřebný vývoj a celoživotní rozvoj řečových schopností je nutná intaktní činnost centrální nervové soustavy, sluchové percepce a celkové motoriky mluvidel a orofaciální oblasti (Neubauer, 2007).

Adekvátnost a kvalita artikulačních pohybů je závislá na koordinaci aktivního zapojení více než 30 svalů, jejichž fyziologické možnosti se diametrálně odlišují, přičemž jsou ovlivňovány činností centrální nervové soustavy (Ackermann, Hertrich in Vitásková, 2005).

Narušení artikulace můžeme chápat ve dvou hlavních rovinách, které se vztahují k definici artikulace jako k procesu výslovnosti hlásek neboli k článkování řeči (Lechta, 1990). Pokud se jedná o narušení artikulace v užším slova smyslu, je narušena pouze finální fáze, tedy přímé vyslovení dané hlásky. Ve zmíněném případě hovoříme o dyslálii. Pokud se jedná o narušení artikulace v širším slova smyslu, máme na mysli dysartrii. Narušen je celý komplex procesu vedoucího k vyslovení hlásky, tedy respirace, fonace, rezonance a artikulace

v užším slova smyslu (Mlčáková, 2013).

Pro produkci prvních slov je nutná koordinace, a to jak motorického plánu pro reprezentaci slov, tak motorického programu pro artikulaci. V raných obdobích vokalizace si dítě zmíněné prvky vytváří simultánně (Schwartz, Leonard in Vitásková, 2005). Motorické (fonetické) plánování můžeme specifikovat jako převod fonologického plánu do plánu fonetického, který je tvořen časovými a prostorovými aspekty artikulačních pohybů. V rámci motorického programování dochází ke specifikaci přesných instrukcí směřujících k artikulačním orgánům. Zralá exekuce artikulačních pohybů by se pak měla vyznačovat dostatečnou adaptabilitou podstatnou pro adjustaci pohybu, i přes měnící se fyzické schopnosti či kontextuální okolnosti (Van der Merwe in Vitásková, 2005).

V rámci této kapitoly chceme dále zmínit základní fonetickou a fonologickou terminologii, která úzce s danou problematikou souvisí. Fonetiku bychom mohli vymezit jako lingvistický vědní obor, který se zabývá zvukovými vlastnostmi lidské řeči. Termín je odvozen z řeckého slova „*foné*“, které můžeme přeložit jako hlas či zvuk lidské řeči. Fonetika popisuje tvoření hlásek, jejich vnímání sluchem a zrakem a také jejich užívání v realizaci promluvy (Ohnesorg, 1974). Dle Dvořáka (2003b) nám fonetika podává popis základních i vyšších zvukových jednotek řeči, popis jejich kombinací a změn, které zkoumá zejména z artikulačního a akustického hlediska. Důležité je také zmínit, že se fonetika neomezuje pouze na rozbor jednotlivých hlásek, ale sleduje také jejich spojování v hláskové (fonické) řady a jejich změny při realizaci promluvy. Dále si všímá zvukových úprav souvislé řeči různými modulačními faktory (přízvuk, intonace, tempo, barva hlasu, fonostylizace) (Ohnesorg, 1974).

Ve fonických řadách navazují hlásky více či méně těsně jedna na druhou, tento jev nazýváme koartikulace a dochází při něm k různě velkým změnám realizace jednotlivých hlásek. Nejčastější změnou je asimilace (spodoba), která spočívá v tom, že se hlásky svou artikulací k sobě přiblíží a připodobní (in *ibid.*).

Oproti tomu fonologie je někdy označována jako funkční fonetika. Zabývá se zvukovými prvky řeči, které mají v jazyce významotvornou funkci a jejichž struktura i repertoár jsou v jednotlivých jazycích odlišné (in *ibid.*). Dle Šišky (2002) se fonologie orientuje na funkční stránku elementárních neznakových jednotek jazyka, které se nazývají fonémy. Názory na podstatu fonému se postupně upřesňovaly, ale stejný zůstal důraz kladený na jeho distinktivní (rozlišovací) funkci. Fonémy se v jazyce vyskytují v různých protikladech, které jsou pro uživatele relevantní, tedy závazné (in *ibid.*). Pokud se blíže podíváme na distinktivní rys hlásky, jedná se o vlastnost hlásky, díky níž se konkrétní hláska

liší od jiné. Slouží tedy k rozlišení významu slov (Dvořák, 2007). K distinktivním rysům hlásek řadíme následující charakteristiky (Mlčáková, 2013) :

- znělost – neznělost (buben – pupen, vozy – vosy),
- nosovost – nenosovost (vana – vata, myje – šije),
- kontinuálnost – nekontinuálnost (mele – mete, vrána – brána),
- kompaktnost – difúznost vokálů (pas – pes, máček – míček),
- tvrdost – měkkost (dýky – díky, tyká – tiká),
- kvantitu vokálů (pas – pás, valí – válí),
- artikulační blízkost (R – L: kopr – kopl),
- akustická blízkost (S – Š: kos – koš).

Například pro Čecha je fonologicky relevantní protiklad fonémů R a L (například ve slovech rak a lak), pro Korejce zmíněné pravidlo však neplatí (Šiška, 2002). Při rozboru zvukové stránky řeči jsou tedy pro fonetika nejmenšími jednotkami hlásky, pro fonologa to jsou fonémy s jejich rozlišovací funkcí (Ohnesorg, 1974).

2.1 Klasifikace českých hlásek

Hlásku můžeme vymezit jako nejjednodušší, nedělitelný a nejmenší element lidské artikulované řeči, jedná se o obecnou neznakovou jednotku a zároveň elementární zvukový segment (Dvořák, 2007). Prvotním kritériem třídění českých hlásek je dělení na samohlásky (vokály) a souhlásky (konsonanty). Mezi zmíněnými kategoriemi existují určité artikulační a akustické rozdíly (Mlčáková, 2013).

Co se týče artikulačního rozdílu, při artikulaci vokálů prochází výdechový proud nadhrtanovými rezonančními dutinami zcela volně. Výdechovému proudu se v tomto případě nestaví do cesty žádná překážka, jazyk se artikulace účastní celou svou hmotou. Oproti tomu při artikulaci konsonantů, výdechový proud překonává překážku tvořenou jazykem, zuby a rty. Jazyk se artikulace neúčastní vůbec nebo se účastní jen některou svou částí (in ibid.). Akustický rozdíl vyplývá ze způsobu artikulace. Je-li dutina ústní volná, mají rezonance v ní vznikající, ráz tonů. Pokud výdechový proud překonává na své cestě nějakou překážku, vznikají výbuchové nebo třecí šumy. Z akustického hlediska je tedy charakteristickým rysem vokálů tónovost a rysem konsonantů šumovost (Ohnesorg, 1974).

Dále existují také diftongy, tedy dvojhlásky, které vyjadřují těsné spojení dvou samohlásek v jedné slabice. Česká dvojhláska je pouze jedna, jde o dvojhlásku OU, která se

objevuje v domácí slovní zásobě (ouško, vezou). Dále se můžeme setkat s dvojhláskami AU (automobil) a EU (neuróza), které se však vyskytují pouze ve slovech přejatých. Při realizaci dané dvojhlásky je pohyb jazyka, rtů a čelisti při výslovnosti první samohlásky plynule nahrazen postavením mluvidel, které odpovídá výslovnosti samohlásky druhé (Palková, 1994; Klenková, 2006).

2.1.1 Klasifikace českých samohlásek

Český jazyk má celkem deset samohlásek, konkrétně pět krátkých (I, U, E, O, A) a pět dlouhých (Í, Ú, Ě, Ó, Á). Protiklady typu A – Á tvoří v češtině fonologicky relevantní korelaci kvantity, kterou můžeme vidět na příkladu slov *dal* a *dál*. Podstata tvoření samohlásek spočívá v apertuře, tedy stupni otevřenosti. Rozlišujeme samohlásky zavřené, polootevřené a otevřené. V úvahu bereme horizontální a vertikální pohyb jazyka a zaokrouhlení rtů neboli labializaci (Šiška, 2002).

Podle posunu jazyka v horizontálním směru rozdělujeme samohlásky do tří skupin na přední, střední a zadní. Východiskem je základní střední poloha jazyka při artikulaci samohlásky A. Při tvoření samohlásek I a E se jazyk posunuje směrem dopředu. Při tvoření samohlásek O a U se jazyk naopak posunuje směrem dozadu a přední část dutiny ústní zůstává volná (Palková, 1994).

Co se týče posunu jazyka ve směru vertikálním, rozlišujeme také tři stupně, jedná se o samohlásky nízké, středové a vysoké. Východiskem je opět nízká poloha jazyka při artikulaci samohlásky A, při které je přítomen největší čelistní úhel. U samohlásek E a O se jazyk posunuje směrem nahoru do středové polohy. Při realizaci samohlásek I a U je jazyk nejvýše a nejtěsněji se přibližuje k tvrdému patru (in ibid.).

Postavení rtů při artikulaci samohlásek má také signifikantní význam. Rozlišujeme dva tvary retní štěrbiny – úzký a zaokrouhlený. Samohlásky přední (I, E) a střední (A) mají retní štěrbinu úzkou. Zadní samohlásky (O, U) jsou oproti tomu vyslovovány se zaokrouhlením rtů (Mlčáková, 2013).

Dalším artikulačním pohybem, který ovlivňuje zvuk samohlásek, je postavení měkkého patra. České samohlásky jsou pouze ústní, tvoří se tedy bez rezonance nosní dutiny. Při realizaci samohlásek zaujímá měkké patro aktivní polohu, je zvednuto a přitisknuto k zadní stěně hltanu a uzavírá tak vstup do nosní dutiny (in ibid.). Zmíněné charakteristiky můžeme sledovat v tabulce č. 1.

Základní klasifikace českých samohlásek			
podle polohy jazyka	přední	střední	zadní
vysoké	i í		u
středové	e é		ú
nízké		a á	o ó
podle postavení rtů	nezaokrouhlené	nezaokrouhlené	zaokrouhlené

Tabulka č. 1: Základní klasifikace českých samohlásek (Zdroj: Palková, 1994, s. 171)

2.1.2 Klasifikace českých souhlásek

Český jazyk obsahuje 25 souhlásek, k nim dále připočítáváme šest variant a ráz. Dělit je můžeme z několika pohledů, pomocí nichž chceme vystihnout jejich podstatné artikulační charakteristiky (Klenková, 2006).

Podle místa tvorby dělíme souhlásky do pěti artikulačních okresech. Kromě labiálních a laryngálních souhlásek je při tvorbě aktivní jazyk, který se přibližuje hrotem, hřbetem, případně kořenem k různým místům paterní klenby (Klenková, 2006, s. 46):

- **1. artikulační okresech**
 - hlásky obouřetné (bilabiální) (P, B, M)
 - hlásky retořetné (labiodentální) (F, V);
- **2. artikulační okresech**
 - hlásky dásňové (alveolární) se dále dělí do dvou skupin na:
 - předodásňové (prealveolární) (T, D, N, C, S, Z, L, R, Ř)
 - zadodásňové (postalveolární) (Č, Š, Ž);
- **3. artikulační okresech**
 - hlásky tvrdopatrové (palatální, předopatrové) (Ť, Ď, Ň, J);
- **4. artikulační okresech**
 - hlásky měkkopatrové (velární, měkkopatrové) (K, G, CH);

- **5. artikulační okrese**

- hláska hrtanová (laryngální) (H)

Další časté dělení souhlásek je dle způsobu tvoření, tedy charakteru překážky kladené výdechovému proudu. Může se jednat o okluzi (závěr), semiokluzi (polozávěr) nebo konstrikcii (úžinu) (Mlčáková, 2013). Autorka (2013, s. 19) rozlišuje tyto tři kategorie:

- **Okluzivní (závěrové)**: P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K, G
 - dochází k úplnému závěru výdechového proudu a jeho následnému okamžitému uvolnění
- **Semiokluzivní (polozávěrové)**: C, Č
 - neúplný závěr je pevný po stranách jazyka a slabý u jeho hrotu, oslabený závěr se na počátku artikulace postupně uvolňuje a mění v úžinu
- **Konstriktivní (úžinové)**: F, V, L, R, Ř, S, Z, C, Š, Ž, Č, J, CH, H
 - cesta výdechového proudu je zúžena, vytváří se tedy úžina

Krahulcová (2013, s. 176–177) ve své klasifikaci uvádí také dělení souhlásek dle konkrétního sluchového dojmu, rozlišuje celkem sedm skupin:

- **Souhlásky ražené, výbuchové (explozivy)**
 - sluchový dojem vzniká v důsledku náhlého a prudkého uvolnění závěru, který můžeme slyšet v podobě vzdušného výbuchu
 - orální explozivы bez nazálního zabarvení (P, B, T, D, Ť, Ď, K, G, C, Č)
 - explozivы s nazálním zabarvením (M, N, Ň)
- **Souhlásky třené (spiranty, frikativy)**
 - F, V, S, Z, Š, Ž, J, CH, L, H
 - při výslovnosti frikativ trvá sluchový dojem po celou dobu jejich trvání a podobá se fyzickým zvukům, například foukání při F, V; ostrému sykotu při S, Z; tupému sykotu při Š, Ž; drsnému šumu při CH; při hláskách J, L je tření nepatrné, ale souvislé
- **Souhlásky kmitavé (vibranty)**
 - R, Ř
 - typický hrčivý akustický dojem vzniká střídavým uvolňováním a tlumením hlasu
- **Souhlásky sykové (sykavky, sibilanty)**

- S, Z
- **Souhlásky polosykové (asibiláty, afrikáty)**
 - C, Č
- **Souhlásky měkké (palatální)**
 - Ť, Ď, Ň, J
 - slyšený tón měkkých hlásek je vyšší než při ostatních souhláskách
- **Souhlásky tvrdé (nepalatální)**
 - všechny zbylé hlásky (P, B, M, F, V, T, D, N, L, R, Ř, S, Z, C, Š, Ž, Č, K, G, CH, H)

Klasifikaci českých souhlásek můžeme doplnit o dělení z hlediska činnosti hlasivek. Činnost hlasivek vymezujeme jako přítomnost či nepřítomnost hlasu, tedy základního tónu. V češtině se jedná o významnou charakteristiku hlásky. Pokud hlasivky kmitají, vzniká základní tón, který je přítomen u znělých hlásek. Základní tón není přítomen u hlásek neznělých, hlasivky v tomto případě nekmitají. Neznělé souhlásky jsou napjatější než znělé souhlásky, svalové napětí je při nich tedy vyšší (Mlčáková, 2013). Konsonanty z hlediska činnosti hlasivek diferencujeme do čtyř skupin, jedná se o hlásky párové, jedinečné a neznělé. Speciální kategorií zaujímá hláska Ř. Konkrétní zastoupení dle Mlčákové (2013, s. 19) uvádíme v následujících řádcích:

• **Párové** (objevují se ve dvojicích, mají vždy shodný charakter překážky, podobné artikulační místo, ale podstatným rozdílem je přítomnost základního tónu u jedné z nich; konkrétní příklady můžeme pozorovat v tabulce č. 2)

Výčet párových souhlásek								
neznělé	P	F	T	S	Š	Ť	K	CH
znělé	B	V	D	Z	Ž	Ď	G	H

Tabulka č. 2: Výčet párových souhlásek (Zdroj: Mlčáková, 2013, s. 19)

• **Jedinečné** (tyto hlásky jsou vždy neznělé a nepárové, což znamená, že žádný protějšek nemají; řadíme zde J, R, L, M, N, Ň)

• **Jen neznělé** (C, Č)

• **Hláska Ř** (v češtině může nabývat podoby znělé i neznělé hlásky)

- **Neznělé Ř** najdeme v sousedství neznělé souhlásky (*tři*) nebo na konci slova (*keř*)
- **Znělé Ř** se vyskytuje na začátku slov (*řeka*), mezi vokály (*moře*) nebo v sousedství znělé souhlásky (*dřívko*)

Dělení českých souhlásek podle artikulujícího orgánu uvádějí opět mnozí autoři (Hála, 1962; Palková, 1994; Mlčáková 2013), kteří rozlišují souhlásky retné, hlasivkové a jazyčné:

• **Retné (labiální)** – jsou tvořeny hlavně rty, přičemž jazyk je nečinný, souhlásky mají dobrou optickou oporu

- P, B, M, F, V

• **Hlasivkové (glotální)** – jsou tvořeny hlasivkami, jazyk je zcela nečinný, souhláska nemá optickou oporu

- H

• **Jazyčné (lingvální)** – jsou tvořeny různými postaveními jazyka, v praxi mají různou a zaměnitelnou optickou oporu

- T, D, N, L, R, Ř, Š, Ž, Č, Ě, Ď, Ň, J, K, G, CH

Posledním možným dělením českých souhlásek je klasifikace podle konkrétního postavení měkkého patra. Sledujeme činnost velofaryngálního mechanismu, přítomnost či nepřítomnost nosní rezonance a dle toho rozlišujeme souhlásky nosové (nazály) a souhlásky ústní (orály). Při výslovnosti nazál je měkké patro v klidové pozici, průchod výdechového proudu do nosní dutiny je volný. V češtině existují tři nosové samohlásky, jedná se o M, N a Ň. Všechny ostatní samohlásky spadají do druhé zmíněné kategorie. Při artikulaci orálních hlásek je velofaryngální mechanismus aktivní, měkké patro je zvednuté a přitisknuté k zadní stěně hltanu (Palková, 1994).

Důležitou roli hraje sousedství hlásek; ve slovech, kde je hláska N před hláskami k či G, například ve slovech [maŋgo], [šuŋka], [mamiŋka] se totiž objevuje varianta zadního, velárního N. Dalším příkladem je hláska M, pokud stojí před V či F můžeme vyslovit její retozubnou variantu, jedná se kupříkladu o slovo [traɱvaj] (Mlčáková, 2013).

3 Výskyt dyslálie

V rámci nadcházející kapitoly se snažíme předložit aktuální informace ohledně výskytu dyslálie na území České republiky. Jedná se o hledisko pohlaví, věku a také srovnání výskytu dyslálie s dalšími typy NKS. V rámci podkapitoly předkládáme rozdělení výskytu dyslálie jako samostatné nozologické jednotky a dále jako symptomatického narušení komunikační schopnosti.

Dyslálii můžeme pozorovat u všech věkových kategorií osob, v každém etniku lidské populace, a to v rozličných formách a projevech (Krahulcová, 2013). Z hlediska pohlaví se dyslálie častěji vyskytuje u chlapců; poměr výskytu je asi 60 % : 40 % (Klenková, 2006). Tento fakt je dán tím, že u děvčat dochází k dřívější myelinizaci, tedy opouzdřování nervové soustavy a celkovému dozrávání centrální nervové soustavy, a tím i k dřívějšímu zvládnutí artikulačních pohybů. Výskyt dyslálie u chlapců tvoří až dvě třetiny dětí přijatých do logopedické péče (Salomonová, 2007).

V obecném měřítku můžeme dyslálii pozorovat u osob dospělých buďto jako přetrvávající druh NKS z dětství, anebo jako poruchu, která vznikne až v dospělosti vlivem rozličných faktorů. Tento názor uvádí i ASHA (2014), která potvrzuje, že zvukové poruchy řeči (*speech sound disorders*) se mohou objevovat i u dospělých osob. Dodává, že někteří dospělí mají i nadále problémy z dětství, zatímco v jiných případech se může jednat o vliv cévní mozkové příhody či jiného poranění hlavy (in *ibid.*). V rámci českého logopedického pojetí bychom pak hovořili spíše o apraxii řeči.

Přestože je dyslálie nejčastěji se vyskytující vada řeči, její výskyt v populaci z hlediska věku není konstantní. Nejvyšší výskyt můžeme sledovat u předškolního věku, kdy je součástí celkového rozvoje dovedností a schopností dětí. Později ve školním věku výskyt dyslálie klesá, ve věku produktivním je výskyt konstantní a mírné stoupání můžeme pozorovat ve věku postproduktivním (Krahulcová, 2013). Pokud se zaměříme na konkrétní procentuální hodnoty, ve věku kolem čtyř let je průměrný výskyt dyslálie 60 %, u školních začátečníků se jedná o číslo 40 %, do devátého roku pokračuje pokles výskytu na průměrných 10 %, poté následuje mírný pokles a na 8 % pak setrvává ve věku produktivním. Údaje o výskytu dyslálie u seniorů nejsou k dispozici, je tomu tak zejména proto, že zpravidla senioři nevyhledávají odbornou pomoc z důvodů zhoršující se výslovnosti a nejsou tedy do statistik započítáni (in *ibid.*).

Zajímavé je srovnání údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České

republiky (dále ÚZIS ČR) týkajících se výskytu dyslálie v posledních letech. Posledním, tedy nejaktuálněji zhodnoceným rokem je rok 2012. Zdrojem dat pro tyto informace je *Roční statistický výkaz o činnosti zdravotnických zařízení pro obor logopedie*, který je zahrnut do *Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví*. Výkaz vyplňují samostatně všechna logopedická pracoviště včetně ambulantních částí nemocnic, bez ohledu na jejich zřizovatele.

V následujících dvou tabulkách můžeme sledovat počet klientů s dyslálií v časovém rozmezí let 2009–2012 na území celé České republiky (viz *Tabulka č. 3 a č. 4*). První tabulka značí počet klientů do 18 let s dyslálií, druhá tabulka vyjadřuje počet dospělých klientů, tedy starších 19-ti let. Můžeme si povšimnout, že počet dětí s dyslálií za zmíněné čtyři roky zřetelně narostl. Jedná se o nárůst čítající 7331 dětí. V roce 2012 bylo diagnostikováno celkem 62 109 dětí s dyslálií. Co se týče dospělé populace, zde viditelný nárůst sledovat nemůžeme. Od roku 2009 dochází naopak k sestupu. V roce 2012 podstoupilo logopedickou péči kvůli dyslálii celkem 1090 osob nad 19 let.

ROK	2009	2010	2011	2012
POČET KLIENTŮ	54 778	58 442	61 138	62 109

Tabulka č. 3: Výskyt dyslálie na území ČR u osob do 18 let (zdroj ÚZIS ČR)

ROK	2009	2010	2011	2012
POČET KLIENTŮ	1579	1078	1126	1090

Tabulka č. 4: Výskyt dyslálie na území ČR u osob starších 19 let (zdroj ÚZIS ČR)

V tabulce č. 5 můžeme pozorovat výskyt tří nejčastěji diagnostikovaných oblastí narušené komunikační schopnosti u osob starších 19-ti let, zaznamenaných logopedickými pracovišti jako v předešlém případě. Opět se jedná o období 2009–2012. Můžeme si povšimnout, že ve všech třech případech zaujímá dyslálie třetí příčku. Z tohoto faktu opět můžeme odvodit, že se nejedná o zanedbatelnou oblast. V roce 2009 byla dyslálie dokonce druhou nejčastěji diagnostikovanou oblastí NKS u dospělých osob na území ČR. Zbylé příčky, a tedy i zbylé procentuální zastoupení, zaujímá balbuties, poruchy řeči při neurologických onemocněních, dysfagie, tumultus sermonis, vady a poruchy řeči při

duševních onemocněních, vady a poruchy sluchu, vady a poruchy hlasu a také kategorie ostatní, kam spadá autismus, palatolálie a specifické poruchy učení.

Většina čtenářů se možná pozastaví nad překvapivým údajem ohledně výjimky věkové kategorie v roce 2010. ÚZIS ČR toto věkové vymezení v daném roce uvádí bez objasnění, z jakých důvodů je hranice o rok zvýšena. Pro naše záměry bude mít však tato změna zanedbatelný vliv.

VĚKOVÁ KATEGORIE	19 let a více	20 let a více	19 let a více	19 let a více
ROK	2009	2010	2011	2012
AFÁZIE	39,9 %	48,8 %	47,6 %	47,7 %
DYSARTRIE	11, 7 %	19,1 %	18,2 %	19,4 %
DYSLÁLIE	12,8 %	10,3 %	9,2 %	8,4 %

Tabulka č. 5: Procentuální zastoupení tří nejčastěji diagnostikovaných oblastí NKS u osob starších 19-ti let (Zdroj: ÚZIS ČR)

3.1 Dyslálie jako nozologické a symptomatické narušení komunikační schopnosti

V kapitole týkající se výskytu dyslálie bychom dále chtěli zmínit dvě formy, v nichž můžeme dyslálii v populaci pozorovat. První možností je výskyt dyslálie jako samostatné nozologické jednotky, která se vyskytuje bez dalších přidružených druhů NKS. Druhou možností je výskyt dyslálie jako symptomatické poruchy řeči. V tomto případě hovoříme obvykle o třech základních skupinách osob, u kterých je dyslálie přidružena jako symptomatická porucha jiného ústředního postižení. Jedná se o osoby s mentálním, zrakovým a sluchovým postižením (Klenková, 2006; Lechta, 2011).

Podobně jako u intaktních dětí, i u dětí s mentálním postižením, se z poruch řeči nejčastěji vyskytuje dyslálie. Obvykle se jedná o nesprávnou artikulaci sykavek a hlásky R. Narušeny však mohou být i hlásky, které se tvoří jednodušeji, jde o hlásky P, F a V. Kromě toho je v tomto případě dyslálie mnohdy kombinována s dysgramatismem, huhňavostí, případně i dysfonií (Lechta, 2011). Někdy se u dětí s mentálním postižením může objevovat vynechávání hlásek na konci slov. Zřejmě jev souvisí s labilitou jejich koncentrace, při

vyslovování delšího slova koncentrace nesahá až po dokončení slova. Děti mnohdy dokáží vyslovit izolovanou hlásku správně, ale ve slabikách a slovech ji pak artikulují chybně (in *ibid.*). V Lechtově výzkumu, který byl proveden v 80. letech minulého století na vzorku čítajícím 150 žáků s mentálním postižením (1.–5. ročník tehdejší zvláštní školy), byl zaznamenán 76% výskyt dětí s dyslálií (in *ibid.*).

Pokud jde o formy mentálního postižení, známá je dlouhotrvající a těžká forma dyslálie u dětí s hypofunkcí štítné žlázy (hypotyreózou). Mnohdy zmíněné onemocnění provází rozličné odchylky, pro logopedii je podstatný například hrubý hlas a nápadná velikost jazyka (Dvořák, 2007; Lechta, 2011). U dětí s Downovým syndromem má dyslálie také své specifické místo. Nadoleczny (in Lechta, 2011) ji pro drsný a hluboký hlas dětí nazývá laryngální dyslálie. Ve většině případů se objevuje organická příčina v podobě například rozbrázděného jazyka a tzv. gotického patra, které mohou artikulaci značně ovlivňovat (Lechta, 2011).

U osob se zrakovým postižením se objevují různé symptomatické poruchy řeči. K nejčastějším patří právě dyslálie. Poruchy zrakové percepce mohou být její příčinou kvůli nepřesnému vnímání artikulačních pohybů. Jedná se zejména o raný dětský věk. Děti s nevidomostí nemohou vůbec pohyby artikulačních orgánů odezírat, což jim přesnou výslovnost značně komplikuje (Klenková, 2006; Salomonová, 2007). Dle Lechty (2011) se nejčastěji vyskytuje sigmatismus. Dále autor doplňuje, že některé typy dyslálie se u dětí se zrakovým postižením vyskytují mnohem častěji než u dětí intaktních. Jedná se například o nedostatečnou diferenciaci hlásek M a N, které jsou důsledkem chybní zrakového vzoru. S tímto jevem se u intaktních dětí setkáme velmi zřídka. Toto tvrzení potvrzuje i Hudelmayer (in Lechta, 2011), který dokládá výsledky své studie, ve které zaznamenal, že 15 % osob se zrakovým postižením zaměňovalo hlásky M a N. Častá je také interdentalní výslovnost alveolárních hlásek T, D, N (Klenková, 2006). Podle výsledků Gintause (in Lechta, 2011) z roku 1967 tvořily případy interdentalní výslovnosti až 73 % ze vzorku dětí se zrakovým postižením a dyslálií. Z dalších charakteristik lze uvést nepřírozené pohyby rtů a jazyka. Můžeme tedy usuzovat, že dyslálie některých hlásek má u dětí se zrakovým postižením své specifické místo (Lechta, 2011).

Co se týče osob se sluchovým postižením, dyslálie je zde jednou z dominujících poruch řeči. Z terminologického hlediska hovoříme o audiogenní dyslálii. Dle Böhmeho (in Lechta, 2011) o ní můžeme hovořit pouze v případě, kdy se jedná o bilaterální ztrátu větší než 60 dB. Termín kofolalie můžeme použít pro vadu řeči v důsledku sluchové ztráty, ke které došlo až po úplném osvojení řeči (Lechta, 2011). Seeman (1974) se podrobně zabýval artikulací

neslyšících dětí a došel k několika závěrům. Upozorňoval například na neadekvátní artikulaci vokálů. Nejčistěji dle autora artikulují vokál A, zatímco vokály O a E artikulují méně zřetelně. Tento jev je u intaktní populace poměrně vzácný. Dále je narušena výslovnost třených hlásek a R, které se vyskytuje všeobecně se zvýšenou vibrací. Typická je i výslovnost sykavek, která je obvykle málo ostrá a addentální (in ibid.). Největší problémy způsobuje osvojování hlásek CH, J, G, Ť, Ď, Ň, R, slabik DĚ, TĚ, NĚ a měkčení ve smyslu užívání slabik DI, TI, NI (Lechta, 2011).

U dětí s nedoslýchavostí se v těžších případech může výslovnost podobat výslovnosti neslyšících dětí, v lehčích případech můžeme pozorovat jen relativně menší výslovnostní odchylky (Lechta, 2011). Percepční nedoslýchavost způsobuje často nesprávnou diferenciaci sykavek a mnohdy také narušení modulačních faktorů řeči (Salomonová, 2007). Kuchařová (in Lechta, 2011) zmapovala mezi žáky s nedoslýchavostí více než 81% výskyt dětí s dyslálií, nejčastěji se jednalo o sigmatismus. Sovák (1974) dále zmiňuje špatnou výslovnost konsonantů F a CH a vokálů E a I. Podceňovat bychom neměli ani získanou převodní nedoslýchavost, která se objevuje jako následek častého onemocnění horních cest dýchacích nebo jako následek zvětšené nosní vegetace (Salomonová, 2007).

4 Etiologie dyslálie

Základním tématem čtvrté kapitoly je rozsáhlá oblast etiologie dyslálie. V následujících odstavcích bychom rádi nastínili funkční a organické podmínění dyslálie a také vnitřní a vnější etiologické faktory. Kapitulu dále doplňujeme současnými zahraničními výzkumy, které se zabývají korelací mezi dyslálií a vadami skusu či dalšími patologickými jevy týkající se orofaciální oblasti.

Rozvoj řeči probíhá souběžně s dozráváním vyšší nervové činnosti, která je pro každého člověka značně specifická a individuální. Primární podmínkou pro percepci a produkci samotné řeči jsou dvě schopnosti. Jedná se o schopnost rozlišovat i ty nejjemnější zvukové rozdíly během fluentní řeči a také schopnost korektním způsobem odstupňovat pohyby článků artikulačního systému, aby výsledný zvuk přinesl srozumitelnou řeč. Základem pro oba tyto mechanismy je diferenciativní schopnost mozku, zejména v oblasti sluchu a motoriky (Nádvorníková, 2003; Salomonová, 2007).

Každá porucha, vývojové opoždění či nezralost činnosti mozku, zejména narušená schopnost diferenciací a napodobování v řečově-percepční a řečově-produkční oblasti, se odráží v narušené komunikační schopnosti. Proto mohou mít faktory, které se váží k dyslálii, nejrozmanitější pozadí a v širší rovině je lze chápat jako interferenci mezi strukturou a funkcí řečových a sluchových mechanismů mozku (in ibid.).

Etiologické koncepce mohou být děleny dle různých kritérií. První z nich je dělení dle etap reflexního okruhu, na které je v současnosti mnohdy zapomínáno. Dle druhého způsobu můžeme příčiny rozdělit podle toho, zda se jedná o dyslálii funkční, nebo organicky podmíněnou. Třetí, asi nejčastější koncepce, dělí příčiny do dvou základních skupin, a to na příčiny vnitřní a vnější (Peutelschmiedová, 2005; Klenková, 2006).

4.1 Funkční a organické podmínění dyslálie

Druhá etiologická koncepce dělí dyslálii na funkční a organickou. Funkční neboli funkcionální dyslálie značí případy, kdy jsou mluvidla klienta v pořádku (Klenková, 2006). Jiní autoři (Salomonová, 2007) připouští možné minimální orgánové poškození během porodu či těhotenství. Při anamnestických výsledcích jsou časté genetické dispozice nebo nesprávný mluvní vzor. Můžeme se setkat také s psychogenní dyslálií, v tomto případě jedinec napodobuje vzor, s nímž se chce identifikovat. V kategorii funkčních dyslálií rozeznáváme typ motorický a senzorický.

Motorický typ doprovází dopad celkové neobratnosti, včetně snížení mobility mluvidel. V rámci senzorického (vjemového) typu se vyskytuje nekorektní vnímání a diferenciací mluvních zvuků. Tento typ je častější u nemuzikálních dětí a mnohdy se jedná o nedostatek sluchové a pohybové diferenciací (Klenková, 2006).

Organická (nebo také orgánová) dyslálie vzniká dle Lechty (1990) jako důsledek narušení dostředivých nervových drah (impresivní dyslálie), odstředivých drah (expresivní dyslálie) nebo při poškození centra řeči (centrální dyslálie), dále také při inervačních a anatomických odchylkách mluvidel. Salomonová (2007) tuto kategorii doplňuje o poruchy sluchu, které výslovnost mohou výrazně ovlivňovat. Závisí zejména na rozsahu a druhu sluchového postižení; nepřesné slyšení poté způsobuje také nepřesnou realizaci hlásek.

4.2 Vnitřní a vnější etiologické faktory

Dle třetí etiologické koncepce mohou být příčiny děleny na vnitřní a vnější. K vnitřním příčinám řadíme poruchy hlasu, sluchu a zrakového vnímání, nedostatečnou mobilitu mluvidel, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy a kognitivně-lingvistické nedostatky (Nádvorníková, 2003; Klenková, 2006).

Mezi další podstatné etiologické faktory patří poruchy zrakové percepce a poruchy sluchu. Pokud se v těchto případech dyslálie vyskytuje, je řazena do symptomatických poruch řeči a více je specifikována v kapitole *Výskyt dyslálie*. Při nedostatečně vyvinutém sluchovém vnímání je třeba vyšetřit úroveň sluchové citlivosti a vůbec schopnost rozeznávat řeč. Obvykle se jedná o vyšetření audiometrické. Výraznou roli hraje věk, kdy porucha sluchu nastala. Vrozená ztráta sluchu značně naruší akvizici jazyka, včetně jeho fonetické, fonologické, gramatické a obzvláště sémantické úrovně. V těchto případech je třeba použít speciální instrukce, například vizuální, taktilní a kinestetické prvky s využitím případných zbytků sluchu, aby se řeč a jazyk vyvinuly (Nádvorníková, 2003; Klenková, 2006; Salomonová, 2007). Co se týče nedostatečné diskriminace zvuků, je důležité zmínit, že nesprávné specifické fonémové realizace mají přímý vztah k chybám specifické percepce. Je třeba tedy vyšetřovat motorickou schopnost artikulačních orgánů i percepční schopnost dítěte. Pomocníkem nám může být test podle Templina nebo u nás běžněji používaný test s názvem *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí* od Škodové, Michka a Moravcové (Nádvorníková, 2003). Další otázkou, která se v souvislosti se zaměřením logopedické péče v současnosti stále více diskutuje, je oblast poruch zpracování řeči. Włodarczyk et al. (2011) tvrdí, že sluchové poruchy zpracování řeči mohou být významné při vývoji správné artikulace

u dětí, ale mohou být také vysvětlovány neuspokojivými výsledky dlouhodobé logopedické péče.

Artikulace většiny souhlásek a souhláskových skupin vyžaduje velmi precizní motorickou koordinaci artikulačních mechanismů. Insuficientní motorika artikulačních orgánů se může na vzniku poruch artikulace podstatnou měrou podílet (Mlčáková, 2013). Vadu výslovnosti mohou v různé míře způsobovat či ovlivňovat anatomické odchylky mluvidel, anomálie měkkého patra, nadměrně klenuté patro, orofaciální rozštěpy, rozličné dentookluzivní vady, obrny jazyka a rtů či nošení zubních protéz (srov. Lechta, 1990; Nádvorníková, 2003, Mlčáková, 2013).

Nepravidelnosti chrupu a čelistí mohou nepříznivě ovlivňovat zejména artikulaci sykavek a dále měnit klidovou polohu jazyka (Mlčáková, 2013). Krahulcová (2013) uvádí možný vliv ortodontické anomálie čelisti ve smyslu progenie a prognatie, a také vliv otevřeného skusu. Progenie někdy bývá uváděna s přídomky pravá či mandibulární a je charakteristická velkou dolní čelistí, zatímco horní čelist bývá bez nápadných odchylek ve své velikosti (Kamínek, Štefková, 2001). Termín prognatie značí anomálii čelisti, která je charakterizována nadměrným růstem čelisti a může se projevit ve formě maxilární či mandibulární. Terminologické vymezení je ovšem nejednotné, nicméně se termín prognatie používá zejména k označení maxilární formy, která je mnohdy doplněna o esteticky nápadnou protruzi horních řezáků (Kamínek, Štefková, 2001; Dvořák, 2007). Otevřený skus (nedovíravý skus, mordex apertus) můžeme specifikovat jako anomálii, kdy při maximálním stisku všech zubů zůstávají některé zuby ve vertikální rovině mimo kontakt se svými antagonisty, dochází tedy k vertikální mezeře. Může se projevovat v krajině frontální a laterální (Kamínek, Štefková, 2001; Kořová in Gojišová a kol., 2004). Sovák (1974) také potvrzuje vliv otevřeného skusu, při vyslovování se totiž jazyk vysunuje mezi zuby, čímž vzniká interdentalní výslovnost, postihující zejména sykavky. Nepříznivý vliv může mít dle Lechty (1990) dlouhodobé dumlání palce, které může zapříčinit neadekvátní skus, obvykle s protruzí horních řezáků a dále následný sigmatismus. Další autoři (Pavlová-Zahálková, Ohnesorg, Kantor, 1976) také zmiňují jako podstatný etiologický faktor vady chrupu a skusu, které vznikají vlivem dlouhodobého dumlání dudlíku, prstů, jazyka či hraček. Autoři uvádějí, že se zuby pak „*prořezávají nepravidelně, čelisti se vytvářejí nerovnoměrně, a tím vznikají někdy těžké vady skusu*“ (in ibid., s. 78). Vývojem činnosti dutiny ústní a dětskými zlovyky, právě u dětí s dyslálií se zabýval Dosužkov (1960). Na vzorku 156 dětí zkoumal možný vliv kojení, dumlání dudlíku, cumlání palce a také onychofagie, tedy nutkavého okusování nehtů. Došel k závěru, že 17 % dětí nebylo normálně kojeno, ve 24 % byla sací činnost neobvyklá,

dále necelých 38 % dětí s dyslálií projevilo neobvykle dlouhé cumlání (i po 2,5 letech) a více než 53 % byly děti s onychofagií. V rámci celkového výzkumu byla ve 120 případech nalezena alespoň jedna odlišnost od obvyklého chování při kojení, sání a kousání (in ibid.).

Zajímavým zjištěním pro nás mohou být výsledky brazilské studie, která se snažila zhodnotit vztah mezi standardním mateřským kojením, vadami skusu a faciálními charakteristikami u dospívajících dětí s trvalou denticí. Kolektiv autorek došel k závěrům, které podporují hypotézu, že kojení samo o sobě nemá přímou souvislost s vadami skusu, ale může mít synergický efekt se stomatologicky abnormálními ústními návyky na vývoj okluzofaciálních potíží. Významnými faktory zde dále byl dlouhotrvající bruxismus, krátká doba mateřského kojení a dlouhé období ústního dýchání (Thomaz, Cangussu, Assis, 2012). Autorky doporučují vyhnout se škodlivým ústním návykům a situaci kontrolovat zejména u dětí, které byly kojeny po dobu kratší než šest měsíců (in ibid.).

Přechodným problémem se může stát u předškolních dětí výměna mléčných zubů za trvalé. S chybějícími řezáky totiž může být produkce hlásek v některých případech problematická (Nádvorníková, 2003). Poškození chrupu, zvláště v období druhé dentice, obvykle disponuje k laterálnímu vyslovování, kdy část vzduchu uniká stranou (Sovák, 1974). Také zahájení nošení zubní protézy může výslovnost ovlivnit, jedná se totiž o nepříjemný zásah do ústní dutiny (Lechta, 1990). V souvislosti s tímto tématem bychom ještě rádi zmínili nedávný zahraniční výzkum realizovaný na 880 dětech, který zkoumá korelaci mezi vadami skusu a dyslálií. Autoři docházejí k závěrům, že vady skusu a vady řeči mají blízký vztah a nachází zde korelaci. Tvrdí, že vliv dyslálie na řečové orgány není konstantní. Oproti tomu vliv vad skusu na dyslálii se zdá být více relevantní a častější, narůstá proporcionálně v závislosti na závažnosti vad skusu (Faronato et al, 2012). Co se týče konkrétních poznatků, autoři zmiňují, že okluze III. třídy, diastema mezi řezáky, nárůst incizálního schůdku, přítomnost otevřeného a hlubokého skusu mají vysoké dispozice k tomu, aby byly spojovány s poruchami řeči, jako je dyslálie. Naopak přítomnost stěsnání dentice a přední zkřížený skus mají sklony jen mírné. Okluze II. třídy, protruze horních řezáků, zadní zkřížený skus a dysfunkce temporomandibulárního kloubu oproti tomu mají nízký sklon být s dyslálií spojovány (in ibid.).

Významným omezením se může stát ankyloglosie a frenulum linguae breve (zkrácená podjazyková uzdička). Ankyloglosii můžeme dle Dvořáka (2007) definovat jako stav, kdy je hrot jazyka prakticky inhibován a je srostlý se spodinou dutiny ústní; je uvolněn jen nepatrně, jestliže frenulum linguae sahá až na jeho hrot. V praxi ankyloglosie brání protrakci jazyka ven mimo hranu dolního rtu. Mnohem častější je však menší omezení, které Dvořák (2005)

nazývá frenulum linguae breve. V tomto případě frenulum brání v různé míře elevaci jazyka za horní řezáky a znemožňuje fyziologické tvoření alveodentál, hlavně hlásek L a R. Dále znemožňuje přisátí jazyka k patru, což je předpokladem pro správné polykání. Dle názoru Lechty (1990) se ankyloglosie jako příčina dyslálie objevuje mimořádně zřídka. Uvádí výsledky dle Arnolda, který ji zaznamenal pouze v 0,03 % případů. Dle Mlčákové (2013) zkrácené frenulum linguae může bránit správnému vývoji artikulace hlásek T, D, N, L, R, Ř, neboť zabraňuje přiměřenému pohybu jazyka k alveolárnímu výběžku. Klientovi se mnohdy nedaří zvednout jazyk k realizaci zmíněných hlásek. V těchto případech bývá obvykle indikována frenulotomie nebo frenulektomie. Rozdíl mezi zmíněnými dvěma pojmy najdeme u Dvořáka (2007); frenulotomie značí protěti frenulum linguae a při frenulektomii dochází k jeho úplnému odstranění.

Do souvislosti s chybnou artikulací se dávají především větší strukturní anomálie, zejména anomálie orofaciálního komplexu, tedy například rozštěpy postihující tvrdé patro. Větší z nich se upravují chirurgicky, u méně rozsáhlých (např. submukózních) se využívá kompenzační produkce, přičemž řeč zůstává dobře srozumitelná a jazyk je adaptabilní na kongenitální deformace i získané deficity (Nádvorníková, 2003). Měkké patro se významně podílí při velofaryngálním mechanismu, je třeba však odlišit jeho vrozené vady od neurogenních poruch svalů při dysartrii. Při neúplném patrohltanovém mechanismu vzduch uniká nosem, což může ovlivnit některé hlásky hypernazalitou. Oproti tomu zánětlivé procesy sliznice nosní dutiny, zvětšení nazofaryngální tonzily či deviované septum povedou k hyponazalitě (in ibid.).

Nepříznivý vliv může mít na vývoj artikulace návykové (habituální) dýchání ústy, při kterém se mění klidová poloha jazyka a jeho napětí, což ve svém důsledku může ovlivnit výslovnost některých hlásek (Mlčáková, 2013). Příčinou může být opakovaná rinitida a infekce nebo prostý návyk dýchat ústy. Vytvářejí se tak podmínky pro to, aby se rozrůstala lymfadenoidní tkáň a vznikala hypertrofická adenoidní vegetace. K příznakům habituálního dýchání patří zejména povrchní dýchání, při kterém není tkáň dostatečně okysličována a vyživována a dítě je pak snadno unavitelné (Sovák, 1981; Mlčáková, 2013). Sovák (1981) hovoří o tzv. příznakové trojici, jejíž pravděpodobnou příčinou je právě habituální dýchání ústy. Příznakovou trojici tvoří zavřená huhňavost, otevřený skus a interdentální sigmatismus. V rámci tohoto tématu pro nás může být přínosný brazilský výzkum probíhající v letech 2000–2011, který se snažil zhodnotit změny řeči u 439 dětí s habituálním ústním dýcháním a hledat vzájemné souvislosti mezi typem respirace, etiologií, pohlavím a věkem. Změny v řeči byly diagnostikovány v 31 % a nesouvisely s konkrétním typem respirace (ústní,

nazální, smíšený typ). Zvýšená četnost artikulačních poruch a více než jedna řečová porucha byla zaznamenána u chlapců. Interdentální pozice jazyka byla zaznamenána v 53 %, artikulační poruchy ve 26 % a frontální sigmatismus téměř ve 22 %. Souběžný výskyt dvou a více změn v řeči byl zaznamenán téměř u 25 % dětí (Hitos et al., 2013). Autoři v závěru výzkumu konstatovali, že ústní dýchání může mít vliv na vývoj řeči, socializaci a školní úspěšnost. Doporučovali včasnou detekci ústního dýchání, která je nezbytná pro prevenci a minimalizaci jeho negativních dopadů na celkový rozvoj dítěte (in ibid.).

Weinrichová, Zehnerová (in Gúthová, 2009) doplňují zmíněné etiologické faktory o vliv orofaciální dysfunkce, v praxi známé pod pojmem myofunkční poruchy, při kterých je přítomna svalová nevyváženost. Skupiny svalů rtů, jazyka a tváří vykazují změněné napětí. Tato změna je obvykle spojená s narušením funkce dýchání a polykání, při kterých kompenzační mechanismy napínají jiné skupiny svalů. Nekorektní průběh dýchání a polykání pak má za následek zdeformování horní čelisti a patra, což stěžuje artikulaci zejména sykavek.

Neuromotorické poruchy se kromě jiných obtíží odrážejí i v artikulaci. Výsledně se může jednat o dysartrii, apraxii řeči s poruchou volního mluvního projevu na úrovni vyšší nervové činnosti nebo vývojovou verbální dyspraxii s orální apraxií, při těžkostech se sekvencemi artikulačních orgánů (Nádvorníková, 2003).

Kognitivně-lingvistické nedostatky hrají roli v závislosti na stupni mentálního vývoje. Fonologicky charakteristický je zejména Downův syndrom, který je podmíněný chromozomovou aberací. Vzhledem k hypotonii a dalším deficitům v orofaciální oblasti, u osob s tímto syndromem má dyslálie své specifické postavení. V rámci větších fonologických chyb je obvykle narušena i struktura, morfologie jazyka (in ibid.).

Co se týče vnějších faktorů, uplatňují se zejména psychosociální vlivy, které působí na artikulační schopnost v závislosti na věku a pohlaví jedince. Starší děti a děvčata jsou v akvizici jazyka akcelerovány (Nádvorníková, 2003). Biologické faktory, sociokulturní a socioekonomické faktory obvykle nejsou rozhodující. Uplatňuje se zde dále osobnost dítěte, jeho povahové rysy a osobní vlastnosti, které se projevují také v chování. Určování předešlých faktorů a závislostí je nelehké a mnohdy pouze přibližné (Nádvorníková, 2003; Klenková, 2006).

Dalšími důležitými faktory v otázce etiologie dyslálie je vliv dědičnosti, vliv prostředí, poškození dostředivých a odstředivých nervových drah či poruchy řečového neuroefektoru (Lechta, 1990; Klenková, 2006).

Názory na vliv dědičnosti jsou nejednotné. Některými staršími autory je zmíněný vliv

jednoznačně uznáván (například Arnoldem) a jinými naopak popírán, jedná se například o mínění Sováka (Lechta, 1990). Skutečností však zůstává, že anamnestické údaje některých osob s dyslálií dokazují výskyt narušené komunikační schopnosti u příslušníků rodiny, často u otce (Lechta, 1990; Klenková, 2006). Lechta (1990) popisuje tento faktor jako nespecifickou dědičnost. Nejedná se tedy o přímé zdědění například rotacismu, ale o zdědění artikulační neobratnosti, snížené schopnosti fonematické diferenciaci nebo se jedná o případ vrozené řečové slabosti. Tyto dílčí deficity poté mohou způsobovat vadnou výslovnost.

Vlivy prostředí mohou vést v jistých případech k vadnému tvoření hlásek, případně i k jejich fixaci. Jedná se například o nesprávný řečový vzor v rodině či blízkém společenství. Dokladem může být nepřiměřený řečový vzor (nápodoba mazlivé dětské řeči, nápodoba dětského sigmatismu) či naopak dlouhodobé tolerování, a tedy i fixování mazlivé a nesprávné výslovnosti dítěte (Lechta, 1990; Klenková, 2006). Chyby ve výchovném přístupu, například výsměch, připomínání nedostatků, nepřiměřené tresty, neurotizace, napomínání či zanedbávání mohou být také podstatnými faktory. Může docházet také k opačné kauzalitě, kdy narušená výslovnost spojená s tresty, výsměchem a zážitky neúspěchu vede k vlastní neurotizaci jedince s dyslálií (in ibid.). Mnozí autoři (Lechta, 1990; Salomonová, 2007; Krahulcová, 2013) zmiňují i důsledky bilingválního prostředí, zejména vliv rozdílné výslovnosti hlásek v rozličných jazycích a mnohdy také nedůsledné či nesprávné formy bilingvismu.

V současnosti ne zcela probádanou kapitolou v souvislosti s etiologií dyslálie je citová deprivace, která může přispět k rozvoji narušené komunikační schopnosti. Souvislosti jsou mnohdy pouze orientační, protože je nemůžeme nikdy zcela objektivně prozkoumat a potvrdit. Vyštejn (1991) zmiňuje názor Sováka, který specifikuje vliv citové karence, tedy nedostatku citových vztahů a vazeb. Dle něj děti začínají mluvit nejen později, ale i nesprávně: „*podrží si infantilní způsob mluvy i vyslovování*“ (Sovák in Vyštejn, 1990, s. 34). K dispozici máme výzkum z 60. let minulého století od Damborské, která se dlouhodobě zabývala oblastí citového a neuropsychického vývoje života kojenců a také vývojem řeči kojenců v kolektivních zařízeních (zejména v tehdejších kojeneckých ústavech). Potvrdila úzkou souvislost citového života dítěte s vývojem jeho řeči. V porovnání s dětmi z rodinného prostředí, kojenci v ústavní péči vykazovali kvalitativně i kvantitativně odlišné řečové projevy. U dětí z přirozeného rodinného prostředí autorka pozorovala daleko více řečových projevů a smysluplná slova se objevila dříve a ve větším množství, než u dětí v ústavní péči (Damborská, 1963). Tyto výsledky potvrzuje i závěr Langmeiera a Matějčka (2011), kteří zdůrazňují fakt, že u dětí v ústavní péči je rozvoj řeči významně opožděn.

Jako další možná příčina se jeví porušení dostředivých a odstředivých drah. Existuje totiž úzká souvislost mezi motorickým vývojem dítěte a výslovností, jež vyžaduje precizní koordinaci pohybů mluvidel (Lechta, 1990). Toto poškození se promítá ve zredukovaných možnostech percepce a produkce správné výslovnosti hlásek (Gúthová, 2009)

5 Klasifikace dyslálie

Záměrem následující kapitoly je diferenciaci dyslálie dle konkrétního signifikantního rysu do jednotlivých klasifikací. Samotné dělení je velmi různorodé a dyslálii tedy můžeme posuzovat dle několika kritérií. Jedná se zejména o vývojové hledisko, dále hledisko stupně, hledisko orgánu, který narušuje fyziologickou výslovnost, a také hledisko konstantnosti a konsekventnosti.

5.1 Diferenciace dle vývojového hlediska

V rámci dělení dle vývojového hlediska spatřujeme v logopedické literatuře jistou nejednotnost. Peutelschmiedová (2005) upozorňuje na fakt, že musíme rozlišovat termíny jako vadná výslovnost, tedy dyslálie, a výslovnost nesprávná, která značí tzv. dyslálii fyziologickou. *„Z vývojového hlediska hovoříme o dyslalii fyziologické a patologické. Již zmiňovanou fyziologickou patlavost (kolem třetího roku věku dítěte) dále diferencujeme na prodlouženou fyziologickou dyslalii. Po sedmém roce věku označujeme dyslalii jako patologickou.“* (2005, s. 164)

Klenková (2006) klasifikuje dyslálii obdobně: na fyziologickou, prodlouženou fyziologickou a pravou dyslálii. Nesprávná výslovnost asi do 5. roku dítěte je považována za jev fyziologický a přirozený. Tato varianta se upravuje vývojem diferenciačního útlumu, pomocí něhož se slyšená slova analyzují a vytvářejí správné akusticko-artikulační spoje. Pokud tato výslovnost přetrvává mezi 5.–7. rokem, jedná se o prodlouženou fyziologickou dyslálii. Do konce 7. roku dítěte se upevňují mluvní stereotypy. Ještě stále se může v lehčích případech nesprávná výslovnost spontánně upravit, kupříkladu autoritou učitele v počátcích školní docházky, napodobením správného mluvního vzoru, identifikací hlásky s psaným a čteným písmenem. Pokud se výslovnost neupraví po 7. roce, jde o výslovnost vadnou, odchylka ve výslovnosti je zafixována, diagnostikujeme dyslálii (tzv. „pravou“). Salomonová (2007) rozlišuje dyslálii fyziologickou a patologickou. První z nich je vývojová, která je do období 7 let dítěte přirozeným mluvním projevem. V rámci patologické dyslálie se jedná o případy, kdy není dítě schopné si osvojit tvoření některých hlásek či hláskových skupin.

Pro úplnost a jednoznačnost této oblasti předkládáme závěrečné hodnocení včetně několika synonym, které se v logopedické terminologii v současnosti používají:

- fyziologická dyslálie, tedy výslovnost nesprávná (3–4 roky);
- prodloužená fyziologická dyslálie (5–7 let);

- patologická dyslálie, tedy tzv. pravá dyslálie neboli vadná výslovnost (7 a více let)

(Klenková, 2006)

Pokud dítě hlásku nahrazuje nebo vynechává, je stále naděje, že si správnou výslovnost spontánně osvojí. V případě nesprávného mechanismu tvoření hlásky již ke spontánní autokorekci obvykle nedochází a je zapotřebí odborného zásahu logopeda. Jestliže dítě po 4. roce nevyslovuje většinu hlásek správně, konzultace s logopedem, případně i samotná návštěva logopedického zařízení bude jistě na místě (Mlčáková, 2013).

I přes výše uvedená kritéria je důležité každou hlásku posuzovat individuálně. Jiná situace nastane při hodnocení vokálů a hlásek bilabiálních, jiná bude při hodnocení sykavek a vibrant. Pomocníkem nám v tomto ohledu může být vývoj artikulace z hlediska věku dítěte, který se snaží nastínit fyziologický vývoj artikulace. Předkládáme jej v tabulce č. 6.

Věk (roky)	Vývoj artikulace
1–2,5	B, P, M, A, O, U, I, E J, D, T, N, L – artikulační postavení se vyvíjí po 3. roce, je základem pro vývoj hlásky R
2,6–3,5	AU, OU, V, F, H, CH, K, G
3,6–4,5	BĚ, PĚ, MĚ, VĚ, Ď, Ť, Ň
4,6–5,5	Č, Š, Ž
5,6–6,5	C, S, Z, R
6,6–7	Ř a diferenciaci Č, Š, Ž, C, S, Z

Tabulka č. 6: Vývoj artikulace z hlediska věku

(Zdroj: Krahulcová, 2013, s. 140; upraveno dle Janečkové a Vysoudilové, 1970)

5.2 Diferenciace z hlediska stupně

Z hlediska stupně se můžeme v odborných publikacích setkat s několika různými typy dělení. Jedná se obvykle o tři základní stupně. Mnohočetná dyslálie (dyslalia universalis) vystihuje situaci, kdy je postižena většina hlásek. Pokud se jedná o redukování hláskových skupin nahrazovaných hláskou T, označujeme tuto poruchu jako tetismus. Tento název je

odvozen z původního slova *hotentotismus*, který značil téměř nesrozumitelnou řeč. V současnosti však nese toto označení pejorativní konotaci. Druhým typem je dyslálie *multiplex* (*dyslalia multiplex, gravis*), při které je srozumitelnost lepší oproti předchozímu typu a rozsah chybně vyslovovaných hlásek tedy menší. *Parciální dyslálie* (*dyslalia levis, simplex*) je označení pro dyslalii částečnou, kdy je postižena jen jedna či několik málo hlásek. Můžeme ji dále třídit na *monomorfní* a *polymorfní*. *Monomorfní parciální dyslálie* znamená narušení hlásek v rámci jedné artikulační oblasti. *Polymorfní* typ oproti tomu značí nesprávnou výslovnost hlásek z několika artikulačních oblastí (Nádvoříková, 2003; Klenková, 2006).

5.3 Diferenciace z hlediska orgánu narušujícího správnou výslovnost

Možné další dělení je posuzování dyslálie z hlediska orgánu, který narušuje fyziologickou výslovnost. U několika autorů (Lechta, 1990; Klenková, 2006; Dvořák, 2007); je možné najít dělení dyslálie dle lokalizace konkrétní příčiny. Může se jednat o vady sluchu, poruchy CNS či anomálie v orofaciální oblasti. Pro ucelenost předkládáme konkrétní Dvořákovu dělení (2007, s. 57):

- *akustická (audiogenní) – odchylná výslovnost při vadách sluchu*
- *centrální – vadná výslovnost při frustních poruchách CNS*
- *dentální – vady výslovnosti při anomáliích zubů*
- *labiální – vadná výslovnost hlásek při defektech rtu*
- *lingvální – vady výslovnosti při anomáliích jazyka*
- *palatální – odchylná artikulace při anomáliích patra*

5.4 Diferenciace z hlediska konstantnosti a konsekventnosti

Je zajímavé se pozastavit nad dělením dyslálie z hlediska konstantnosti. Existují totiž čtyři situace, které u osob s dyslalií mohou nastat. *Konstantní dyslálie* se projevuje tím způsobem, že klient tvoří určitou hlásku trvale nesprávně, a to ve všech artikulačních případech. *Nekonstantní dyslálie* oproti tomu znamená, že realizace určité hlásky je nepravidelná, v některých spojeních je vyslovována stabilně korektně, v jiných koartikulačních spojeních zase chybně. *Konsekventní dyslálie* je typická tím, že je hlásky vyslovována jedním patologickým mechanismem ve všech artikulačních souvislostech. *Nekonsekventní* typ popisuje případy, kdy je konkrétní hlásky tvořena chybně, ale vždy jiným

způsobem. Hláska je tedy vytvářena různým způsobem v téže slově v různých časových obdobích (Nádvorníková, 2003; Dvořák, 2007; Krahulcová, 2013).

6 Symptomatologie dyslálie

Kapitola týkající se symptomatologie dyslálie v podstatě úzce souvisí s jejími rozličnými klasifikacemi, které jsme uvedli již v předcházející kapitole. Dále můžeme z hlediska symptomatologie rozlišovat dva hlavní typy dyslálie: jedná se o dyslálii hláskovou a kontextovou. V dalších podkapitolách bychom chtěli také zmínit konkrétní způsoby vadné výslovnosti, které se v české populaci nejčastěji vyskytují.

Hláskovou dyslálii můžeme ztotožnit s poruchou fonetickou a dyslálii kontextovou naopak s poruchou fonologickou (Mlčáková, 2013). Jak již samotné názvy napovídají, hláskový typ značí, že se jedná o narušení izolovaných hlásek. Kontextová dyslálie v sobě obsahuje další dva subtypy, a to slabikový a slovní. Slabiková dyslálie značí situaci, kdy jsou izolované hlásky vyslovovány správně, ale ve slabikách dochází k jejich disimilaci a tedy i chybnému vyslovení. Slovní dyslálie paralelně popisuje stejnou situaci s výjimkou toho, že hlásky jsou vyslovovány chybně v rámci celých slov. Může také docházet k tomu, že dítě bude některé slabiky ve slově úplně vynechávat nebo přesmykovat (Nádvorníková, 2003; Salomonová, 2007).

V rámci rozdělení hláskové dyslálie Peutelschmiedová (2005) definuje tři základní kategorie, a to zejména se zřetelem na konkrétní způsoby, které dítě v mluvním projevu používá. Mohou se však objevovat i různé kombinace zmíněných symptomů (Mlčáková, 2013). První dva typy korespondují s nejjednodušší a téměř nejstarší klasifikací dyslálie, která existuje. Jedná se o „*mogilálii (eliminaci) – dítě hlásku vynechává; paralálii (substituci) – dítě obtížnou hlásku nahrazuje jinou hláskou, artikulačně blízkou; tzv. – ismus (distorzi) – k latinskému nebo řeckému názvu hlásky je připojena koncovka -ismus, například rotacismus, lambdacismus*“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 164).

Oyer, Crowe a Haas (in Gúthová, 2009, s. 146) navrhují označení poruch artikulace zkratkou S.O.D.A, podle počátečních písmen jejich jednotlivých symptomů. V rámci symptomů fonetických a fonologických poruch existují ovšem jisté rozdíly, které předkládáme v tabulce č. 7. Základní skupina čtyř symptomů je tato:

- S – substitution (nahrazování hlásky)
- O – omission (vynechávání hlásky)
- D – distorsion (vadná výslovnost hlásky)
- A – addition (přidávání hlásky ke slovu)

Fonetické symptomy	Fonologické symptomy
S – substitution	S – substitution
O – omission	O – omission
D – distorsion	A – addition

Tabulka č. 7: Fonetické a fonologické symptomy
(Zdroj: Oyer, Crowe, Haas in Gúthová, 2009, s. 147)

Co se týče kontextové dyslálie, můžeme u ní vysledovat několik symptomů, pro které je užíváno vícero pojmů. V nadcházejících řádcích uvádíme základní Neundlingerovo dělení (in Lechta, 1990):

- delece, elize, eliminace (vynechávání, vypouštění hlásek);
- metateze (přesmykování hlásek);
- anaptixe, epenteze (vkládání hlásek);
- asimilace (přizpůsobování, připodobňování hlásek)

6.1 Vadná výslovnost hlásek

Pokud se blíže zaměříme na vadnou výslovnost hlásek, tedy distorzi, můžeme v populaci dospělých osob dle našeho názoru pozorovat zejména tyto typy (srov. Vyštejn, 1991):

- deltacismus (vadná výslovnost D);
- kapacismus (vadná výslovnost K);
- lambdacismus (vadná výslovnost L);
- sigmatismus (vadná výslovnost sykavek);
- rotacismus (vadná výslovnost R);
- rotacismus bohemicus (vadná výslovnost Ř).

V rámci výskytu dyslálie můžeme sledovat také zastoupení vadně tvořených hlásek. Mádlo (1960) uvádí dle názorů Chvatceva tvrzení, že dle biomechaniky jsou vývojově nejranější, nejméně narušené a nejsnáze vyslovitelné vokály. Co se týče konsonantů, nejčastěji jsou porušeny hlásky R, L a sykavky, včetně polosykavek (S, Z, C, Š, Ž, Č), značně

řidčeji pak zbylé hlásky. „*Nejdiferencovanější práci nervosvalových aparátů zúčastněných na výslovnosti hlásek pozorujeme zvláště u R, L a sykavek. Čím diferencovanější hláska a čím více orgánů (svalových skupina nervů) se účastní její artikulace, tím snáze a více se porušuje.*“ (in ibid., s. 43). Zmíněný pohled potvrzuje i Sovák (1974), který uvádí Ohnesorgovo zjištění, při kterém bylo zkoumáno 83 500 dětí školního věku. ze všech vadně vyslovovaných hlásek se nejčastěji vyskytoval rotacismus bohemicus (51,8 %), rotacismus (22,2 %) a sigmatismus (21,1 %). U zbylých hlásek byl výskyt vadné výslovnosti výrazně nižší, například lambdacismus se objevil ve 2,6 %, zbylé hlásky se pak dohromady vyskytovaly ve 2,3 %.

Dle současných autorů, například Gúthové, patří mezi nejčastější druhy dyslálie rotacismus a sigmatismus (Gúthová, 2009). U dospělých osob se dle Klenkové (2006) nejčastěji vyskytuje rotacismus, rotacismus bohemicus a také sigmatismus. Ve výsledcích dotazníkového šetření, které blíže rozebíráme v praktické části této diplomové práce, se na první příčce týkající se nejčastějších distorzí u dospělých osob umístil právě rotacismus.

V následujících řádcích bychom chtěli zmínit konkrétní způsoby vadného tvoření výše uvedených hlásek, které své místo nacházejí právě u dyslálie dospělých osob.

6.1.1 Charakteristika narušení výslovnosti hlásek D, K a L

Nejčastějším narušením v oblasti tvorby hlásky D je její nahrazení neznělou hláskou T. Za patologickou podobu této hlásky, tedy distorzi, je považována její interdentalní výslovnost či tvorba hlásky zadní částí hřbetu jazyka na rozhraní tvrdého a měkkého patra za současné rezonance v dutině nosní. Je chybou, pokud výsledný akustický dojem hlásky připomíná hlásku G (Vyštejn, 1991). Můžeme se také setkat s klienty, kteří hlásku D tvoří na spodině dutiny ústní a nedochází tedy k adekvátní elevaci jazyka.

Hlásky K bývá v dětském věku zejména nahrazována hláskami T či D. Při palatolálii se může vyskytovat také mogilálie hlásky (in ibid.).

Co se týče druhé uvedené hlásky, tedy hlásky L, v dětském věku můžeme pozorovat mogilálii či paralálii hlásky, kdy je nahrazována konsonanty J, H či V. Můžeme však pozorovat také podobu distorze, kdy je L tvořeno bočními pohyby dolní čelisti (Sovák a kol., 1974). Hrot jazyka může být současně téměř „vyhazován“ z úst (Vyštejn, 1991).

6.1.2 Charakteristika narušení výslovnosti sykavek

Dle Vyštejna (1991) můžeme vadné tvoření hlásek S a Š (příp. Z a Ž) označovat jako

sigmatismus. Vzhledem k dosti složitému a jemnému mechanismu tvoření a zejména také pro náročnost sluchové diferenciacce se sykavky vyvíjejí poměrně dlouho. Vzhledem k velké frekvenci zmíněných hlásek v řeči působí případné narušení značně neesteticky a dle autora snad nejhůře ze všech výslovnostních poruch. Velmi zřídka se můžeme setkat s mogilálií. Časté jsou v dětském věku zejména paralálie, mnohdy označované jako tzv. parasigmatismy, kdy jsou sykavky nahrazovány hláskami T, CH anebo jsou zaměňovány jedna za druhou či za svůj znělý či neznělý protějšek. Existuje poměrně velká paleta způsobů, jak mohou být sykavky neadekvátně vyslovovány, jedná se zpravidla o těchto devět způsobů (in ibid.):

- **Interdentální sigmatismus** (nejrozšířenější ze sigmatismů; hrot jazyka je vysunut mezi dolní a horní řezáky; je prokázána koincidence s vadami skusu, s ústním dýcháním a nárůstem adenoidní vegetace);
- **Addentální sigmatismus** (je charakteristický tupým sykotem, který připomíná hlásku T, ta vzniká třístěním vzduchového proudu o zadní stěnu horních řezáků, o něž se opírá apex jazyka; častý výskyt u percepční nedoslýchavosti);
- **Bilabiální sigmatismus** (v tomto případě proud výdechového vzduchu uniká úžinou mezi sevřenými rty);
- **Labiodentální sigmatismus** (dochází k obdobnému mechanismu jako při vytváření hlásky F, kterou také akusticky výrazně tento druh sigmatismu připomíná, je možné jej tedy řadit mezi parasigmatismy);
- **Laterální sigmatismus** (proud vzduchu uniká při artikulaci po jedné ze stran jazyka a vzniká nepříjemný sykot; pokud klient artikuluje jazykem vlevo, proud vzduchu poté uniká vpravo a vzniká tedy pravostranný laterální sigmatismus; v opačném případě bude vzduch unikat levou stranou a výsledkem bude levostranný laterální sigmatismus; mezi etiologické faktory tohoto subtypu patří nesprávné postavení jazyka při artikulaci a rozličné dentookluzivní vady);
- **Nazální sigmatismus** (jazyk svým postavením uzavírá ústní dutinu a nedostatečný velofaryngální mechanismus poté způsobí, že výdechový proud uniká nosem, namísto adekvátního úniku ústy; vzniká akusticky nepříjemný nosní šelest)
- **Laryngální sigmatismus** (je charakteristický ostrým šelestem vznikajícím v hrtanu; tento způsob tvoření je typický pro klienty s palatolálií);
- **Sigmatismus stridens** (jedná se o nápadnou, výraznou a obvykle návykovou sykavost, která se v mluvě zřetelněji projeví zejména při šepotu);
- **Aspirační sigmatismus** (jedná se o ojedinělý způsob tvorby obou řad sykavek, kdy

dochází ke krátkému trhavému vdechu a labiodentálnímu tvoření zvuku)

(Vyštejna, 1991)

6.1.3 *Charakteristika narušení výslovnosti hlásky R*

Vzhledem k artikulační náročnosti hlásky se můžeme setkat se všemi třemi formami narušení. Může se jednat o mogiláli, paralálii (nahrazováno L, J, H) a také deformaci hlásky. Tou nejčastější deformací je dle Vyštejny (1991) podoba velárního rotacismu.

Konkrétní popis vadného tvoření nacházíme u Sováka a kol. (1974) a Vyštejny (1991), jedná se o tyto typy:

- **Bilabiální rotacismus** (tento způsob vadného tvoření vzniká rozkmitáním obou rtů, které jsou při sevření prudce rozraženy výdechovým proudem a poté uvedeny do protruze);
- **Labiodentální rotacismus** (zmíněný typ může nabývat dvou podob, je buďto vytvářen závěrem horního rtu a dolních řezáků, anebo dolního rtu a horních řezáků);
- **Interdentální rotacismus** (interdentální realizace hlásky R je tvořena buďto náhlým vymrštěním hrotu jazyka a jeho stažením zpět do úst, anebo rozkmitáním hrotu jazyka mezi zuby);
- **Laterální, bukální rotacismus** (důsledkem tohoto typu je boční zvuk, který vzniká rozkmitáním jedné tváře, ústní koutek této strany je obvykle stažen dozadu a kmity bývají na tváři dobře rozpoznatelné; někdy se vyskytuje v kombinaci s laterálním sigmatismem);
- **Palatální rotacismus** (v tomto případě se hrot jazyka stáčí směrem vzhůru proti patru a zároveň směrem dozadu);
- **Velární rotacismus** (zvuk je tvořen v úžině mezi kořenem jazyka a měkkým patrem, může docházet také k rozkmitání zadního okraje měkkého patra; není zvukově jednotný);
- **Uvulární rotacismus** (variace velárního rotacismu, místo měkkého patra ovšem kmitá čípek);
- **Nazální rotacismus** (jedná se o rozkmitání zadního okraje měkkého patra, přičemž vzduch prochází nosem, namísto standardního průchodu ústy);
- **Glossofaryngální rotacismus** (uvedený způsob vzniká mezi kořenem jazyka a stěnou spodní části hltanu; vytváří zvuk připomínající CH; může se vyskytovat u palatolálie);
- **Laryngální rotacismus** (tento typ vzniká v hrtanu kmitáním slizničních útvarů nad

hlasivkami, které označujeme jako výchlípkové řasy; může se také vyskytovat u palatolálie);

- **Hyperkinetický rotacismus** (je typický prudkým zacvaknutím čelistí, obvykle se dolní čelist pohne směrem k horní, tudíž dolní zuby tzv. zacvaknou o horní zuby; označuje se někdy také jako mandibulární či dvouzvukový rotacismus)

(Sovák a kol., 1974; Vyštejn, 1991)

6.1.4 Charakteristika narušení výslovnosti hlásky Ř

Nejčastějšími odchylkami při výslovnosti hlásky Ř jsou paralálie, kdy je hláska substituována konsonanty J, H, Z, Ž, D či Ď (Vyštejn, 1991). Co se týče distorzí, odborná literatura obvykle hovoří o šesti konkrétních způsobech vadného tvoření, které předkládáme v následujících řádcích (in ibid.):

- **Rotacismus bohemicus bilabiální** (artikulační mechanismus hlásky je obdobný jako v případě bilabiálního rotacismu, vyskytuje se však velmi zřídka);
- **Rotacismus bohemicus labiodentální** (artikulace probíhá mezi dolním rtem a horními řezáky, znělá varianta Ř připomíná spíše hlásku V a naopak neznělá varianta Ř připomíná hlásku F);
- **Rotacismus bohemicus uvulární** (obdobný vznik jako u uvulárního rotacismu, tedy pomocí rozkmitání čípku);
- **Rotacismus bohemicus laterální** (častý výskyt tohoto způsobu vadného bočního tvoření hlásky můžeme sledovat u osob s laterálním sigmatismem, zejména pokud jsou narušeny obě řady sykavek);
- **Rotacismus bohemicus nazální** (extrémní varianta laterální artikulace; mechanismus tvorby je analogický s nazálním rotacismem, výskyt je však velmi vzácný)

(Vyštejn, 1991)

- **Rotacismus bohemicus velární** (tento typ vzniká jemnými kmity mezi okraji měkkého patra a hřbetu jazyka, kmity mohou postupem času úplně vymizet a poté vzniká jen drsný, třecí šelest)

(Seeman in Vyštejn, 1991)

7 Diagnostika dyslálie

Kapitolu zaměřující se na diagnostiku předkládáme zejména proto, že je nedílnou součástí komplexní logopedické péče. Její význam spočívá především ve stanovení správné diagnózy, neboť od ní se odvíjí úspěšnost celé terapie. V následujících řádcích bychom proto chtěli zmínit specifika týkající se diagnostiky dyslálie u dospělých osob a také oblast diferenciální diagnostiky.

Pomocí logopedické diagnostiky zjišťujeme výskyt narušené komunikační schopnosti a určujeme její konkrétní druh. Dle Krahulcové (2013) je součástí logopedické diagnostiky diagnostika příčin, aktuálního stavu a důsledků NKS včetně stanovení návrhu programu logopedické intervence. Neměli bychom zapomenout zařadit také stanovení prognózy nebo spíše potenciálních možností rozvoje jedince.

Základní vyšetřovací metodou při diagnostice dyslálie zůstává řečová komunikace s vyšetřovanou osobou a až od ní se k dalšímu upřesnění vady řeči na rozličné úrovni (fonetické, fonologické, kognitivně-lingvistické) odvíjejí speciální vyšetřovací přístupy (Bernthal, Bankson in Nádvorníková, 2003).

Logopedická diagnostika u dyslálie má několik cílů, které konkrétně rozpracoval Lechta (1990). U klienta se snažíme zjistit:

- zda se jedná o mogilálii, paralálii nebo narušení ve smyslu distorze;
- zda danou hlásku vyslovuje chybně na začátku, uprostřed nebo na konci slova (důležité kvůli plánování nácviku);
- zda jde o prostou dyslálii, nebo o symptom jiného postižení;
- kvalitu fonematické diferenciace a úroveň motoriky řečových orgánů;
- koeficient dyslálie;
- samotnou příčinu dyslálie a její další charakteristiky.

Diagnostika dyslálie u dětí se v několika aspektech liší od diagnostiky dyslálie u osob dospělých. Jako první rozdíl můžeme zmínit využívání screeningu či depistáže. Uvádíme oba termíny, protože jejich význam je v literatuře mnohdy zaměňován či vysvětlován ne zcela exaktně. Screening popisuje Nádvorníková (2003) jako formu logopedické diagnostiky, která má orientační charakter a je zaměřená na selekci osob s narušenou komunikační schopností v širší populační skupině. V praxi se jedná o děti předškolního věku v mateřských školách či školní začátečníky, u kterých se vyhledávají příznaky dyslálie (Klenková, 2006). Dalším

rozdílem je dle našeho názoru potřeba zjištění dosaženého vývoje řeči pomocí podrobných anamnestických údajů. Zmíněné prvky diagnostiky jsou u dospělých osob dle našeho názoru buďto nerealizovatelné, nebo ne zcela adekvátní vzhledem k věku či situaci klienta. Jako jisté depistážní vyšetření bychom však mohli vnímat nutnost logopedického či foniatrického vyšetření u osob, které se při budoucím studiu a povolání chtějí věnovat pedagogice či práci v sektoru sdělovacích prostředků (Nádvorníková, 2003).

Dle našeho názoru by samotné diagnostice měla předcházet chvíle, jejímž cílem je vůbec navázání kontaktu se samotným klientem. Jedná se zejména o vytvoření a poté i formování správného terapeutického vztahu a efektivní komunikace bez přítomnosti dvojné vazby. I přesto, že se nám může zdát tato etapa zanedbatelná, neměli bychom ji podceňovat, protože pro dospělého člověka může mít první setkání s logopedem velký vliv. Vzhledem k tomu, že návštěva logopeda může být pro dospělého člověka osobní a citlivou záležitostí, první setkání by mělo probíhat v příjemné a klidné atmosféře.

Systematické diagnostické vyšetření by mělo obsahovat vyšetření sluchu, vyšetření artikulačních orgánů, vyšetření oromotoriky a samotné vyšetření řeči. Klenková (2006) dále doplňuje sběr anamnestických údajů, vyšetření fonemické diferenciaci, hrubé i jemné motoriky, impresivní a expresivní složky řeči a laterality. Je na zvážení logopeda, zda je při diagnostice předpokládané dyslálie u dospělého člověka nutné vyšetřit všechny zmíněné oblasti.

Základní metodou se obvykle stává rozhovor, kterým setkání zahájíme. Obvykle se jedná o první setkání s klientem, tedy neformální vyšetření řečové produkce. Získáme tím základní představu o současném stavu komunikační schopnosti klienta a můžeme pozorovat rozsah a stupeň výslovnosti. Co se týče anamnestických údajů, budeme zjišťovat nezbytné informace, které mohou souviset s etiologií daného narušení. Zajímat nás bude přítomnost NKS v rodině a jazykové prostředí, ve kterém klient vyrůstal. Roli totiž může hrát mluvní vzor či vliv bilingvního prostředí. Mezi důležité faktory dále patří nošení ortodontických pomůcek v současnosti i minulosti či úrazy a chirurgické zákroky v orofaciální oblasti. Podstatná je také subjektivní příčina, kterou klient svým obtížím sám připisuje.

Co se týče vyšetření sluchu, používá se obvykle soubor kontrastních slov s vysokou a naopak nízkou polohou tónů (Becker, Lidner in Nádvorníková, 2003). K tomuto účelu můžeme využít orientační zkoušku sluchového vnímání, která je v našich podmínkách dobře známá.

Vyšetření artikulačních orgánů má interdisciplinární charakter a může nám při diagnostice dyslálie také pomoci. Orientačně bychom měli prohlédnout stav dentice, orální

dutinu, palatum, nazofarynx i funkci velofaryngálního mechanismu (Nádvorníková, 2003). Vzhledem ke zmíněným etiologickým faktorům by nás dále měla zajímat i kvalita skusu, stav frenulum linguae, přiměřenost čelistního úhlu, pohyblivost jazyka a další orofaciální dysfunkce.

Vyšetření motoriky může zahrnovat oblast hrubé i jemné motoriky. Naši pozornost ovšem zaměříme na orofaciální oblast, zejména na jazyk, sanici, rty a tvář. Zkoušíme jemné pohyby směrem k patru, k ústním koutkům a podél rtů. Sledujeme protruzi rtů, úsměv i sevření rtů (in ibid.). Pro naše účely může být dále důležité vyšetření diadokochinézy rtů a jazyka, tedy schopnosti provádět rychlé, střídavé, koordinované a rytmické pohyby (Vitásková, 2005).

Dle potřeby můžeme využít vyšetření aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta či test izolovaných orálních pohybů, jehož autoři jsou La Pointe a Wertz. Podrobnější diagnostiku můžeme provést pomocí publikace *Test 3F – Dysartrický profil* od Roubíčkové (2011). Nejprínosnější pro nás budou zejména vybrané testové úlohy z oblasti faciokineze a fonorespirace.

Ústřední kapitolou je samozřejmě vyšetřování výslovnosti jednotlivých vokálů a konsonantů. Vzhledem k zaměření této práce se jedná zejména o vyšetření výslovnosti konsonantů a zjištění konkrétního vadného způsobu tvoření.

Pořadí vyšetřovaných hlásek se dle různých autorů liší. Existují asi dva základní postupy, jak vyšetřovat. První způsob zahrnuje vyšetřování podle místa tvoření hlásek, v pořadí bilabiální, labiodentální, alveolární, palatální, velární a naposled laryngální hlásky (Klenková, 2006). Jiní autoři doporučují vyšetřit nejprve explozivny, dále třené hlásky, sykavky, hlásky L, R, Ř, změkčené hlásky Ď, Ť, Ň a nakonec souhláskové shluky VL, BL, PL, STL, STR (Seeman, 1955).

Při vyšetření výslovnosti můžeme pracovat s pojmenováním obrázků. Vždy je však třeba volit takový obrazový materiál, který nebude evokovat zaměření na dětskou klientelu. Klient bude pojmenovávat dané obrázky, jejichž název obsahuje sledovanou hlásku v konkrétní pozici. Jedná se o tři možné pozice hlásky ve slově, pozici iniciální (na začátku slova), mediální (uprostřed slova) a finální (na konci slova). Důležité je dále posoudit hlásku komplexně, tedy i v koartikulaci s konsonanty a vokály (Klenková, 2006; Krahulcová, 2013). Dále můžeme postupovat komparativně a srovnat předešlé výsledky se spontánní výslovností a s řízenou výslovností v určitých artikulačních celcích. Poslední zmíněný bod zahrnuje fázi, kdy logoped předřikává slova nebo jisté mluvní celky, které má předem cíleně připravené. Posuzujeme schopnost a tendence k úpravě nebo zpřesňování výslovnosti, které jsou vedené

snahou zlepšit se. Výslovnost je tedy třeba hodnotit při volném rozhovoru, při řízené činnosti a při pomalém i rychlém mluvním tempu (Krahulcová, 2013). Odchylky ve výslovnosti hlásek si zaznamenáváme pomocí fonetické transkripce hlásky, celého slova a v případě potřeby údaje doplníme i slovním komentářem (Mlčáková, 2013).

Salomonová (2007) doporučuje při vyšetřování dospívajících a dospělých využít konverzaci, četbu časopisů či beletrie. U některých dětí a dospělých klientů můžeme vyšetření fonetických příznaků pomocí obrázků vynechat a uplatnit opakování každé hlásky v izolované podobě, dále pak opakování slov, která hlásku obsahují v konkrétní pozici a poté v souhláskovém shluku (Mlčáková, 2013). Výhodou opakování je, že systematicky vyšetříme všechny hlásky, ale nevýhodou může být skutečnost, že produkce hlásek je v izolovaných slovech někdy lepší než ve spontánní mluvené řeči (in ibid.).

Na vyšetření výslovnosti hlásek navazuje vyšetření fonologických projevů, konkrétně tedy slovní dyslálie a specifických poruch výslovnosti (specifických asimilací a artikulační neobratností). Obvykle se jedná o opakování připravených diagnostických slov (in ibid.). V rámci rozboru všech fonologických příznaků můžeme sledovat chybné fonologické vzorce dle struktury slova, dle harmonie a také dle segmentových změn. Uplatnit můžeme také zjednodušenou analýzu, počítačovou fonologickou analýzu či kontextuální analýzu (Nádvorníková, 2003). Zmíněné fonologické příznaky však budeme sledovat zejména u dětské klientely.

Zajímavou oblastí se při diagnostice dyslálie může stát hodnocení srozumitelnosti klienta a posouzení hloubky vad řeči dle klasifikačních měřítek. Hodnocení srozumitelnosti řeči udává směr terapie, ale obvykle je velmi relativní a subjektivní. Stupeň srozumitelnosti se proto vyjadřuje na škále od úplné nesrozumitelnosti až po úplnou srozumitelnost. Objektivně se uvádí počtem a charakterem chyb; vzhledem ke standardu se udává rozdíl mezi produkcí člověka s NKS a normou intaktních dospělých (Nádvorníková, 2003). Co se týče klasifikačních měřítek, můžeme například vypočítat procento správně použitých konsonantů v předloženém textu a podle toho produkci klienta klasifikovat. Další možností je záznam souvislého mluvního projevu na diktafon a poté vypočtení procenta správně vyslovených konsonantů dle konkrétního matematického vzorce, který uvádí Nádvorníková (2003). Dále se můžeme setkat s pojmy, jako je koeficient dyslálie či koeficient obtížnosti hlásek. V obou případech se jedná o slovenské klasifikační postupy. Základem koeficientu dyslálie jsou procentní hodnoty výskytu jednotlivých hlásek ve slovenském jazyce. Pokud klient hlásku netvoří korektně, daná čísla sečteme a vyjde nám zmíněný koeficient dyslálie. Pokud koeficient odečteme od sta, výsledek nám poté vyjádří míru správné výslovnosti člověka s

dyslálií (in ibid.). Co se týče celkového koeficientu obtížnosti, základem pro jeho výpočet jsou průměrné hodnoty koeficientů obtížnosti pro konkrétní hlásky. Ty vznikly na základě hodnocení zkušených logopedů, kteří posuzovali hlásky ze tří hledisek – podle počtu dnů potřebných k dosažení jejich korekce, fixace a podle celkové délky terapie, od několika dnů až po několik týdnů (in ibid.).

Co se týče záznamu vyšetření, v literatuře se můžeme setkat s několika návrhy, jak může záznamový arch při diagnostice dyslálie vypadat. Zmíníme například záznamové archy Nádvorníkové (2003) a Krahulcové (2013), které najdeme v jejich publikacích. Rozbor výsledků se bude řídit zejména kritérii, které jsme uvedli v předešlých kapitolách *Klasifikace dyslálie* a *Symptomatologie dyslálie*. Adekvátní rozbor zjištěných příznaků dyslálie a jejich správná interpretace jsou závěrečnými fázemi logopedické diagnostiky. Vedou ke konečné diagnóze, díky níž můžeme navrhnout vhodnou terapii (Nádvorníková, 2003). Při diagnostice dyslálie může být efektivním pomocníkem diktafon či videokamera. K rozboru artikulace klienta v těchto případech dochází zpětně. Díky zmíněným technickým pomůckám můžeme pozorovat a dokumentovat postupné výsledky a úspěchy zvolené terapie.

7.1 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostiku bychom mohli definovat jako souhrn vyšetřovacích metod, kterými se na základě porovnávání přítomnosti symptomů (příznačných pro určité odchylky) dochází k výsledné diagnóze. Pomocí diferenciální diagnostiky se snažíme vyloučit diagnostický omyl (Dvořák, 2007). V souvislosti s dyslálií jde zejména o vyloučení dysartrie, vývojové dysfázie, rozličných fonologických poruch a vývojové verbální dyspraxie.

Sovák (in Klenková, 2006) dále doporučuje odlišit dyslálii od poruch výslovnosti při onemocnění bazálních ganglií a extrapyramidového systému, od tumultu sermonis (při kterém dochází ke komolení a redukci slabik i slov), od nedbalé výslovnosti (která je následkem deformace sociálních vztahů při výchovné zanedbanosti), od žargonových a dialektických zvláštností výslovnosti a také od odchylek ve výslovnosti dětí a dospělých z cizojazyčného prostředí.

8 Základy terapie dyslálie

V následující kapitole se budeme zabývat terapií dyslálie s přihlédnutím zvláště na dospělé osoby. Současná odborná literatura se zabývá terapií zejména u dětské klientely, která obsahuje více parametrů, řeší například vývojové hledisko vyvozování, rozvíjení fonematické diferenciaci a zabývá se také více fonologickými terapeutickými přístupy. Co se týče dospělé populace, chtěli bychom zmínit zejména fonetický terapeutický přístup a zásady, které se s úpravou dyslálie pojí. Okrajově však zmíníme i ostatními terapeutické přístupy, které nám mohou být v jistých případech také nápomocny.

Je na místě nejprve zmínit názor Neubauera (2007), který tvrdí, že úprava nesprávných artikulačních vzorů hlásek je realizovatelná i u osob dospělých. Dále uvádí tvrzení, že zafixované odchylky v artikulaci hlásek přetrvávají po zbytek života, pokud nejsou včasnou logopedickou péčí upraveny. Metodiky má mít pod kontrolou zkušený klinický či školský logoped. Při jejich neodborném používání hrozí nebezpečí neúspěchu a následně fixování názorů o neúspěšnosti či velké náročnosti v odstraňování artikulačních poruch.

Terapeutické strategie mohou být v obecném měřítku děleny do čtyř přístupů, které vycházejí z definice NKS od Lechty (1990), s apelem na interferenci jazykové roviny na komunikační záměr klienta. Gúthová, Šebiánová (2005) dělí terapeutické strategie následujícím způsobem:

- fonetické (klasické, artikulační, tradiční, senzomotorické) – zaměření na fonetickou jazykovou rovinu;
- fonologické (moderní kognitivně-lingvistické) – zacílení terapie zejména na fonologickou rovinu;
- foneticko-fonologické – zaměření terapie na celou foneticko-fonologickou jazykovou rovinu;
- komplexní přístup – terapie je zacílena na všechny jazykové roviny.

8.1 Fonetický terapeutický přístup

Pokud se zamyslíme nad terapií dyslálie u dospělých, nejběžnějším řešením bude první zmíněná strategie. Fonetický artikulační model je v zahraničí označovaný termínem sound-by-sound therapy (Gúthová, Šebiánová, 2005). Bowen (in ibid.) ho vymezuje jako řadu terapeutických přístupů zaměřujících se na motorický aspekt tvorby řeči se sluchovými diferenciačními cvičeními nebo bez nich. Logoped vede nejprve klienta sérií kroků pečlivě

seřazených podle obtížnosti a poté se pozornost přesouvá na sebemonitorování. Mohli bychom říci, že klient má v tomto přístupu spíše pasivní roli, zpracování zvukového systému a aktivní pozorování není speciálně posilováno. Tento přístup je orientován spíše na samotnou terapii než na komunikaci obecně; klient se učí to, co pro něj připravil logoped (in *ibid.*).

Vyštejn (1991) poukazuje na to, že při terapii dyslálie nejde jen o nápravu hlásek, proto nedoporučuje používat termín náprava výslovnosti. Dle autora jde o proces tvoření nových hlásek, které lze vyjádřit schématem: 1) *vyvozování nového zvuku* → 2) *identifikace nového zvuku s příslušnou hláskou* → 3) *fixace nově vytvořené hlásky a její automatizace* → 4) *spontánní používání hlásky* (in *ibid.*, s. 60). Můžeme se však setkat s termíny jako odstraňování dyslálie (Lechta, 1990; Krahulcová, 2013), výuka hlásky (Vyštejn, 1991), reedukace výslovnosti (Salomonová, 2003), úprava vadné artikulace (in *ibid.*) či úprava výslovnosti (Mlčáková, 2013).

Salomonová (2007) specifikuje reedukaci výslovnosti jako proces učení, který má tři etapy, jedná se nejprve o fázi přípravnou a vyvozovací, dále fázi upevňovací a poté fázi závěrečnou neboli automatizační. Odlišné etapové rozdělení popisuje Krahulcová (2013), která zmiňuje celkem 5 etap. Jedná se o přípravná cvičení, identifikaci hlásky, vyvození hlásky, fixaci nového mluvního stereotypu a nakonec automatizaci správné výslovnosti. Kováčsová (in Lechta, 1990) dělí průběh úpravy výslovnosti do čtyř základních etap. S tímto dělením se setkáme asi nejčastěji, jedná se o fázi přípravných cvičení, vyvozování, fixace a automatizace, které přiblížíme v dalších podkapitolách.

8.1.1 Přípravná cvičení

V rámci přípravných cvičení se snažíme rozvíjet motoriku orofaciální oblasti, a to zejména motoriku mluvních orgánů. Při nácviku jde o jistý návrat k primárním funkcím, které jsou spojeny s dýcháním a přijímáním potravy. Tyto funkce jsou stimulovány a rozvíjeny v rámci artikulace a budoucí terapie (Gúthová, Šebiánová, 2005). Rozlišují se obvykle pasivní cvičení a aktivní cvičení. Pasivní cvičení nachází své uplatnění u osob, kde dominuje dyspraxie mluvních orgánů. Jedná se obvykle o masáže mluvních orgánů. Pomocí jednoduchých krouživých pohybů můžeme posilovat a aktivizovat příslušné svalstvo (Lechta in *ibid.*). Aktivní cvičení jsou zaměřena dle aktuálních schopností klienta na motoriku rtů, jazyka, měkkého patra a velofaryngálního uzávěru. Snažíme se, aby nastalo maximální přiblížení se k artikulačnímu pohybu dané hlásky. Kupříkladu ke správné výslovnosti hlásek T, D, N, L a R je zapotřebí, aby klient uměl dostatečně zdvihnout jazyk k alveolám horních

zubů, nacvičujeme tedy pohyb jazyka k horním a dolním alveolám s graduálním zvětšováním čelistního úhlu (Lechta, 1990). Dále můžeme zařadit fonační cvičení a úpravu svalové nevyváženosti rtů a jazyka, například skrze prvky myofunkční terapie, konkrétně pomocí izotonických a izometrických cviků podle Kittel (Mlčáková, 2013). V současnosti je „*velkým přínosem myofunkční terapie, která cíleně a komplexně pomocí speciálního procvičování mluvidel odstraňuje symptomy orofaciální dystonie a dysfunkce*“ (Salomonová, 2007, s. 338). Pod pojmem myofunkční porucha si můžeme představit zejména nesprávné polykání, které postihuje děti i dospělé, přičemž jazyk tlačí na zuby anebo je vysouván mezi zuby. Tento nesprávný pohyb komplikuje situaci ortodontistům i logopedům, zejména při ortodontické léčbě a eliminaci interdentalního, addentálního a laterálního sigmatismu (Gúthová, Šebiánová, 2005). Známa je například Clausnitzerova studie, která ukázala, že asi 50 % dětí, které mají jisté odchylky v polykání, má rovněž artikulační obtíže a nesprávně vyslovují nejen sykavky, ale i souhlásky T, D, N a L (Kittel, 1999). Je tedy na místě posuzovat nejen velikost jazyka, ale i jeho další charakteristiky a funkce. Tlak jazyka a vzduchového proudu při nesprávné artikulaci, nekorektní polykání a nesprávné dýchání nemají zanedbatelný vliv (Papcová in Gúthová, Šebiánová, 2005).

Dílčím prvkem při přípravných cvičení je mnohdy nácvik a rozvíjení fonematické diferenciacce. Fonematický vývoj se určuje stavem dvou základních funkcí. První z nich je fonematické vnímání, které se formuje v raných etapách výstavby dětské řeči, a druhou je fonematická analýza, která končí při výuce čtení a psaní (Styczeková in Gúthová, Šebiánová, 2005). ze zahraničních programů můžeme zmínit *Lindamood Phoneme Sequencing*, které se zaměřuje na orálně-motorické procesy probíhající při artikulaci a *Open Court Reading*, které zahrnuje herní aktivity zaměřené na fonematické uvědomování (Gúthová, Šebiánová, 2005).

8.1.2 Vyvozování hlásky

Druhá etapa, tedy vyvozování hlásek, může probíhat pomocí několika různorodých metod, které se v praxi obvykle kombinují dle aktuální potřeby. Vždy by však mělo být snahou logopeda vyvodit hlásku co nejpřirozeněji, tedy pomocí substituční hlásky, a pokusit se vyhnout použití špátlí či jiných mechanických pomůcek (Mlčáková, 2013).

V odborné literatuře jsou obvykle metody vyvozování diferencovány do dvou hlavních skupin, jedná se o metody nepřímé a přímé (Lechta, 1990; Mlčáková, 2013). První kategorií jsou nepřímé metody, kdy hlásku vyvozujeme pomocí nápodoby zvuků dopravních prostředků, hlasů zvířat a jiných onomatopoických zvuků. Základem jsou přírodní zvuky nebo

cíleně vytvořené zvuky, které mají evokovat danou hlásku (Krahulcová, 2013; Mlčáková, 2013). Pokud se jedná o dyslálii u dospělých osob, která má podobu distorze, nepřímé metody nebudou mít dle našeho názoru potřebný efekt. Toto tvrzení najdeme i u Lechty (1990), který nepřímé metody vnímá jako hravou formu práce, ale uplatnitelnou pouze u menších dětí. Co se týče případů, kdy chybná výslovnost dlouhodobě přetrvává, dále u starších dětí a také dospělých osob zmiňuje, že je nutné již použít metody přímé.

Přímé artikulační metody v sobě zahrnují substituční a mechanické metody. Pomocí substituční metody vyvozujeme hlásku z jiné hlásky, která je podobná místem nebo mechanismem svého tvoření. Metoda je doporučována v případech, kdy existuje patologický mechanismus artikulace a nepředpokládá se jeho potenciální korekce nebo zcela nové vyvození artikulačního vzorce. Substituční hlásky jsou obvykle zvukově vzdálené, ale artikulačně blízké (Krahulcová, 2013). Co se týče mechanických metod, do této kategorie spadají rozličné pomůcky, které užíváme k polohování mluvidel nebo rozkmitání jazyka. Nejčastěji se jedná o dřevěné špátle a válečky, logopedické sondy či rotavibrátory (Krahulcová, 2013; Mlčáková, 2013).

Krahulcová (2013) oproti tomu diferencuje vyvozovací metody do celkem šesti různých směrů. Kromě zmíněných čtyř postupů, zmiňuje metodu vyvozování z globálních mluvních celků a také vyvozování prostřednictvím proprioceptivního, sluchového a zrakového napodobování.

Z důvodů jednoduššího nácviku se mnohdy využívá multisenzoriální přístup, jedná se o využití zraku, chuti a hmatu (Kutálková in Gúthová, Šebiánová, 2005). Využití zraku a logopedického zrcadla je nesporné. Co se týče hmatu, požadovaného místa v ústní dutině se můžeme dotknout nejprve prstem či dřevěnou špátlí. Poslední zmíněná smyslová modalita nachází své uplatnění zejména u dětských pacientů, ale je na zvážení každého logopeda, zda tento přístup zvolí i u dospělých. Jedná se o postup, kdy nalezení konkrétního místa facilitujeme natřením sladké hmoty na potřebnou oblast v ústech klienta. V praxi se může jednat o med, povidla, nutellu či jinou látku podobné konzistence. Všechny zmíněné prvky mají dopomoci k tomu, aby byl pohyb spjat s větším množstvím informací a klient si ho tak snadněji zapamatoval a zafixoval (in ibid.).

8.1.3 *Fixace a automatizace hlásky*

Fixace, tedy upevnění artikulačního stereotypu dané hlásky, vzniká častým a korektním opakováním. Optimální je realizovat nácvik každodenně, a to několikrát za den v rozsahu 2–3

minut (Vyštejn, 1991). Proprioceptivní vzorce, tedy vzorce výslovnosti vytvářené svalovým orgánem se fixují do jednoho komplexu ve spojení s akustickými vzorci. Při fixaci jde o nácvik spojení vyvozené hlásky s jinými hláskami v rozmanitých spojení, obvykle nejprve ve slabikách (Gúthová, Šebiánová, 2005). Fáze fixace v sobě zahrnuje upevnění nové artikulační dovednosti v optimálním hláskovém spojení a poté vytvoření náležitého artikulačního stereotypu. Nejprve zapojíme zvuk například do dvou až třech slov, kde se artikulace daří, zbytečně nespěcháme a až poté přidáváme další slova či celé soubory slov (Krahulcová, 2013; Mlčáková, 2013). Je třeba myslet na to, aby mechanický charakter těchto cvičení neodradil klienta od další logopedické terapie (Lechta, 1990). Vhodným motivačním prostředkem může být diktafon. Své uplatnění nachází u klientů, kde se nedaří danou hlásku upevnit a také u dospělých klientů, kteří si na novou hlásku teprve zvykají, někdy jim připadá nepřirozená či se ji zdráhají používat (Jirutková in Gúthová, Šebiánová, 2005). Autorka však nedoporučuje užívat diktafon při vyvozování nového fonému či v počáteční fázi nácviku, ale až v etapě fixace a automatizace, kdy diktafon zaměří klientovu pozornost na mluvený projev.

Automatizace slov je finální a vrcholná fáze, při které klient posiluje a automatizuje artikulační stereotypy při spontánní mluvě. Výsledkem by měla být etapa, kdy klient již nacvičenou hlásku nemusí vytvářet vědomě, jedná se tedy o nácvik k automatické realizaci dané hlásky (Vyštejn, 1991; Krahulcová, 2013). Výsledkem tohoto procesu je stav, kdy *„reprodukce nacvičené hlásky probíhá zcela samovolně – správný foném se stává na základě přenosu (analogizace) integrální součástí zvukové struktury aktivního slovníku...“* (Vyštejn, 1991, s. 62). Začínat bychom měli jednoduchým opakováním, např. reprodukcí slov pomocí zraku a sluchu, s využitím zrcadla a mluvního vzoru logopeda. Pokračovat můžeme pojmenováním obrázků či předmětů, čtením a také reprodukcí krátkých básní a citátů. Celý proces ukončujeme nácvikem správné výslovnosti v dialogu a poté i monologu (Lechta, 1990). Vzhledem k tomu, že jednotlivé hlásky jsou ovlivňovány sousedstvím okolních hlásek a konkrétní pozicí ve slově, etapa automatizace znamená dlouhotrvající proces. Měli bychom volit nenápadné, nenásilné a výrazně motivující formy cvičení, abychom dosáhli potřebného výsledku (Gúthová, Šebiánová, 2005).

Je důležité mít na paměti, že zvládnutí správné výslovnosti jednotlivých hlásek ještě automaticky neznamená jejich spontánní užívání v každodenním komunikačním procesu (Gúthová, Šebiánová 2005). Mikeska (in ibid., s. 181) zmiňuje názor *„že není uměním novou hlásku vyvodit – vytvořit, ale že uměním je, aby se z nově vytvořené hlásky postupným upevňováním její správné výslovnosti od jednodušších postupně ke složitějším spojeníům vypěstoval dynamický stereotyp pro správné automatizování výslovnosti v běžné konverzační*

řeči“.

Udává se, že zabudování jedné hlásky do mluvního projevu dítěte trvá přibližně tři měsíce (Klenková, 2006). Konkrétní údaje o délce terapie u dospělých osob nemáme k dispozici, nicméně Salomonová (2007) uvádí, že reedukace hlásek u dospělých je časově náročná, protože se většinou odráží z profesní potřeby. Reedukační postupy musí být dle autorky prováděny komplexně a cíleně, aby byl efekt brzký a kvalitní. Vědomou spoluprací s klientem zlepšíme tím, pokud ho vždy seznámíme s navrhovanými postupy, metodami a také objektivní prognózou (in ibid.). Gúthová, Šebiánová (2005) také přiznávají, že automatizace hlásky může trvat i více měsíců a jsou známy i případy, kdy dítě a jeho rodiče, dospělý klient, popřípadě i logoped na terapii po jisté době rezignoval.

8.2 Další terapeutické přístupy

Do této kategorie, jak již bylo na začátku kapitoly naznačeno, můžeme zařadit fonologický terapeutický přístup, foneticko-fonologický přístup a také přístup komplexní (Gúthová, Šebiánová, 2005).

Fonologický terapeutický přístup se v praxi využívá zejména u dětí a své místo zde nachází fonologie a fonologická analýza. Cílem fonologické terapie je *„facilitovat zlepšení schopnosti dítěte komunikovat dosažením potřebných změn v jeho artikulačních vzorech“* (Gúthová, Šebiánová, 2005, s. 184). Terapie je založena na systematických základech fonologie a je charakterizována spíše konceptuálními než motorickými aktivitami. Finálním cílem celé terapie je generalizace (Bowen in Gúthová, Šebiánová, 2005). Záměrem je tedy ovlivnění kognitivní reorganizace a ne pouhý artikulační trénink. Zatímco tradiční terapie je artikulačním přístupem, fonologická terapie je zaměřena kognitivně-lingvistickým směrem a orientuje se spíše komunikačním než vývojovým způsobem (Gúthová, Šebiánová, 2005). Pro základní orientaci předkládáme několik fonologických metod, které vznikaly na konci minulého století v zahraničí. Jedná se o metodu tzv. minimálních kontrastů, cyklický fonologický trénink, lingvistický přístup Metaphon a dále terapeutický model PACT (*Parents and children together*) (Franke in Gúthová, Šebiánová, 2005).

Foneticko-fonologický přístup si klade za cíl efektivně a vhodně kombinovat oba zmíněné směry. Cíl práce je společný – překonat komunikační bariéry, a tedy zmírnit a eliminovat různorodé projevy NKS. Je zřejmé, že tradiční terapie bude vhodnější u klientů s artikulačními deficity a naopak fonologickou terapii budeme indikovat u osob s fonologickými deficity. Podstatné je však zmínit roli logopeda a jeho flexibilitu

a individuální přístup ke každému klientovi, který zaručí správně zvolenou terapeutickou metodu (Gúthová, Šebiánová, 2005).

V komplexním terapeutickém přístupu se prolínají dva cíle, jedná se o cíl hlavní a vedlejší. Tím prvotním zaměřením je včasná stimulace a terapie foneticko-fonologické jazykové roviny. Vedlejším cílem je současný rozvoj ostatních jazykových rovin a také prevence rozmanitých sociálních obtíží, které sebou dyslálie přináší, pokud se začne s terapií později než je adekvátní, tedy třeba až na počátku školní docházky (in ibid.).

8.3 Zásady při úpravě výslovnosti

V rámci úpravy výslovnosti, tedy všech zmíněných etap se snažíme dodržovat čtyři hlavní zásady, které jsou v odborné literatuře připisovány Seemanovi (1955):

- Zásada krátkodobého cvičení

Mlčáková (2013) konkretizuje tuto zásadu a zmiňuje každodenní procvičování 20–30krát po dobu dvou až tří minut. Stejný názor najdeme i u Vyštejna (1991). Vzhledem k celkové vyčerpávajícímu klientů však může být realita zcela jiná a někdy tedy dochází k časové modifikaci zmíněné zásady. Salomonová (2007) připomíná, situaci u mladších dětí, kde je schopnost udržet pozornost na nižší úrovni. Doporučuje proto obvykle cvičit 3–4 minuty s intenzivním zrakovým a sluchovým vzorem a využívat dostupné pomůcky jako je zrcadlo, indikátor, počítačový vzor či kresbu. Cvičení je důležité pak dále opakovat v časových intervalech a rozvíjet po jednotlivých krocích.

- Zásada užívání sluchové kontroly

Vývozování a fixace nové hlásky u dětí výrazně souvisí s výcvikem fonemického sluchu. Ve většině případů si dítě svou vadu neuvědomuje, není schopné ji sluchem diferencovat. U dospělé populace dochází již ke správnému sluchovému rozlišení. V nynější době můžeme hovořit o postupném snižování preciznosti sluchové diferenciace vlivem několika faktorů. Základním problémem je působení hlasitých zvuků z televize, počítače či okolního prostředí již od velmi útlého věku dětí. Posilování vývoje fonemického sluchu by tedy mělo být běžnou součástí výchovy dítěte, nejen v rodině, ale i v mateřských školách. Výhrou logopeda i klienta je okamžik, kdy se klient při cvičení sám opraví, sám pozná, že hlásku nevyslovil správným způsobem (Peutelschmiedová, 2005; Salomonová, 2007).

- Zásada užívání substituční pomocné hlásky

Tato zásada je v mnohých případech podceňována a nahrazována základním postavením mluvidel a nápodobou. Užití substituční hlásky znamená, že při vyvození nové hlásky vycházíme z hlásky artikulačně blízké. Uplatněním substituční metody zefektivňujeme průběh nápravy a klientovi usnadňujeme tvoření náležitého artikulačního postavení s přesným zněním hlásky. Nejznámějším příkladem je konsonant T, který využíváme při vyvození hlásky R a také u vyvozování ostrých sykavek. K metodě nápodobou bychom se měli uchýlovat pouze v případech, kdy nelze postupovat jinak. Osvojení si substitučních metod je základem úspěchu nápravy hlásek, vede k vytváření nového sluchového a artikulačního vzoru a k vyhasínání chybných návyků (in ibid.).

- Zásada minimální akce

Při terapii dyslálie se všechny pohyby zúčastňující se artikulace snažíme provádět lehce, šeptem a také s minimálním úsilím (Mlčáková, 2013). V praxi se totiž můžeme setkat s případy, kdy klienti mají snahu tvořit požadované hlásky ve cvičných slovech přehnaně výrazně a hlasitě. Vzhledem k těmto okolnostem pak nevnímají jejich znění a tvoření, proto bychom měli raději trénovat tiše a s minimální artikulační silou. Toto pravidlo platí obzvlášť u hlásek vyvozovaných substituční metodou (například t-d-áva), kdy substituční hláska D je jen navozováním podstaty kmitu (Salomonová, 2007).

Součástí logopedické práce jsou také další zásady, které jsou stále platnými doporučeními při intervenci dyslálie. Jedná se například o zásadu názornosti, plánovitosti, vývojovosti a individuálního přístupu (Lechta, 1990; Salomonová, 2007).

Zásadu názornosti můžeme v praxi implikovat do logopedické péče zejména multisenzoriálním přístupem, kdy u klienta zapojíme sluch, zrak, hmat a také vnímání změny pohybu. Zároveň vždy poskytujeme přesné informace o sluchovém vjemu a artikulačním postavení (Salomonová, 2007). O zásadě plánovitosti hovoří Lechta (1990) a zmiňuje její specifické postavení u klientů, kteří mají narušenu výslovnost více hlásek. Logoped musí stanovit plán postupu a pořadí hlásek, upřednostníme nácvik tzv. lehčích hlásek, a to z motivačních důvodů, a také z důvodu rychlejšího zlepšení celkové srozumitelnosti řečového projevu (in ibid.). Respektování zásady vývojovosti je velmi důležité a při její neznalosti můžeme chybně stanovit postup úpravy a volbu metod obzvlášť u dětské populace. Brzké usměrnění artikulace hlásek totiž zmenšuje riziko tvorby nesprávných artikulačních stereotypů. Je dobré mít na paměti, že vývojová řada hlásek je odrazem vývoje centrální

nervové soustavy a myelinizace nervových drah, které prodělávají v průběhu prvních sedmi let věku dítěte obrovské změny. Tyto procesy pak umožňují dítěti osvojovat si stále náročnější hlásky (Salomonová, 2007). Co se týče zásady individuálního přístupu, je podstatné si uvědomit, že realizace řeči je podmíněna dynamickým vývojem mozku, jeho funkcí a struktur, které se v základních rysech dokončují až při dospívání. Korekce u starších jedinců je tedy těžší a časově náročnější, protože se jedná o přetváření pevných artikulačních stereotypů (Nádvorníková, 2003). Stěžejní bod této zásady vidíme v osobitém a individuálním přístupu ke klientovi dle jeho dosažených schopností. Metody a přístupy tedy vždy podřizujeme věku klienta, jeho specifickým povahovým charakteristikám a konkrétnímu typu narušení (Salomonová, 2007; Krahulcová, 2013).

8.4 Úprava hlásky R

Vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, kde byl zvolen jako nejčastější typ distorze u dospělých osob právě rotacismus, se budeme v rámci terapie dále zabývat zejména tímto subtypem. Není totiž v kapacitních možnostech této práce nastínit vyvozování všech dalších typů distorzí u dospělých.

V rámci rotacismu se nám otevře velké spektrum možností, jakým způsobem může být hláska R vadně tvořena a poté také upravována. Dříve než se zaměříme na oblast terapie vadné výslovnosti hlásky R, je důležité zmínit základní charakteristiky této hlásky, a to z fonetického hlediska, akustického hlediska a také z hlediska správného tvoření. Zmíněné údaje jsou dle našeho názoru nutným předpokladem pro správnou diagnostiku a terapii případného rotacismu.

Úprava hlásky R se řídí dle obdobných etap, které jsme nastínili v rámci podkapitoly Fonetický terapeutický přístup. V rámci následujících řádků se zaměříme zejména na oblast přípravných cvičení a poté rozličných způsobů vyvozování hlásky R.

8.4.1 Charakteristika hlásky R

Konsonant R je hláska konstriktivní, vibrantní, prealveolární, znělá a nepárová, což znamená, že s žádnou další hláskou nevytváří dvojici lišící se znělostí. V rozličných světových jazycích se vyskytují různé výslovnostní varianty R, které se v daném jazyce nepokládají za patologickou artikulaci. V našem českém jazyce je normou přední, tedy alveolární R (Krahulcová, 2013).

Konsonant R je frikativa, vibranta 2. artikulačního okrsku, která je ústně rezonovaná

a její optická opora je velmi dobrá. Specifický artikulační mechanismus této hlásky je založen na vzniku několika pohybů (ne na jednom, jako je tomu u ostatních hlásek), které se omezují pouze na hrot jazyka uvedeného do pohybu, vlivem tlaku artikulačního výdechového proudu dochází k jeho rozkmitání (Krahulcová, 2013). Při artikulaci této hlásky se úžina tvořená hrotem jazyka periodicky zužuje a poté zase rozšiřuje. Jazyk se tiskne svými bočními okraji k patrové klenbě a jeho hrot vlivem vzdušného proudu kmitá, což v praxi znamená, že se přibližuje a poté oddaluje od patra (in ibid.). Co se týče dalších charakteristik, měkké patro uzavírá vstup do nosní dutiny, nevzniká tedy nazální zabarvení hlásky, rty se artikulace přímo neúčastní a jsou od sebe mírně vzdáleny, čelisti jsou od sebe oddáleny, přičemž spodní čelist je nepředsunutá a spuštěná mírně dolů (Pokorná, Vránová, 2007). Akustickou podobu hlásky bychom mohli popsat jako „*temné hrčení, které vzniká tím, že se znění hrtanového hlasu přerušuje opakovanými útlumy, způsobenými kmitáním hrotu jazyka*“ (Krahulcová, 2013, s. 230). V rámci nepřízvučné slabiky, která není zvýraznění silou hlasu, se vyskytují 1–2 kmity, při přízvučné slabice, kde je přítomno zvýraznění hlasu, dochází k 3–4 kmitům při realizaci hlásky R (Pokorná, Vránová, 2007).

Dle Seemana (1955) je konsonant R jednou z nejnáročnějších hlásek vůbec a doba jejího vyvození u slyšících dětí trvá zhruba dva až čtyři měsíce. Údaje o délce úpravy hlásky u dospělých nemáme k dispozici. Vyštejn (1991) tvrdí, že pro svoji artikulační náročnost patří R mezi hlásky, jejichž osvojení trvá nejdéle a také mezi hlásky, které mají největší frekvenci vadného tvoření. „*Naučit se ji správně vyslovovat v případě, že je postižena patlavostí, nebývá často jednoduchá záležitost*“ (in ibid., s. 121). Nácvik správné výslovnosti u této hlásky závisí do značné míry na tom, o jaký konkrétní druh rotacismu se jedná (viz kapitola *Symptomatologie dyslálie*). Všeobecně se považuje za nejhůře odstranitelný velární a uvulární rotacismus, zejména je-li již zafixován (in ibid.).

V následujících řádcích bychom se chtěli podrobněji zaměřit na možnosti terapie rotacismu u dospělých osob. Postupně zmíníme nutnost přípravných předartikulačních cvičení a poté jednotlivé metody vyvozování, které mají při nápravě své nezastupitelné místo.

8.4.2 Přípravná předartikulační cvičení

Artikulační mechanismus hlásky R vyžaduje specifické anatomicko-fyziologické předpoklady. Nejpodstatnější z nich je postavení a napětí jazyka, které umožňuje kmitání jeho hrotu. Regulace svalového tonu musí být taková, aby hrot jazyka na malý okamžik utvořil překážku proudu vzduchu a ihned poté se uvolnil, aby mohl být proudem vzduchu opět

rozkmitán (Vyštejn, 1991).

Před započítím samotného nácviku musíme obzvlášť pečlivě zhodnotit stav mluvidel, nejen po stránce anatomické, ale i fyziologické. Sledovat bychom měli zejména motorickou schopnost jazyka a konkrétně kompetenci nenásilně zaujmout polohu potřebnou k vytvoření hlásky R. Kritériem této schopnosti je místo a způsob artikulace hlásek T, D, N a L. Je zajímavé, že mnohdy je artikulační poloha zmíněných hlásek změněná, ačkoli se výsledný akustický dojem nijak podstatně neliší od dojmu při správně tvořené hlásce (in ibid.).

Jistým opěrným bodem pro hmatovou kontrolu hlásky je oblast pod bradou, která velmi dobře odráží vibraci apexu jazyka. Po dobu celé terapie, tedy během absolvování všech etap, je přínosné si pokaždé kontrolovat místo artikulace a vibrace. Často se totiž stává, že se artikulační místo posouvá směrem dozadu až na čípek (Krahulcová, 2013).

U hlásky R je nutné věnovat přípravným cvičením velkou pozornost. Je dobré nejprve jazyk rozcvičit, například pomocí elevace jazyka za horní a poté za dolní řezáky, tvořením „houpací“ sítě z jazyka či přisáváním jazyka na patro a následné povolení, při kterém se ozve tzv. mlasknutí. Zajímavým prvkem může být i přisávání jazyka, na kterém jsou položeny drobné gumové kroužky, tento nácvik aplikujeme nejen s otevřenými ústy, ale i zavřenými (Kittel, 1999; Krahulcová, 2013). Po těchto cvičením přecházíme k nácviku stěžejní vibrace. Snažíme se klientovi vysvětlit podstatu vibrace hrotu jazyka pomocí síly výdechového proudu a poté ji aplikujeme před logopedickým zrcadlem. Využíváme odezírání, odhmatávání, R-indikátor, logopedické sondy či počítačový software.

U dětí si můžeme pomoci například instrukcí „brrr to je zima“, vrčením motoru auta či vysavače. Cílem je rozkmitat rty a hrot vysunutého jazyka. Klient u zrcadla napodobuje logopeda a pomocí kinestetického vnímání si uvědomuje vlastní vibraci. Postupně se snažíme zafixovat rty, aby došlo k vibraci opravdu jen hrotu jazyka (Krahulcová, 2013).

8.4.3 *Vyvozování pomocí substituční hlásky D*

Standardním a častým způsobem vyvození hlásky R je použití substituční metody díky pomocné hlásce D. Nejlépe se osvědčuje právě metoda náhradního D, protože se jedná o nejfyziologičtější, a z fonetického hlediska i nejsprávnější formu. I přesto, že je hláska R vibranta, tvoří se na obdobném místě jako okluziva D, jde tedy o jistou artikulační příbuznost obou hlásek. Signifikantním předpokladem pro zmíněnou metodu, je fakt, že dítě tvoří hlásku D na adekvátním místě a s přiměřenou znělostí. Jestliže nějaký z předpokladů není splněn, nejdříve se zaměříme na hlásky D (T, N), což dobu celkového vyvození hlásky R zřetelně

prodlouží (Vyštejn, 1991).

Neubauer (2007) popisuje využití substituční hlásky D jako dlouhodobý korekční postup, kdy se vychází z krátkých slabik typu DdN, TdN či TdA. Metoda je založena na precizní nápodobě vzoru s užitím zrychleného pohybu jazyka a oslabené, méně výrazné artikulace pomocné hlásky D. Postupně dochází k rychlému kmitu jazyka se zvukem jednokmitného R.

Při nácviku hlásky necháme dle Vyštejna (1991) klienta vyslovovat lehce, zeslabeně, co nejtišeji hlásku až šepem D, aby apex jazyka nemohl přilnout k alveolám. Poté necháme D vyslovovat rychle za sebou ddddddd a poté ve spojení s hláskou T – tdttdtdt. Další fáze zahrnuje nácvik ve vhodných slovech, kde bude klient hlásku R nahrazovat hláskou D. Ze zvuku hlásky D, nejprve pouze naznačeného, postupem času vytváříme ve vhodných slovech zvuk podobný a poté i totožný s hláskou R. Nepostupujeme čistě mechanicky, snažíme se volit slova, ve kterých se akustický dojem nejvíce přibližuje hlásce R a od těch samotný nácvik začínáme (in ibid.).

Kutálková (1999) upozorňuje na to, že na přesném provedení hlásky D bez nadměrné tenze jsou závislé i další kroky celého nácviku. Pokud klient zvládá vyslovit třikrát rytmicky skupinu Td, kde T má plnou kvalitu a D je naopak zřetelně oslabeno, je třeba návyk důkladně fixovat. Hlásku D poté zapojíme do dalších skupin (trá, trů, krá, vrků), kdy je hláska D nahrazována slabým D. Každá slabika se vyslovuje vždy třikrát v rytmickém stylu, pokud se nácvik daří, zapojujeme hlásku i do vhodně zvolených slov. Zpočátku bývá nejúspěšnější kombinace konsonant T, P s vokály O, U, OU (např. *troubí, prudký*) a slova dvouslabičná (in ibid.). Seeman (in Vyštejn, 1991) také doporučuje volit slova, ve kterých se po hlásce R objevuje vokál U či diftong OU (např. *drůbky, hruška, mručí, vroubky*). Své doporučení autor odůvodnil tím, že zvuk R je hluboký, a proto ho získáme snadněji, pokud po něm následuje i hluboký vokál. Oproti tomu Liška (in ibid.) doporučuje začínat slovy, kde se vyskytuje KR nebo GR, případně i další měkkopatrový konsonant (př. *krk*). Postup autor vysvětloval tím, že k vyvození hlásky R napomáhá překvapivě větší artikulační skok, který musí jazyk absolvovat od artikulace hlásky K či G k artikulaci hlásky R, případně k artikulaci další velární hlásky.

Cvičná slova můžeme najít přehledně rozdělena ve Vyštejnově publikaci (1991, s. 125), kde jsou z didaktických důvodů diferencovány do 7 skupin. Hlásky R se zde vyskytuje:

- „ve skupině (po souhlásce) na začátku slov,
- ve skupině uvnitř a na konci slov a po souhlásce,
- uvnitř slov po samohlásce,

- *uvnitř slov mezi dvěma samohláskami,*
- *na konci slov po samohlásce,*
- *po předložce,*
- *na začátku slov.*“

Obtíže bývají často u slov, kde se R vyskytuje v iniciální pozici, i přesto, že akustický dojem v řadě jiných slov je již téměř totožný s hláskou R. Pomocť nám u zmíněných slov může vložení předložky před dané slovo, např. *k duce*, v *duce*. Postupně se snažíme zvětšovat pomlku mezi předložkou a slovem (Vyštejň, 1991).

Pokud se předešlé etapy úspěšně daří, můžeme pokračovat v dalším schématu nácviku. Jedná se o vyzkoušení rozmanitých slov s náhradním D a jejich zapojení do věty, poté věta obsahující R bez předešlé přípravy, dále věta obsahující několik slov s R a na závěr všechny další postupy, které budou efektivně sloužit k podporování sebekontroly, stále se však bude využívat pomocné hlásky D (Kutálková, 1999). Zapojit můžeme hlásku D do běžné řeči tam, kde zní přirozeně a zvukově se blíží jednokmitnému R. Pomocť nám mohou každodenní fráze typu „dobrý den“, „dobrou noc“ či „dobrou chuť“. Na místě je také použití slov, která se potom objevují v promluvě klienta během dne vícekrát (např. *prosím*, *brýle*) (in ibid.).

Dalším pomocným způsobem k vyvození R může být realizace prodloužené hlásky D. Při vířivém průniku proudu vzduchu mezi apexem jazyka a palatum durum vzniká tzv. bzučivý zvuk, jehož vibrace by měl klient vnímat na apexu jazyka. Vzniklý zvuk vhodně spojíme s hláskou N (*dddnnn*) a současně provádíme vibrační masáž spodiny ústní (Vyštejň, 1991).

Trvá-li nácvik velmi dlouho, postupuje-li klient dílčími etapami zřetelně pomalu či stagnuje-li fáze jednokmitného R přistoupíme k použití rotavibrátoru (Kutálková, 1999).

8.4.4 Vyvozování pomocí rotavibrátoru

Rotavibrátor můžeme používat pouze na pracovištích, kde lze zajistit dokonalou dezinfekci pomůcky. Klienta učíme zacházet s rotavibrátorem, abychom mohli po základním nácviku zapůjčit přístroj i na určitou dobu domů. Mnohdy je nutná jistá adaptační fáze k eliminaci zábran či reflexního stažení jazyka zpět do úst při vstupu jakékoli mechanické pomůcky do dutiny ústní (Kutálková, 1999). Pokud se bude výsledná hláska akusticky blížit spíše hlásce Ř než R, je na zvážení logopeda, zda nebude vhodnější a ekonomičtější vyvodit nejdříve hlásku Ř a z ní poté zvětšováním čelistního úhlu hlásku R (Vyštejň, 1991).

Jako základ vibrace využíváme opakované *dddd*, *tddd*, *dnnn* či foukání přes zvednutý jazyk, který je umístěn na alveolách horních řezáků (Kutálková, 1999). Pomocí obvykle malé plastové špátle, která je připevněna na vibrátor se přenáší její kmity na hrot jazyka (Vyštejn, 1991). Při současném vyslovování daných hláskových skupin se brzy ozve *rrrr*, *trrr*, *drrr*. Po vybavení vibrace trénujeme slova se slabikotvorným R; slova vybíráme podle toho, které se klientovi dařily nejlépe (*trrr* – *ní*, *drrr* – *be*). Postupem času se snažíme vibraci snížit na její běžnou délku a slova rytmičujeme (*tr* – *pí*, *dr* – *tí*). Je dobré říkat 3krát za sebou stejné slovo, což usnadňuje automatizaci nového stereotypu, poté slova vystřídáme. Poslední etapou je nácvik slabik, kdy po R následuje vokál (*trá*, *drá*), pokud se realizace slabik daří, následují i slova (*trá* – *va*, *trá* – *my*). Další samohlásky obvykle není třeba zvlášť nacvičovat (Kutálková, 1999).

Neubauer (2007) upozorňuje na to, že logoped musí zvolit vhodnou techniku pohybu ruky a snažit se o vybavení určité motorické dovednosti při rozkmitání apexu jazyka klienta. Využití elektrického rotavibrátoru tento proces zpravidla usnadňuje a zrychluje vybavení trvalého efektu, tedy realizaci hlásky R bez pomoci technické pomůcky.

8.4.5 Vyvozování pomocí špátle

Zmíněný způsob vyvozování patří spolu s využitím rotavibrátoru mezi pasivní mechanické metody. Špátli můžeme použít dvěma rozdílnými způsoby. Při prvním způsobu položíme špátli šikmo vzhůru pod jazyk na ostří dolních řezáků. Klienta požádáme, ať vyslovuje hlásku D v hláskových skupinách a slovech, současně co nejrychleji posouváme špátli vzhůru a zpátky. Vzhledem k tomu, že masáž provádíme při otevřených ústech a špátle zaujímá specifické postavení, je nutné použít skupiny hlásek, které to dovolují. Jedná se například o skupiny typu *kddd*, *gddd*, *tddd* či *dddd* (Vyštejn, 1991). „*Použitím prodloužené hlásky D dochází k interferenci kmitů hrotu jazyka vzniklých masáží jazyka a kmitů vzniklých artikulací prodloužovaného D*“ (in *ibid.*, s. 130). Při dalším způsobu necháme klienta vyslovovat prodloužené *ddd* a současně přitiskneme na spodní plochu jazyka špátli, kterou budeme následně rázněji vytahovat. Místo akustického dojmu *ddd* se poté ozve *drrrn*. Klient může tento nácvik realizovat i pomocí vlastního malíku, prostředníku či ukazováku. Vytvořený zvuk později zapojujeme do slabik a slov (in *ibid.*).

8.4.6 Vyvozování pomocí ukazováku

Při této metodě klienta požádáme, ať třikrát za sebou rytmičky vysloví *dn* a přitom

současně přejíždí vlastním ukazovákem lehce a rychle po spodině jazyka. Směr pohybu prstu volíme podle toho, který je pro klienta pohodlnější a úspěšnější, obvykle jde o pohyb zprava doleva. Při adekvátním provedení se brzy ozve místo *dn – drn*. Poté implementujeme zvuk do slov, která klient vyslovuje nejprve po dílčích slabikách (např. *drn – ká*) (Kutálková, 1999).

Zmíněná metoda vyžaduje dobrou koordinaci a schopnost diferencovat od sebe úspěšné a neúspěšné pokusy, proto se využívá až u starších dětí a dospělých. Na obdobném principu je založena i metoda se speciální drátěnou sondou, kterou se také přejíždí po spodině jazyka (in *ibid.*).

8.4.7 Vyvozování ze souhlásky Ř

Jako překvapivá varianta se může jevit forma vyvození hlásky R z hlásky Ř. Pokud však klient vyslovuje hlásku Ř adekvátním způsobem, může nám být tato schopnost nápomocná. Klienta necháme vyslovovat dlouze hlásku Ř a poté mu od sebe oddálíme čelisti asi na 1,5 cm. Je podstatné, aby klient artikuloval hlásku Ř s prodlouženými kmity, současně mu logoped rty i dolní čelist posune směrem dozadu (Krahulcová, 2013). Vzdálenost čelistí od sebe může být i nižší, např. Vyštejn (1991) uvádí pouze 1 cm. Pomocí popsaného artikulačního postupu by pak hláska Ř měla ztrácet svoji sykavost a kmity dostávají charakter prodlužované vibranty R. Vytvořený zvuk zapojujeme nejprve do slov, kde bude R ve finální pozici. Nejdříve slova realizujeme poněkud odděleně a prodlouženě, např. *pó – rrrr*, *bo – rrr*, *vo – rrr*. Dále zapojíme novou hlásku do slov, kde je R v mediální pozici (*hor – rrr – ko*, *ků – rrr – ka*), poté i v inicální pozici (*rrru – ka*, *rrrá – no*). Počet vibrací se snažíme postupně snižovat. Obtížněji se však hláska tvoří ve slovech, kde R následuje po jiném konsonantu (*tráva*, *krájí*) (in *ibid.*).

Neubauer (2007) popisuje, výdech jako usilovný, prudký a prodloužený za současné artikulace hlásky Ř, poté by mělo dojít k otevření čelistního úhlu na vzdálenost šířky prstu. Při fixaci vybaveného zvuku je vždy nutná potřebná vizuální kontrola vibrace hrotu jazyka.

Pokud to situace vyžaduje, provádíme také diferenciaci obou hlásek, přičemž využíváme jejich rozdílné artikulační mimiky. Může se kupříkladu jednat o střídání slabik *řa – ra*, *ařo – aro*, *řbu – rbu* (Vyštejn, 1991).

8.4.8 Chyby při vyvozování a korekci R

Nejfrekventovanější chybou při výslovnosti R je její přílišná tvrdost, nadměrný počet kmitů a mnohdy výrazný hrčivý akustický dojem. Zjemnění hlásky docílíme pomocí

důsledného odhmatávání, vytváření správné kinesteze hlásky a využitím příslušného logopedického softwaru (Krahulcová, 2013).

Při sevřených ústech je zvuk nadměrně sykavý a blíží se spíše hlásce Ř. Logoped tedy musí sledovat otevřený čelistní úhel a kontrolovat kvalitní dynamiku pohybu mluvidel i samotného výdechu (Neubauer, 2007). Adekvátní velikost čelistního úhlu můžeme korigovat logopedickými válečky. Pomocí fonačních cvičení se snažíme stimulovat nepřetržitě silný výdechový proud, který je nezbytný k rozkmitání apexu jazyka (Krahulcová, 2013).

Pasivními metodami se zpravidla podaří vyvodit kmity hrotu jazyka, ale výsledný akustický dojem hlásky R zní mnohdy hrubě a tvrdě. Dále mohou být přítomny potíže se zapojováním R do slov, zejména pokud za R následuje vokál. K jistému zjemnění, tedy retuši nám může dopomoci, pokud zdůrazníme předcházející či následující hlásku. Zjemnění můžeme dosáhnout také střídavě zesíleným a zeslabeným hlasem při vyslovování prodlouženého R. Tento postup bychom graficky znázornili *RRRrrrRRRrrr* či *DRRRdrrrDRRR*. V jistých případech se hrubé R podaří vyretušovat pomocí rychlého vyslovování ve slovech, kde stojí R mezi dvěma vokály. Využít můžeme slova jako *morous*, *poroučí*, *pórek* (Vyšejn, 1991).

9 Pomůcky a didaktické materiály využívané při intervenci dyslálie

V následující kapitole se zaměříme na oblast pomůcek a didaktického materiálu využívaného při intervenci dyslálie. Chtěli bychom zmínit základní, speciální i přístrojové pomůcky. Co se týče didaktického materiálu, chtěli bychom zmínit zejména publikace, které jsou využitelné při terapii dyslálie u dospělých.

Ve starší literatuře (srov. Sovák a kol., 1984; Vyštejn, 1991) se můžeme setkat s podrobnými seznamy pomůcek a dalších materiálů, které patřily k důležitému vybavení každého logopedického pracoviště. Vlivem technického pokroku a také konkrétně vlivem neustálého vývoje logopedické diagnostiky i terapie se dle našeho názoru dané pomůcky za poslední tři desítky let značně změnily a zmodernizovaly. Vitásková (2005, s. 116) jev vysvětluje tím, že *„rozvoj technické a technologické základny všech propedeutických i příbuzných disciplín proto logicky zasáhl všechny základní oblasti logopedické činnosti – prevenci, diagnostiku i intervenci“*.

Vývoj a uplatnění pomůcek i přístrojové techniky je v logopedické praxi ovlivněno několika faktory. Jedná se například o široké věkové rozpětí klientů s NKS, existenci či absenci přidruženého postižení, dosavadní zkušenost s pomůckami a přístrojovou technikou a v neposlední řadě jde také o výrazný ekonomický faktor, který může ovlivnit logopeda, ale také klienta a jeho rodinu, pokud by si chtěla daný výrobek pořídit sama domů (Vitásková, 2005).

9.1 Základní logopedické pomůcky

Sovák (1974) hovoří například o tom, že je dobré zachytit řeč dítěte na magnetofonový pásek či gramofonovou desku. Oproti tomu, pomocí tehdejšího filmového přijímacího aparátu, můžeme zaznamenat chování dítěte při řeči, souhyby i jeho celkový neklid. Autor dále jmenuje využití spirometru k měření vitální kapacity plic, vibrační přístroj pro masáž hrudníku, metronom k usnadnění rytmy a pravidelnosti artikulace, stopky k měření fonace, tepu a dechu, dále tzv. ohlušovač a jako nezbytné považuje artikulační zrcadlo (in ibid.).

Vyštejn (in Sovák a kol., 1984) doporučuje, aby mezi vybavení všeobecného pracoviště logopedické péče patřily například testy pro vyšetřování řeči, speciální texty a obrazový

materiál pro terapii řečových poruch, učebnice a slabikáře pro základní školy i školy speciální, lepoprela a další obrazový materiál, dále hračky včetně zvukových hraček, soubory her, soubory pomůcek pro vyšetřování laterality, soubor ladiček, magnetofon, víceúčelový vibrační přístroj, logopedické zrcadlo s možností vertikálního nastavení, tillotovo sluchadlo, fonendoskop, R-indikátor, hadičky z umělé hmoty, sondy (ušní drátky), kleště s kulatými čelistmi, lékařské lopatky dřevěné (špátle), gumové rukavice a dezinfekční roztok.

Pokud vyjdeme z dělení pomůcek, které inicioval Sovák a poté upravil Lechta (1990), můžeme logopedické pomůcky a přístroje diferencovat do několika skupin. Jedná se o pomůcky stimulační, motivační a didaktické, derivační, podpůrné, názorné, registrační, víceúčelové a diagnostické.

Pro oblast dyslálie jsou podstatné stimulační pomůcky, které mají podnítit k imitaci. Jde o pomůcky zaměřující se na rozvoj fonace, respirace a praxe v orofaciální oblasti. Důležitou roli hrají také motivační a didaktické pomůcky, které zahrnují obrazový materiál a cvičné texty. Absence je u této kategorie pocíťována zejména při výběru pro adolescenty a dospělé osoby. Mezi podpůrné pomůcky patří zvláště ty, které podporují nácvik orální řeči, jedná se tedy o špátle a sondy. Další skupinou jsou pomůcky názorné, které mají při terapii dyslálie své nezastupitelné místo. Jde o logopedické zrcadlo, různě citlivé indikátory, které napomáhají osobě s NKS percipovat rozdíly své mluvní produkce při artikulaci kritické skupiny hlásek. Poslední skupinou jsou pomůcky registrační, které napomáhají pořizovat audiovizuální záznam mluvní produkce klienta. Při terapii dyslálie je užíván spíše auditivní záznam, tedy například nahrávání projevu klienta pomocí diktafonu (Vitásková, 2005).

Při intervenci dyslálie v současnosti řadí i Mlčáková (2013) diktafon či kvalitní videokameru k užitečným pomůckám. Dále se jedná o vibrátory, indikátory, intonometry, monofonátory či polyfonátory, logopedické sondy, špátle k polohování jazyka, dřevěný logopedický váleček k fixování potřebného čelistního úhlu, logopedické artikulační zrcadlo a malé pomocné zrcadlo (Krahulcová, 2013). Logopedické zrcadlo neodmyslitelně patří k vybavení logopedického pracoviště a slouží k optické kontrole a napodobování konkrétní polohy a pohybů mluvidel. V praxi by hlavy logopeda a klienta měly být ve stejné výši, aby tak klient mohl lépe vnímat a srovnávat optický vzor mluvidel. Případné polohování bočních křídel zrcadla, nastavení úhlu zrcadlicí plochy nám umožní současně pozorovat mluvidla logopeda i klienta ze všech stran. Logopedická zrcadla existují v několika různých provedeních, známé je pražské, ivančické, liberecké, kremnické, bratislavské a Aschenbrenerovo zrcadlo (in ibid.). Poslední zmíněný typ je specifický kazetovým, přenosným provedením a je vhodný pro skupinovou logopedickou péči. Díky tvaru osmiúhelníku umožňuje současnou práci až

s osmi klienty, v praxi zejména dětmi (Lechta, 1990). Za zmínku stojí také Trioptophon, což je maďarská verze logopedického zrcadla. Jedná se o trojdimenzionální systém polohovacích zrcadel a donátorů; součástí komplexu je také magnetofon a magnetická tabule (Krahulcová, 2013).

V předešlém textu byly zmíněny vibrátory, indikátory, iontometry a fonátory, které bychom rádi v následujících řádcích alespoň stručně objasnili. Vibrátory se používají k vibrační masáži jazyka a ke zlepšení jeho motoriky. Své využití nachází zejména při usnadnění artikulace hlásky R, při rozkmitání hrotu jazyka, kdy hovoříme o tzv. rotavibrátorech (Vyštejn, 1991). Ke zrakové kontrole výslovnosti nám slouží tzv. indikátory, které pomocí světelné signalizace zobrazují správnou výslovnost. Klient se tak může přesvědčit o správnosti či nesprávnosti své výslovnosti v daný okamžik. Mezi nejčastější druhy patří tzv. R-indikátory a S-indikátory, tedy pomůcky používané při nácviku hlásky R a sykavek (in ibid.). Můžeme se setkat také s N-indikátorem, který se využívá zejména při eliminaci nazalizace. Své místo však nachází také při nácviku fonace a to při diferenciaci znělých a neznělých hlásek (Lechta, 1990). Další pomůckou může být iontometr, který se používá především při korekci vadné intonace a prozodických faktorů řeči. Hojně využití tedy nachází v hudební a rytmicko-pohybové výchově osob s nedoslýchavostí (Krahulcová, 2013). Fonátory bychom mohli specifikovat jako substituční přístroje umožňující převod mluvy, případně i hluku či hudby na vibrace. Jedná se tedy o akusticko-vibračně-taktilní pomůcky, které své využití nachází zejména v surdologopedické praxi. Monofonátor může být používán pouze jednou osobou, oproti tomu polyfonátor je určen pro práci se skupinou až 4 osob (in ibid.).

Vyštejn (1991) uvádí, že sondy jsou nejčastěji užívanou pomůckou při terapii dyslálie. Slouží nám k polohování jazyka a to hlavně v případech, kdy se musíme při nácviku správné výslovnosti opřít o propriocepci, tedy tzv. polohocit. Propriocepci bychom mohli vymezit jako specifickou schopnost nervového systému zaznamenat změny vznikající ve svalech a uvnitř těla, a to vlivem svalové činnosti či pohybu (Dvořák, 2007). Krahulcová (2013) specifikuje sondy jako mechanické pomůcky, které umožňují zrychlení nácviku motoriky jazyka, velikosti nezbytného čelistního úhlu a polohování jazyka zejména při sykavkách a hláskách R, Ř, L, T, D, K, G, CH a J. V současné době se můžeme setkat se sondami kroužkovými, příčnými, lopatkovými a podpurnými (in ibid.). Nejfrekventovanější je kroužková sonda, kterou si může logopedický pracovník zhotovit sám z tzv. ušních drátků, které má k dispozici každé oddělení otorinolaryngologie (Vyštejn, 1991). Je pochopitelně nutné před každým použitím sondu řádně vydezinfikovat, k čemuž v současné době můžeme

využít velké množství dezinfekčních sprejů. K polohování mluvidel se používají také zmiňované špátle, které mohou být vyrobeny ze dřeva, kovu či umělých materiálů (Krahulcová, 2013).

Další oblastí jsou speciální pomůcky, jejichž účelem jsou oromotorická cvičení pro posílení svalů jazyka, úst a tváří, usnadnění neuromuskulární koordinace a rozvoj řečové kompetence a polykání. Na trhu se v současné době objevuje velké spektrum pomůcek vyráběných zejména v zahraničí. Jedná se například o rozličné vibrační přístroje, stabilizátory čelisti, špátle určené cíleně pro dospělé, houbové špátle toothette, speciální špátle tzv. liftery, pomůcky pro elevaci a lateralizaci jazyka, masážní kartáčky, tvary k orální stereognozii, intraorální gumové kroužky či pomůcky k masáži orofaciální krajiny či myofunkční terapii (Jaworski, ©2014; Carpe Diem Bohemia ©2012).

9.2 Přístrojové a laboratorní pomůcky

Při diagnostice můžeme využít například laboratorní metody, které zahrnují speciální aparatury, například sonograf a spektograf, jejichž činnost se opírá o automatické vyhodnocování frekvencí, a to pomocí frekvenční analýzy. Tato metoda může být uplatnitelná při objektivním výzkumu rytmické struktury řeči a při studiu přízvukných a nepřízvukných slabik, jež pomáhají rozeznat segmentaci řeči (Nádvorníková, 2003). Z fonetických metod můžeme uvést chromografii, která se dělí na dvě části, jde o lingvografii a palatografii. Používá se při nich kaolinový prášek nebo práškové živočišné uhlí smíchané s vodou do málo tekuté emulze, která je neškodná (in ibid.). Dvořák (2007) popisuje lingvografii jako barvicí metodu, která na jazyku graficky zachycuje fázi kontaktu jazyka s tvrdým patrem a alveolami při artikulaci dané hlásky. Výsledkem je grafické znázornění zvané lingvogram. Co se týče palatografie, tato barvicí metoda naopak zachycuje situaci na tvrdém patře. Zobrazuje fázi kontaktu jazyka s tvrdým patrem a výsledným znázorněním je palatogram (in ibid.). Při lingvografii alveolárních a palatálních hlásek se štětcem emulze rovnoměrně natře na patro, alveoly a zadní plochy zubů, až po jejich okraj. Pokud zjišťujeme artikulaci velárních hlásek, natíráme i měkké patro. Při palatografii se naopak natírá jazyk. Výsledky, tedy stopy kontaktu, můžeme kontrolovat pomocí zrcátka a ve většině případů se také fotodokumentují (Nádvorníková, 2003). Pomocí této metody můžeme vidět a hodnotit i jemné odchylky od korektního mechanismu artikulace zkoumané hlásky. V logopedické praxi se však uvedené metody standardně nevyužívají (Klenková, 2006).

Mezi moderní přístrojové metody v oblasti diagnostiky i terapie narušené motoriky

artikulačních orgánů patří elektropalatografie a artikulografie (Vitásková, 2005). Díky elektrografii, která je někdy označována zkratkou EPG, můžeme vizuálně sledovat chování artikulačních orgánů během produkce neřečových i řečových zvuků zejména v rámci lingvopalatálního kontaktu. Konkrétně se jedná alveolární, postalveolární, palatální a velární umístění. Kontakt jazyka s patrem je signifikantní obzvláště pro adekvátní tvorbu velární okluze. Změny lokalizace kontaktu je možné kvantitativně vyhodnotit pomocí počítačové analýzy (Wood, Hardcastle in ibid.). V praxi se elektropalatografie provádí tak, že se do ústní dutiny klienta vloží umělé patro s elektrodami a pomocí výpočetní techniky se zpracovávají informace o kontaktu jazyka s patrem při produkci klienta (Dvořák, 2007). Jistou nevýhodou přístroje je, že nedokáže přímo identifikovat část jazyka, který je s patrem v kontaktu (Vitásková, 2005).

Druhým zmíněným principem je artikulografie, která v praxi značí buďto metodu elektromagnetické artikulografie (EMA) nebo tzv. 3D artikulografii (in ibid.). Artikulografie slouží zejména ke kinematickému výzkumu a diagnostice v oblasti motorické i akustické revize řeči. 3D artikulografie oproti tomu umožňuje syntézu měření tří koordinovaných rovin pohybu ve dvou úhlech. Díky tomuto postupu můžeme analyzovat digitální záznam pohybů a poloh artikulačních orgánů během produkce klienta a současně je synchronizovat s akustickým signálem. Tato metoda umožňuje monitorovat polohu rtů, hrotu a hřbetu jazyka, dolní čelisti a také měkkého patra (*3D Articulograph* in Vitásková, 2005; Jiang, Alwan, Keating in ibid.).

Specifickou oblastí je dále využití softwarového příslušenství na počítači. Známé jsou programy *Speechviewer II* nebo *Speechviewer III*. Aplikovat také můžeme dílčí prvky z programu *FONO 2* (Vitásková, 2005; Krahulcová, 2013). Počítačový systém *Speechviewer* je někdy přezdíván jako „viditelná řeč“. Jedná se o program, který podněcuje klienta k použití hlasu pomocí adekvátního obrázku či scén na obrazovce monitoru. Počítačový program *FONO 2* nabízí bohatý zvukový a vizuální materiál. Program obsahuje několik dílčích aplikací, pomocí kterých můžeme cíleně posilovat a rozvíjet konkrétní narušenou oblast. Jedná se o tzv. *rozcvičku*, *asociace*, *fonematický sluch*, *přehrávač daktilních zvuků a okénkové čtení* (Fono 2, ©2014). Při intervenci dyslálie nám může být nápomocný program *rozcvička*, který obsahuje celkem 37 cviků, pomocí kterých můžeme u klienta posílit motoriku celé orofaciální oblasti. Dále můžeme využít aplikace s názvem *asociace* a také *fonematický sluch*.

9.3 Didaktické materiály

Mezi didaktický materiál při terapii dyslálie řadíme zejména tzv. cvičná slova, která nám slouží nejprve k vyvození a poté k fixaci a automatizaci hlásky. Výběr slov by se měl ve všech případech řídit věkem klienta. Pokud to situace dovolí, dáváme přednost slovům ze zájmové oblasti klienta. V iniciačním stadiu výuky u starších dětí a dospělých můžeme využít také tzv. bezesmyslná slova, která se někdy označují jako slova umělá. Vzniklou propriocepci i akustický vjem poté s výhodou využíváme při dalším nácviku, již ve slovech smysluplných (Vyštějn, 1991).

Publikace, které se zabývají dyslálií u dospělých osob je v současnosti na trhu spíše menší množství. Je na místě zmínit názor Pokorné, Vránové (2007, s. 9): *„Ti, kteří se nakonec z profesních či jiných důvodů rozhodnou vylepšit svůj mluvený projev i po stránce artikulační, a ti, kteří jim v tomto úsilí pomáhají, mají sice k dispozici řadu příruček o umění mluveného projevu, o rétorice či komunikačních technikách, ale jen málokteré přinášejí dostatečný cvičný materiál.“*

V následujících řádcích uvádíme základní přehled dostupných publikací na českém trhu, které se zabývají dyslálií obecně a v různé míře obsahují i potřebný cvičný didaktický materiál. Publikace řadíme chronologicky od těch nejnovějších.

- Dyslalie/Patlavost (Krahulcová, 2013)

Tato publikace se nejprve širěji zaměřuje na vývoj lidské řeči a poté přistupuje k hlavnímu tématu dyslálie. Autorka se věnuje významu správné řeči, základům výslovnosti, etiologii dyslálie, diagnostice dyslálie a samotné terapii, ve které uvádí podrobný výpis postupů využívaných k úpravě vadné výslovnosti hlásky. Kladně můžeme ohodnotit podrobné informace, týkající se častých chyb při vyvozování a korekci konkrétních vokálů a konsonant. V rámci vyvozování je však za každou hláskou uvedeno pouze několik málo cvičných slov a vět, poté následující krátké básně, které jsou určeny zejména dětem.

- Přehled české výslovnosti (Pokorná, Vránová, 2007)

Zmíněná publikace obsahuje více než 900 stran a cíleně se zaměřuje na logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé. V první části se věnuje problematikým českým hláskám z hlediska výslovnosti a jejich systematickému procvičení podle logopedických postupů, druhá část rozebírá české hlásky z hlediska ortoepie a v třetí části najdeme souhrnná cvičení na fixaci hlásek. Publikaci pozitivně hodnotíme zejména s ohledem na kvantitu cvičných slov,

slovních spojení a textů primárně určených pro dospělé. Výběrem logopedických cvičení pro tuto cílovou skupinu autorky chtějí poukázat na to, že je potřeba vyvrátit mýtus o nemožnosti vylepšit artikulační návyky v dospělosti, tedy „*přesvědčit veřejnost o tom, že pod vedením logopeda lze zčásti nebo dokonce zcela odstranit chybně zafixovanou výslovnost dílčích hlásek (závisí samozřejmě na vstřícnosti a dostatečné motivaci ze strany klienta)*“ (in ibid., s. 10).

• Dyslalie – metodika reedukace (Kutálková a kol., 1999)

Dyslalie – metodika reedukace je první z řady příruček určených začínajícím pracovníkům v oboru logopedie. Zmíněná publikace přináší přehledně zpracovanou problematiku dyslálie s novou koncepcí metodiky její reedukace, zaměřenou na konkrétní ukázky a příklady singulárních metodických kroků a přístupů. Celé pojetí směřuje k tomu, aby reedukace dyslálie nebyla pro dítě nepříjemnou zátěží, ale spíše příjemnou hrou. Dílčí prvky můžeme využít i při terapii dospělých osob s dyslálií.

• Slovní patlavost: verbální dyspraxie (Dvořák, 1999)

Zmíněná publikace nám nejprve nabízí vymezení základních pojmů, jedná se o kapitoly týkající se artikulace, fonetiky, dyslálie, opožděného vývoje řeči a specificky narušeného vývoje řeči. Nápomocný nám však může být zejména bohatý soubor slov, případně i obrázkové sestavy. Soubory slov jsou rozděleny dle počtu slabik (od jednoslabičných až po pětislabičná a víceslabičná slova) a také dle výskytu konkrétních hlásek.

• Vady výslovnosti (Vyšejn, 1991)

Tato publikace je rozdělena do dvou oddílů, na část úvodní a část speciální. V první části autor pojednává o vzniku lidské řeči, vývoji dětské výslovnosti a také o základech fonetiky. V rámci druhé části se můžeme dočíst konkrétně o dyslálii se všemi jejími charakteristikami, se zřetelem na oblast diagnostiky, terapie a prevence. Najdeme zde postupy pro vyvozování jednotlivých hlásek, a co se týče didaktického materiálů, ke každé hlásce je uveden seznam slov, vět a také několik dětských říkanek.

Mezi další přínosné publikace může patřit kniha s názvem *Myofunkční terapie* (Kittel, 1999), která čtenáři nabízí množství cvičení, která lze využít k posílení svalů orofaciální oblasti. Pokud se jedná o případy, kdy je orofaciální oblast klienta oslabená, publikaci můžeme využít jako součást komplexní terapie. Druhou publikací s podobným zaměřením je

Rehabilitace orofaciální oblasti (Gangale, 2004), která se může stát v tomto ohledu také vhodným podpůrným pomocníkem při terapii.

Téma dyslálie zpracovávají samozřejmě i další odborné publikace, obvykle zaměřené na více druhů NKS. Kapitola týkající se dyslálie se tedy objevuje jako jedna z mnoha kapitol a obsahuje obvykle jen základní informace, většinou bez cvičného didaktického materiálu.

Na českém trhu dále existuje poměrně velké množství publikací, které se zabývají vývojem dětské řeči, vývojem samotné výslovnosti a případně i prevencí a terapií konkrétního narušení u dětí. Můžeme se setkat také s knihami, které jsou zaměřeny především prakticky a obsahují velké spektrum cvičných slov, vět a často také básní či říkadel. Některé z nich mají podobu obrázkových knih a mají děti aktivizovat k verbální produkci a rozvíjet slovní zásobu, jiné mají za úkol cíleně pomoci při fixaci a automatizaci správně vyvozených hlásek. Zmínit můžeme například tyto knihy: *Hravá logopedie* (2013), *Rozumíš mi?* (2013), *Brousek pro tvůj jazyček* (2009), *Jak pes logopes učil děti mluvit* (2009), *Já mám krabici cukru a krupici* (2009), *Řehoři řekni Ř* (2009), *Nauč mě mluvit* (2008), *Říkej si se mnou* (2005), *Nácvik R a Ř* (2000) či další publikace např. ze série *Logopedické pexeso a obrázkové čtení* zaměřené na konkrétní soubor hlásek.

10 Specifika u dospělých osob s narušenou komunikační schopností

Dříve než zmíníme konkrétní specifika u dospělých osob s narušenou komunikační schopností, je důležité zmínit také psychologický pohled na samotné období dospělosti. Hartl, Hartlová (2000, s. 120) dospělost definují jako „*období vrcholu zrání určité funkce nebo souboru funkcí, dělí se na biologickou, emocionální, sociální a kognitivní*“. Dospělý člověk by se měl projevovat „*samostatným myšlením a jednáním, celkovou myšlenkovou a pracovní stabilitou, reálným plánováním svého života, vytrvalostí a zodpovědností za své činy*“ (in ibid.). Při časovém vymezení dospělosti se aplikují různé periodizace. Vágnerová (2007) období dospělosti člení do třech základních etap na: mladší (20–40 let), střední (40–50 let) a starší dospělost (50–60 let). Hartl a Hartlová (2010) se přiklání k četnějšímu dělení, které rozlišuje čtyři etapy. Jedná se o ranou dospělost (23–35 let), přechod do středního věku (35–45 let), střední dospělost (45–57 let) a pokročilou dospělost (57–65 let). Jednotlivá období na sebe plynule navazují a po 65. roce hovoříme obvykle již o etapě stáří.

V následujících odstavcích bychom se chtěli zaměřit na jednotlivá zmíněná období s apelem na podobu NKS a zejména dyslálii v daném časovém období. Sovák (1974) poukazuje na to, že u žáků škol může přetrvávající patlavost omezovat nejen prospěch žáka, ale také rozvoj jeho osobnosti. Mnohdy okřikovaný či zesměšňovaný žák může ztratit apetenci k přirozenému verbálnímu projevu a aktivní řeč se pak nerozvíjí v dostatečné míře. Ovlivňovat může dyslálie také rozvoj jeho myšlení a nejvyšších kvalit osobnosti vůbec. Po charakterové stránce žáka se mohou vytvářet nežádoucí rysy, jejichž projev může být v útěku do izolace, v agresivním jednání či záludném až mstivém chování vůči spolužákům.

Období dospívání, tedy doba přechodu od dětství k rané dospělosti je značně senzitivním obdobím právě z hlediska přetrvávajících projevů poruch řečové komunikace, především u příznaků balbuties, tumultu sermonis a také projevů dyslálie. Důležitým faktorem je zvýšená zátěž organismu v psychické i fyzické oblasti, v rozvoji náročných sociálních vztahů a sekundárně tedy i možná akcelerace projevů přetrvávající poruchy (Neubauer, 2007b). Přetrvávající poruchy řečové komunikace se stávají častým předmětem intenzivní logopedické péče. Mezi hlavní důvody, proč tito jedinci s poruchou artikulace vyhledají logopedickou péči, patří například snaha o nalezení kvalitních sociálních a partnerských vztahů či zájem o vysokoškolské studium pedagogiky či herectví. Adolescenti jsou vlivem těchto důvodů motivováni k práci na odstranění stigmatizace vlastního řečového

projevu. Tato skupina osob vyžaduje zásadně jiné přístupy a metody péče než dětská klientela a to především ve smyslu rozvoje metod psychoterapeutického přístupu a také využívání motivačních technik příslušných věku adolescenta (in ibid.). Sovák (1974) poukazuje na to, že někdy nepatrná vada výslovnosti způsobí, že má student potíže s přijetím na konzervatoř či studium pedagogiky. Dle autora některé vady výslovnosti, zejména sykavek, jsou obzvláště nápadné při verbálním projevu do mikrofону, „*takový řečnický výkon působí trapně i na posluchače*“ (in ibid., s. 99). Neubauer (2007) zmiňuje také tvrzení, že není žádný důvod k tomu, aby byli herecky nadaní jedinci či zájemci o studium pedagogiky s odchylkami v artikulaci vyřazováni v přijímacím řízení na vysokou školu, jestliže mají jasnou perspektivu a program úpravy svého mluvního projevu. Autor tento názor objasňuje názorem, že „*u zdravých dospělých osob jde pouze o otázku motivace, dlouhodobého pravidelného tréninku a správného vedení odborníkem, který dokáže tento proces usměrňovat vhodnými metodami*“ (in ibid., s. 83).

Co se týče období střední a starší dospělosti, NKS zde vzniká především na bázi úrazů a traumat centrální nervové soustavy či orofaciální oblasti. Specifickou skupinou dospělých osob v produktivním věku se v posledních letech však stávají i lidé, pro které je kvalita a kultivovanost vlastního řečového projevu základem uplatnění v pracovním oboru. Nejedná se již pouze o učitele, herce a moderátory, ale také o odborníky z oblasti marketingu, služeb a managementu. Zmíněné osoby stále častěji vyhledávají pomoc klinických logopedů ve snaze o odstranění nepřesností v oblasti artikulace či tempa a plynulosti řeči. Klinický logoped v těchto případech musí vycházet ze znalosti osobnosti klienta, možností jeho dlouhodobé motivace a v neposlední řadě i z nutné schopnosti využívat kreativních individuálních postupů při terapii (Neubauer, 2007b). Autor však upozorňuje také na to, že „*v řadě případů tyto osoby odrazuje užití nevhodných metod a pomůcek, které považují za nedůstojné a infantilní, či umístění pracoviště klinické logopedie ve školní budově*“ (in ibid., s. 80).

Lechta (2013) hovoří o dospělosti jako o ontogenetickém fenoménu, který charakterizují biologická, emocionální, kognitivní a sociální specifika. Zdůrazňuje situace, kdy výsledkem vzájemného průniku těchto specifík se specifiky jednotlivých druhů NKS, mohou být různé typologické zvláštnosti tzv. problémových pacientů. Tyto mimořádnosti pak mnohdy určují a ovlivňují způsob kooperace logopedů s klienty. Dále autor doporučuje brát v úvahu tyto typologické zvláštnosti již při prvním diagnostickém kontaktu, vzhledem k predikování další diagnostické i terapeutické kooperace s klientem a také proto, že se může jednat o možný příznak dalšího onemocnění či poruchy.

Pokud si je dospělá osoba své NKS vědoma a chce zahájit logopedickou péči, může si vybrat z poměrně velkého množství logopedických pracovišť. Důležitým faktorem je svobodné rozhodnutí, zda se pro logopedickou péči dospělý člověk sám rozhodne, anebo ne. NKS se u dospělého člověka objevuje buď ve formě přetrvávajícího NKS z dětství nebo jako následek onemocnění získaného v dospělosti (Klenková, 2006; Neubauer, 2007b).

Hlavním posláním logopedické péče u dospělých osob je rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu dospělé osoby s NKS. V praxi se může jednat o úplné odstranění NKS, omezení či potlačení projevů NKS, stabilizaci projevů NKS či obnovu porušených funkcí. Mezi závažné chyby v přístupu k dospělým osobám s NKS patří přílišné využívání metod a materiálů určené pro dětskou klientelu (Neubauer, 2007b; Salomonová, 2007). Je dobré mít na paměti, že dospělý člověk nerad podstupuje větší riziko a při porovnání s dětmi potřebuje mít větší naději na úspěch (Hartl, Hartlová, 2000). Dle našeho názoru je tedy zapotřebí volit vhodné metody a formy práce a v neposlední řadě umět dospělého člověka správně a efektivně motivovat.

10.1 Vliv a možnosti motivace při intervenci dyslálie

V současné době můžeme slovo motivace slyšet velmi často. Uplatnění motivace a motivačních technik či strategií v rozmanitých oblastech osobního i profesního života se stále více diskutuje. Vznikají nové publikace o motivaci k učení a seberealizaci, o motivaci žáků a studentů při výchovně vzdělávacím procesu a také o efektivní motivaci zaměstnanců v pracovním procesu. Velmi zjednodušeně můžeme vystihnout výkon člověka rovnicí, která tvrdí, že výkon se rovná schopnostem znásobeným právě dávkou motivace (Mešková, 2012). Motivaci můžeme vnímat jako hybnou páku lidského chování, která nás nutí uspokojovat své potřeby, a to nejenom ty, které souvisí s biologii organismu, ale také s jeho pracovní a sociální existencí ve společnosti (Kleťetová, Dlabalová, 2008). „*Podkladem pro motivaci je úsilí organismu dosáhnout rovnováhy mezi sebou a prostředím takovými činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti.*“ (in ibid., s. 35). Motivaci bychom mohli dále specifikovat jako soubor pohnutek, které jedince aktivizují k určitému chování. Jedná se psychologický proces a zároveň velkou hnací silou, která vede k uspokojení nenaplněných potřeb a k dosažení osobních i organizačních cílů (Mešková, 2012). Oproti tomu Vágnerová (2004, s. 168) tvrdí, že motivace „*bývá spojena s emočním prožitkem, který slouží jako signál určité potřeby, jako prostředek hodnocení aktuálního stavu či situace a stimuluje jednání, zaměřené na její uspokojení*“. V motivaci se odráží vnitřní psychický a somatický stav

člověka, ale působí na ni i vlivy vnějšího prostředí. Lidské motivy můžeme specifikovat jako osobní příčiny určitého chování, které mu dávají smysl. Jedná se tedy o faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určený cíl a v tomto směru je udržují po jistou dobu. Motivy u člověka určují směr a zaměření aktivity (včetně jejího obsahu a průběhu určitého chování), intenzitu aktivity (míru úsilí vynaloženého na dosažení cíle) a délku trvání činnosti, kterou obvykle ukončuje saturace potřeby, která ji vyvolala (Vágnerová, 2004).

Vliv motivace na úspěšnost logopedické intervence u dospělých osob s dyslálií potvrzuje například Salomonová (2007) a Neubauer (2007, 2013). Neubauer (2007, s. 72–73) podotýká, že *„úprava artikulačních vzorů hlásek je realizovatelná i u dospělých osob, kde lze využít a posunout jejich stupeň sluchové percepce a motoriky, ovšem pouze v případě aktivní dlouhodobé motivace“*. Salomonová (2007) zastává názor, že u dospělých osob je jistá míra osobní motivace vždy nutná. Doplnuje vysvětlení tím, že pokud je motivace značně silná, kupříkladu je správná výslovnost podmínkou přijetí na vysokou školu, podmínkou úspěchu či kariérního vzestupu v zaměstnání, je úspěch téměř vždy zaručen. Jako další vnitřní motiv nápravy řeči považuje narození vlastního dítěte.

Z psychologického pohledu se v období dospělosti mění vztahové potřeby, na významu nabývá hodnota blízkého partnerského vztahu, ale i potřeba seberealizace, otevřené budoucnosti a smyslu života. Dospělý člověk se chce uplatnit ve své profesi, ale svého potvrzení může dosahovat i v rodičovské roli. Vlastní potomstvo je vnímáno jako podstatný důkaz vlastní kvality již dlouhá staletí (Vágnerová, 2004).

Pokud se na předešlé obecné motivy v dospělosti podíváme blíže a zamyslíme se, v některých případech můžeme vnímat jistou paralelu právě s motivy k nápravě vlastní řeči. Zazněla zde například potřeba pracovního uplatnění a případného kariérního vzestupu. Pokud bude tato potřeba pro člověka s dyslálií dostatečně silná, je kvůli tomu potenciálně ochoten podstoupit logopedickou terapii a věnovat ji svůj čas. Dalším zmíněným motivem byla potřeba partnerského vztahu, z ní si analogicky můžeme odvodit snahu o vlastní atraktivitu včetně co nejlepší komunikační schopnosti. Rodičovská role také patří mezi významné vnitřní motivy v dospělosti. V souvislosti s naším tématem, zde můžeme vnímat snahu o vytvoření správného mluvního vzoru v rodině. Krahulcová (2013) vysvětluje, že v otázce etiologie dyslálie kromě endogenních vlivů hraje roli i oblast exogenních vlivů včetně přiměřenosti komunikačního a podnětného prostředí, také kvalita mluvních vzorů.

Dalším výrazným motivem v dospělosti je potřeba seberealizace či sebeaktualizace. Zmíněnou potřebu nacházíme i ve světoznámé Maslowově pyramidě potřeb, kde stojí na samém vrcholu (Vágnerová, 2004). Za touto potřebou můžeme vidět například snahu

o využití vlastního potenciálu, zvolení vysněného povolání včetně absolvování studia, které v jistých případech vyžaduje komunikační schopnost bez známek narušení. Může se jednat o obory jako je herectví, pedagogika, logopedie či mediální studia.

Vyšejn (1991) považuje pozitivní emoce klienta za obecně účinný motivační podnět. Obvykle kladné emoční rozpoložení vyplývá z dobrého vztahu logopeda a klienta. Dále zmiňuje příznivé podněty z prostředí, které odpovídají věku a zájmům klienta. Klevetová, Dlabalová (2008) uvádí tři základní klíče k motivaci. Prvním z nich je touha dosáhnout vytyčeného cíle. Klient si může položit otázku, zda je jeho touha k dosažení cíle dostatečně silná a kdo je mu v jeho úsilí oporou. Druhým bodem je důvěra ve vlastní schopnosti. Třetí, také neopomenutelnou složkou, je vlastní představa dosažené změny.

Pokud připustíme, že logoped předešlým teoretickým poznatkům o motivaci a potřebám v dospělosti porozuměl, nesmíme zapomenout uvést dané informace vhodným způsobem do praxe. Otázkou tedy zůstává, jak efektivně může logoped klienta během logopedické intervence motivovat. Pomocníkem nám v tomto ohledu mohou být techniky od Meškové (2012), která je rozebírá z pohledu učitelského, tedy jak motivovat žáky pomocí efektivní komunikace. I přes důraz na důstojné a vhodné formy intervence u dospělých osob s NKS, nám tato publikace může být nápomocná. Klient se při intervenci stává v jistém ohledu žákem a logoped jeho učitelem a průvodcem.

Mešková (2012) jako první uvádí extralingvistické a paralingvistické komunikační prostředky, mezi které řadí zrakový kontakt, úsměv, kývnutí hlavou na znamení souhlasu, gestikulaci, posturiku, proxemiku a také sílu hlasu a tempo řeči. Dále autorka zdůrazňuje, že je důležité dát klientům pocítit jejich hodnotu, a to i navzdory jejich nedostatkům. Doporučuje rozvíjet jejich sebeúctu, protože člověk, který si váží sám sebe, si dokáže vážit i jiných. Pomocí technik aktivního naslouchání můžeme dát klientovi najevo, že ho skutečně vnímáme, posloucháme a akceptujeme. Mezi základní techniky aktivního naslouchání Mešková (2012) řadí:

- souhlas, akceptaci (využití verbálních i neverbálních komunikačních prostředků, udržování zrakového kontaktu, přikyvování hlavou, nasměrování těla k hovořícímu, slovní komentář typu *rozumím, chápu, poslouchám*)
- parafrázování (téměř doslovné zopakování prvotní výpovědi klienta, význam výpovědi zůstává zachován stejný)
- sumarizaci (shrnutí a zestručnění výpovědi mluvčího, původní význam je zachován)

Pokud u klienta není dostatečná vnitřní motivace, vhodným činitelem se stávají prostředky motivace vnější. Slovní hodnocení práce a aplikace odměn mají jasný motivační účinek. Jsou to tradiční pobídky a cesty vnější motivace jedince (Mešková, 2012). Pokud se zamyslíme nad konkrétní aplikací v logopedické terapii dyslálie, dle našeho názoru budou zmíněné prvky efektivní zejména při terapii u dětí, které jsou více sugestibilnější než dospělí. Přesto má pochvala (odměna) coby pozitivní forma motivace své místo i u dospělých. Využít můžeme také alternativu pochvaly, jedná se o povzbuzení, ocenění a zpětnou vazbu (in ibid.). V případě dílčího neúspěchu by náš postoj k řečovému výkonu klienta neměl mít zcela otevřený charakter. Zmíněné tvrzení platí zejména u dětí. Nicméně i u dospělých osob bychom měli mít na paměti, že komentář či hodnocení logopeda by vždy mělo mít konstruktivní a povzbudivou podobu. Povedený výkon, radost klienta a úspěch jsou hlavním motivem lidské aktivity (Vyšejna, 1991).

Motivace musí provázet logopedickou péči již od samého počátku. Dle Vyšejny (1991) by motivace neměla mít podobu náhodných zásahů. Měla by být záměrná, cílevědomá a respektující fázi psychosociálního vývoje klienta i jeho individualitu. Dle našeho názoru můžeme motivaci v logopedické péči rozčlenit do třech etap. První z nich můžeme označit jako počáteční fázi motivace. V této fázi hraje roli zejména první setkání s klientem, které blíže rozebíráme v kapitole *Diagnostika dyslálie*. Smyslem je vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru, vzbudit zájem klienta a vytvořit základy pro budoucí spolupráci. Druhou etapou je fáze průběžná, která podmiňuje jednotlivé návštěvy u logopeda. V této fázi si logoped musí položit otázku, jakým způsobem může udržet motivaci klienta na optimální úrovni. V praxi se může jednat o střídání standardních aktivit, zajímavé pomůcky, nečekané či nevšední aktivity. Ve svém důsledku se může jednat také o vliv chování logopeda, jeho gestikulace, humoru či způsobu zpětné vazby a povzbuzování. Poslední etapou motivace je fáze závěrečná, která nachází své místo před ukončením logopedické péče. Klient by měl mít na paměti, že každý konec je začátkem něčeho nového. V ideálním případě by proto kromě dobrého pocitu z úspěšných výsledků terapie, měl klient odcházet také s myšlenkou toho, že v budoucnu třeba objeví spektrum dalších oblastí, které se může pokusit s dostatečnou motivací změnit.

V závěru této kapitoly bychom chtěli uvést zastřešující názor Vyšejny (1991, s. 60), který napsal, že „*soustavná, systematická a přiměřená motivace se musí stát jedním z hlavních prostředků výuky výslovnosti*“.

11 Úvod do praktické části

Praktická část této diplomové práce se zaměřuje na dvě oblasti, které s problematikou dyslálie u dospělých osob úzce souvisí. První oblastí je výzkumné šetření, které se snaží mapovat a analyzovat současnou logopedickou péči u dospělých osob s dyslálií a vystihnout její specifika pomocí kvantitativní analýzy.

Druhou oblastí je tvorba vhodného didaktického materiálu k fixaci a automatizaci nejčastěji narušené hlásky, která se v české populaci vyskytuje, tedy vibranty R. Materiál má mít zejména ilustrativní charakter a má posloužit jako jistý námět a inspirace pro další logopedy, k případnému vlastnímu rozšíření a doplnění.

11.1 Stanovení hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů

Hlavním výzkumným cílem praktické části této diplomové práce je zmapovat a analyzovat současnou logopedickou péči u dospělých osob s dyslálií v České republice. Z hlavního cíle jsme dále vytvořili čtyři dílčí výzkumné cíle:

- Zmapovat výskyt dospělých osob s dyslálií na území ČR.
- Zmapovat, který typ dyslálie se vyskytuje u dospělých osob v české populaci nejčastěji.
- Zmapovat, jaké jsou nejčastější motivy pro vyhledání logopedické péče u dospělých osob s dyslálií.
- Zmapovat, jaké pomůcky a didaktické materiály jsou využívány při intervenci dyslálie u dospělých osob.

11.2 Stanovení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek

V návaznosti na předešlé výzkumné cíle jsme dále zkompilevali konkrétní výzkumné otázky, jednu hlavní a čtyři dílčí. Odpověď na tyto výzkumné otázky by nám měly přinést výsledky zrealizovaného dotazníkového šetření a také další poznatky z teoretické části této diplomové práce.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je současná logopedická péče u dospělých osob s dyslálií v ČR?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaký je výskyt dospělých osob s dyslálií na území ČR?
- Jaký je nejčastější typ dyslálie u dospělých osob v české populaci?
- Jaké jsou nejčastější motivy pro vyhledání logopedické péče u dospělých osob s dyslálií?
- Jaké pomůcky a didaktické materiály jsou využívány při intervenci dyslálie u dospělých?

12 Výzkumné šetření

V rámci této kapitoly budeme pojednávat o zrealizovaném výzkumném šetření. Postupně zmíníme metodologii tohoto šetření, realizaci dotazníkového šetření, konkrétní strukturu dotazníkových položek a také charakteristiku zkoumaného souboru.

12.1 Metodologie výzkumného šetření

Stěžejní náplní praktické části této diplomové práce je zmapování a analýza dat, týkající se problematiky dyslálie u dospělých osob. Výzkumné šetření bylo lokalizováno na území celé České republiky. Vybranou výzkumnou metodou se stalo dotazníkové šetření, které řadíme mezi kvantitativní formu pedagogického výzkumu.

Mezi základní znaky kvantitativního výzkumu můžeme zařadit práci s číselnými údaji, udržení si jistého odstupu od zkoumaných jevů v rámci zachování nestrannosti, snahu o vysvětlení příčin nebo změn jevů a v neposlední řadě také snahu, vybrat zkoumané osoby tak, aby co nejlépe reprezentovaly jistý populační vzorek (Gavora, 2000).

Dotazníkové šetření bychom mohli specifikovat jako frekventovanou metodu sběru dat v pedagogickém výzkumu (Chráska, 2007). Jedná se o způsob kladení otázek, které jsou dotazovaným osobám předloženy v grafické podobě a poté získávání písemných odpovědí (Gavora, 2000). Dotazník samotný je potom soubor předem připravených a pečlivě formulovaných položek, které jsou vhodně seřazeny a dotazovaná osoba neboli respondent na ně odpovídá již zmíněnou písemnou formou (Chráska, 2007).

Námi vytvořený dotazník je součástí příloh této diplomové práce (viz Příloha č. 1) a obsahuje celkem 22 položek. Jednotlivé položky můžeme diferencovat dle třech hlavních kritérií; dle cíle pro který je položka určena, dle formy požadované odpovědi a také dle obsahu, který položka dotazníku zjišťuje (in ibid.).

Dle cíle jednotlivých položek, náš dotazník obsahuje 19 položek obsahových (č. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) a 3 položky funkcionální. Funkcionální položky v našem dotazníku mají povahu kontaktních položek (č. 1, 2) a jednu položku můžeme zařadit do kategorie funkcionálně psychologických položek (č. 4).

Co se týče formy požadované odpovědi, dotazník obsahuje 19 strukturovaných (neboli uzavřených) položek a 3 položky otevřené (č. 3, 6, 8). Pokud se blíže podíváme na strukturované položky, dle názoru Chrásky (2007) je můžeme diferencovat na položky

dichotomické (č. 20, 22), polytomické (č. 1, 2, 5), polouzavřené (č. 7, 17, 18), polouzavřené a současně výčtové (č. 14, 15, 16, 21) a škálové (č. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19).

V rámci posledního dělení, tedy dle obsahu, který položka dotazníku zjišťuje, můžeme použité položky diferencovat do dvou skupin (in ibid.). První kategorií jsou položky zjišťující fakta (č. 1, 2, 3, 5, 6, 16, 18, 20, 21), dále jde o položky zjišťující mínění či postoje respondentů; ty se objevují ve zbylých případech (č. 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22).

12.2 Charakteristika souboru

Výzkumným souborem pro dotazníkové šetření se stali kliničtí logopedi. Tyto odborníky jsme vybrali zejména proto, že se profesně setkávají s problematikou dyslálie u dospělých osob asi nejčastěji. Kontaktní údaje na zmíněné logopedy jsme získali z dostupných informací adresáře logopedických pracovišť uvedených na webových stránkách *Asociace klinických logopedů ČR*.

Aktuální počet klinických logopedů uvedených v seznamu dosahoval v době distribuce daného dotazníku na hodnotu 535. Toto číslo následně odpovídalo souboru, kterému jsme dotazník distribuovali. V dotazníkovém šetření bylo zastoupeno všech 14 českých krajů. Vstupní kritéria pro zařazení do souboru byla dvě; prvním z nich byla atestace v oboru klinická logopedie a dále výkon tohoto povolání na území České republiky.

Dotazník byl rozeslán pomocí elektronické pošty a respondenti k němu měli online přístup. Distribuce dotazníku probíhala od září do listopadu roku 2013. Z celkového počtu 535 rozeslaných dotazníků bylo vyplněno 114 dotazníků. Návratnost dotazníků tedy činila 21 %.

13 Analýza výsledků

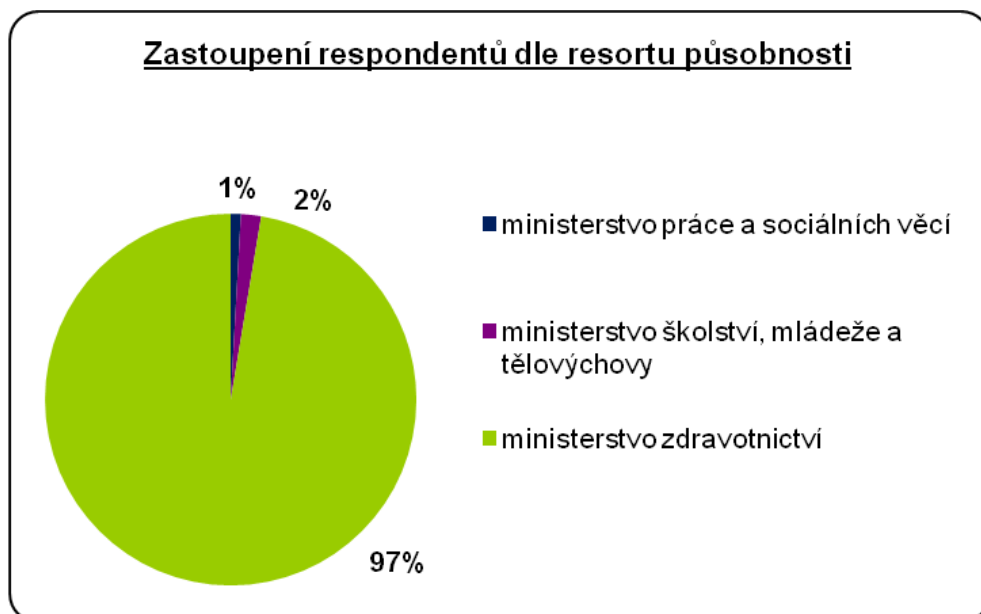
V následujících řádcích bychom chtěli prezentovat výsledky dotazníkového šetření, ke kterým jsme došli pomocí kvantitativního zhodnocení získaných dat. Dotazníkové položky jsme sloučili do jednotlivých tématických podkapitol a postupně je budeme všechny odkrývat a analyzovat.

Jak již bylo zmíněno v rámci metodologie výzkumného šetření, několik dotazníkových položek bylo polouzavřených, případně polouzavřených a současně výčtových. Pokud se jednalo o tyto položky, respondenti mohli zvolit možnost *jiné* a svou odpověď dále objasnit a vysvětlit.

Pro přehlednost jednotlivých položek předkládáme zpracování výsledků v kruhových či sloupcových diagramech. V případě dotazníkové položky č. 2 a dále všech výčtových položek, kde respondenti mohli vybrat více možností, doplňujeme diagram i přehlednou tabulkou s výchozími daty.

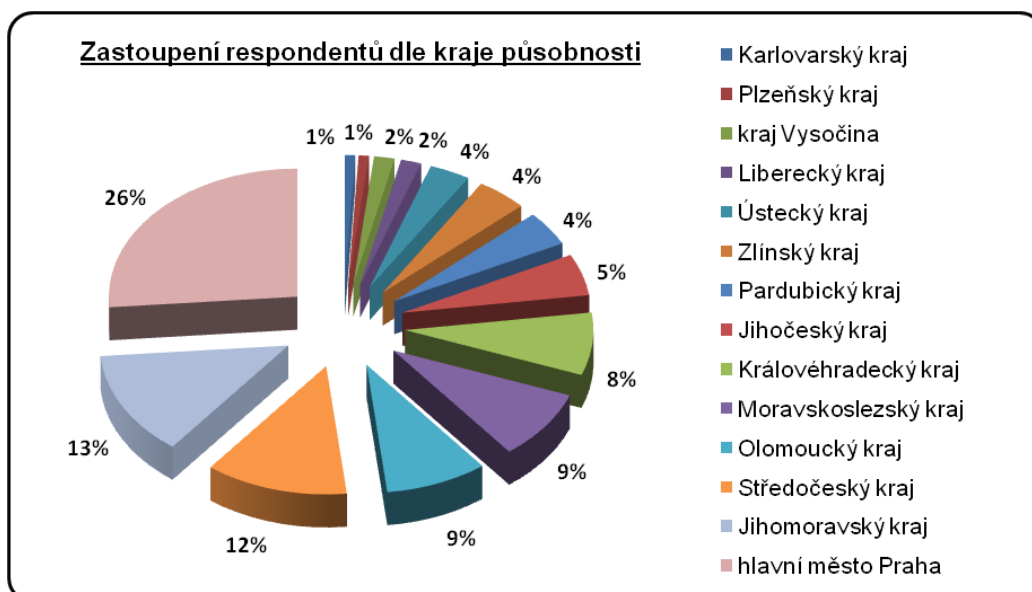
13.1 Demografické údaje souboru

V úvodu dotazníku bylo aplikováno několik položek, pomocí kterých jsme chtěli zjistit základní informace o respondentech. V grafu č. 1 můžeme vidět rozložení respondentů dle resortu působnosti. Největší zastoupení mělo ministerstvo zdravotnictví, jednalo se o 97 % respondentů. Ve 2 % se jednalo o ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a zbylé 1 % zahrnovalo respondenty pracující v resortu práce a sociálních věcí. Tento údaj potvrzuje, že většina klinických logopedů své uplatnění pochopitelně nachází v resortu zdravotnictví. V době distribuce dotazníku byla pouze 3 % respondentů zaměstnána mimo tento resort.



Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle resortu působnosti

V grafu č. 2 můžeme pozorovat zastoupení respondentů dle kraje působnosti. Největší zastoupení mělo hlavní město Praha, kde působilo 26 % respondentů, na druhé příčce byl Jihomoravský kraj s 13 % a na třetím místě kraj Středočeský s 12 %. Nejnížší zastoupení zaznamenal kraj Karlovarský a kraj Plzeňský odkud odpovídalo vždy pouze 1 % z celkového počtu respondentů. Předkládáme také tabulku č. 8, která prezentuje konkrétní počty logopedů z daného kraje, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili.

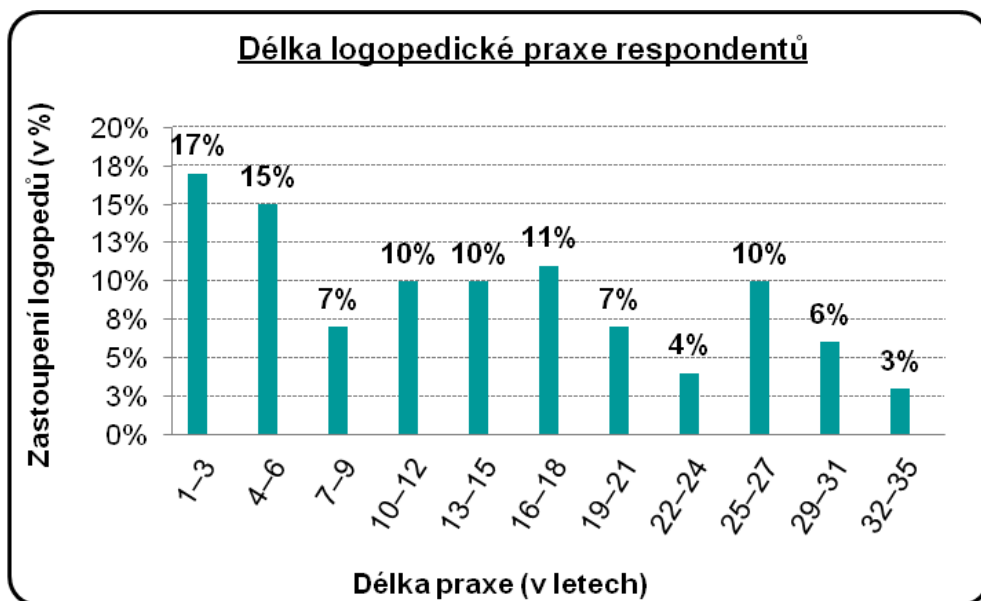


Graf č. 2: Zastoupení respondentů dle kraje působnosti

kraj	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů	kraj	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů
Karlovarský	1	1 %	Jihočeský	6	5 %
Plzeňský	1	1 %	Královéhradecký	9	8 %
Vysočina	2	2 %	Moravskoslezský	10	9 %
Liberecký	2	2 %	Olomoucký	10	9 %
Ústecký	4	4 %	Středočeský	14	12 %
Zlínský	5	4 %	Jihomoravský	15	13 %
Pardubický	5	4 %	hlavní město Praha	30	26 %

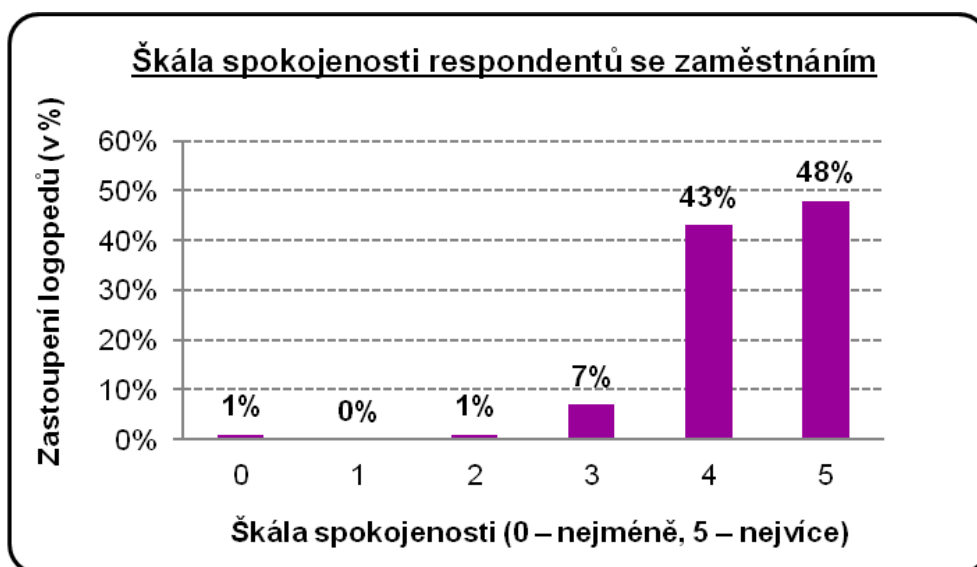
Tabulka č. 8: Zastoupení respondentů dle kraje působnosti

Dalším zajímavým ukazatelem je délka logopedické praxe respondentů. Při pohledu na graf č. 3 můžeme vidět, že nejčastější délka praxe byla 1–3 roky, kterou splňovalo 17 % logopedů a dále 4–6 let praxe, kam patřilo 15 % logopedů. Nejdelší délka praxe dosahovala 35 let a průměrná délka praxe dotázaných logopedů byla necelých 14 let.



Graf č. 3: Délka logopedické praxe respondentů

Čtvrtá položka v dotazníku měla funkcionálně psychologickou povahu a zjišťovala úroveň spokojenosti logopedů se svým zaměstnáním. Respondenti měli na šestibodové škále zaznačit, jak svou spokojenost vnímají. Výsledky uvedené v grafu č. 4 nás mohou informovat o tom, že 48 % respondentů zvolilo hodnotu 5, tedy nejvyšší spokojenost. Hodnotu 4 zvolilo 43 % dotázaných. Zbylé položky s hodnotami 0, 1, 2 a 3 vybralo celkem pouze 9 % respondentů.

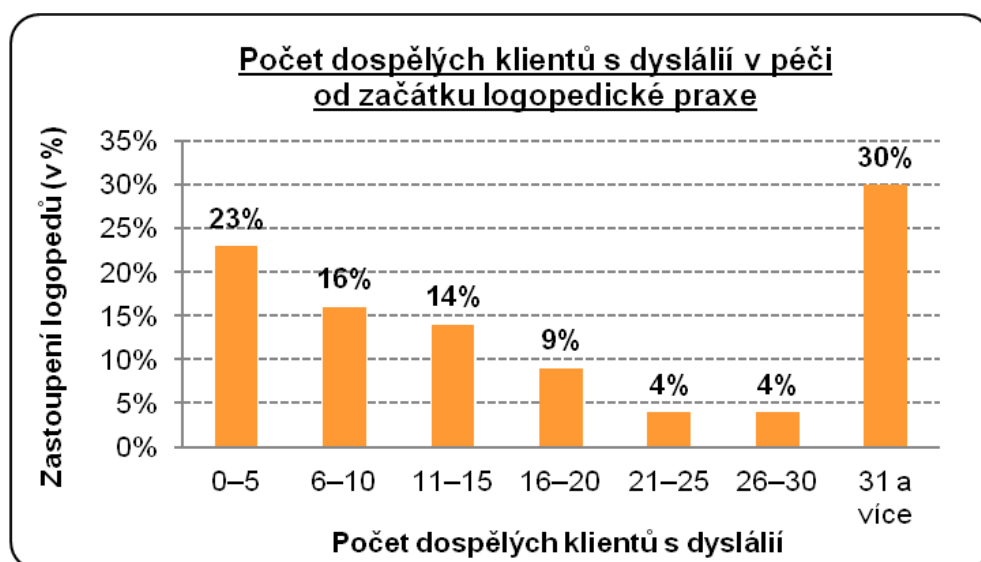


Graf č. 4: Škála spokojenosti respondentů se zaměstnáním

13.2 Výskyt dospělých pacientů s dyslálií

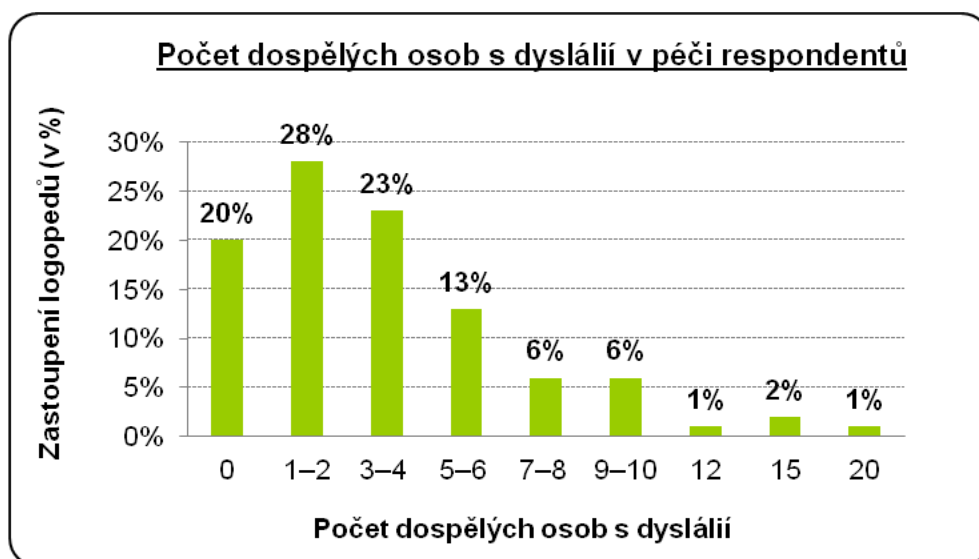
V této podkapitole bychom se chtěli zaměřit na analýzu dotazníkových položek č. 5 a 6, které řeší počty dospělých klientů s dyslálií, kteří se rozhodli pro logopedickou péči. V rámci páté položky bylo respondentům předloženo celkem sedm volitelných kategorií.

Na grafu č. 5 můžeme pozorovat údaje zobrazující počet dospělých klientů s dyslálií, které měli respondenti v péči od začátku své logopedické praxe. Nejvyšší zastoupení logopedů, konkrétně 30 %, mělo v rámci své logopedické praxe více než 31 dospělých osob s dyslálií. Druhé nejvýraznější zastoupení, které čítá 23 % logopedů, zvolilo první možnost, tedy 0–5 dospělých klientů s dyslálií. Nejmenší zastoupení shodně se 4 % zaznamenaly možnosti 21–25 a dále 26–30 klientů.



Graf č. 5: Počet dospělých klientů s dyslálií v péči od začátku logopedické praxe respondentů

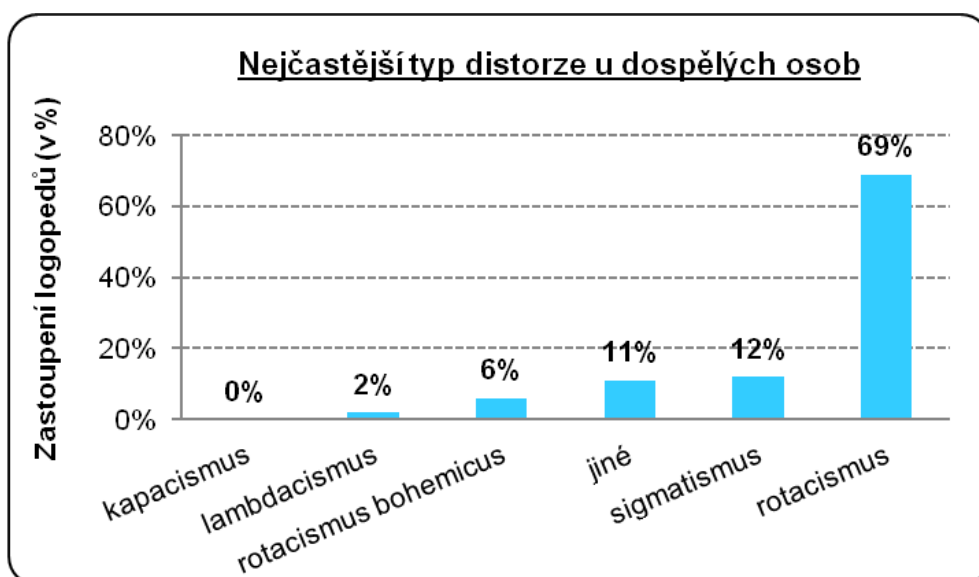
V rámci šesté položky nás zajímalo, kolik dospělých osob s dyslálií mají respondenti v logopedické péči v současnosti, tedy v době realizace dotazníkového šetření. Dle konkrétních odpovědí jsme následně vytvořili devět kategorií. Na grafu č. 6 můžeme vyčíst, že nejvíce logopedů (28 %) mělo ve zmíněné době v péči 1–2 dospělé osoby s dyslálií. Druhá nejfrekventovanější odpověď byla péče o 3–4 klienty, kterou zvolilo 23 % dotázaných osob. Pro zajímavost také uvádíme 1 % logopedů, kteří měli v dané době současně v péči 20 klientů s tímto narušením. Naopak žádného dospělého klienta s dyslálií uvedlo celkem 20 % logopedů.



Graf č. 6: Počet dospělých osob s dyslálií v péči respondentů

13.3 Typy dyslálie u dospělých osob

Do této podkapitoly řadíme dotazníkové položky č. 7–13, pomocí kterých se snažíme zmapovat nejčastější typ distorze, konkrétní způsob vadného tvoření a dále také četnost výskytu jednotlivých distorzí.

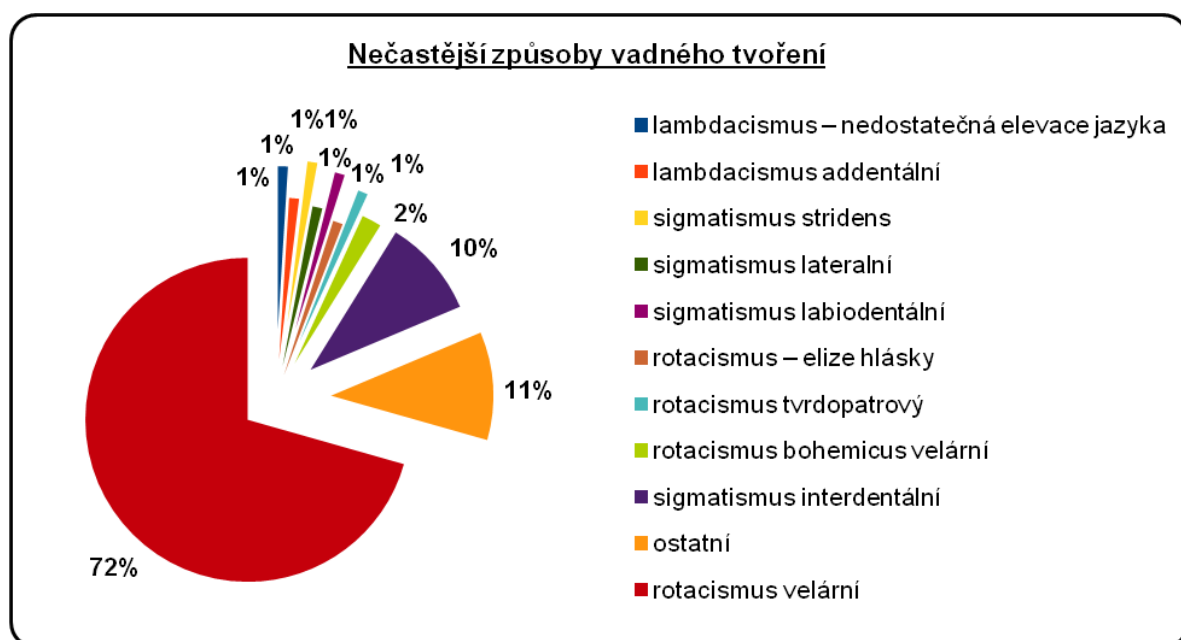


Graf č. 7: Nejčastější typ distorze u dospělých osob

Graf č. 7 nám ukazuje, jaký nejčastější typ distorze dotazovaní logopedi u dospělých osob pozorují. Volit mohli celkem z šesti předem definovaných možností. Jednalo se o *kapacismus*, *lambdacismus*, *sigmatismus*, *rotacismus*, *rotacismus bohemicus*, případně volbu možnosti *jiné*. Signifikantní zastoupení můžeme pozorovat u rotacismu, který zahrlo celkem 69 % logopedů. Na pomyslné druhé příčce se umístil sigmatismus s 12 %. Pokud bychom se blíže podívali na možnost *jiné*, kterou zvolilo 11 % logopedů, můžeme dále vysledovat, které odpovědi se vyskytovaly nejčastěji. Ve většině případů se však jednalo o kombinaci již uvedených distorzí z grafu č. 7. Logopedi svou odpověď zdůvodnili tím, že časté jsou právě kombinace distorzí než distorze pouze jedné hlásky. Nejfrekventovaněji se zde vyskytovala kombinace rotacismu, rotacismu bohemicu a sigmatismu, případně kombinace dvou z nich. V již menší míře se zde vyskytovala kombinace lambdacismu, rotacismu a rotacismu bohemicu. Objevila se zde také možnost narušení hlásek „D, N, L, R, Ř“ a v dalším případě „C, S, Z, L a Ř“.

V rámci osmé dotazníkové položky jsme respondenty požádali, aby k jejich zvolenému typu distorze napsali konkrétní způsob vadného tvoření. Jednalo se o otázku otevřenou, kdy respondentům nebyly předkládány žádné možnosti.

Přesné výsledky můžeme pozorovat na grafu č. 8. Nejčastější odpovědí byl velární rotacismus, který získal 72 % a dále interdentalní sigmatismus s 10 %. Možnost velární rotacismus bohemicus zvolila 2 % respondentů. S 1% zastoupením byla zvolena možnost lambdacismus – nedostatečná elevace jazyka, lambdacismus addentalní, sigmatismus stridens, sigmatismus laterální, sigmatismus labiodentalní, rotacismus – elize hlásky a rotacismus tvrdopatrový. Za zmínku jistě stojí elize hlásky R, kterou vybralo 1 % respondentů, ale terminologicky správně bychom ji měli zařadit do kategorie mogilálií a ne distorzí, ke kterým byla tato dotazníková položka směřována.



Graf č. 8: Nejčastější způsoby vadného tvoření

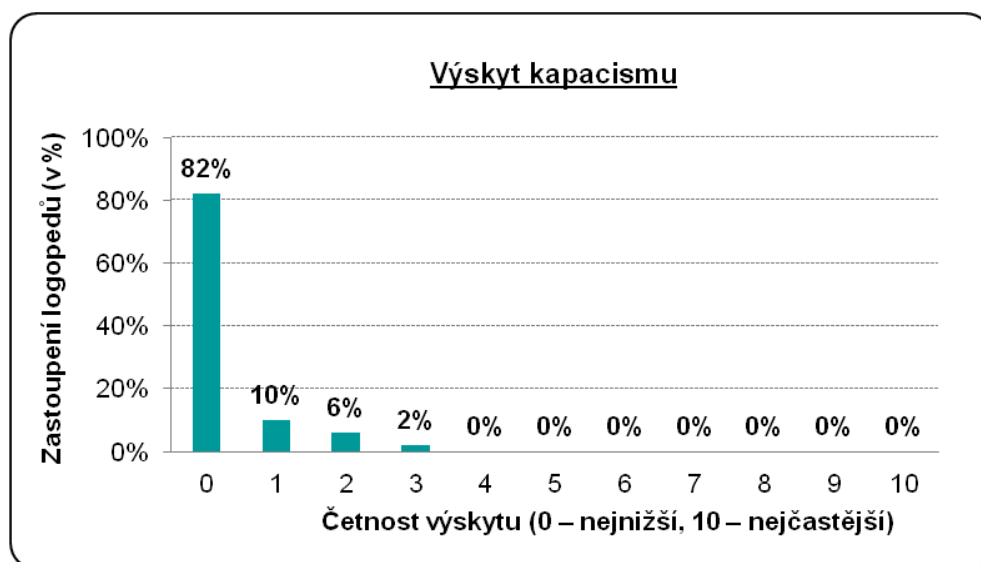
Na místě je zmínit také kategorii jiné, kam bylo zařazeno 11 % odpovědí. Tuto kategorii jsme byli nuceni při vyhodnocování dotazníku vytvořit vzhledem k některým neadekvátním a nejednoznačným odpovědím respondentů. Mezi odpověďmi se vyskytovaly zejména kombinace konkrétních způsobů vadného tvoření, případně názor, že konkrétní způsob nejde jednoznačně určit, že se objevují všechny typy narušení. Pro ilustraci uvádíme některé konkrétní výpovědi respondentů:

- „to se nedá jednoznačně popsat, většinou jsou obtíže při tvoření hlásek spojeny s nízkou polohou jazyka“
- „L na spodině, velární rotacismus, záměna Ř za nespécifickou sykavku“
- „výraz distorze patří tak do ortopedie; varianty odchylek sykavek řady SCZ, s nimi související odchylky percepčně - motorického vzoru Ř a neintaktní varianty R bez kmitu hrotu jazyka“
- „rotacismus bohemicus buď ve spojení s rotacismem - velární či uvulární tvoření nebo hlásku R zvládá, ale Ř tvoří bez vibrace, setřele“
- „velární rotacismus, velární rotacismus bohemicus, laterální či addentalní, interdentalní sigmatismus“

V rámci dotazníkových položek č. 9–13 jsme respondentům předložili jedenáctibodovou škálu, na které měli zaznamenat četnosti výskytu určité distorze. Škála byla

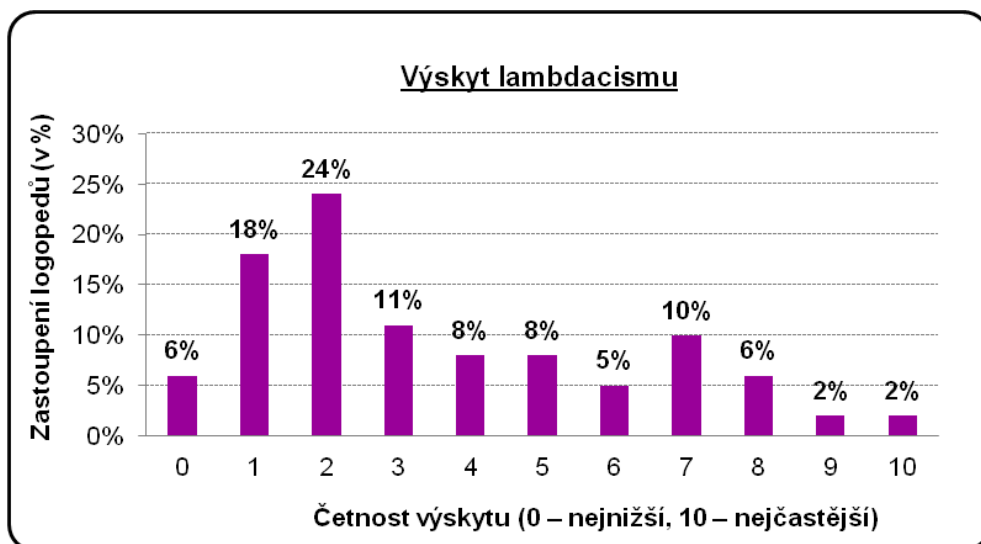
vždy koncipována tak, že možnost 0 značila nejnížší četnost výskytu a možnost 10 naopak nejčastější výskyt dané distorze.

Graf č. 9 nám ukazuje četnost výskytu kapacismu. Dle názoru respondentů se toto narušení vyskytuje velmi zřídka, a proto 82 % logopedů zvolilo možnost 0, tedy nejnížší výskyt a dále 10 % logopedů možnost 1. Zbylých 8 % respondentů vybralo možnost 2 a 3.



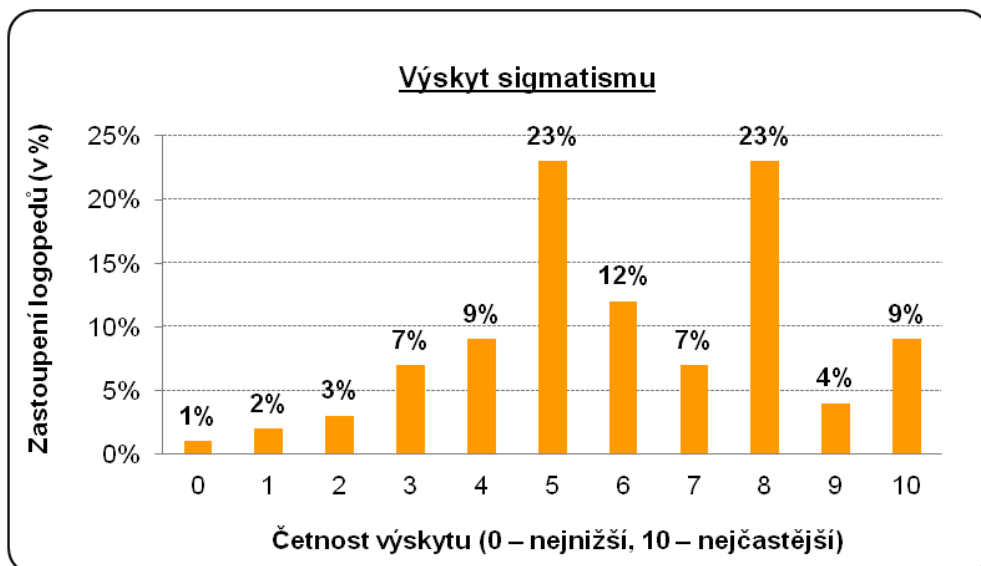
Graf č. 9: Výskyt kapacismu

Graf č. 10 prezentuje výskyt lambdacismu, kde byla nejčastěji zvolena možnost 2, kterou vybralo 24 % logopedů. Na druhé příčce s 18 % se umístila možnost 1. Za zmínku však stojí také čtvrtá nejčastější odpověď, a to ohodnocení 7, kterou zahrlo 10 % respondentů.



Graf č. 10: Výskyt lambdacismu

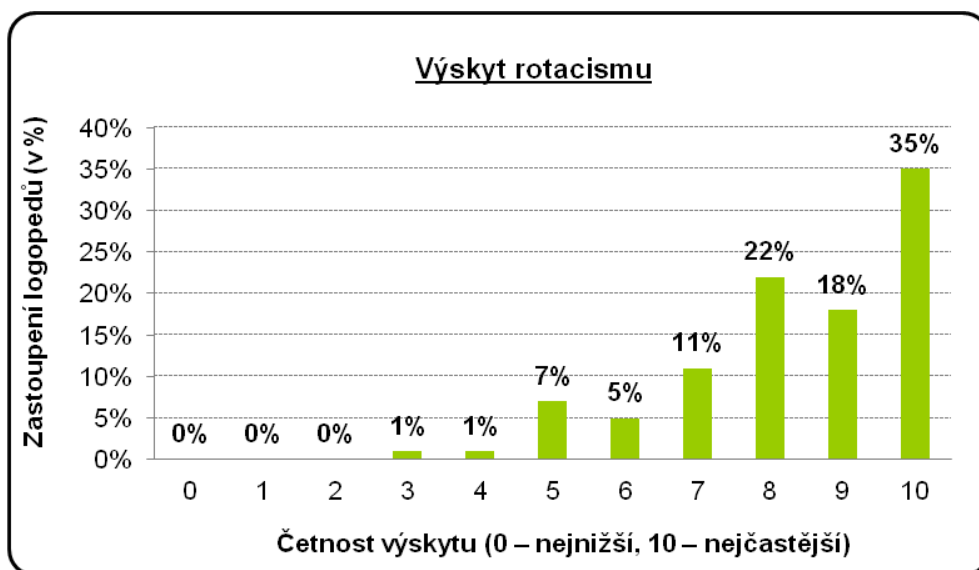
Četnost výskytu sigmatismu předkládá graf č. 11, kde můžeme sledovat jistou názorovou nejednotnost dotázaných osob. Možnosti 5 a 8 zaznamenaly stejné zastoupení logopedů, vždy po 23 %. Na třetí příčce se umístila možnost 6 s 12% zastoupením.



Graf č. 11: Výskyt sigmatismu

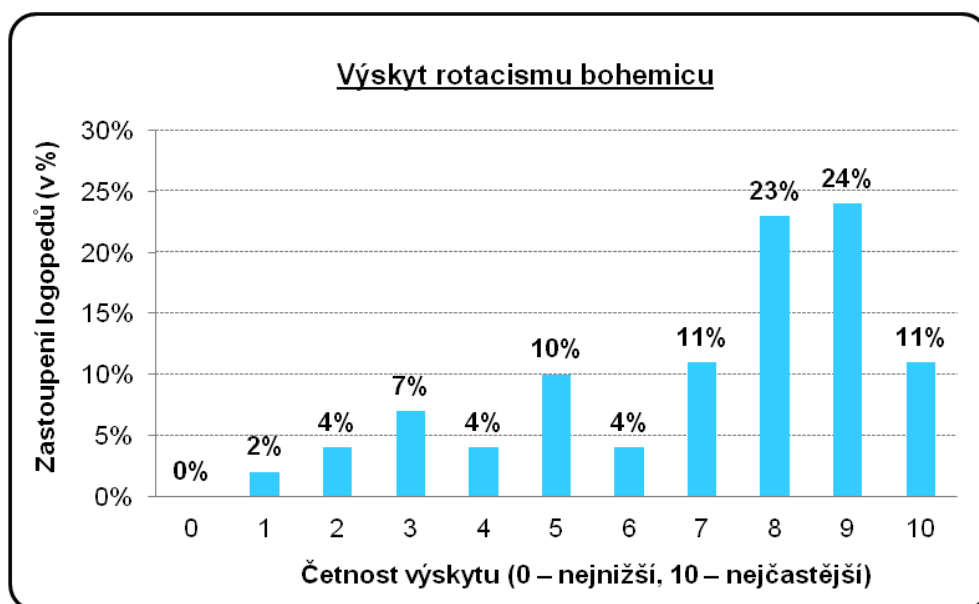
Co se týče výskytu rotacismu, na grafu č. 12 můžeme vysledovat jeho konkrétní zastoupení. Tři nejčastěji volené možnosti jsou současně i tři nejvyšší možnosti na škále, tedy možnosti 8, 9 a 10. z výsledků vyplývá, že rotacismus se dle názoru respondentů vyskytuje v naší populaci nejčastěji. Možnost 10 zvolilo 35 % respondentů. Druhou nejčastěji volenou

možností byla možnost 8, kterou vybralo 22 % dotázaných osob. Možnost 9 zvolilo 18 % respondentů.



Graf č. 12: Výskyt rotacismu

V případě četnosti výskytu rotacismu bohemicu můžeme zjištěné výsledky pozorovat na grafu č. 13. Nejčastěji volené hodnoty se opět pohybují v pravé části diagramu. Celkem 24 % respondentů zvolilo možnost 9 a 23 % dotázaných vybralo možnost 8. Dále s 11% zastoupením byly zvoleny možnosti 7 a 10.



Graf č. 13: Výskyt rotacismu bohemicu

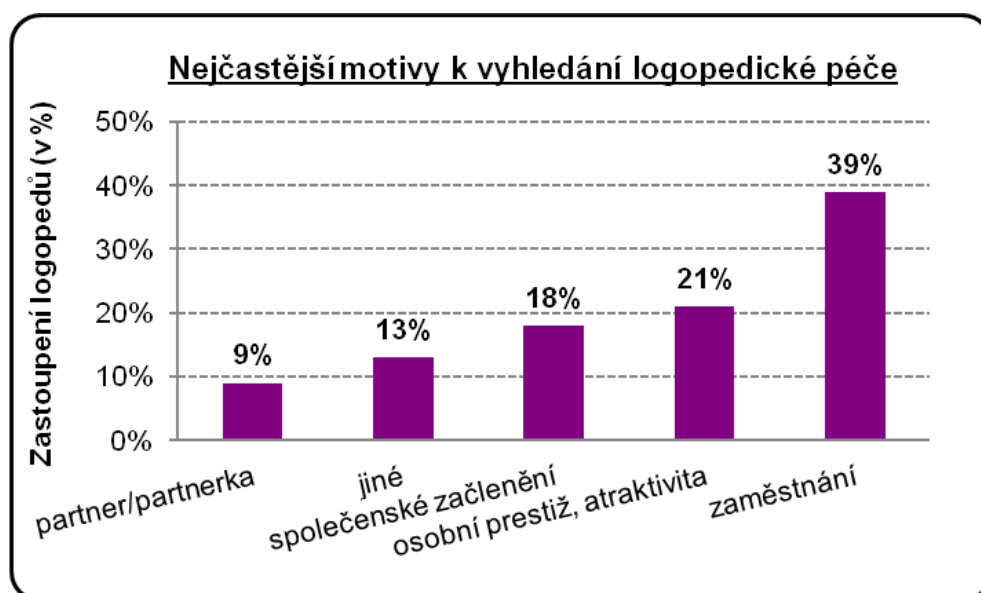
Pokud bychom se zaměřili na celkovou analýzu dotazníkových položek 9–13, dle názoru respondentů je nejnižší četnost výskytu u kapacismu. Již vyšších průměrných výsledků dosáhl lambdacismus a sigmatismus. Na pomyslné druhé nejvyšší příčce by se umístil rotacismus bohemicus a nejčetnější výskyt respondenti shledávají jednoznačně u rotacismu.

13.4 Motivy k vyhledání a ukončení logopedické péče a její specifika

V této podkapitole bychom svoji pozornost chtěli zaměřit na oblast motivů či důvodů, kvůli kterým dospělé osoby s dyslálií vyhledávají logopedickou péči.

Graf č. 14 nám prezentuje přehled nejčastějších motivů k vyhledání logopedické péče. Respondenti měli za úkol vybrat jednu z pěti předem definovaných možností, kterou vnímají jako nejčastější. Vybírat mohli z možností zaměstnání, společenské začlenění, osobní prestiž a atraktivita, partner/partnerka a nebo možnost jiné. Nejfrekventovaněji volena byla možnost zaměstnání, která obdržela 39 %. Důvod osobní prestiže a atraktivity byl vybrán 21 % logopedů. Pokud respondenti zatrhli možnost jiné, mezi odpověďmi se nejčastěji vyskytoval motiv narození vlastního dítěte a tedy snaha o správný mluvní vzor. Dále se zde objevil důvod pomoci vlastnímu dítěti při úpravě hlásek či rozhodnutí docházet na logopedii poté, co logopedickou péči absolvoval již potomek dospělého klienta s dyslálií. Můžeme zde také ojediněle nalézt motiv vysokoškolského studia, zejména přijetí na pedagogickou fakultu, dále obor herectví a mediální studia. V jednom případě se jednalo o důvod sborového zpěvu a osobnostní změny.

V tabulce č. 10 prezentujeme konkrétní početní a poté procentuální zastoupení respondentů. Celkem bylo respondenty zaznamenáno 210 odpovědí. Možnost zaměstnání zvolilo přesně 81 respondentů. Dále možnost osobní prestiž, atraktivita vybralo 45 respondentů.



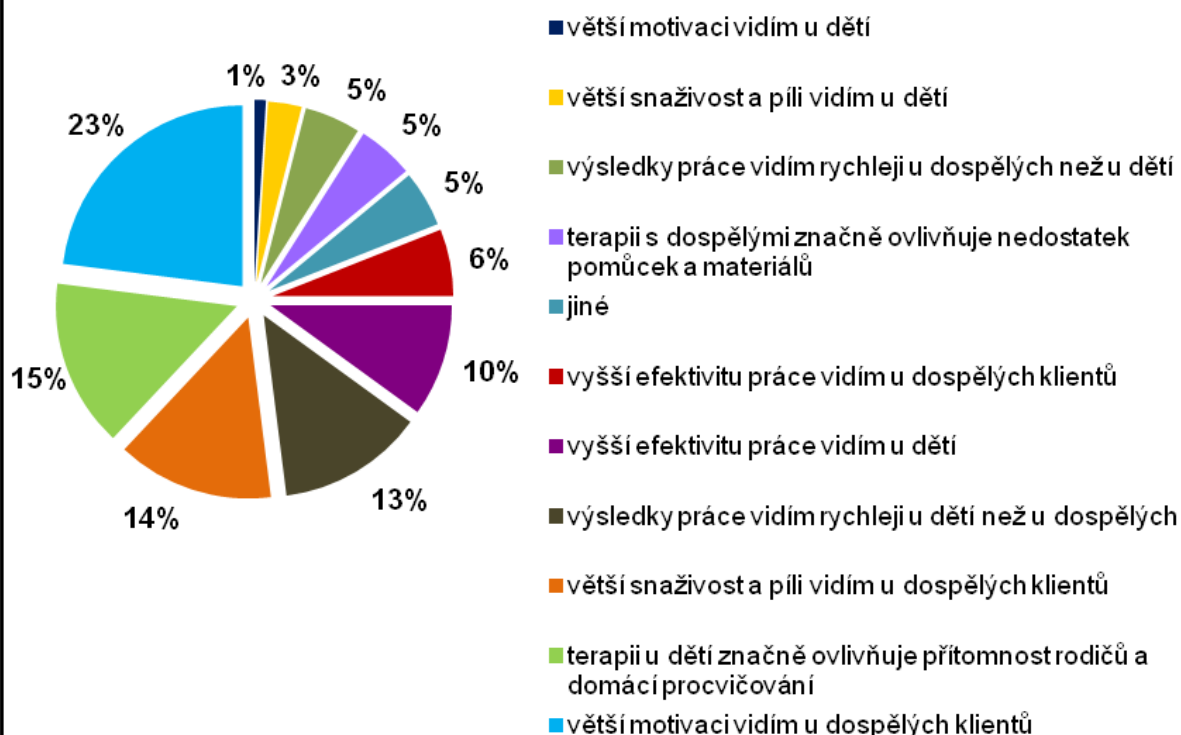
Graf č. 14: Nejčastější motivy k vyhledání logopedické péče

motivy	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů
partner/partnerka	19	9 %
jiné	28	13 %
společenské začlenění	37	18 %
osobní prestiž, atraktivita	45	21 %
zaměstnání	81	39 %
celkem	210	100 %

Tabulka č. 9: Nejčastější motivy k vyhledání logopedické péče

Položka č. 15 se snažila zmapovat rozdíly mezi terapií dyslálie u dětí a dospělých. Respondentům bylo předloženo jedenáct tvrzení a měli zatrhnout všechny ty výroky, se kterými souhlasí. Graf č. 15 nás informuje o konkrétních výsledcích této výčtové položky. Ve 23 % respondenti zvolili tvrzení, že vyšší motivaci vidí u dospělých klientů. Druhou nejfrekventovanější odpovědí byla možnost, která zmiňovala to, že terapii u dětí značně ovlivňuje přítomnost rodičů a domácí procvičování. Třetí nejčastěji volenou možností byl názor logopedů, že větší snázivost a píli vidí u dospělých klientů. Toto tvrzení vybralo 14 % respondentů.

Specifika terapie dyslálie u dětí a dospělých



Graf č. 15: Specifika terapie dyslálie u dětí a dospělých

Někteří respondenti zvolili možnost jiné, kterou dále rozvedli a upřesnili. Vícekrát se zde objevoval názor, že je to velmi individuální a že záleží na konkrétní etiologii, aby mohli daná tvrzení posoudit. Další názory směřovaly zejména do oblasti fixace a automatizace hlásek, kterou respondenti u dospělých osob hodnotili jako velmi problematickou. V následujících řádcích předkládáme vybrané přímé výpovědi respondentů:

- „Je to velmi individuální, vždy záleží na vnitřní motivaci, tzn., zda chce korekci artikulace okolí, či jedinec sám. Bez ohledu na to, zda jde o dítě či dospělého.“
- „Pokud cvičí stejně - tak je náprava u dětí rychlejší.“
- „U dospělých často prodlužuje terapii psychická nejistota v používání nově vyvozené hlásky na veřejnosti.“
- „Málokdy je klient ochoten do spolupráce zapojit svého partnera (stud), není okamžitá odezva.“
- „U dospělých je problémem matrice zvuků v mozku, kdy se jim zdá, že nový zvuk

hlásky, kterou chybně artikulovali, je jiný a zvláštní. Jejich mozek je nutí do korekce nového zvuku a návrat k zažitým "zvykům".“

- *„Terapii dospělých velmi komplikuje fixace nového mluvního návyku, se kterým se dospělý jen těžko sžívá, takže i po navození správného způsobu artikulace většinou zůstanou u svého, chybného tvoření.“*

V tabulce č. 10 prezentujeme výchozí data pro graf č. 15. Uvádíme zde nejen procentuální zastoupení, ale pro lepší představu také původní početní zastoupení respondentů. Celkem bylo dotázanými osobami zaznačeno 408 odpovědí, průměrně tedy každý z nich zvolil 3–4 možnosti. Nejvyšší zastoupení vidíme u možnosti *větší motivaci vidím u dospělých klientů*, kterou zvolilo 93 osob. Dále zvolilo 62 respondentů *možnost terapii u dětí značně ovlivňuje přítomnost rodičů a domácí procvičování*. Mezi dalšími dominujícími možnostmi se objevovalo tvrzení *větší snaživost a píli vidím u dospělých klientů*, kterou vybralo 56 dotázaných osob a také výsledky práce vidím rychleji u dětí než u dospělých, kterou zvolilo 54 respondentů.

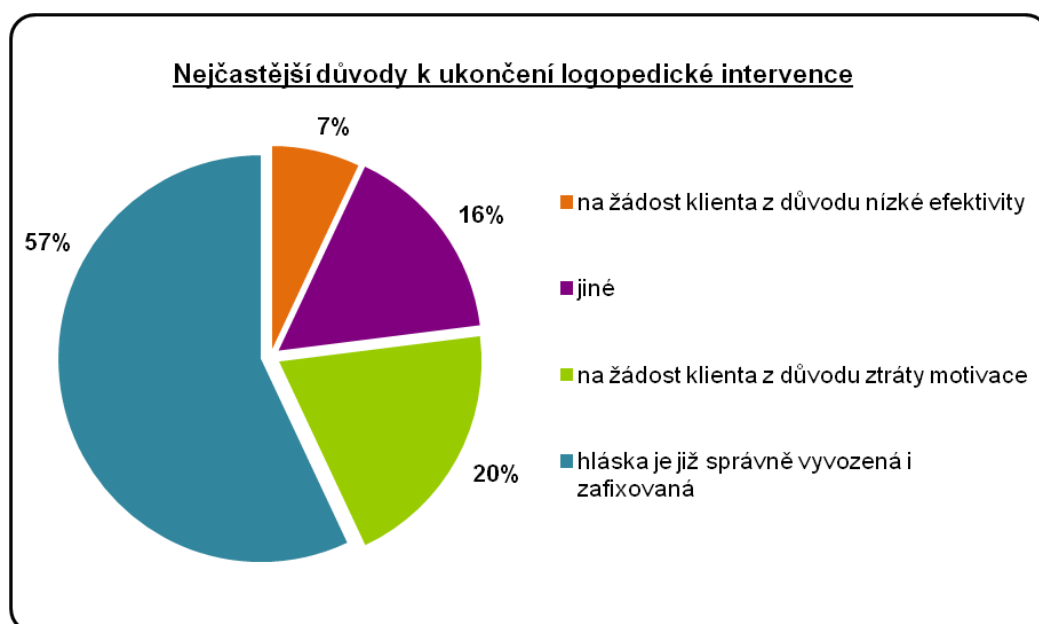
Do této podkapitoly dále zařazujeme položku č. 17, která se snaží zmapovat, jaké jsou nejčastější důvody k ukončení intervence u dospělých osob s dyslálií. Jedná se o polouzavřenou položku, při které klienti měli ze čtyř možností zvolit nejčastější důvod ukončení. Na grafu č. 16 můžeme pozorovat, že celkem 57 % respondentů zvolilo možnost, že intervence je nejčastěji ukončena z důvodu toho, že hláska je již správně vyvozená i zafixovaná. Oproti tomu 20 % dotázaných vybralo možnost, že intervence je ukončena na žádost klienta z důvodu ztráty motivace. Respondenti v 16 % zatrhlí možnost jiné. Tuto odpověď dále specifikovali a vícekrát se zde objevoval názor dlouhé fixace hlásky či neschopnosti změnit dřívější způsob tvoření. Ve třech případech zde byla naznačena jistá pohodlnost a lenivost mužů, oproti skupině žen, které terapii vydrží dokončit. Předkládáme přímé výpovědi několika respondentů:

- *„Na základě nepravidelné docházky a nedostatečné domácí přípravy.“*
- *„Pacient hlásku zvládne, ale nepoužívá, to je největší úskalí u dospělých, má své příčiny, ale to je na delší psaní a to jistě víte.“*
- *„Hláska je vyvozená, ale fixace trvá příliš dlouho, ukončíme terapii, ale klienti se často vrací, nedaří se fixace, po delší době opět sklouznou k původní artikulaci.“*
- *„Z důvodu neschopnosti potlačit dřívější chybný způsob tvoření.“*

- „Asi vyrovnaně; ženy vydrží, muži jsou leniví.“
- „Z mojí strany - pacient je líný, hlavně muži.“

specifika terapie u dětí a dospělých	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů
větší motivaci vidím u dětí	6	1 %
větší snaživost a píli vidím u dětí	13	3 %
výsledky práce vidím rychleji u dospělých než u dětí	19	5 %
terapii s dospělými značně ovlivňuje nedostatek pomůcek a materiálů	20	5 %
jiné	20	5 %
vyšší efektivitu práce vidím u dospělých klientů	24	6 %
vyšší efektivitu práce vidím u dětí	41	10 %
výsledky práce vidím rychleji u dětí než u dospělých	54	13 %
větší snaživost a píli vidím u dospělých klientů	56	14 %
terapii u dětí značně ovlivňuje přítomnost rodičů a domácí procvičování	62	15 %
větší motivaci vidím u dospělých klientů	93	23 %
Celkem	408	100 %

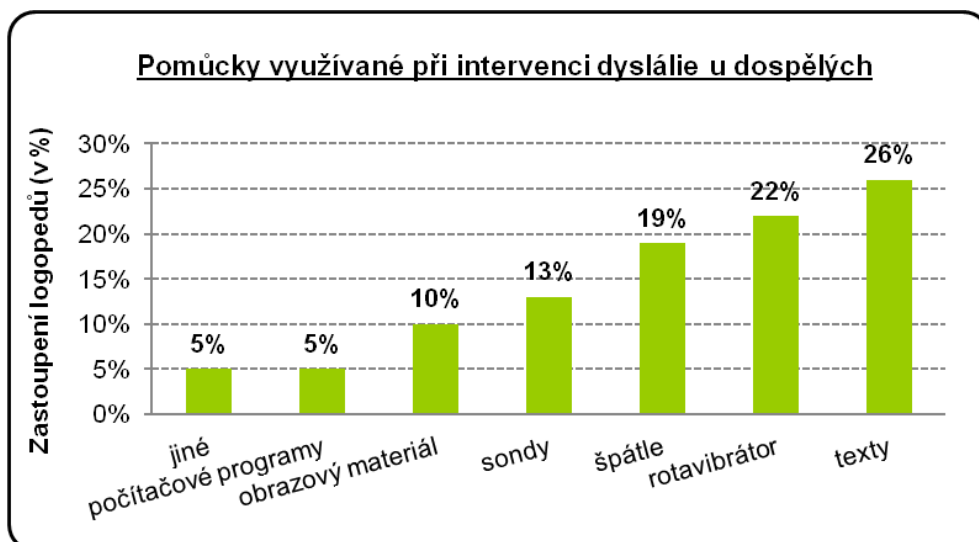
Tabulka č. 10: Specifika terapie dyslálie u dětí a dospělých



Graf č. 16: Nejčastější důvody k ukončení logopedické intervence

13.5 Pomůcky a didaktické materiály využívané při intervenci dyslálie u dospělých

V rámci této podkapitoly bychom se chtěli zaměřit na oblast pomůcek, publikací a pracovních materiálů, které jsou při terapii dyslálie u dospělých osob využívány. Dotazníková položka č. 16 zjišťovala konkrétní pomůcky, které respondenti při intervenci dyslálie u dospělých osob používají. Jednalo se o položku výčtovou, tudíž mohli dotazovaní označit více možností. Na grafu č. 17 můžeme pozorovat nejvyšší zastoupení textů s 26 %, dále rotavibrátoru s 22 % a poté s 19% zastoupením také využívání špátlí. Celkem 5 % respondentů zvolilo možnost jiné. Tato volba byla nejčastěji objasněna používáním diktafonu a logopedického zrcadla. Dále se zde objevil například video záznam, ojediněle vibrátor pro orofaciální krajinu, ora-light lžice, různé typy dřevěných a plastových špátlí, gumové rukavice, obrazový materiál mluvidel či hry.



Graf č. 17: Pomůcky využívané při intervenci dyslálie u dospělých

Opět předkládáme podrobnou tabulku č. 11, která prezentuje výstupní data pro graf č. 17. Evidovaných odpovědí bylo zvoleno celkem 411, což znamená, že v průměru každý respondent zvolil 3–4 údaje. Celkem 105 respondentů vybralo možnost texty, možnost využití rotavibrátoru označilo 92 osob. Tyto možnosti patřily ke dvěma nejčastěji vybraným odpovědím. Využívání špátlí dále zvolilo 76 dotázaných osob a využívání sond 55 respondentů.

pomůcky	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů
jiné	20	5 %
počítačové programy	21	5 %
obrazový materiál	42	10 %
sondy	55	13 %
špátle	76	19 %
rotavibrátor	92	22 %
texty	105	26 %
Celkem	411	100 %

Tabulka č. 11: Pomůcky využívané při intervenci dyslálie u dospělých

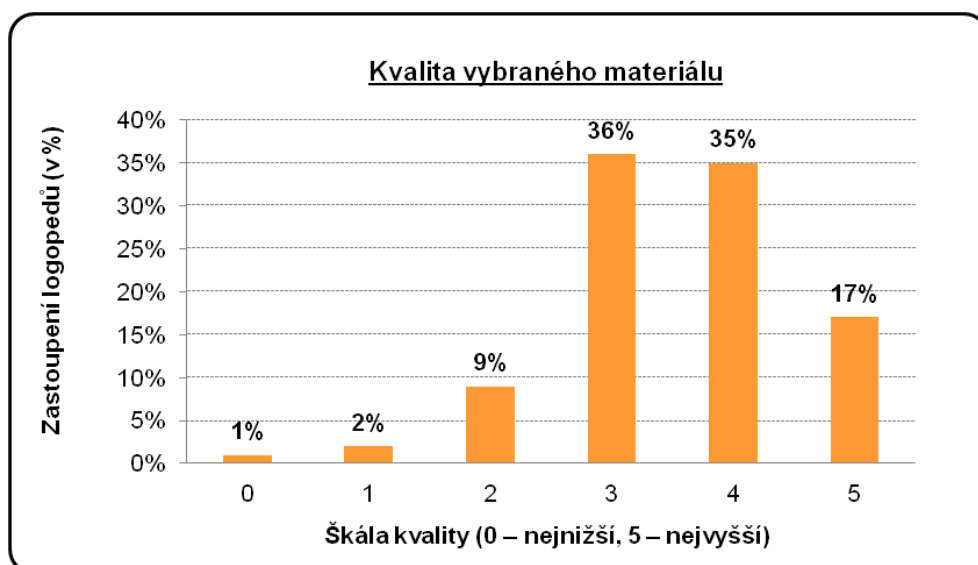
Položka č. 18 se snažila naopak zmapovat, z jakých publikací respondenti nejčastěji čerpají. Získané výsledky nám předkládá graf č. 18. Celkem 35 % respondentů zvolilo možnost jiné. Dále 23 % dotázaných logopedů vybralo publikaci Přehled české výslovnosti a 19 % respondentů zvolilo možnost Přístupné publikace pro korekci dyslálie (primárně určené dětské klientele). Mezi možnostmi jiné se poté nejčastěji objevovaly vlastní materiály či materiály dle individuálních potřeb klienta. Ojediněle také časopisy, knihy, noviny, beletrie a jednou publikace Myofunkční terapie a Klinická logopedie. Pro zajímavost předkládáme další přímé výpovědi respondentů:

- „*Hlásky R a Ř od PaedDr. Dvořáka*“
- „*nejrůznější materiály ze studií a odborných kurzů*“
- „*vlastní materiály, beletrii bez zaměření na logopedii*“
- „*materiály hledáme a případně vytváříme společně, nejčastěji textové materiály*“
- „*soubory slov - mé vlastní, různé texty, které s terapií výslovnosti nesouvisí*“
- „*záleží na klientovi a jeho zálibách*“
- „*materiály s ne příliš dětsky vypadajícími obrázky*“
- „*publikace pro děti obsahující více psaného textu s neutrální tematikou*“
- „*za roky praxe přizpůsobené materiály prvotně určené dětské klientele i z materiálů uvedených výše*“
- „*publikace pro děti obsahující více psaného textu s neutrální tematikou*“



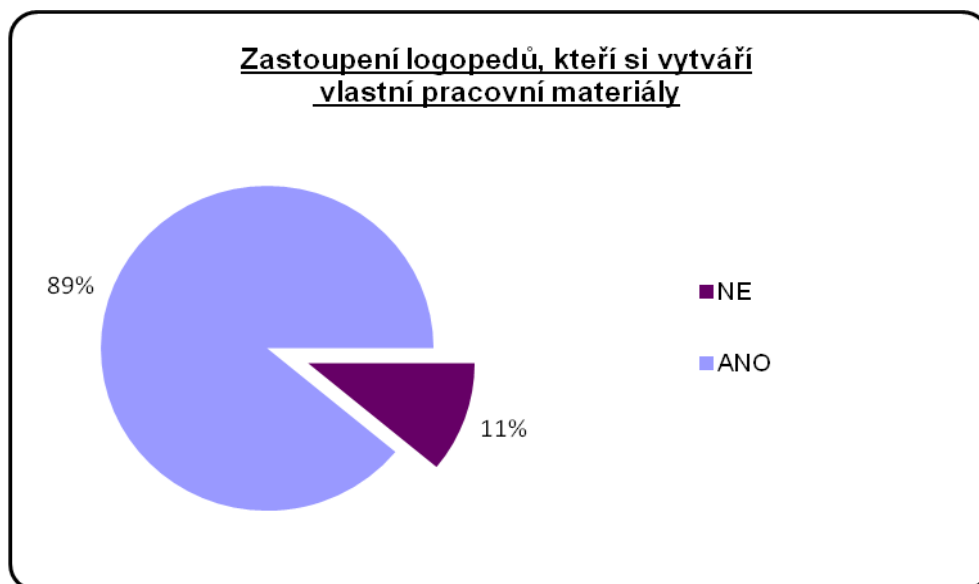
Graf č. 18: Nejčastěji využívané publikace při terapii dyslálie u dospělých

Následující položka v dotazníku, tedy položka č. 19, si kladla za cíl zhodnotit kvalitu vybraného materiálu z předešlé otázky. Respondentům byla předložena šestibodová škála, kde 0 znázorňovala nejnižší kvalitu a 5 naopak kvalitu nejvyšší. Graf č. 19 nám ukazuje, jak respondenti kvalitu vybraných materiálů přesně hodnotili. Celkem 36 % respondentů se rozhodlo pro hodnotu 3, dále 35 % dotázaných pro možnost 4. Nejvyšší kvalitu materiálu zvolilo jen 17 % respondentů.



Graf č. 19: Kvalita vybraného materiálu

Dotazníková položka č. 20 zjišťovala, zda si respondenti vytváří vlastní pracovní materiály pro intervenci dyslálie u dospělých. Z grafu č. 20 můžeme vyčíst, že drtivá většina respondentů odpověděla kladně, jednalo se o 89 % dotázaných osob. Zbýlých 11 % respondentů odpovědělo záporně.



Graf č. 20: Zastoupení logopedů, kteří si vytváří vlastní pracovní materiály

Následující položka v dotazníku poté zjišťovala, jaké dílčí prvky při tvorbě vlastních materiálů nejvíce využívají. Jednalo se o položku výčtovou, takže respondenti mohli zvolit současně více možností. K dispozici měli na výběr z šesti možností. Nejčastěji se zde objevila možnost běžně dostupné obrázky a články z tiskovin a internetu s 27% zastoupením a dále prvky z publikací pro jiný typ narušené komunikační schopnosti s 24 %. Další výsledky můžeme pozorovat na grafu č. 21 a konkrétní početní zastoupení v tabulce č. 12. Zaznamenáno bylo celkem 238 odpovědí, což znamená, že každý respondent průměrně vybral 2 možnosti. Běžně dostupné obrázky a články z tiskovin a internetu označilo 64 respondentů a prvky z publikací pro jiný typ narušené komunikační schopnosti vybralo 56 respondentů. Výrazné zastoupení zaznamenala také možnost modifikace prvků z publikací určených pro korekci dyslálie u dětí, kterou zvolilo 51 dotázaných osob.

Celkem 10 % zvolilo možnost jiné. Tuto odpověď v několika případech vysvětlili tím, že vlastní materiály nevytváří, dále se zde ve dvou případech objevil Boardmarker, ojediněle pak modifikované texty, slova, věty či kombinace výše uvedených možností. Předkládáme

několik přímých výpovědí respondentů.

- „*novinové texty*“
- „*texty z beletrie*“
- „*vlastní materiály klienta (např. Pracovní texty)*“
- „*vlastní nápady a zkušenosti*“
- „*využití profesní terminologie klienta*“
- „*videotrénink, audiovideoanalýza, aktuální frekvenční spektrum - akustické vlastnosti řečového projevu*“
- „*pokud jde o dospělé klienty je logicky na 1. místě psaný materiál, ne obrázky*“

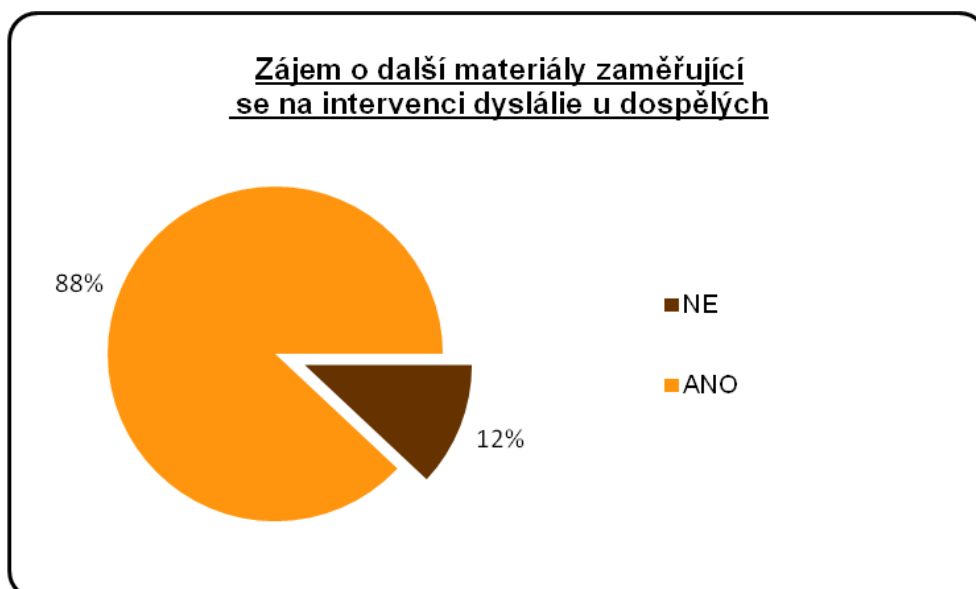


Graf č. 21: Prvky využívané při tvorbě vlastních pracovních materiálů

využívané prvky	početní zastoupení respondentů	procentuální zastoupení respondentů
fotografie	19	8 %
jiné	24	10 %
programy na počítači	24	10 %
modifikace prvků z publikací určených pro korekci dyslálie u dětí	51	21 %
prvky z publikací pro jiný typ narušené komunikační schopnosti	56	24 %
běžně dostupné obrázky a články z tiskovin a internetu	64	27 %
celkem	238	100 %

Tabulka č. 12: Prvky využívané při tvorbě vlastních pracovních materiálů

Závěrečná položka v dotazníku mapovala situaci, zda by respondenti uvítali na trhu další materiály zaměřující se na intervenci dyslálie u dospělých osob. Graf č. 22 nám ukazuje, že výrazná většina respondentů zvolila možnost ano, jednalo se o 88 % dotázaných osob. Zbýlých 12 % respondentů zvolilo možnost ne.



Graf č. 22: Zastoupení logopedů, kteří mají zájem o další materiály

14 Diskuze nad dílčími výsledky

V této kapitole bychom chtěli nastínit několik zajímavých postřehů a zejména podnětů k přemýšlení, vyplývajících z výsledků dotazníkového šetření. V závěru této kapitoly bychom rádi uvedli některé přímé výpovědi respondentů, které zaznamenali do připomínek k tématu tohoto dotazníkového šetření, jak jim bylo nabídnuto v závěru našeho dotazníku.

Prvním bodem k zamyšlení je rozbor dotazníkové položky č. 3, která se týkala délky logopedické praxe respondentů. Na grafu č. 3 si můžeme všimnout jisté převahy v levé polovině grafu, což značí vyšší zastoupení respondentů s kratší délkou praxe. Prvním možným vysvětlením může být názor, že logopedi s kratší délkou praxe ještě mají na psaní svých diplomových prací a realizaci například dotazníkového šetření čerstvé vzpomínky, a proto více vnímají potřebu a mnohdy také problematičnost návratnosti dotazníků. Druhým možným vysvětlením může být oblast neefektivní práce s vlastní emailovou poštou či jinými technickými prvky u respondentů s dlouhou praxí. Roli může hrát i obecně jistý ostych či nechuť zapojit se do dotazníkového šetření, které je zprostředkováno online na internetu.

Výsledky čtvrté položky, které jsme sledovali na grafu č. 4 pro většinu z nás mohou být možná překvapivým a zároveň povzbudivým ukazatelem. Jedná se totiž o zjištění, že 91 % respondentů zvolilo jednu ze dvou nejvyšších položek spokojenosti se svým zaměstnáním, tedy možnost 4 či 5 na předkládané pětibodové škále. Také položka č. 20 pro nás může být příjemným zjištěním, týkající se logopedické práce. Na grafu č. 20 totiž můžeme sledovat, že 89 % respondentů si vytváří vlastní pracovní materiály. Tento výsledek vnímáme jako příhodný vzhledem k zásadě individuálního přístupu a také s ohledem na potřebnou variabilitu, inovativnost a motivační charakter pracovních materiálů.

Co se týče výskytu dospělých klientů s dyslálií, které měli respondenti v péči od začátku své logopedické praxe, je pozoruhodné analyzovat konkrétní výsledky. Nejvyšší zastoupení logopedů (30 %) zvolilo možnost, že během své praxe mělo v péči více než 31 dospělých osob s dyslálií. Naopak druhé nejvýraznější zastoupení (23 %) vybralo možnost na úplně opačné straně grafu. Konkrétně se jednalo o nejnižší možnost, tedy 0–5 dospělých klientů s dyslálií. Je otázkou, na kolik tato čísla můžeme dávat do přímé spojitosti s délkou logopedické praxe. Bylo by tedy zajímavé v budoucnu analyzovat tato čísla a porovnat je s konkrétní délkou logopedické praxe každého respondenta, zda bychom našli přímou úměru.

V dotazníkové položce, týkající se nejčastějších distorzí u dospělých osob, jednoznačně dominoval rotacismus. Na druhé příčce se umístil sigmatismus. Tyto údaje se

shodují i se závěry odborné literatury. Například dle názoru Gúthové patří mezi nejčastější druhy dyslálie rotacismus a sigmatismus (Gúthová, 2009). U dospělých osob se dle tvrzení Klenkové (2006) nejčastěji setkáme s rotacismem, rotacismem bohemicem a také sigmatismem.

V následujících řádcích bychom rádi prezentovali vybrané připomínky respondentů, které uvedli na závěr celého dotazníku. Dle našeho názoru nám mohou pomoci vytvořit si jistý úsudek o tom, jaká je skutečná logopedická péče o dospělé osoby s dyslálií a také konkrétní pohledy na ni. Některé názory opět zdůrazňují náročnou oblast automatizace a fixace hlásek, jiné řeší potřebu pracovních materiálů pro dospělé a vícekrát se zde také objevuje polemika, zda by měla být logopedická péče u dospělých hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo ne.

- „*Terapie u dospělých je mnohem náročnější na fixaci hlásek než u dětí, vyvození je rychlejší, efektivita mnohem nižší.*“
- „*U dospělých je vadná artikulace natolik zafixovaná, že jen zřídka se dosáhne používání zvládnuté hlásky v běžném společenském a pracovním styku.*“
- „*Muži očekávají zázrak bez vlastní vytrvalé práce a více se ostýchají při nácviku. Ženy si udělají čas, jsou vytrvalé a flexibilnější při nácviku - a úspěšné.*“
- „*Vhodné materiály si každý musí najít podle vlastního vkusu a volby. Na trhu se jich začíná objevovat mnoho. Ale některé jsou velmi statické, zejména ty určené pro dyslalii.*“
- „*Myslím, že u terapie dyslálie dospělé populace nejde tolik o speciální materiály, jako o osobnost a motivaci.*“
- „*Pro dospělou klientelu bych uvítal co nejvíce materiálů se zaměřením především na fixaci vyvozené hlásky. Zajímavé texty obsahující určenou hlásku ve větší míře. Různé hádanky, rébusy a podobně.*“
- „*S nedostatkem materiálů na automatizaci a fixaci vyvozených hlásek při nápravě dyslálie u dospělých osob se potýkám neustále. Naštěstí je většina z nich tolerantní a neprotestují proti využití materiálů primárně určených dětem.*“
- „*Dyslalie u dospělých je kosmetická vada a neměla by být proto hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.*“
- „*Tato péče by měla být v dospělosti hrazena z vlastních příjmů klienta a neměla by být hrazena z veřejných prostředků pojišťoven. Dosti často se jedná o zanedbanou logopedickou péči v dětství.*“

15 Shrnutí

V následujících řádcích bychom se chtěli zaměřit na shrnutí první části této praktické části, která se týkala dotazníkového šetření. Vzhledem k tématu této diplomové práce, které se snažilo komplexně postihnout oblast dyslálie u dospělých osob, byly oslovenými respondenty primárně logopedi působící ve zdravotnictví – tedy kliničtí logopedi. Pole jejich působnosti tedy bylo v resortu zdravotnictví.

Konkrétní intervenci u dospělých osob s dyslálií úzce provází oblast motivace. Na tento faktor apeluje i odborná literatura (Neubauer, 2007; Salomonová, 2007). V rámci našeho dotazníkového šetření, jsme se snažili alespoň částečně zmapovat rozdílná specifika při terapii dyslálie u dětí a dospělých. Jako potěšení hodný výsledek vnímáme, že celkem 93 logopedů pozoruje větší motivaci u dospělých, v porovnání s dětmi. Povzbudivý může být také údaj, že 56 respondentů vnímá větší snaživost a píli opět u dospělých klientů. Nicméně je nutné zmínit i rezultat, že 54 respondentů pozoruje rychlejší výsledky práce u dětí oproti dospělým. V komentářích a poznámkách byla respondenty několikrát zmíněna problematická oblast fixace, automatizace a odpoutání se od starého zafixovaného způsobu tvoření, což může být také jeden z faktorů, proč je jen dle mínění 57 % respondentů intervence ukončena z důvodu toho, že je již hláska správně vyvozená a zafixovaná. V ostatních případech se dle respondentů obvykle jedná o ztrátu motivace či dojem nízké efektivitě práce a také vliv dalších specifických činitelů. Roli může hrát například nedostatek potřebné pracovitosti a trpělivosti. Všechny zmíněné údaje a faktory dle našeho názoru dosvědčují to, že je zapotřebí nepodceňovat oblast motivace a připravit se na to, že se jedná mnohdy o dlouhou cestu a to jak pro klienta, tak pro logopeda.

První dílčí výzkumná otázka se zaměřila na oblast výskytu dospělých osob s dyslálií. V porovnání s jinými typy narušení komunikační schopnosti se dle výsledků ÚZIS ČR vyskytuje dyslálie u dospělých osob v posledních třech analyzovaných letech (2012, 2011, 2010) vždy na pomyslném třetím místě, a to za afázií a dysartrií. Zdrojem dat pro tyto informace je Roční statistický výkaz o činnosti zdravotnických zařízení pro obor logopedie, který je zahrnut do Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví (ÚZIS ČR). Vzhledem k těmto údajům vnímáme jako potřebné a velice důležité se na danou oblast zaměřit a podrobit ji detailnější analýze. Dle ÚZIS ČR bylo v roce 2012 logopedy zaznamenáno a přijato do péče celkem 1090 dospělých osob s dyslálií, o rok dříve 1126 klientů a v roce 2010 celkem 1078 zmíněných klientů (in ibid.). Z těchto údajů můžeme

odvodit, že dyslálie u dospělých osob není kvantitativně irelevantní oblastí. V rámci dotazníkového šetření 30 % respondentů uvedlo, že v průběhu své dosavadní logopedické praxe přijali do péče více než 31 dospělých klientů s dyslálií, naopak 23 % logopedů uvedlo, že přijali pouze 0–5 těchto klientů. Pokud se zaměříme na údaje, týkající se počtu klientů v době distribuce daného dotazníku, 28 % respondentů mělo v péči 1–2 dospělé klienty s dyslálií, 23 % respondentů 3–4 klienty a 20 % respondentů žádného klienta.

Co se týče druhé výzkumné otázky, která zjišťovala nejčastější typ dyslálie u dospělých osob v ČR, výsledky dotazníkového šetření se částečně shodly s názorem odborné literatury. Celkem 69 % respondentů vnímá jako nejčastější rotacismus, na pomyslném druhém místě se umístil sigmatismus s 12% zastoupením respondentů. Oproti tomu rotacismus bohemicus jako nejčastější distorzi zvolilo jen 6 % dotázaných osob a lamdacismus pouze 2 % respondentů. Ve zbylých 11 % se jednalo o možnost jiné, kterou blíže rozebíráme v kapitole *Analýza výsledků*. Dle názoru Gúthové, patří mezi nejčastější druhy dyslálie rotacismus a sigmatismus (Gúthová, 2009). Dle tvrzení Klenkové (2006) se u dospělých osob nejčastěji setkáme s rotacismem, rotacismem bohemicem a také sigmatismem. Podoba velárního rotacismu je dle názoru respondentů tím nejčastějším způsobem vadného tvoření. Respondenti tuto možnost zvolili se 72% zastoupením. Tento výsledek je shodný s názorem Vyštejna (1991), který tvrdí, že nejčastější deformací je právě podoba velárního rotacismu. V dotazníkovém šetření se na druhé příčce poté umístil interdentalní sigmatismus, který vybralo 10 % respondentů a velární rotacismus bohemicus s 2% zastoupením.

Další dílčí výzkumná otázka se soustředila na nejčastější motivy k vyhledání logopedické péče. Odborná literatura uvádí v období mladší dospělosti snahu o nalezení kvalitních partnerských a sociálních vztahů či zájem o vysokoškolské studium pedagogiky či herectví (Neubauer, 2007b). Co se týče střední a starší dospělosti, autor vyzdvihuje nutnost kvality a kultivovanosti vlastního řečového projevu, které jsou základem pro uplatnění v jistých pracovních oborech. Jedná se nejen o učitele, herce a moderátory, ale také o specialisty z oblasti marketingu, služeb a managementu. Zmínění jednotlivci stále častěji vyhledávají pomoc klinických logopedů, ve snaze o odstranění nepřesností v oblasti artikulace či tempa a plynulosti řeči (in *ibid.*). Respondenti v našem dotazníkovém šetření v 39 % zvolili motiv zaměstnání, dále osobní prestiž a atraktivitu (21 %), společenské začlenění (18 %), vliv partnera/partnerky (9 %) a s 11% zastoupením respondenti dále vybrali možnost jiné.

Cílem poslední dílčí výzkumné otázky bylo zmapovat oblast pomůcek a didaktických

materiálů využívaných při intervenci dyslálie u dospělých osob. Při zhodnocení této otázky nám mohou být nápomocny nejen výsledky několika dotazníkových položek, ale také již uvedené přímé výpovědi respondentů, které nám mnohdy ukazují realitu logopedické péče. Respondenti uvedli, že z pomůcek nejčastěji využívají texty (26 %), dále rotavibrátor (22 %) a špátle (19%). S 5% zastoupením byla zvolena také možnost jiné, která byla nejčastěji objasněna používáním diktafonu a logopedického zrcadla. Z publikací respondenti zvolili ve 23 % Přehled české výslovnosti a s 19% zastoupením Přístupné publikace pro korekci dyslálie (primárně určené dětské klientele). Je jistě na místě zmínit také nejvyšší zastoupení, a to 35 % respondentů, kteří vybrali možnost jiné. Nejčastěji se v této kategorii objevovaly vlastní materiály vytvořené za léta praxe respondentů. Povzbudivou informací pro nás může být zjištění, že celkem 89 % respondentů si vytváří vlastní pracovní materiály. Při jejich tvorbě poté využívají zejména běžně dostupné obrázky a články z tiskovin a internetu (27 %), prvky z publikací pro jiný typ narušené komunikační schopnosti (24 %) a také modifikaci prvků z publikací určených pro korekci dyslálie u dětí (21 %). I přes zmíněné údaje by 88 % respondentů uvítalo na českém trhu další materiály zaměřující se na intervenci dyslálie u dospělých.

16 Tvorba pracovních materiálů

Dalším záměrem praktické části této diplomové práce byla tvorba pracovních materiálů, které mohou být při terapii dyslálie nápomocny. Z dílčích připomínek respondentů v rámci dotazníkového šetření vyplynulo, že by někteří uvítali materiály pro etapu fixace a automatizace hlásek při dyslálii se zaměřením právě na dospělého klientelu. Zároveň jsme vzali v potaz, že v dotazníkovém šetření byl jako nejčastější typ distorze u dospělých uveden rotacismus. Proto jsme naše pracovní materiály zaměřily na fixaci a automatizaci hlásky R.

Vzhledem k uvedeným motivům jsme se rozhodli zpracovat několik typů pracovních materiálů, které mohou být prospěšné při terapii dyslalie, a také mohou být inspirací pro logopedy k jejich dalšímu rozšíření. Jedná se o soubor slabik, slov, vět, jazykolamů, textů a také několika křížovek. Ve všech zmíněných elementech jsme se snažili zapojit, co nejvíce právě hlásku R. Vzhledem k tomu, že ve stejném artikulačním okrsku se nachází i hláska Ř, která bývá v mnohých případech narušena současně s hláskou R, snažili jsme se hlásku Ř z pracovních materiálů vyřadit. Zachována byla pouze tehdy, pokud byl její výskyt nutný s ohledem na zmínění faktických informací, jako jsou roky, data a čísla obecně.

Soubor materiálů postupuje od slabik a slov obsahující shluky TR, DR, BR, PR, HR, CHR, které jsou pro začátek terapie mnohdy efektivní. Dále zde najdeme soubory slov obsahující jedno R, a to v iniciální, mediální a finální pozici. V rámci mediální pozice rozlišujeme hlásku R stojící mezi dvěma vokály a hlásku R stojící mezi vokálem a konsonantem. Dále zde najdeme již náročnější slova, kde se objevuje hláska R dokonce dvakrát. Soubor vět je také členěn dle frekvence výskytu hlásky R, a to na věty, kde jsou slova s jedním R a věty, kde se vyskytují kromě zmíněného i slova se dvěma R. Následujícím prvkem je také pět textů, které řeší obecná a zajímavá témata, blízká zejména dospělým. Dále navazuje soubor 10 křížovek, opět s častým výskytem hlásky R. Přiložena jsou i řešení a tajenky křížovek. Křížovky se mohou stát netradičním a zároveň motivačním prvkem při fixaci a automatizaci hlásky. Dle našeho názoru se při luštění a případném rozboru daných slov pracuje nejen na upevnění dané hlásky, ale současně se i rozšiřuje slovní zásoba klienta.

Zdrojem pro zmíněné pracovní materiály, zejména pro slova, věty a jazykolamy, byla kompilace několika publikací, webové stránky a také vlastní slovní zásoby (Vyštejn, 1991; Dvořák, 1999; Dědeček, 2005; Pokorná, Vránová; 2007, Jazykolamy na písmeno R, ©2008–2014). Inspirací pro uvedené texty bylo několik vybraných internetových článků (Nová radnice, 2014; Nejvyšší Čech, 2014; 10 kuriozit na solární energii, 2013; Horčík,

2013). Co se týče tvorby křížovek, zde se jednalo zejména o vlastní nápady a v některých případech byl pomocníkem webový server (*Křížovkářský slovník*).

16.1 Soubor slabik a slov

SOUBOR SLABIK:

TRA, TRE, TRI, TRO, TRU

DRA, DRE, DRI, DRO, DRU

BRA, BRE, BRI, BRO, BRU

PRA, PRE, PRI, PRO, PRU

HRA, HRE, HRI, HRO, HRU

CHRA, CHRE, CHRI, CHRO, CHRU

SOUBOR SLOV:

TR: TRÁM, TRÁVA, TRAFIKA, TRAMVAJ, TREMP, TRESTAT, TRIKO, TRYSKA, TROSKY, TROLEJ, TROUBA, TRUBKA, TRUHLA, PETRKLÍČ, PETR, METR, SVETR, TRN, TRH, TRS, TRNKA, TRKAT, TRPASLÍK, TRPĚLIVOST

DR: DRN, DRAK, DRÁP, DRÁT, DRÁHA, DROZD, DROBNOST, DROBENÍ, DRUH, DRŮBEŽ, DRTÍ, DRBE, DRNČÍ, DRZOST, HADR, PUDR

BR: BRAK, BRADA, BRÁNA, ZEBRA, OBRANA, ZBRAŇ, KOBRA, OBRÁZEK, BRADAVICE, BRIKETA, OBRYŠ, BRÝLE, DOBRO, OBROK, BROK, BROD, UBRUS, BRUSLE, UBROUSEK, BRKO, BRVA, BRNO, BRZY, BRZDA, BRNKAT, BRNĚNÍ, BOBR, ZUBR,

PR: PRAČKA, PRAVDA, PRÁVĚ, PRACH, VÝPRASK, PRIMA, PRINC, PROUD, PRUT, PRUH, PRŮVAN, PRVNÍ, PRKNO, PRSKÁ, PRCHÁ, PRÁCE, PRÁDLO, PROMĚNA, PREZIDENT, PRSKAVKA, PRŠÍ

HR: HRÁČ, HRAJE, HRÁCH, HRÁBĚ, HRAVÝ, HRABOŠ, HRANICE, HROCH, HRŮZA, HRUŠKA, HRB, HRST, HRKÁ, HRBOL, HRSTKA

CHR: CHRÁM, CHRASTIT, CHRAPOT, CHRYZANTÉMA, CHROUST, CHROMÝ, CHROBÁK, CHROCHTAT, CHRONICKÝ, CHRUP, CHRUPAVKA, CHRPA

R – INICÁLNÍ POZICE: RÁM, RAMPA, RAMENO, RAKETA, REK, RÉVA, REST, RUKA, RUM, RIZOTO, RÝČ, RÝŽE, RÝMA, RUKÁV, RUČNÍK, RUKAVICE,

R MEZI VOKÁLY: FARA, PÁRA, BÁRA, JARO, HORA, KÁRA, MARIE, MIREK, PÁREK, DÁREK, BARÁK, KOREK, VZOREK, PARÁDA, KORÁLE, HUMORESKA, MIRIAM, POMERANČ

R MEZI VOKÁLEM A KONSONANTEM: JIRKA, MIRKA, SIRKA, DÍRKA, PÍRKA, HŮRKA, KŮRKA, TERKA, VĚRKA, OPĚRKA, KÉRKA, DCERKA, ODĚRKA, ODMĚRKA, VEVERKA

R – FINÁLNÍ POZICE: SÝR, VÝR, MÍR, OBR, DAR, CAR, VOR, OVAR, TVAR, VZOR, TÁBOR, DOLAR, HOVOR, DOKTOR, PAPÍR, NETVOR, TEPLOMĚR, PIVOVAR

DVĚ R VE SLOVĚ: KURÝR, KRÁTER, ROBERT, BROŽURA, CHRABRÝ, RETRÍVR, OPERÁTOR, BAROMETR, BRAMBORAČKA, ROZMARÝN, REVOLVER, RESTAURACE, ELEKTRÁRNA, REGULÉRNÍ, KRÁLÍKÁRNA, LITERATURA, PERLORODKA, REBARBORA, RODODENDRON

16.2 Soubor vět a textů

SOUBOR VĚT:

VĚTY (jedno R ve slově)

- PRAŽSKÉ DIVADLO HRAJE ČINOHRY, OPERY I OPERETY.
- INSTALATÉR SE POSTARAL O OPRAVU STARÉHO MATERIÁLU.
- ARCHITEKT SPOLU S DRAHOU FIRMOU NAVRHL OKRASNOU ZAHRADU.
- DCERA KLÁRA SE STARÁ O VINNOU RÉVU NA NAŠEM STARÉM DVORKU.
- HOROLEZEC SE VYDAL DO HOR ZACHRÁNIT ZRANĚNÉHO SPORTOVCE.
- VČERA VEČER PROBĚHL V OSTRAVSKÉ PORODNICI VELMI NÁROČNÝ POROD.

- PORÁŽKA MISTRŮ ZPŮSOBILA VE SPORTOVNÍ ARÉNĚ OBROVSKÝ ROZRUCH.
- PROTESTUJÍCÍ PRAŽENÉ PROCHÁZELI PRAHOU A PROVOLÁVALI VÝHRUŽNÉ FRÁZE.
- ZIMNÍ KRAJINA SE PYŠNÍ TVRDÝM ZAMRZLÝM SNĚHEM I OSTRÝMI RAMPOUCHY.
- AMERICKÝ FILMOVÝ PROTAGONISTA SE POSTARAL O ZÁCHRANU MALÉHO LEVHARTA.
- HISTORIE OSTROVA JE PLNÁ POZORUHODNÝCH KURIOZIT A DECH BEROUČÍCH INFORMACÍ.
- RECEPČNÍ NÁM DOPORUČIL PROHLÉDNOUT SI STARODÁVNÝ KLÁŠTER A TROSKY STARÉHO HRADU.
- ROSTISLAV A JEHO RODINA MĚLA RADOST Z KRÁSNĚ ZABALENÉHO MODRÉHO DÁRKU.
- ROMAN, KRISTÝNA A MOJMÍR PROSADILI VE ŠKOLNÍ RADĚ RAZANTNÍ REFORMU STRAVOVÁNÍ.
- MARIE KONTROLOVALA, ZDA V DROGERII MAJÍ JEŠTĚ KRÁSNOU ČERVENOU RTĚNKU, ALE ETIKETA JÍ PROZRADILA, ŽE PRODUKT VÝRAZNĚ ZDRAŽILI.

VĚTY (dvě R ve slově)

- ROBERT JE JMÉNO MÉHO BRATRA I BRATRANCE.
- V DROGERII PRODÁVALI RŮZNÉ DRUHY DEODORANTŮ.
- RECITÁTOR OBDRŽEL OBRAZ RENOMOVANÉHO INTERPRETA.
- OBROVSKÝ ROZRUCH ZPŮSOBIL KONTROVERZNÍ SBORMISTR.
- DO BRAMBORAČKY JE DOBRÉ DÁT MRKEV, CIBULE A BRAMBORY.
- REPRÍZA KONTROVERZNÍ REPORTÁŽE PROBĚHNE V ÚTERÝ A VE ČTVRTEK.
- REFERENT NÁŠ VÝBOR INFORMOVAL O PROGRAMU RESTRUKTURALIZACE.
- KRÁLÍKÁRNA BYLA PLNÁ KRÁLÍKŮ, STARÉHO SENA A ZBYTKŮ KRÁLIČÍ POTRAVY.
- V PARDUBICÍCH PROBÍHÁ PREZENTACE A PRODEJ VÝROBKŮ Z PERNÍKU

KAŽDÝ ROK.

- STRÝC JIRKA MÁ RÁD ZE VŠEHO NEJVÍC KONTROVERZNÍ LITERATURU A HORKÝ OVAR.
- DOBRODRUH SKRZE KONTROLY PRONESL CHRÁNĚNÝ DRUH ROZMARÝNU, HRACHORU A REBARBORY.
- FLORBALOVÝ TÝM REPREZENTOVAL NA MEZINÁRODNÍM DNU SPORTU JEDNOTU OREL, VYRAZILI AŽ DO RAKOUSKÉHO MĚSTA SALZBURG.

SOUBOR TEXTŮ

Text č. 1: PRAHA

Procházka historickou Prahou může být i pro Pražana určitým dobrodružstvím. Staré město pražské vzniklo u brodu na pravé straně Vltavy z tržiště, které leželo na cestě mezi Hradem a Vyšehradem. Na staroměstském tržišti se pravidelně provozovaly trhy, shromažďovalo vojsko i popravovalo. Staré město bylo královským městem, opevněným hradbami a branami. Za Jana Lucemburského staroměstští prosadili vlastní radnici, měli svou samosprávu i purkmistra.

Text č. 2: OSTRAVSKÁ RADNICE

Nová radnice je proslulou stavbou Ostravy. Jedná se o prvorepublikovou budovu s vyhlídkovou věží. Stavěla se v letech 1925 až 1930. Vedení stavby bylo propůjčeno do rukou tehdy mladému začínajícímu architektu Karlu Kotasovi. Na projektu své schopnosti projevil i známý brněnský architekt Vladimír Fischer. Pozornost navrhovatelů upoutal nezastavěný prostor u povodí Ostravice, kde se nacházela výletní restaurace. Celkové náklady na toto architektonické dílo byly 52 miliónů korun. Prvotní odhalení proběhlo slavnostně dle 28. října 1930, kdy se právě slavil státní svátek Československé republiky. Karel Frič k tomu napsal: „*Moravská Ostrava měla štěstí, že v době, kdy se rozhodovalo o stavbě její radnice, byli v čele správy města prozíraví mužové...*“ Rekordní je váha hodin, které váží více než půl tuny a jejich ciferník má průměr 350 centimetrů. Díky 85 metrů vysoké věži se radnice stala nejvyšší radniční budovou v České republice. Nová radnice je zároveň největší radniční komplex v zemi. Ve věži je informační centrum a možnost krásné vyhlídky z terasy ve výšce 73 metrů.

Text č. 3: VÝŠKOVÝ REKORDMAN

Pan Tomáš Pustina z Rozkoše u Humpolce je nejvyšším Čechem. Tento skoro obr dosahuje výšky 226 centimetrů, váží 170 kilogramů a díky svým rozměrům se zapsal do *České knihy rekordů a kuriozit*, jako dosud největší žijící Čech. Být tak vysokým tvorem se však nerovná stoprocentní radost a komfort. O tom, že bude Tomáš tak obrovský, neměli jeho rodiče ani ponětí. Když se totiž narodil, byl jako kterékoliv jiné roztomilé dítě. Jeho míra byla 50 centimetrů a váha 3,2 kilogramů. Éra základní školy však znamenala výškovou revoluci. Začal být vyšší než jeho kamarádi z ročníku a růst ne a ne se zarazit. Výškové rozměry jsou nyní Tomáši Pustinovi na obtíž a graduji v různé, nejen zdravotní problémy. Většinu času tráví doma v bytovce s novinami v rukou a se svým kocourem. I když se občas rozličné trable dostaví, má rád radostnou partu lidí a občas si se svým otcem vyrazí do restaurace na pivo. Už tu ale rozsedl víc než dvakrát židli. A jak sám Tomáš tvrdí: „*Je to utrpení, ale boj se svoji výškou nikdy nevzdám.*“

Text č. 4: KURIOZITY NA SOLÁRNÍ ENERGII

Fotovoltaický panel vyrábí elektrický proud pro vaši rodinu, v miniaturním provedení může také obstarat energii pro provoz jednotlivých, mnohdy velmi kuriózních nástrojů. Různé pestré nápady můžeme pozorovat také v okruhu technického provedení oné proměny slunečního zdroje na elektrický proud. Prozkoumejte s námi několik rozličných, ale i praktických kuriozit solární energie. Kuriozitou číslo jedna je solární nabíječka na mobil. Solární nabíječky v tomto roce existují v nejrůznějších a skoro provokativních podobách. Solární článek můžeme pozorovat zabudovaný v podobě roztomilého stromu na pracovním stole anebo prakticky zabudován v pánské kravatě. Kuriozitu číslo dva prezentuje solární kšiltovka s ventilátorem. Ve tvůrčích probouzel povrch kšiltovky asi dojem nevyužitého prostoru, a proto zde umístili solární článek, který může ventilátor probudit k práci v parních letních dnech. Další kuriozitou může být spojení solární energie a prostorného posezení na zahradě či v parku. Krásnou a praktickou variantu v sobě totiž ukrývá zahradní lehátko se zabudovaným nabíjecím prostorem na mobil či notebook. Práci tedy můžeme realizovat venku na čerstvém vzduchu, aniž bychom se museli brzy produčirovat zpět do rodinného domu kvůli dobití baterie.

Text č. 5: OBNOVITELNÉ ZDROJE ENERGIE

Solární elektrárny, větrné turbíny, biomasa nebo geotermální energie. Zmíněné prvky jsou dobré zdroje energie, které se na startu 21. století začínají výrazně prosazovat. Prozkoumejte

s námi několik pozoruhodností, které o obnovitelných zdrojích asi nevíte. Island jako málokterá země získává elektrické zdroje ze stoprocentně obnovitelných zdrojů energie. Ohromný podíl mají vodní elektrárny (75 %), zbytek jsou větrné, geotermální a solární elektrárenské zdroje. Vodní elektrárny jsou nejfrekventovanějším obnovitelným zdrojem energie na světě. V roce 2011 vyrobily celkem 16 % elektrického proudu v krajích celého světa. Obrovitým výrobcem energie ve vodních elektrárnách je Čínská lidová republika. Ta má v rukou jednu z nejrozsáhlejších vodních elektráren na světě. Realizace této obrovské soutěsky má bravurní výkon, který je desetkrát větší než výkon jaderné elektrárny Temelín v naší republice. Výrazný podíl větrných elektráren na výrobě elektrického proudu má také Dánsko, konkrétně asi 20 %. Toto království zároveň náleží k průkopníkům využití větrné energie, a to jak na souši, tak ve vodě. Právě v dánském království pracuje a produkuje nejproslulejší výrobce větrných turbín, společnost Vestas. Závěrem je dobré zmínit, že už v roce 2018 má podle některých odborníků, podíl výroby z obnovitelných zdrojů energie v souhrnné světové výrobě elektrického proudu vyrůst na 25 %, tedy do naprosté čtvrtiny. Z toho pravděpodobně 8 % bude provedení solárních a větrných elektráren.

16.3 Soubor jazykolamů a křížovek

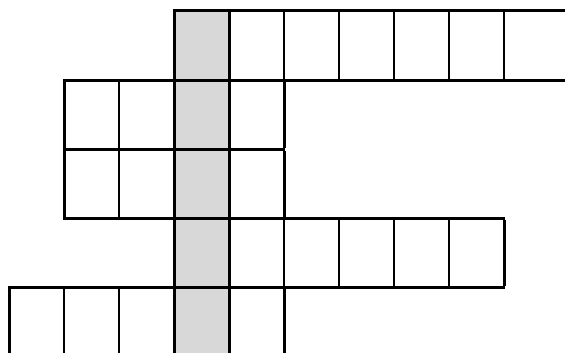
SOUBOR JAZYKOLAMŮ

- Revolverem provrtal leporelo.
- Roli lorda Rolfa hrál Vladimír Leraus.
- Retrospektivou kontroloval perspektivu konkrétního prospektu.
- Byl jeden kur, kokrhal v dur, a kdo ho slyšel kokrhat, mohl se smíchy potrhat.
- Rozprostovlasatila-li se dcera krále Nabuchodonozora či nerozprostovlasatila-li se dcera krále Nabuchodonozora.

SOUBOR KŘÍŽOVEK

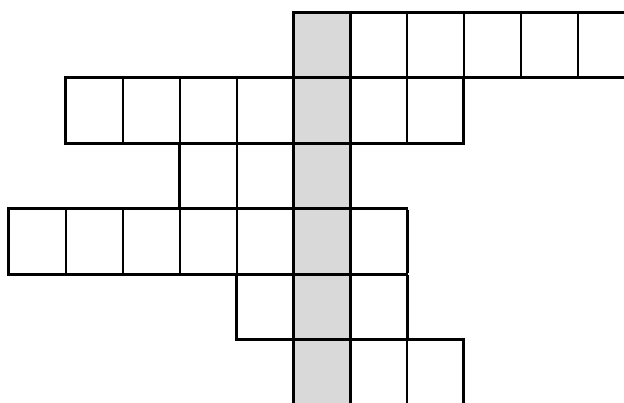
Křížovka č. 1

1. BRUTÁLNÍ ČLOVĚK
2. KARETNÍ BARVA
3. KOSMETICKÝ PRÁŠEK
4. AFRICKÝ KYSELÝ PLOD
5. MALÝ PRESENT



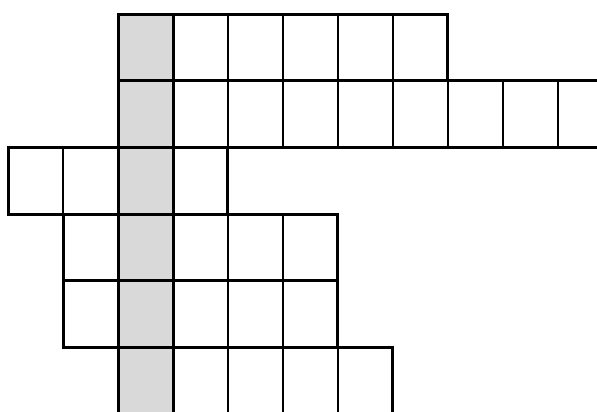
Křížovka č. 2

1. OBRAT K LEPŠÍMU
2. PROMYŠLENÝ PLÁN
3. MLÉČNÝ VÝROBEK
4. ROZSÁHLÝ VOLNÝ PROSTOR
4. KLID ZBRANÍ
5. HRABAVÝ PTÁK



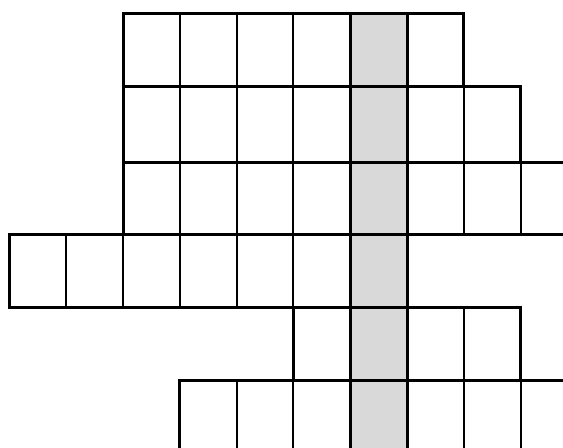
Křížovka č. 3

1. HRAZENÍ
2. AMERICKÝ KOMIKSOVÝ HRDINA
3. DAREBÁK
4. ČESKÉ NOVINY
5. POHONNÝ STROJ
6. VOJENSKÁ STRÁŽ



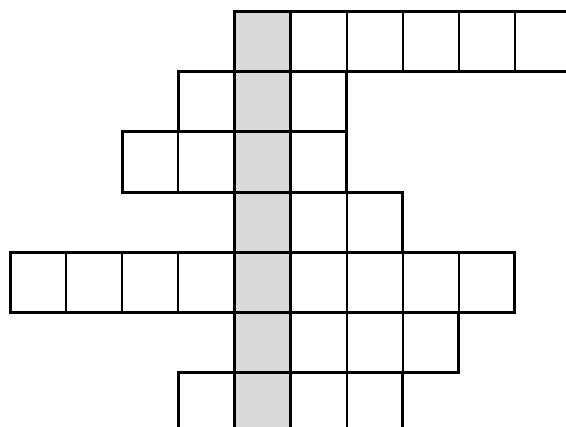
Křížovka č. 4

1. AFRICKÝ ŽIVOČICH
2. MĚSTO V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI
3. DĚTSKÁ OBRÁZKOVÁ SKLÁDAČKA
4. OVOCNÝ STROM
5. OBROVSKÝ KOPEC
6. KAMARÁD OD MAKOVÉ PANENKY



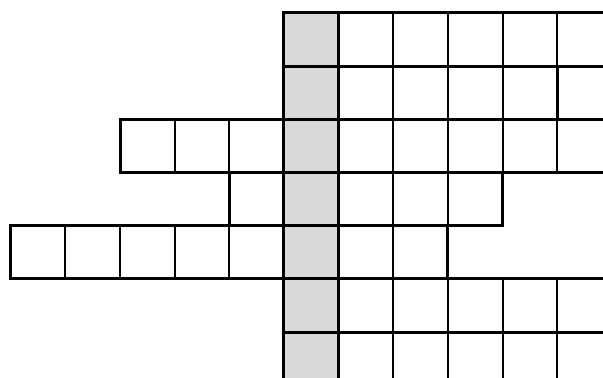
Křížovka č. 5

1. BAREVNÝ
2. PRIMITIVNÍ PLAVIDLO
3. DÉLKOVÁ MÍRA
4. ZAHRADNÍ NÁSTROJ
5. MĚSTO PERNÍKU
6. MORAVSKÁ METROPOLE
7. DŮVĚRA



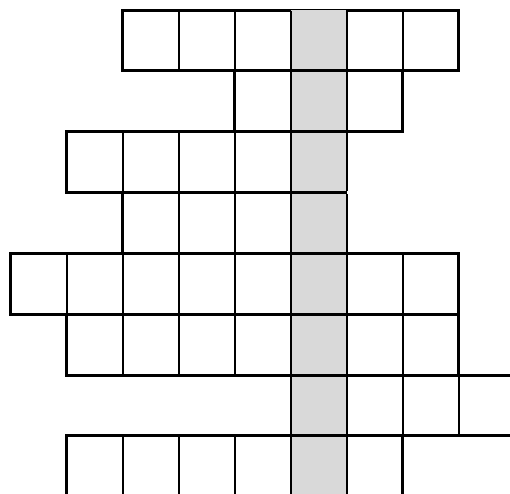
Křížovka č. 6

1. JMÉNO STRAKATÉHO KOCOURA
2. SNĚŽNÝ LEOPARD
3. AFRICKÁ LIDOOOP
4. VEDOUcí PRACOVNÍK V DÍLNĚ
5. AKADEMICKÁ PERSONA
6. RUINY
7. OBOR



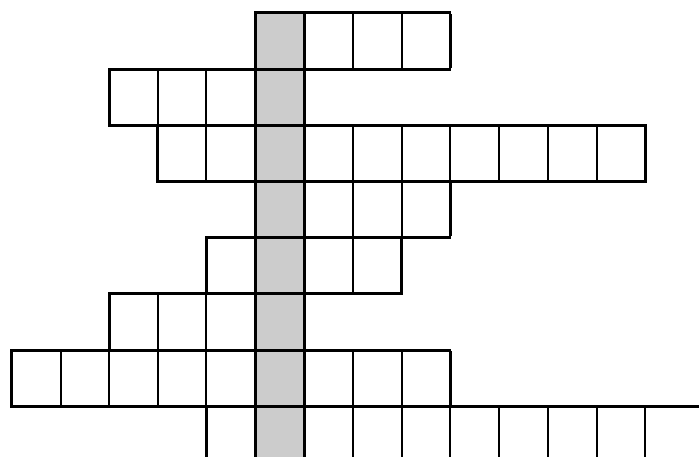
Křížovka č. 7

1. PEVNINA OHRANIČENÁ VODOU
2. CÍRKEVNÍ REFORMÁTOR
3. OBROVSKÝ NOS
4. HORNÍ KONČETINA
5. ROZMLUVA
6. DRUHÝ NEJVĚTŠÍ SVĚTADÍL
7. OKRASNÝ STROM
8. ELEKTRICKÝ VODIČ NAD TRAMVAJÍ



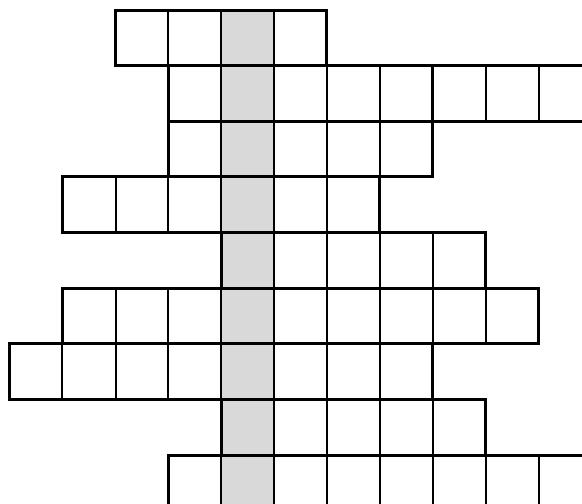
Křížovka č. 8

1. KLUKOVSKÁ ZBRAŇ
2. JEDNOTKA DUTÉ MÍRY
3. DRUH STÁTNÍHO USTANOVENÍ
4. TAŽENÝ HUTNICKÝ VÝROBEK
5. NEVYROVNANÝ DLUH
6. DRAVÝ PTÁK
7. NEJOBLÍBENĚJŠÍ PERIODA ŠKOLÁKŮ
8. OSLAVA PRVNÍHO DNE ŽIVOTA



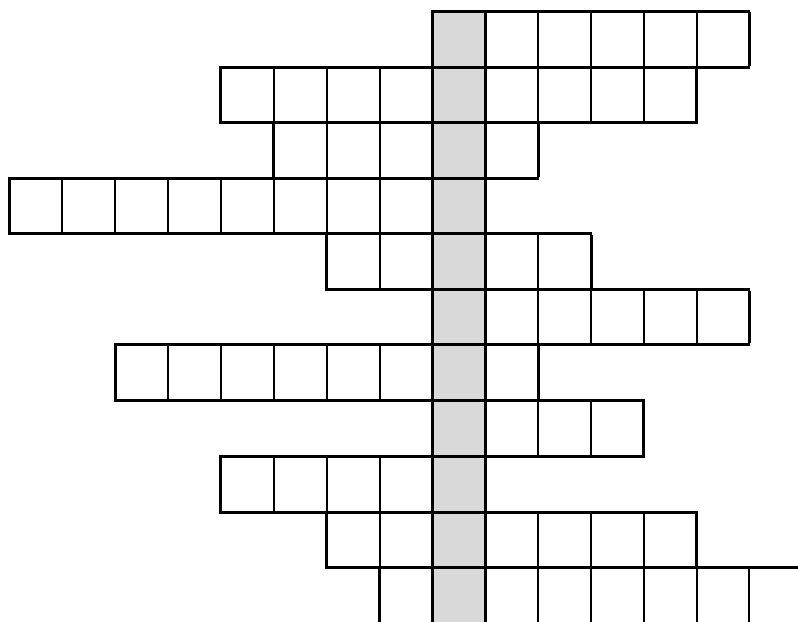
Křížovka č. 9

1. NÁSTROJ KE PSANÍ
2. POLITICKÝ ZVRAT
3. ZPĚVOHRA
4. NEPRAVÉ VLASY
5. POKRÝVKA HLAVY
6. ZÁKONODÁRNÉ SHROMÁŽDĚNÍ
7. RUMOVÝ BONBON
8. HRACÍ LISTY
9. CÍRKEVNÍ SLUŽEBNÍK



Křížovka č. 10

1. KARETNÍ HRA
2. KOSMONAUT
3. NEJZNÁMĚJŠÍ MRAVENEC
4. KRAJINA KLOKANŮ
5. MATKA KRISTOVA
6. SEVERSKÁ ZEMĚ
7. ČAPKOVA HRA
8. EVROPSKÝ TUR
9. BREJLOVEC
10. KRÁL ČERTŮ
11. ZBRANĚ



Řešení křížovek

Křížovka č. 1: Tajenka – SRDCE

1. surovec, 2. kára, 3. pudr, 4. citron, 5. dárek

Křížovka č. 2: Tajenka – PERNÍK

1. pokrok, 2. projekt, 3. sýr, 4. krajina, 5. mír, 6. kur

Křížovka č. 3: Tajenka – OSTROV

1. ohrada, 2. Spiderman, 3. lotr, 4. právo, 5. motor, 6. varta

Křížovka č. 4: Tajenka – FARAON

1. žirafa, 2. Ostrava, 3. leporelo, 4. meruňka, 5. hora, 6. Emanuel

Křížovka č. 5: Tajenka – POTRUBÍ

1. pestrý, 2. vor, 3. metr, 4. rýč, 5. Pardubice, 6. Brno, 7. víra

Křížovka č. 6: Tajenka – MINISTR

1. mourek, 2. irbis, 3. orangutan, 4. mistr, 5. profesor, 6. trosky, 7. resort

Křížovka č. 7: Tajenka – RUKAVICE

1. ostrov, 2. Hus, 3. frňák, 4. ruka, 5. rozhovor, 6. Amerika, 7. trolej

Křížovka č. 8: Tajenka – PRÁDELNA

1. prak, 2. litr, 3. království, 4. drát, 5. rest, 6. orel, 7. prázdniny, 8. narozeniny

Křížovka č. 9: Tajenka – REPUBLIKA

1. pero, 2. revoluce, 3. opera, 4. paruka, 5. baret, 6. parlament, 7. pralinka, 8. karty, 9. kardinál

Křížovka č. 10: Tajenka – MODERNIZACE

1. mariáš, 2. astronaut, 3. Ferda, 4. Austrálie, 5. Maria, 6. Norsko, 7. Krakatit, 8. zubr,
9. kobra, 10. lucifer, 11. revolver

Zdroje využitě při tvorbě pracovních materiálů

Zdroj vět:

Vyštejn, 1991;

Dvořák, 1999;

Pokorná, Vránová; 2007

Zdroj textů:

Pokorná, Vránová; 2007;

Nová radnice, 2014;

10 kuriozit na solární energii, 2013;

Horčík, 2013;

Nejvyšší Čech, 2014

Zdroj jazykolamů:

Dědeček, 2005;

Jazykolamy na písmeno R, © 2008–2014

Závěr

V rámci diplomové práce s názvem *Dyslálie u dospělých osob* jsme si kladli za cíl postihnout problematiku dyslálie a také zmapovat současnou logopedickou péči u dospělých osob s tímto narušením. Dalším záměrem bylo komplexně vysledovat a také popsat různorodé oblasti a dílčí charakteristiky, které s daným tématem souvisí a intervenci u dyslálie mohou v různé míře ovlivňovat. Problematiku dyslálie řadíme do kategorie narušené komunikační schopnosti, konkrétně se jedná o narušení artikulace mluvené řeči.

Na začátku teoretické části této diplomové práce jsme se věnovali terminologii a definicím dané disability. Snažili jsme se nastínit základní terminologické pojetí u nás i v zahraničí. Po zhodnocení dané oblasti můžeme konstatovat, že v praxi i odborné literatuře panuje jistá nejednotnost. Jedná se nejen o konkrétní terminologii, ale i obecné chápání a ukotvení celé problematiky narušené artikulace. Za zmínku jistě stojí diferenciaci dyslálie na fonetickou a fonologickou úroveň, protože od této kategorizace se odvíjí i terapeutický plán.

V následujících kapitolách jsme se zaměřili na výskyt, etiologii, klasifikaci, symptomatologii a také diagnostiku dyslálie, se zřetelem právě na dospělou populaci. Je důležité zmínit výsledky ÚZIS ČR, který analyzuje výsledky a zprávy zdravotnických zařízení a zaměřuje se i na oblast logopedie a NKS. V kategorii nejčastěji se vyskytujících typů NKS u osob starších 19-ti let se v posledních třech analyzovaných letech (2012, 2011, 2010) umístila dyslálie vždy na třetím místě. V rámci dětské populace, dyslálie v posledních letech vždy dominovala na přední příčce. Vzhledem k těmto informacím je důležité dyslálii nepodceňovat, protože dle našeho názoru, i názoru odborné literatury (Neubauer, 2007), mnohé případy dyslálie u dospělých jsou v podstatě formou zanedbané logopedické péče z dětství.

Přesto není na místě podrobně analyzovat a vyzdvihovat neadekvátní péči v dětství, ale spíše využít těch možností, které se nabízí nyní. Na mysli máme především dospělé osoby s dyslálií, kteří se pro logopedickou péči rozhodnou a spolu s logopedem zahájí terapii. Tuto oblast nám představuje kapitola *Základy terapie*, která se zaměřuje především na standardní fonetický terapeutický přístup. V této části najdeme také další terapeutické přístupy, a dále kapitolu zaměřující se na nápravu hlásky R a možnosti jejího vyvození. Specializaci pro tuto hlásku jsme si v průběhu zpracovávání diplomové práce vybrali hned z několika důvodů. Tím prvním byl častý výskyt dospělých osob s rotacismem přímo v blízkém okolí, u příbuzných

a také u několika přátel. Dále se jednalo o akustickou nápadnost daného narušení a s tím související snahu alespoň částečně přispět ke zlepšení možností intervence. Výrazným motivem byl také názor odborné literatury (Klenková, 2006; Gúthová, 2009), která tvrdí, že rotacismus patří k nejčastějším obtížím v rámci artikulace a výslovnosti hlásek. Signifikantním faktorem byl i výsledek dotazníkového šetření u klinických logopedů, kde rotacismus zřetelně dominoval (viz dílčí výsledky praktické části této diplomové práce).

V diplomové práci dále najdeme dvě kapitoly, které s dyslálií také úzce souvisí a někdy je na ně, dle našeho názoru poněkud zapomínáno. Jedná se o oblast logopedických pomůcek, didaktických materiálů a publikací zaměřujících se na dyslálii a dále oblast motivace v logopedické péči u dospělých. Vhodně zvolená terapie a poté využívání adekvátních logopedických pomůcek a pracovních materiálů přiměřených věku klienta, jsou dle našeho názoru klíčem k úspěšnému cíli. Oblast motivace v logopedické péči jsme rozpracovali vzhledem ke zřejmé souvislosti s dyslálií právě u dospělých osob, kde je fixace a automatizace hlásky, mnohdy tak problematickou a zdoluhavou etapou.

V praktické části této diplomové práce jsme se věnovali dvěma oblastem. Tou první bylo dotazníkové šetření u celkem 114 klinických logopedů. Realizaci tohoto šetření jsme zvolili s cílem zmapovat a analyzovat současnou logopedickou péči u dospělých osob s dyslálií na území České republiky. Věnovali jsme se výskytu dyslálie, nejčastější distorzi a zajímal nás také nejfrekventovanější způsob vadného tvoření. Dle odpovědí respondentů se v ČR nejčastěji vyskytuje rotacismus (69 %) a konkrétně jeho velární realizace (72 %). Dotazník dále řešil nejčastější motivy k zahájení logopedické péče a také důvody a okolnosti, za kterých je intervence dyslálie u dospělých osob ve většině případů ukončena. Závěrečné dotazníkové položky byly zaměřené na oblast využívaných pomůcek a také publikací, které jsou při terapii u dospělých využívány. Potěšit nás může například zjištění, že výrazná většina respondentů je spokojená se svým zaměstnáním a dále také výsledek, že 89 % respondentů si vytváří vlastní pracovní materiály. I přes zmíněné údaje by 88 % respondentů uvítalo další pracovní materiály, a proto druhou oblastí praktické části byla tvorba pracovních materiálů, které mohou být užitečné při úpravě rotacismu. Kromě souboru slov, která jsou v logopedické literatuře snadno vyhledatelná, jsme dále vytvořili soubor vět, textů ke čtení, dále několik jazykolamů a také křížovek. Všechny zmíněné elementy jsou specializovány na etapu fixace a automatizace hlásky R u dospělých osob. Cílem bylo vytvořit alespoň základní přehled možných prvků, se kterými se dá při terapii pracovat a současně zvolit takové formy práce, které by byly pro dospělé osoby dostatečně zajímavé, motivační a zejména přijatelné jejich věku.

Je dobré mít na paměti názor Lechty (2013), který dospělost specifikuje jako ontogenetický fenomén a upozorňuje na to, že sebou přináší výrazná specifika. Dle našeho názoru je pochopení tohoto tvrzení základní premisou k tomu, abychom si uvědomili, že intervence u dospělých osob s NKS by měla být odlišná od intervence u dětí a také osob v seniorském věku. Tento postoj nám mimo jiné připomíná i zásada individuálního přístupu.

Jako závěrečnou myšlenku bychom chtěli prezentovat názor Neubauera (2007b, s. 80), který napsal: *„Vzhledem ke skutečnosti, že dospělé osoby v produktivním věku mohou těžce prožívat i drobný neúspěch v cestě za profesním a sociálním uplatněním, je osobní odpovědnost klinického logopeda za užití přiměřených a efektivních metod terapie i v této oblasti stejně závažná jako v oblasti dětské nebo stárnoucí populace.“*

Seznam použité literatury

CSÉFALVAY, Z.; LECHTA, V. a kol. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.

DAMBORSKÁ, M. 1963. *Citový život a vývoj řeči kojenců v kolektivních zařízeních*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno.

DĚDEČEK J. 2005. *Uležené želé*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2005. ISBN 80-00-01710-5.

DOSUŽKOV, B. 1960. *Příspěvek ke studiu dětské dyslalie z hlediska psychoneurologického*. Praha. 20. 5. – 21.5 1960. In: *Dyslalie - Sborník přednášek o poruchách výslovnosti z VIII. celostátního zasedání logopedických pracovníků*. Praha: SPN. s. 59–80. ISBN neuvedeno.

DVOŘÁK, J. 1999. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-0-1.

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

DVOŘÁK, J. 2003b. *Vývojová fonologická porucha*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-4-4.

DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.

GANGALE, D. 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6.

GOJIŠOVÁ, E. a kol. 2004. *Stomatologie*. Praha: Karolinum ISBN 80-7184-865-4.

GÚTHOVÁ, M. *Dyslália* in KEREKRÉTIÓVÁ, A. a kol. 2009. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. s. 136–156. ISBN 978-80-223-2574-5.

GÚTHOVÁ M., ŠEBIÁNOVÁ, D. *Terapie dyslalie* in LECHTA, V. 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 1. vyd. s. 167–201. ISBN 80-7178-961-5.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

HARTL P., HARTLOVÁ H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HARTL P., HARTLOVÁ H. 2010. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

KAMÍNEK, M., ŠTEFKOVÁ, M. 2001. *Ortodoncie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0204-1.

KIML, J. 1978. *Základy foniatric: vady a poruchy funkcí sdělovacího procesu: léčebná péče, výchova, reedukace a rehabilitace sluchu, hlasu a řeči*. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno.

KITTEL, A. 1999. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-6.

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

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRAHULCOVÁ, B. 2013. *Dyslalie – patlavost*. 2. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, D. a kol. 1999. *Dyslalie – metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 80-7216-100-8.

LANGMEIER, J.; MATĚJČEK Z. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1983-5.

LECHTA, V. a kol. 1990. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00447-9.

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

LECHTA, V. 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.

MÁDLO, K. 1960. *Prof. Chvatcev o poruchách výslovnosti*. Praha. 20.5. – 21.5. 1960. In: Dyslalie - Sborník přednášek o poruchách výslovnosti z VIII. celostátního zasedání logopedických pracovníků. Praha: SPN. s. 33–55. ISBN neuvedeno.

MALÍNSKÝ, J., MALÍNSKÁ, J., MICHALÍKOVÁ, Z. 2005. *Morfologie orofaciálního systému*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1062-1.

MLČÁKOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. 2013. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3721-7.

MEŠKOVÁ, M. 2012. *Motivace žáků efektivní komunikací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0198-4.

NÁDVORNÍKOVÁ, V. *Diagnostika dyslalie* in LECHTA, Viktor a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. s. 169–201. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

NEUBAUER, K. 2007. *Logopedie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-093-6.

NEUBAUER, K. *Logopedická péče o dospělé osoby* in ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2007b. *Klinická logopedie*. 2. vyd. s. 79–85. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

OHNESORG, K. 1974. *Fonetika pro logopedy*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

PALKOVÁ, Z. 1997. *Fonetika a fonologie češtiny*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7066-843-1.

PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, A., OHNESORG, K., KANTOR, M. 1976. *Prevence poruch řeči*. 1. vyd. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. 2005. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

POKORNÁ J., VRÁNOVÁ M. 2007. *Přehled české výslovnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-169-3.

ROUBÍČKOVÁ J. a kol. 2011. *Test 3F – Dysartrický profil*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN: 978-80-726-2714-1.

SALOMONOVÁ, A. *Dyslalie* in ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. s. 332–359. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

SEEMAN, M. 1955. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, M. a kol. 1974. *Logopedie*. 3. vyd. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, M. 1981. *Logopedie: učebnice*. 2. vyd. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, M. a kol. 1984. *Logopedie – metodika a didaktika*. 1. vyd. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.

ŠIŠKA, Z. 2002. *Fonetika a fonologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0428-1.

VYŠTEJN, J. 1991. *Vady výslovnosti*. 1. vyd. Praha: SPN. ISBN 80-04-24504-8.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ M. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Seznam elektronických zdrojů

Adresář logopedických pracovišť. *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. © 2014 [cit. 2013-09-19]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--adresar-logopedickych-pracovist>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Definitions of communication disorders and variations*, 1993 [online]. © 1993 [cit. 2014-3-18]. Dostupné z: <http://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Childhood apraxia of speech*, 2007 [online]. © 2007 [cit. 2014-3-18]. Dostupné z: <http://www.asha.org/policy/TR2007-00278/#top>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonological Processes*, 2014 [online]. © 1993–2014 [cit. 2014-3-18]. Dostupné z: http://www.asha.org/public/speech/disorders/speechsounddisorders.htm#can_adults

CARPE DIEM BOHEMIA, s.r.o. *Logopedické pomůcky* [online]. © 2012 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.logopedickepomucky.eu/>

EMITplus, s.r.o., *FONO 2* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.fono.sk/content/show/1006/1015?lang=1>

FARRONATO, G. et al. *Correlations between malocclusions and dyslalias*. *European journal of paediatric dentistry* [online]. 2012, roč. 13, č. 1, s. 13–18 [cit. 2014-3-20]. ISSN 1591-996X. Dostupné z: http://www.ejpd.eu/bibliografia_dettaglio.asp?id=432

HITOS, S. et al. *Oral breathing and speech disorders in children*. *JORNAL DE PEDIATRIA* [online]. 2013, roč. 89, č. 4, s. 361–365 [cit. 2014-3-19]. ISSN 0021-7557. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713000958>

HORČÍK, J. 10 kuriozit na solární energii. In: *EkoBonus* [online]. 6.8. 2013. © 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://www.ekobonus.cz/10-kuriozit-na-solarni-energii>

JAWORSKI, P. *Logopedické pomůcky pro děti a dospělé* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.logopedicke.cz/>

Jazykolamy na písmeno R. *Velká sbírka jazykolamů* [online]. © 2008–2014 [cit. 2014-04-1]. Dostupné z: <http://jalam.cz/jazykolamy.php?pismo=R>

Křížovkářský slovník [online]. Rok vydání neuveden [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://krizovky.svada.cz/>

Nejvyšší Čech. In: *Zajímavosti, kuriozity a rekordy ze světa i ČR* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://www.1000nej.cz/nejvyssi-cech.html>

Nová radnice (Ostrava). In: *Wikipedie* [online]. 24. 1. 2014. © 2014 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Nov%C3%A1_radnice_%28Ostrava%29

THOMAZ, E., CANGUSSU, M., ASSIS, A. *Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [online]. 2012. Roč. 76, č. 4, s. 500–506 [cit. 2014-3-19]. ISSN 0165-5876. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587612000353#>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. © 2010–2014 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

VITÁSKOVÁ, K. *Využití logopedických pomůcek a přístrojů u jedinců s narušenou komunikační schopností k rozvoji jejich komunikace*. In: <http://kurzy-spp.upol.cz/> [online]. 2012. Olomouc [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/Default.htm>

WLODARCZYK, E. et al. *Assessment of auditory processing in children with dyslalia*. Saratov Journal of Medical Scientific Research [online]. 2011, roč. 7, č. 3, s. 661–665 [cit. 2014-03-19]. ISSN 1995-0039. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6b9018db-e868-4e9c-83cf-002517980f78%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4105>

10 kuriozit na solární energii. In: *EkoBonus* [online]. 7. 1. 2013. © 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://www.ekobonus.cz/10-kuriozit-na-solarni-energii>

Seznam zkratek

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

CNS – centrální nervová soustava

ČR – Česká Republika

Např. – například

NKS – narušená komunikační schopnost

Pozn. – poznámka

Tzv. – takzvaný, takzvaně

SPN – státní pedagogické nakladatelství

Srov. – srovnej

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Základní klasifikace českých samohlásek	- 17 -
Tabulka č. 2: Výčet párových souhlásek	- 19 -
Tabulka č. 3: Výskyt dyslálie na území ČR u osob do 18 let	- 22 -
Tabulka č. 4: Výskyt dyslálie na území ČR u osob starších 19 let.....	- 22 -
Tabulka č. 5: Procentuální zastoupení tří nejčastěji diagnostikovaných oblastí NKS.....	- 23 -
Tabulka č. 6: Vývoj artikulace z hlediska věku	- 35 -
Tabulka č. 7: Fonetické a fonologické symptomy	- 39 -
Tabulka č. 8: Zastoupení respondentů dle kraje působnosti	- 85 -
Tabulka č. 9: Nejčastější motivy k vyhledání logopedické péče	- 95 -
Tabulka č. 10: Specifika terapie dyslálie u dětí a dospělých	- 98 -
Tabulka č. 11: Pomůcky využívané při intervenci dyslálie u dospělých	- 100 -
Tabulka č. 12: Prvky využívané při tvorbě vlastních pracovních materiálů	- 105 -

Seznam grafů

Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle resortu působnosti	- 84 -
Graf č. 2: Zastoupení respondentů dle kraje působnosti	- 84 -
Graf č. 3: Délka logopedické praxe respondentů	- 86 -
Graf č. 4: Škála spokojenosti respondentů se zaměstnáním.....	- 86 -
Graf č. 5: Počet dospělých klientů s dyslálií v péči od začátku logopedické praxe respondentů.	- 87 -
Graf č. 6: Počet dospělých osob s dyslálií v péči respondentů.....	- 88 -
Graf č. 7: Nejčastější typ distorze u dospělých osob	- 88 -
Graf č. 8: Nejčastější způsoby vadného tvoření	- 90 -
Graf č. 9: Výskyt kapacismu	- 91 -
Graf č. 10: Výskyt lambdacismu	- 92 -
Graf č. 11: Výskyt sigmatismu	- 92 -
Graf č. 12: Výskyt rotacismu.....	- 93 -
Graf č. 13: Výskyt rotacismu bohemicu	- 93 -
Graf č. 14: Nejčastější motivy k vyhledání logopedické péče	- 95 -
Graf č. 15: Specifika terapie dyslálie u dětí a dospělých	- 96 -
Graf č. 16: Nejčastější důvody k ukončení logopedické intervence.....	- 99 -
Graf č. 17: Pomůcky využívané při intervenci dyslálie u dospělých	- 100 -
Graf č. 18: Nejčastěji využívané publikace při terapii dyslálie u dospělých.....	- 102 -
Graf č. 19: Kvalita vybraného materiálu	- 102 -
Graf č. 20: Zastoupení logopedů, kteří si vytváří vlastní pracovní materiály	- 103 -
Graf č. 21: Prvky využívané při tvorbě vlastních pracovních materiálů	- 104 -
Graf č. 22: Zastoupení logopedů, kteří mají zájem o další materiály.....	- 105 -

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy

Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy

Dobrý den,

děkuji Vám, že jste si přečetli můj email a otevřeli odkaz k dotazníku.

Dotazník zkoumá oblast DYSLÁLIE U DOSPĚLÝCH OSOB a je zcela anonymní. U většiny otázek je přípustná pouze jedna odpověď, v případě, že je možné označit více odpovědí, je to vždy pod otázkou zmíněno.

Děkuji Vám za ochotu přispět svým názorem a zkušenostmi.

V jakém resortu pracujete?

- 1) ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- 2) ministerstvo zdravotnictví
- 3) ministerstvo práce a sociálních věcí

V jakém kraji působíte?

- 1) Hlavní město Praha
- 2) Středočeský kraj
- 3) Jihočeský kraj
- 4) Plzeňský kraj
- 5) Karlovarský kraj
- 6) Ústecký kraj
- 7) Liberecký kraj
- 8) Královehradecký kraj
- 9) Pardubický kraj
- 10) Vysočina
- 11) Jihomoravský kraj
- 12) Olomoucký kraj
- 13) Moravskoslezský kraj
- 14) Zlínský kraj

Jaká je délka Vaší logopedické praxe?

Jste ve svém zaměstnání spokojený/á?

(0 = nejnižší spokojenost, 5 = nejvyšší spokojenost)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Kolik dospělých klientů s dyslálií jste měl/a od začátku své logopedické praxe v péči?

- 1) 0-5
- 2) 6-10
- 3) 11-15
- 4) 16-20
- 5) 21-25
- 6) 26-30
- 7) 31 a více

Kolik dospělých klientů s dyslálií máte v současné době ve své péči?

Jaký nejčastější typ distorzí u dospělých osob pozorujete?

- 1) rotacismus
- 2) rotacismus bohemicus
- 3) sigmatismus
- 4) lambdacismus
- 5) kapacismus

K Vámi zvolenému typu distorze napište i nejčastější způsob vadného tvoření.

(Například: sigmatismus stridens, velární rotacismus)

Pokuste se přiřadit každému z těchto narušení body od 0 do 10 dle četnosti výskytu.

KAPACISMUS *(0=nejnižší výskyt, 10=nejčastější výskyt)*

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokuste se přiřadit každému z těchto narušení body od 0 do 10 dle četnosti výskytu.

LAMBDA CISMUS (*0=nejnižší výskyt, 10=nejčastější výskyt*)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokuste se přiřadit každému z těchto narušení body od 0 do 10 dle četnosti výskytu.

SIGMA TISMUS (*0=nejnižší výskyt, 10=nejčastější výskyt*)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokuste se přiřadit každému z těchto narušení body od 0 do 10 dle četnosti výskytu.

ROTA CISMUS (*0=nejnižší výskyt, 10=nejčastější výskyt*)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pokuste se přiřadit každému z těchto narušení body od 0 do 10 dle četnosti výskytu.

ROTA CISMUS BOHEMICUS (*0=nejnižší výskyt, 10=nejčastější výskyt*)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Jaké nejčastější důvody vyhledání logopeda, za účelem korekce dyslálie, u dospělých osob pozorujete?

(Pozn. můžete označit více odpovědí)

- 1) zaměstnání
- 2) společenské začlenění
- 3) osobní prestiž, atraktivita
- 4) partner/partnerka
- jiné

Terapii dyslálie u dětí a dospělých provází jisté rozdíly. Zatrhněte možnosti se kterými souhlasíte.

(Pozn. můžete označit více odpovědí)

- 1) větší motivaci vidím u dětí
- 2) větší motivaci vidím u dospělých klientů
- 3) vyšší efektivitu práce vidím u dětí
- 4) vyšší efektivitu práce vidím u dospělých klientů
- 5) větší snaživost a píli vidím u dětí
- 6) větší snaživost a píli vidím u dospělých klientů
- 7) výsledky práce vidím rychleji u dětí než u dospělých
- 8) výsledky práce vidím rychleji u dospělých než u dětí
- 9) terapii s dospělými značně ovlivňuje nedostatek pomůcek a materiálů
- 10) terapii u dětí značně ovlivňuje přítomnost rodičů a domácí procvičování
- Jiné

Jaké pomůcky při intervence dyslálie u dospělých používáte?

(Pozn. můžete označit více odpovědí)

- 1) špátle
- 2) sondy
- 3) rotavibrátor
- 4) počítačové programy
- 5) obrazový materiál
- 6) texty
- jiné

Z jakého důvodu je intervence u dospělých osob nejčastěji ukončena?

- 1) hláska je již správně vyvozená i zafixovaná
- 2) na žádost klienta z důvodu nízké efektivity
- 3) na žádost klienta z důvodu ztráty motivace
- Jiné

Z jakých materiálů nejčastěji čerpáte?

- 1) Přehled české výslovnosti (Pokorná, Vránová)
- 2) Vady výslovnosti (Jan Vytšejn)
- 3) Přístupné publikace pro korekci dyslálie (primárně určené dětské klientele)
- 4) Materiály pro jiný druh narušené komunikační schopnosti

- 5) Zahraniční materiály
- Jiné

Jak kvalitu vybraného materiálu hodnotíte?

(0 = nejnižší kvalita, 5 = nejvyšší kvalita)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Vytváříte si vlastní pracovní materiály pro intervenci dyslálie?

- 1) ano
- 2) ne

Pokud ANO, co při tvorbě nejvíce využíváte?

(Pozn. můžete označit více odpovědí)

- 1) fotografie
- 2) běžně dostupné obrázky a články z tiskovin a internetu
- 3) modifikace prvků z publikací určených pro korekci dyslálie u dětí
- 4) prvky z publikací pro jiný typ narušené komunikační schopnosti
- 5) programy na počítači
- jiné

Uvítali byste na trhu další materiály zaměřující se na intervenci dyslálie u dospělých?

- 1) ano
- 2) ne

Vaše připomínky či poznámky k tématu:

Anotace

Jméno a příjmení:	Monika Balíková
Katedra:	Ústav speciálně-pedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Říhová, PhD.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Dyslálie u dospělých osob
Název v angličtině:	Dyslalia in adults
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o narušení artikulace, konkrétně o dyslálii u dospělých osob. Diplomová práce se snaží popsat několik různorodých oblastí, které s tímto narušením řeči souvisí a ovlivňují ho. Teoretická část poskytuje úvod do problematiky dyslálie, logopedických pomůcek a motivace v logopedické terapii. Je zde definována terminologie, etiologie, klasifikace, symptomatologie, diagnostika a terapie dyslálie u dospělých osob. Terapie je zaměřena na úpravu rotacismu. Praktická část této diplomové práce obsahuje dotazníkové šetření u klinických logopedů a příklady vytvořených pracovních materiálů k nápravě hlásky R. Jedná se o soubory slov, vět, textů, jazykolamů a křížovek.
Klíčová slova:	Narušení artikulace, dyslálie u dospělých, etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie dyslálie, distorze, rotacismus, logopedické pomůcky, motivace v logopedii, dotazníkové šetření, tvorba pracovních materiálů
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the articulation disorders, specifically dyslalia in adults. The thesis makes an effort to describe several diverse areas which are connected with this speech impediment and affect it. The theoretical part provides an introduction to problems of dyslalia, logopedic aids and motivation in speech therapy. It defines terminology, etiology, classification, symptomatology, diagnostics and therapy of dyslalia in adults. Therapy is specialized to modification of rotacism. The practical part of this thesis contains questionnaire investigation with clinical speech therapist and examples of self-made exercising materials for correction of the phone R. These are complex of words, sentences, articles, tongue-twisters and some crosswords.
Klíčová slova v angličtině:	articulation disorders, dyslalia in adults, etiology, symptomatology, diagnostics and therapy of dyslalia, distortions, rotacism, logopedic aids, motivation in speech therapy, questionnaire investigation, examples of exercising materials
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník pro klinické logopedy

Rozsah práce:	135 stran
Jazyk práce:	Český