

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

LENKA ŠALŠOVÁ

IV. ročník – prezenční studium

Obor: speciální pedagogika - učitelství matematiky pro 2. stupeň
základních škol

**VÝSKYT DYSLÁLIE
U DĚTÍ V ELEMENTÁRNÍ TŘÍDĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY
Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a
použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 30.3. 2009

.....

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za odborné vedení, zájem, připomínky a čas, který věnovala mé práci.

Mé poděkování patří také učitelům a vychovatelům základních škol, u nichž jsem prováděla šetření.

Mé díky patří i rodině za podporu a pochopení.

Obsah

Úvod.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Narušená komunikační schopnost.....	7
1.1 Základní pojmy	7
1.2 Jazykové roviny	9
1.3 Deset okruhů narušené komunikační schopnosti.....	12
2 Dyslalie.....	19
2.1 Terminologie dyslalie	19
2.2 Etiologie dyslalie.....	20
2.3 Klasifikace dyslalie.....	23
2.4 Symptomatologie dyslalie.....	27
2.5 Logopedická diagnostika dyslalie	30
2.6 Základy logopedické intervence dyslalie.....	35
2.7 Prevence a prognóza dyslalie	46
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	49
3 Metodika výzkumného šetření	49
3.1 Cíle práce	49
3.2 Hypotézy.....	49
3.3 Metody šetření	49
3.3.1 Dotazník pro rodiče	50
3.3.2 Test výslovnosti	51
3.4 Organizace šetření.....	52
3.5 Popis souboru	53
4 Zpracování výsledků	57
4.1 Zpracování dotazníků pro rodiče.....	57
4.2 Vyšetření výslovnosti dětí	69
5 Analýza výsledků	75
Závěr	78
Seznam literatury.....	80
Seznam příloh	82
Anotace	

Úvod

Jako téma diplomové práce jsem si vybrala „Výskyt dyslalie u dětí v elementární třídě základní školy“. Toto stále aktuální téma se dotýká nejen nás, pedagogických pracovníků, ale i rodičů a zejména těch, kteří mají doma dítě předškolního věku, respektive školního začátečníka.

Nesprávnou či vadnou výslovnost hlásek můžeme pozorovat u osob intaktní populace bez rozdílu věku a někteří se dokonce nikdy nenaučí vyslovovat určité hlásky správně. To má pak následky na budoucnost člověka jako společenského tvora, který má potřebu určitým způsobem se uplatnit v pracovním procesu. Někteří si závažnost své vady řeči neuvědomují a podceňují ji. Již patologická vadná výslovnost však bývá negativním faktorem, který ovlivňuje život člověka a často má rozhodující vliv při volbě některých povolání, kde je nutná správná výslovnost. Tudíž jsou tito občané omezeni ve výběru a musí sáhnout, pro ně, po méně atraktivní práci.

Dyslalie je nejčastěji se vyskytující vadou nebo poruchou výslovnosti, která se objevuje zejména u dětí mladšího školního věku, ale též u dospělých osob není výjimkou. Ve své práci se zaměřuji právě na děti mladšího školního věku, konkrétně na žáky prvních tříd, kteří plní svou povinnou školní docházku na běžných základních školách.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část uvádí čtenáře do problematiky dyslalie, seznamuje ho s významem odborných pojmů a v jednotlivých kapitolách přibližuje zkoumané téma dyslalie z pohledu terminologie, etiologie, klasifikace, symptomatologie, logopedické diagnostiky, logopedické intervence dyslalie a prevence a prognózy dyslalie.

Praktická část práce seznamuje čtenáře s průběhem a výsledky šetření, které bylo v rámci diplomové práce provedeno. Autorka vyšetřila výslovnost jednotlivých hlásek u dětí sledovaného souboru. Cíle diplomové práce jsou shrnuty do tří dílčích cílů. Prvním cílem diplomové práce je zjištění výskytu dyslalie u žáků sledovaného souboru v prvních třídách běžných základních škol. Druhý cíl práce je zaměřen na zjištění

hlásek, s jejichž výslovností mají děti ve sledovaných prvních třídách obtíže. A posledním cílem je stanovení rozdílu ve výskytu dyslalie z hlediska pohlaví žáků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Narušená komunikační schopnost

1.1 Základní pojmy

V této podkapitole objasníme pojmy: narušená komunikační schopnost, komunikace, řeč a jazyk.

Narušenou komunikační schopnost definuje Lechta (1990) ve svém Logopedickém repetitoriu takto: „Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně¹ vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku“ (Lechta, 1990, s. 19).

Narušená komunikační schopnost (dále též NKS) může být přechodného nebo trvalého charakteru. Může se projevit jako vrozená vada řeči či získaná porucha řeči. V celkovém klinickém obrazu může buď dominovat (je hlavním, vedoucím symptomem), nebo může být symptomem, příp. důsledkem jiného, dominujícího postižení, narušení nebo onemocnění (Lechta, 1990).

„**Komunikace** (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování lidských vztahů“ (Klenková, 2006, s. 25).

V nejširším slova smyslu chápeme komunikaci jako interakci, tj. vzájemné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Komunikací přenášíme informace ovlivňující subjekty, které se podílejí na

¹ Interference, neboli komunikační šumy, zapříchují zkreslení sdělení. Interferenci se rozumí to, co ze sdělení zmizelo popřípadě do něj přibýlo (<http://www.deleite.estranky.cz>).

komunikaci. V obecné rovině chápeme komunikaci jako složitý proces výměny informací (Klenková, 2006).

Základ tvoří čtyři navzájem se ovlivňující prvky (Klenková, 2006):

- komunikátor (zdroj informace, osoba, která sděluje něco nového)
- komunikant (příjemce informace, který nějak reaguje)
- komuniké (nová informace, sdělení)
- komunikační kanál (podmínka úspěšné výměny informací, předem dohodnutý kód)

Podle Kohoutka (1998) (In Klenková, 2006) se efektivní komunikace uskutečňuje v atmosféře důvěry. Důvěryhodnost (credibility) je součástí tzv. „sedm C“ efektivní komunikace. Další jsou kontext (context), obsah (content), jasnost (clarity), kontinuita a konzistence (continuity and consistency), kanály (channels), kapacita veřejnosti (capability) (Klenková, 2006).

Řeč charakterizují tři podstatné rysy. Podle Gadamera (1999) (In Klenková, 2006) se jedná o „sebezapomnění“, to vyjadřuje, že si řeči obvykle vůbec nevšímáme, nevíme o ní. Skrze ni se soustředujeme na to, co se v řeči říká. Řeči jako takové si všímáme až tehdy, pokud narazíme na nějakou nesnáz v normálním a hladkém „fungování“ jazyka. Ovšem děti, které se teprve učí mluvit, o řeči dobře vědí a dovedou si s ní hrát. Druhým rysem je to, že řeč se obrací k jiným, není vázána ke mně. Patří do „oblasti my“, tím umožňuje rozhovor a vytváří společenství. Posledním rysem je její univerzálnost. Řeč není omezena na žádnou domluvenou oblast významů, nýbrž vyjadřuje úplně všechno. Co nedokážeme vyjádřit řečí, nemůžeme ani řádně myslet, musíme tedy hledat určité řečové vyjádření (Klenková, 2006).

„Řeč je specificky lidskou vlastností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí

mluvních orgánů (zevní řeč²), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč³)“ (Klenková, 2006, s. 27).

Klenková (2006, s. 27) charakterizuje **jazyk** jako „soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským. Ovšem také řeč je společensky podmíněna. Čerpá podněty ze společenského prostředí a v něm se také realizuje.“

1.2 Jazykové roviny

Můžeme sledovat čtyři jazykové roviny. Jedná se o morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou rovinu.

Morfologicko-syntaktická rovina, jinak též nazývaná gramatická rovina řeči poměrně přesně odráží celkovou úroveň duševního vývoje dítěte. Na první poslech je zřejmý rozdíl v osvojování gramatické roviny mateřského jazyka u dětí s mentální retardací a intaktních dětí. Z tohoto aspektu můžeme řeč zkoumat až okolo prvního roku života dítěte, kdy začíná vlastní vývoj řeči (Lechta, 1990).

Z pohledu morfologie dochází s navyšujícím věkem dítěte ke změně zastoupení jednotlivých slovních druhů v řeči. Nejdříve děti začínají používat podstatná jména, později slovesa. V období prvních slov se také často objevují onomatopoické citoslovce, tj. citoslovce zvukomalebného původu (např. pi-pi, bé. bác atd.). Ve věku kolem druhého roku tvoří zhruba polovinu mluvené produkce podstatná jména, druhá nejčastější

² „Termín zevní řeč, mluvená řeč či mluva vyjadřuje schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly. Realizuje se mluvením“ (Klenková, 2006, s. 27).

³ „Vnitřní řeč se rozumí chápání, uchování a vyjadřování myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky (čtení, písmo). Má složku motorickou (expresivní, výrazovou) a symbolickou (percepční, vnímavou)“ (Klenková, 2006, s. 27).

jsou slovesa a objevují se i přídavná jména (asi 7%). Velký pokrok nastává mezi 2-3 rokem, kdy dítě používá stále více přídavných jmen a postupně i osobních zájmen. Nejpozději začínají děti používat číslovky a od 4. roku života dítěte už obvykle užívají všech slovních druhů. Slovní druhy začíná dítě skloňovat ve věku 2-3 let (Lechta, 1990).

Z hlediska syntaxu (větné skladby) uvádí Lechta (1990), že děti začínají užívat dvouslovné věty obvykle kolem 1,5-2 let. Okolo 2,5-3 let tvoří dítě už i víceslovné věty, kdy dává na první místo vždy slovo, které považuje za důležité a má pro něj emocionální význam. Souvětí začínají děti tvořit mezi 3.-4. rokem. Předškoláci pak používají ve větách hodně přímé řeči.

Pokud jde o gramatickou stránku, do 4. roku se objevuje tzv. fyziologický dysgramatismus, který je přirozeným jevem. Dítě při učení správným gramatickým tvarům využívá transferu, tzn. pokud někde slyší zelený-zelenější, pak obdobně vytvoří spojení dobrý-dobřejší. Přetrvává-li ale tento dysgramatismus i po 4. roce života dítěte, může to vypovídat o narušeném vývoji řeči, resp. intelektu. Z pohledu logopeda je v důsledku důležité sledovat nejen dysgramatismy v řeči dítěte, ale i celkovou morfológico-syntaktickou strukturu projevu (Lechta, 1990).

Klenková (2006) uvádí, že **lexikálně-sémantická rovina** se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem. Zabývá se jak aktivním tak i pasivním slovníkem. Zhruba okolo 10. měsíce u dítěte můžeme registrovat začátky rozvoje pasivní slovní zásoby (dítě začíná „rozumět“ řeči dospělých). Dítě začíná postupně používat svoje první slova kolem 12. měsíce, tím se rozvíjí aktivní slovní zásoba. Tato skutečnost ovšem neznamená, že dítě bude od tohoto okamžiku komunikovat pouze verbální cestou. Dorozumívá se stále převážně na úrovni pohledů, mimiky, pohybů, pláče.

Lechta (1990) uvádí, že dítě chápe první slova všeobecně. Například haf-haf je podle dítěte vše, co má čtyři nohy a je chlupaté. Jedná se o hypergeneralizaci. Pokud dítě již umí více slov, pozorujeme jev opačný – hyperdiferenciaci. Slova jsou dítětem pokládána za názvy jediné, určité věci, osoby, např. táta je označení jen pro jeho otce.

Podle Sternových (In Klenková, 2006) dítě prochází ve vývoji řeči tzv. prvním a druhým věkem otázek:

- období kolem jednoho a půl roku je věkem otázek „Co je to?“, „Kdo je to?“, „Kde je?“
- okolo tří a půl roku nastupuje věk otázky „Proč?“, popřípadě „Kdy?“

Mnohá šetření slovní zásoby se rozcházejí. Někteří zkoumali v daném věku pouze aktivní slovní zásobu, jiní uvádí aktivní i pasivní slovní zásobu. Z výzkumných šetření se dozvídáme, že okolo jednoho roku je slovní zásoba dítěte 5-7 slov, u dvouletého dítěte je to přibližně 200 slov, tříleté dítě má slovní zásobu téměř 1000 slov. Čtyřleté dítě zná 1500 slov, dítě před nástupem do školy okolo 2500-3000 slov (Klenková, 2006).

Foneticko-fonologickou rovinu ve srovnání s ostatními jazykovými rovinami můžeme sledovat nejdříve, vlastně téměř od narození. Už po 7. týdnu života dítě vydává vokální křik a včleňuje souhláskové zvuky. Podle Kocha se dítě naučí do 6. měsíce života vyslovovat všechny samohláskové zvuky, některé souhláskové zvuky a několik jednoduchých slabik (Lechta, 1990).

Klenková (2006) uvádí jako důležitý moment v ontogenezi řeči období přechodu z pudového žvatlání na napodobující žvatlání (od 6. do 9. měsíce). Zvuky, které produkovalo dítě před tímto obdobím, se nepokládají za hlásky mateřského jazyka.

Výzkumná šetření se rozcházela v určování odlišného pořadí vyslovovaných hlásek. Schulze (In Lechta, 1990) vyslovil tzv. pravidlo nejmenší námahy. Podle tohoto pravidla vytváří dítě hlásky, které vyžadují nejmenší námahu a později hlásky artikulačně náročnější. Dítě tedy tvoří nejdříve samohlásky, posléze retné souhlásky a postupně hlásky hrdelní. S tímto tvrzením však mnozí nesouhlasili a dokazovali, že děti vyslovují dříve artikulačně obtížné hlásky, zatímco hlásky jednodušší nedokáží ještě vyslovit.

V ontogenezi řeči je důležité znát pořadí fixace jednotlivých hlásek, podle kterého se postupuje při korekci výslovnosti.

Vývoj výslovnosti může být ukončen až v 5.-7. roce života dítěte. Ovlivňuje to vícero faktorů: obratnost mluvních orgánů, vyzrálost fonematického sluchu⁴, společenské prostředí dítěte, mluvní vzor a množství stimulů řečových i psychických. Faktorem může být i úroveň intelektu.

Současný trend je, aby dítě mělo ukončen vývoj výslovnosti do 5 let. Pokud je v tomto věku výslovnost nesprávná, je důležité zahájit logopedickou intervenci, aby při nástupu do školy byla výslovnost dítěte již v pořádku (Klenková, 2006).

Pragmatická rovina představuje rovinu sociální adaptace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, kdy do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace.

Už dítě ve věku dvou až tří let chápe svoji roli komunikačního partnera a dokáže reagovat podle ní v konkrétní situaci. Dítě intuitivně chápe celou situaci dávno před tím, než pochopí obsah slova nebo věty.

Dítě se snaží komunikovat už po 3. roce života, navazuje a udržuje krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Kolem čtyř let dochází k intelektualizaci řeči, dítě používá řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková, 2006).

1.3 Deset okruhů narušené komunikační schopnosti

„V naší odborné literatuře i v logopedické praxi je od 90. let minulého století užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější – symptomatická klasifikace, kterou uvádí Lechta (1990, 2003). Dělí v ní narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií:“ (Klenková, 2006, s.55)

1. Vývojová nemluvnost
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)

⁴ Fonematický sluch je schopnost rozlišovat ve slovech sluchem hlásky s distinktivní (rozlišovací) funkcí (např. míša-mísa) (Dvořák, 2007).

3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. Narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči (dysgrafie, dyslexie, dysortografie, dyskalkulie)
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

Nyní se budeme stručně věnovat jednotlivým okruhům narušené komunikační schopnosti.

Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)

Do okruhu vývojové nemluvnosti řadíme vývojovou dysfázii.

Dle autorek Mikulajové a Rafajdusové (1993) (In Klenková, 2003, s. 68) je „*vývojová dysfázie*, neboli specificky narušený vývoj řeči, narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně se vyvíjející centrální nervové soustavy a jež se může projevovat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření komunikace jsou dobré (nevyskytují se závažné neurologické nebo psychiatrické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytuje se závažná porucha sluchu, sociální prostředí je stimulující, poskytuje dostatek podnětů).“ Toto narušení systémového charakteru zasahuje receptivní i expresivní složky řeči v různých jazykových rovinách (výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu).

Získaná orgánová nemluvnost (afázie)

Cséfalvay (2007, s. 15) uvádí: „*Afázie* je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku.

Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku, především v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech.“

Zasaženy jsou všechny modalities řeči (receptivní, expresivní, mluvená i psaná řeč) a v různé míře i všechny jazykové roviny (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická (Klenková, 2006).

Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus, selektivní mutismus, surdomutismus)

Tato kategorie zahrnuje tři druhy narušené komunikační schopnosti. Společné všem třem druhům je to, že jde o *mutismus*, tj. „ztrátu schopnosti mluvit zpravidla na neurotickém⁵ nebo psychotickém⁶ podkladě. Pokud se mutismus zužuje jen na určitou osobu (osoby), jedná se o výběrový-*elektivní mutismus*, pokud se neurotický útlum rozšíří i na oblast poslechu, mluvíme o *surdomutismu*“ (Lechta, 1990, s.221).

Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)

Rinolálie (huhňavost) je takové narušení komunikační schopnosti, které postihuje zvuk i artikulaci řeči. Pokud se u orálních⁷ hlásek zvýší nazalita⁸ a u nazálních hlásek se naopak sníží, dochází tak k narušení oronazální rovnováhy. Takováto porucha zvuku řeči je patologickým jevem, jež se nazývá rinolálie-huhňavost (Klenková, 2006).

⁵ neuróza: „chronické neurotické poruchy vznikající jako reakce na nepříznivé psychické nebo sociální vlivy; funkční porucha vyšší nervové činnosti s různorodou symptomatikou: anxieta (úzkost), depresivní naladění, poruchy koncentrace, spánku, nepřiměřená únava, zvýšená instabilita, pocit insuficience vůči běžnému životu, kolísání sebevědomí, bolesti hlavy, různé zažívací potíže apod.“ (Dvořák, 2007, s. 129).

⁶ psychóza: „duševní porucha, při níž dochází k těžkému narušení a změně uvědomování si sebe sama, ostatních osob a vnějšího světa, ke změně aktivity, osobnosti, intelektu, což se projevuje zřetelnou poruchou chování a způsobu života“ (Dvořák, 2007, s. 165).

⁷ „oralita -rezonance dutiny ústní s převahou orálních (ústních) hlásek“ (Klenková, 2006, s. 130).

⁸ „nazalita -rezonance nosní dutiny s převahou nosovek“ (Klenková, 2006, s. 130).

Palatolalie je jedna z nejnápadnějších narušení komunikační schopnosti. Její příčinou jsou orofaciální (obličejové) rozštěpy (Klenková, 2006).

Narušení fluence (plynulosti) řeči (*tumultus sermonis*, *balbuties*)

Tumultus sermonis (breptavost) podle Tarkowského (In Klenková, 2006, s. 170): „Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.“

Balbuties, tj. koktavost „pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících se na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících a/nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin“ (Lechta, 2004, s. 16-17).

Lechta (In Klenková, 2006) vychází z komplexního přístupu ke *koktavosti*. Zaměřuje se na neplynulost, na psychickou tenzi a nadměrnou námahu jako komponent syndromu koktavosti. Prolínají se tři skupiny symptomů: dysfluence (neplynulosti), nadměrná námaha při projevu, psychické tenze (během mluvení a postupně i před ním).

Narušení článkování řeči (*dyslalie*, *dysartrie*)

„*Dyslálii* můžeme definovat jako neschopnost používat jednotlivé hlásky anebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem“ (Lechta, 1990).

„*Dysartrie* je motorická porucha realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. *Dysartrie* vystupuje jako nejtypičtější narušení komunikační schopnosti související s poruchou artikulace“ (Klenková, 2006, s. 117).

Karel Neubauer (In Škodová, Jedlička a kol., 2003, s.303) definuje *dysartrii* takto: „Poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy nazýváme *dysartrií*. *Dysartrie* zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch. Při *dysartrii* jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modality motorické realizace řeči-respirace, fonace, rezonance a artikulace.“

Narušení grafické stránky řeči

Do oblasti narušení grafické stránky řeči spadají termíny dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie.

Swierkoszová cituje Langmeiera a Matějčka (1960) (In Lechta, 1990, s. 164), kteří definují *dyslexii* takto: „Vývojová dyslexie je specifická porucha čtení, podmíněná nedostatkem některých primárních schopností, které utváří komplexní schopnost učit se při dané metodě výuky. U dětí se obvykle objevuje od samých začátků výuky a způsobuje, že úroveň čtení je trvale v nápadném rozporu se zjištěnou úrovní intelektových schopností dítěte.“

Žlab a Škodová citují Matějčka (1995) (In Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 361), který uvádí: „*Dysgrafie* je specifická porucha psaní jako grafomotorické činnosti. Dítě netrpí žádnou závažnější smyslovou ani pohybovou vadou. Přesto se nemůže naučit napodobit tvary písmen a číslic, nepamatuje si je, zrcadlově je obrací, zaměňuje je. Zpravidla píše toporně a křečovitě-písmo má někdy zcela zvláštní ráz. Z hlediska neurologického jde o grafomotorickou dyspraxii.“

Žlab, Škodová (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) uvádí, že *dysortografie* velmi úzce souvisí s dyslexií, proto je mnozí odborníci ani terminologicky nerozlišují. Jde o specifickou neschopnost rozkládat slova na hlásky, která se projevuje v neschopnosti tyto hlásky převádět na písmena a zapisovat je. Dále se vyznačuje neschopností rozlišovat slova ve větě.

Žlab, Škodová (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) uvádí, že u *dyskalkulie* se jedná o specifickou poruchu početních funkcí, která se ve většině případů projevuje neschopností pochopit symbolickou povahu čísla a ulpíváním na konkrétních obrazových představách.

Symptomatické poruchy řeči

„Symptomatické poruchy řeči definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné dominující postižení, případně poruchy a onemocnění. Mezi nejčastější symptomatické poruchy u dětí patří zejména narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, u neslyšících, nevidomých dětí atd.“ (Llechta, 2008, s. 52).

Poruchy hlasu

Llechta (1990, s. 249) uvádí o poruchách hlasu: „Nejvšeobecněji a přitom výstižně je definuje Sovák jako patologickou změnu v individuální struktuře hlasu-změnu v jeho akustických kvalitách, způsobu tvoření a používání, přičemž se v hlase můžou vyskytnout i různé vedlejší zvuky. Přitom funkční poruchy hlasu označuje jako dysfonie. Pokud jde o funkční poruchy zpěvného hlasu, hovoří o dysodii.“

Kerekrétiová (2003) cituje Aronsona (1990) (In Llechta a kol., 2003, s. 142) definuje poruchu hlasu: „jako deviaci v kvalitě, výšce, síle nebo ve flexibilitě hlasu, jež může signalizovat onemocnění či rušit komunikaci. Za dysfonii považuje narušený hlas na základě jeho posuzování posluchačem, které zahrnuje výšku, sílu, kvalitu a flexibilitu hlasu, stejně

jako jejich vzájemnou kombinaci. Na druhé straně chápe afonii jako absenci (chybění) hrtanového tónu, přičemž hlas je buď výrazně dyšný, nebo šeptavý.“

Kombinované vady a poruchy řeči

Klenková (2006) uvádí, že se jedná o postižení několika vadami řeči současně. Tyto vady však spolu navzájem příčinně nesouvisí. Kombinované vady se projevují nedostatky v oblasti kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální.

2 Dyslálie

2.1 Terminologie dyslálie

Z terminologického pohledu je zajímavé, že už roku 1830 Švýcar Schultess terminologicky vymezil a odlišil pojem dyslalie od koktavosti (Lechta, 1990).

Dyslálií se zabývalo vícero autorů. Pro představu uvádíme několik definic od různých autorů, abychom mohli porovnávat jejich pojetí.

Sovák (1978, s. 122) dyslálii čili patlavostí nazývá „vadnou výslovnost jedné či více hlásek mateřského jazyka, přičemž ostatní hlásky jsou vyslovovány správně. Název dyslálie pochází od Schulthese (1830), označení patlavost zavedl v české odborné literatuře Z. Janke (1900).“

Lechta (1990, s. 112) uvádí: „Dyslálii můžeme definovat jako neschopnost používat jednotlivé hlásky anebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.“

Podle **Hály** (1962) (In Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 328) je dyslálie (patlavost) „neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči podle stanovených ortoepických⁹ norem.“

Seeman (1955, s. 83) uvádí: „Poruchy výslovnosti nazýváme patlavost (dyslalia, psellismus). Je to neschopnost vyslovovat nebo správně tvořit některé hlásky nebo hláskové shluky.“

Pokud srovnáme výše uvedené definice, dojdeme k závěru, že dyslálii můžeme definovat jako vadu či poruchu výslovnosti, neschopnost

⁹ „Ortoepie- souhrn obecně platných zásad a pravidel výslovnosti spisovného jazyka“ (Dvořák, 2007, s. 136).

používat, tvořit, vyslovovat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek. Každá definice nám určuje dyslálii z různého pohledu jejího autora.

Lechta (1990) zmiňuje, že dyslálie je nejčastěji se vyskytující narušená komunikační schopnost (údajně až 2/3 ze všech druhů narušené komunikační schopnosti). Porovnáním s ostatními druhy NKS sice existuje tendence pokládat dyslálii za bezvýznamnou odchylku, ale nebylo by správné ji podceňovat. Může být např. prvním příznakem různých závažných neurologických onemocnění, může jedinci působit neurotické problémy (např. výsměch okolí při rotacizmu) či je možným hlavním důvodem neúspěchu při výběru povolání atd.

Už od počátku sledování výslovnosti dítěte je nutné rozlišovat mezi nesprávnou a vadnou výslovností-dyslálií.

V pojetí dyslálie rozlišujeme (Sovák, 1978):

1. **Nesprávnou výslovnost** dětí předškolního věku a školních začátečníků, která je jevem fyziologickým.
2. **Vadnou výslovnost**, což je přetrvávající odchylka výslovnosti jedné či více hlásek. Jejich mluvní stereotyp se již odchylně zafixoval od obvyklého způsobu tvoření fonému mateřského jazyka.

Nesprávná výslovnost se může sama spontánně upravit, ale oproti tomu vadná výslovnost se sama sebou obvykle neupraví a je nutný zásah logopeda (Sovák, 1978).

Tzv. fyziologická dyslálie je nesprávný, vývojově neustálený odchylný způsob výslovnosti. Pokud se výslovnost neupraví v období fyziologické neustálenosti, a přetrvává i po sedmém roce dítěte, pak se spontánně neupraví ani potom a jedná se o vadnou výslovnost (Sovák, 1978).

2.2 Etiologie dyslálie

Salomonová (2003) (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) uvádí mezi nejčastější příčiny dyslálie vlivy dědičnosti, pohlaví dítěte, poruchy

sluchu a zraku, poruchy CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu a vlivy prostředí.

Dědičnost

Existují různé názory na vliv dědičnosti. např. Sovák vliv dědičnosti neuznává, Arnold ho jednoznačně popírá. Jsou ale i autoři, kteří dokazují výskyt narušených komunikačních schopností u příslušníků rodiny, nejčastěji u otce (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Lechta (1990) hovoří také o názorech na vliv dědičnosti. Udává ale skutečnost, že v anamnézách dětí s dyslálií často nacházíme údaje o tom, že tento druh narušené komunikační schopnosti se objevil i u některého z předků (často otce). Jestliže vyloučíme možnost zanedbávání a napodobování, přesto jsou případy, kdy můžeme oprávněně předpokládat vliv dědičnosti. Jde tu ovšem o nespecifický vliv dědičnosti, tedy že dítě nezdedí konkrétně např. rotacizmus, ale zdědí artikulační neobratnost, případně sníženou schopnost fonematické diferenciaci, nebo vrozenou řečovou slabost, která potom způsobuje vadnou výslovnost.

Vliv prostředí

Nesprávný řečový vzor v rodině, nepřiměřený vzor-mazlivá řeč, bilingvální prostředí, chyby ve výchovném přístupu (tresty, výsměch, citové strádání, zanedbávající výchova v rodině) mohou mít za následek nejprve vadné tvoření výslovnosti a pak i jeho fixaci (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Poruchy zrakového a sluchového vnímání

Pokud má dítě narušené sluchové vnímání, je pak jeho výslovnost vážně narušena. Podceňovat nemůžeme převodní nedoslýchavost, jako následek častého onemocnění horních cest dýchacích nebo následek zvětšené nosní vegetace. V důsledku percepční nedoslýchavosti dítě správně nerozlišuje hlavně sykavky a má narušeny modulační faktory řeči. Porucha zrakového vnímání může být také příčinou vadné výslovnosti. Hlavně nepřesné vnímání artikulačních pohybů v raném věku (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Nejde tu jen o sluchové postižení, které způsobuje tuto narušenou komunikační schopnost. Musíme zohlednit i zrakové postižení, narušení fonematické diferenciaci, dysmuzii atd. (Lechta, 1990).

Poškození dostředivých a odstředivých drah

Výzkum vypovídá o úzké souvislosti mezi motorickým vývojem řeči a výslovností, která vyžaduje přesnou koordinaci pohybu mluvidel (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Poškození centrální části

Způsobují závažná postižení, v jejichž symptomatologii může být také dyslalie (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Anatomické úchyly mluvidel

Mohou způsobit vady výslovnosti. Ankyloglossum- přirostlou podjazyčnou uzdičku mezi horním rtem a dásní nad horními řezáky, nelze podceňovat. Nepříjemné zásahy do ústní dutiny mohou rovněž mít za následek vadu výslovnosti (nošení zubních protéz, vadný skus, obrny jazyka a rtů atd.) (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Lechta (1990) připisuje vysoké procento výskytu dyslalie vícero vlivům, které mohou spolupůsobit. K nejčastějším příčinám patří podle něj vlivy dědičnosti, prostředí, různá poškození CNS, analyzátorů, neuroefektorů, porodní poškození atd. Klinický obraz narušeného vývoje řeči postupně přerůstá do klinického obrazu dyslalie, některé příčiny se prolínají navzájem a jde vlastně o společnou příčinu.

2.3 Klasifikace dyslálie

Dyslálii můžeme třídit z různých hledisek. Nejčastěji používané klasifikace dyslálie jsou z pohledu vývojového, etiologického, rozsahu a z hlediska kontextu.

Lechta (1990) popisuje tyto klasifikace následovně:

Klasifikace dyslálie z vývojového hlediska

Výslovnost dítěte v ontogenezi řeči se zdokonaluje pomalu. Relativně dlouho trvá než se přiblíží k jazykové normě. Přibližně kolem 5. roku života dítěte jde ještě o přirozený, fyziologický jev – tzv. **fyziologickou dyslálii**. U nesprávné výslovnosti mezi 5.-7. rokem může dojít ještě ke spontánní autokorekci (dítě se učí ve škole číst, identifikuje grafém s fonémem, správný mluvní vzor učitelky) – hovoříme v tomto období o **prodloužené fyziologické dyslálii**. Následně po dovršení tohoto věku bývá většinou odchylka už tak fixovaná, že již nelze očekávat spontánní zlepšení. V tomto případě mluvíme o **pravé dyslálii** (Lechta, 1990).

Klasifikace dyslálie z etiologického hlediska

Jedná se o tradiční třídění na orgánovou a funkční dyslálii. Dnes už se ovšem toto třídění nepokládá již za tak přesné.

U **funkční dyslálie** rozlišujeme dva typy: senzorický a motorický. To podle toho, jestli je narušená schopnost fonematické diferenciac¹⁰ nebo jde o tzv. motorickou neobratnost. Dnes už v mnohých případech zjišťujeme minimální orgánové odchylky u dyslálií, které byly dříve diagnostikovány jako funkční. Za opravdu funkčně podmíněnou dyslálii dnes můžeme považovat dyslálii podmíněnou napodobováním nesprávného řečového vzoru, zanedbávání ze strany prostředí, případně dědičné vlivy (vrozená řečová slabost). U některých případů hovoří Neundlinger

¹⁰ Fonematická diferenciac: schopnost rozlišovat sluchovou cestou distinktivní (rozlišovací) rysy fonémů daného jazyka, schopnost rozlišit správné a chybné znění daného fonému (Lechta a kol., 2003).

(In Lechta, 1990) o psychogenní dyslálii – pokud je dyslalie příznakem regresivní formy chování, příp. při napodobování vzoru, s kterým se chce daný jedinec ztotožnit.

Orgánová dyslalie je podmíněná různými faktory z dostředivé (impresivní dyslalie), odstředivé (expresivní dyslalie) a centrální (centrální dyslalie) části reflexního okruhu. Podle lokalizace konkrétní příčiny může jít o dyslalii audiogenní (při vadách sluchu), labiální (při defektech rtu), dentální (při defektech zubů), palatální (při anomáliích patra), lingvální (při anomáliích jazyka) a nazální (při narušení nazality) (Klenková, 2006).

Krahulcová (2003) uvádí i starší členění dyslalie z etiologického hlediska na **dyslalii motorickou** (způsobena narušenou motorikou mluvního orgánu), **dyslalii senzorickou** (způsobena narušeným zrakovým nebo sluchovým výkonem ve vztahu k mluvnímu projevu) a **dyslalii kondicionální** (dítě si vadnou nebo nesprávnou výslovnost uvědomuje u ostatních, ale u sebe nikoliv).

Dvořák (2007) zmiňuje klasifikaci podle, kde rozlišuje dyslalii:

- **akustickou**- odchylná výslovnost při vadách a poruchách sluchu,
- **centrální**- vadná výslovnost při poruchách CNS,
- **dentální**- vadná výslovnost při anomáliích zubů,
- **labiální**- vadná výslovnost při defektech rtů,
- **palatální**- vadná výslovnost při anomáliích patra,
- **lingvální**- vadná výslovnost při anomáliích jazyka.

Další Dvořákovo (2007) dělení je na dyslalii:

- **konstantní**: jedinec tvoří danou hlásku trvale nesprávně nebo vadně ve všech případech,
- **nekonstantní**: tvoření dané hlásky je nepravidelné, což znamená, že v určitých spojeních je hlásky vyslovovaná stabilně správně a v jiných koartikulačních spojeních je pravidelně tvořena nesprávně nebo vadně,

- **nekonsekventní:** daná hláska je tvořena různým způsobem v témže slově v různých časových obdobích; realizace určitého slova je rozlišná v různých časových obdobích.

Klasifikace dyslálie podle rozsahu

V nejtěžších případech se jedná o **dyslálii universalis**, při níž je řeč úplně nesrozumitelná. Souhlásky jsou často nahrazované hláskou *t* (někdy proto mluvíme o tzv. tetismu). Ve starší logopedii se používal název hotentotismus.

Menší rozsah vadně vyslovovaných hlásek a relativně lepší srozumitelnost pozorujeme u **dyslálie multiplex**.

Jedné nebo několika hlásek se týká **dyslálie parciální**. Podle Kovácsově a kol. (In Lechta, 1990) je možné parciální dyslálii dále dělit na monomorfní (vadně vyslovované hlásky jsou z hlediska místa jejich artikulace v jedné artikulační oblasti) a polymorfní (vadně vyslovované hlásky jsou z více artikulačních oblastí) (Lechta, 1990).

Krahulcová (2003) uvádí také klasifikaci dyslálie podle rozsahu jako Lechta, ale objevují se zde drobné odlišnosti.

Krahulcová rozlišuje:

- **Dyslalie levis** (simplex) je jednoduchá vada nebo porucha výslovnosti, která se týká jedné nebo několika málo hlásek. Srozumitelnost řeči není narušena. Monomorfní dyslalií označujeme v případě, že jde o poruchu nebo vadu hlásek artikulačně podobných, tvořených na jednom artikulačním místě.
- **Dyslalie gravis** (multiplex) je těžká vada výslovnosti. Dochází k postižení artikulace většího počtu hlásek. Srozumitelnost řeči je narušena. Polymorfní dyslalií označujeme tehdy, pokud je narušena výslovnost hlásek z více artikulačních míst.

- **Dyslalie univerzalis** (tetizmus, hotentotizmus, inaptus).
Řeč je prakticky nesrozumitelná a je postižena výslovnost téměř všech hlásek.

Klasifikace dyslálie z hlediska kontextu

Podle kontextu rozlišujeme **dyslálii hláskovou** (týká se izolovaných hlásek), nebo **kontextovou**, která je **slabiková** (dochází k disimilaci) a **slovní** (izolované hlásky se tvoří správně, vadné tvoření je ve slabikách a slovech) (Lechta, 1990).

Sovák (1984) ještě uvádí zvláštní typ patlavosti, a to tzv. **specifické asimilace** (připodobnění). Vyznačuje se tím, že dítě sice umí vyslovit dané hlásky izolovaně i ve slovech, ale připodobňuje výslovnost jejich variantám, pokud se vyskytují v témže slově.

„Specifické asimilace mají charakter setrvání na jednom artikulačním stereotypu, který dítě není schopné obměnit nebo nahradit. Pro specifické asimilace je typické, že dítě neumí správně vyslovit slova, ve kterých se současně vyskytují artikulačně nebo zvukově blízké hlásky, především dvojice sykavek, měkké a tvrdé slabiky, soubory párových znělých-neznělých spoluhlásek atd. Tyto poruchy mají úzký vztah k dyslexii, ale také k dysortografii“ (Lechta, 1990).

Jde o :

a) asimilaci sykavek obojí řady (např. smíšek se vysloví jako šmíšek nebo smísek, švestka jako svestka nebo šveštka, mšice jako mšiče nebo msice apod.)

b) asimilace tvrdých a měkkých slabik – dtn, dťň (např. hostiny se vysloví jako hostini nebo hostyny, nyní buď jako nyný nebo niní apod.).

Kromě toho se zaměňují tvrdé a měkké varianty (např. hodina jako hodyna, dítě jako dýte apod.). Specifické asimilace se promítají u dětí i do jejich způsobu psaní – jak vysloví, tak také píše (pak jde o poruchu psaní – dysortografii) (Sovák, 1984).

Salomonová (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) uvádí další typ klasifikace, a to dyslálii fyziologickou a patologickou.

Fyziologická dyslálie je vývojová, do sedmi let věku dítěte je přirozeným mluvním projevem.

Patologická dyslálie nastává tehdy, pokud si dítě není schopné z mnoha příčin osvojit tvoření některých hlásek či jejich skupin.

Rozlišení těchto dvou typů dyslálií má zásadní význam pro vedení a způsob logopedické nápravy. Vymezení kritérií pro vyhodnocení fyziologického a patologického způsobu tvoření hlásek stále ještě není jednotné. Základní hlediska hodnocení jsou věk dítěte, jeho pohlaví a inteligence.

2.4 Symptomatologie dyslálie

Lechta (1990) uvádí, že množství různých symptomů je determinováno možnými kombinacemi různých typů dyslálie, jejich pestrým pozadím, genezí, specifikami artikulačních procesů atd. Nejjednodušším symptomatickým přístupem je rozlišení mogilálie, paralálie a dyslálie v užším smyslu (tzv. „ismus“).

O **mogilálii** hovoříme v případě, že dítě s dyslálií hlásku v řeči vynechává (např. řekne „stom“ místo „strom“) nebo pokud vsouvá namísto této hlásky jakýsi neurčitý zvuk.

Sovák (1978) uvádí taktéž, že pokud dítě vynechává některou hlásku, jde o tzv. mogilálii (z řec. mogis-stěží, sotva). Nejvíce se vyskytuje ve složitých slabikách jako např. stříkačka-cíkacka, kámen-ámen.

Pokud nahrazuje některou hlásku jinou hláskou, jedná se o **paralálii** (např. „stlom“ místo „strom“) (Lechta, 1990).

Při paralálii (z řec. para-vedle) dítě určitou hlásku zaměňuje za jinou. Tato záměna je důsledná a pravidelná (místo tráva-tláva, roura-loula, oko-oto apod.) (Sovák, 1978).

Jestliže se jedinec s dyslálií snaží danou hlásku tvořit, ale vyslovuje ji nesprávně, jde o **dyslálii v užším smyslu** (např. interdentalní výslovnost). Hovoříme pak o rotacismu, sigmatismu atd. (Lechta, 1990).

V případě, kdy dítě hlásku tvoří, ale nesprávně, přidáváme příponu –ismus k řeckému názvu hlásky. Např. nesprávně tvořená, a tím i zvukově deformovaná hláska se označuje jako sigmatismus. Nesprávným způsobem tvořená hláska *r* se nazývá rotacismus (z řec. ró- tedy by mělo být rótacismus) apod. (Sovák, 1978).

Jestliže dítě danou hlásku vynechává, nebo ji nahrazuje jinou, existuje tu ještě možnost osvojit si spontánně správnou výslovnost. Pokud je už ale zafixovaný vadný mechanismus tvoření hlásky, zůstává už jen velmi malá naděje na spontánní úpravu (Lechta, 1990).

Tyto symptomy lze pojmenovat i jinými odpovídajícími termíny (Dvořák, 2007):

eliminace

- jde o vynechávání hlásek ve slovech (místo potok řekne poto),

substituce

- dítě nepravidelně nahrazuje jednu hlásku ve slově jinou hláskou (např. místo bota vysloví bopa, pneumatika-pleumatika),

distorze

- jedná se o zkreslené, nepřesné, odchylné vadné vyslovování hlásky.

U **kontextové dyslalie** uvádí Neundlinger (In Lechta, 1990) různé symptomy: např. elize (vypouštění hlásek), metateze (přesmykování hlásek), kontaminace (přesmykování hlásek), anaptix (vkládání hlásek), asimilace, popřípadě jiné změny hláskových struktur slov.

Mimo to může jít o **nekonstantní dyslálii** (pokud není daná hláska tvořená vždy nesprávně, ale v některých případech i správně) a **nekonsekventní dyslálii** (určitá hláska není vždy tvořena tím stejným nesprávným způsobem).

Pokud dítě vyslovuje více hlásek nesprávně (vadně), jedná se

o mnohočetnou patlavost, dyslalii multiplex (podle některých také psellismus).

Dítě tvoří všechny souhlásky nesprávně (vadně) a redukuje složené slabiky, tím pádem je řeč obtížně srozumitelná. Namísto jednotlivých hlásek dítě užívá většinou hlásky *t*. Tento způsob mluvy se označoval jako hotentotismus. Chvatcev (1959) (In Sovák, 1978) tento název odmítá jako rasisticky pejorativní a doporučuje termín tétismus.

Statistiky ukazují, že v českém jazyce činí nejčastější potíže výslovnost hlásky *ř*. Tato hláska se stabilizuje ve vývoji řeči nejpozději. kromě této specificky české hlásky se objevují často i vady hlásky *r* a sykavek (Sovák, 1978).

Stává se, že některé hlásky tvořené chybným mechanismem, mají správný zvukový efekt. Např. progenie (předkus dolní čelisti) se vyznačuje tím, že hrot jazyka leží za dolními řezáky při artikulaci sykavek i při hlásce *t*. Tyto zvukově nenápadné hlásky se tvoří vyklenutým hřbetem jazyka proti alveolám (Sovák, 1978).

Vnímání změn výslovnosti

Sovák (1978) rozlišuje různé příznakové varianty, jak děti vnímají změny výslovnosti:

- dítě s dyslálií nepozná nesprávnou výslovnost u sebe ani u ostatních osob,
- dítě s dyslálií nepozná nesprávnou výslovnost u sebe, ale u ostatních ano,
- dítě s dyslálií pozná nesprávnou výslovnost u sebe i u jiných osob.

Jestliže dítě setrvává na svém vlastním způsobu vyslovování, jsou u něj již pevně zafixovány chybné vzorce výslovnosti.

Arnold (In Sovák, 1978) uvádí auditivní paragnózi jako přetrvávání vlastního způsobu výslovnosti, kdy dítě nepozná vady u sebe ani u jiných. Dítě pokládá svou vlastní výslovnost za správnou.

Dyslálie a psaní

Většina dětí s patlavostí píše tak, jak mluví. Setkáváme se s tímto jevem zejména u hlásek, které dítě nahrazuje hláskami jinými. Netýká se to hlásek deformovaných, kdy dítě nemá k dispozici grafický znak pro danou hlásku (dítě si přeřikává slovo, např. plapol místo prapor, zípa místo řípa apod.) (Sovák, 1978).

Dyslalie a srozumitelnost řeči

Vyslovuje-li dítě nebo i dospělá osoba vadně některou hlásku či více hlásek, je tím mluva sice nápadná, ale neznamena to, že nemůže být ještě dostatečně srozumitelná. Srozumitelnost řeči je dána jak výslovností, tak i ostatními činiteli. Modulační faktory ovlivňují srozumitelnost po stránce zvukové, po stránce obsahové jde o kontext mluvního celku s danou situací.

Situační souvislost pronášené mluvy-kontext je také důležitým činitelem. Nezvládá-li dítě vyslovovat hlásku *k* a říká namísto toho *t*, pak řekne-li při hře se zvířátky např. tůň, vyrozumíme z kontextu oč jde. Podobně při oblékání, když řekne slovo tabát, jsou si všichni vědomi, že nejde třeba o tabák. Různým zkomoleninám lze také porozumět z kontextu. Např. tlepíte (slepice), tlut (kluk), tlom (strom) apod. Rodiče si pak zvyknou na deformovanou mluvu svého dítěte až do té míry, že jim pak nepřipadá ani jako odchylná. Problém nastává až v cizím prostředí, např. ve škole (Sovák, 1978).

2.5 Logopedická diagnostika dyslálie

Z pohledu anamnestických údajů sledujeme začátek napodobujícího žvatlání, vývoj motoriky, hudební sluch, nepravidelnosti jazyka a rtů, lateralitu, výslovnost osob z nejbližšího okolí, bilingvismus atd. (Lechta, 1990).

Při vyšetřování dyslalie hodnotíme pojmenovávání obrázků a spontánní komunikaci. Dítě má za úkol pojmenovat obrázky, v jejichž názvu se objevuje vyšetřovaná hláska v určité pozici, tj. na začátku, uprostřed a na konci slova. Obrázky jsou uspořádány tak, aby logoped mohl komplexně posoudit správnost výslovnosti.

Prostřednictvím volného rozhovoru navážeme s dítětem kontakt a zjišťujeme výslovnost při spontánní komunikaci.

Nedoporučuje se, aby logoped předříkával slova, slabiky nebo hlásky, které má vyšetřovaná osoba zopakovat. Výsledkem by nebyl reálný obraz výslovnosti běžné komunikace. Existuje zde totiž riziko, že získáme zkreslené informace v důsledku možného vlivu napodobení výslovnosti logopeda (Lechta, 1990).

Podle Lechty (1990) má logopedická diagnostika několik cílů:

- Zjišťujeme, zda se jedná o mogilálii, paralálii či dyslálii v užším smyslu. Tato informace je důležitá též z hlediska prognózy. Zafixuje-li se totiž nesprávný artikulační mechanismus, je třeba předpokládat delší nácvik.
- Zjišťujeme pozici nesprávně vyslovované hlásky v iniciální, mediální a finální pozici. Toto zjištění je důležité pro následné plánování a realizaci nácviku hlásky. Dokáže-li dítě artikulovat správně v určitém hláskovém spojení, např. na začátku slova, nemusíme pak realizovat etapu vyvozování správné výslovnosti, ale stačí navázat na toto spojení.
- Zjišťujeme schopnost fonematické diferenciaci a úroveň motoriky řečových orgánů. Jsou-li tyto schopnosti na přiměřené úrovni, může být odstranění dyslalie úspěšné. Nerespektováním tohoto požadavku pak může být neúspěch logopedické péče, kdy logoped nepostřehl nerozvinutost některé z těchto schopností a v důsledku toho se marně snažil o vyvození správné výslovnosti. Dále je nutné též zjistit, zda dítě s dyslálií disponuje správným akustickým vzorem dané hlásky. Kováčsová a kol. (In Lechta, 1990) uvádí, že Schilling rozlišoval dyslálii z tohoto aspektu na dyslálii senzorického typu (dítě nemá k dispozici správný akustický obraz hlásky,

a proto nerozlišuje ani u sebe, ani u ostatních osob nesprávnou výslovnost), dyslalii kondicionálního typu (dítě s dyslálií si uvědomuje nesprávný akustický obraz ve výslovnosti ostatních, u sebe však ne) a dyslalii motorického typu (dítě s dyslálií diferencuje sluchem u sebe i ostatních osob nesprávnou výslovnost dané hlásky, ještě ji však neumí sám správně vyslovit).

- Z hlediska diferenciální diagnostiky zjišťujeme, zda se jedná o „prostou“ dyslalii či je dyslalie symptomem jiného postižení, např. mentální retardace, dětské mozkové obrny, sluchového postižení atd. Je třeba dbát na průběžné diagnostikování z důvodu, že často zjistíme např. lehčí nedoslýchavost až v průběhu logopedické péče.
- Zjišťujeme příčinu dyslalie. Určujeme zda jde o dyslalii labiální, dentální, lingvální, palatální, nazální; hláskovou, slabikovou nebo slovní dyslalii a další charakteristiky nesprávné výslovnosti. Kvůli určení reálné prognózy a odpovídajícího plánu korekce zjišťujeme, zda se jedná o dyslalii monomorfní či polymorfní.

Další velmi dobrou diagnostickou pomůckou je magnetofonový záznam vyšetřované osoby. Výhodné je aplikovat chronografii¹¹ (především lingvografii¹²), která patří do fonetických vyšetřovacích metod. Tím získáváme detailní obraz mechanismu artikulace, který můžeme kdykoliv v průběhu logopedické péče při kontrole zopakovat a zaznamenat. Vhodnými pomůckami jsou i různé hračky (u malých dětí), případně texty na čtení (u starších dětí a dospělých s dyslálií) (Lechta, 1990).

¹¹ chronografie je lehce dostupná fonetická metoda, která se dělí na dvě vzájemně si odpovídající části-palatografii a lingvografii. Používá se při nich kaolinový prášek nebo práškové živočišné uhlí, které smícháme s vodou do málo tekuté neškodné emulze (Lechta a kol., 2003).

¹² lingvografie- emulze se štětcem rovnoměrně natře na patro, alveoly a zadní plochy zubů až po jejich okraj, zjišťuje-li se artikulace alveolárních a palatálních hlásek, na měkké patro, zjišťuje-li se artikulace velárních hlásek (Lechta a kol., 2003).

Cílem diagnostiky podle Salomonové (2003) (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) je zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti, stanovení diagnózy a prognózy. Stanovení individuálního plánu metodických postupů vychází ze závěrů diagnostiky.

Vyšetření řeči obsahuje anamnestické údaje rodiny i dítěte: jeho psychomotorický vývoj, muzikálnost a schopnost pro rytmus. Lateralitu hodnotíme orientačně při hře. Při pochybnostech je užitečné provést test laterality (Matějček, Žlab, 1972) (In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Orientační vyšetření sluchu se provádí vždy. Sovák (1978) (In Lechta a kol., 2003) doporučuje při orientačním vyšetření sluchu aplikovat zvukové podněty:

1. k vyšetření výkonnosti sluchového analyzátoru (neutrální zvuky, neutrálně opakované zvuky-periodicky, neperiodicky a složité zvuky (akordy),
2. vázané na vyšší nervovou činnost, jde o významové a obsahové zvuky.

Orientační vyšetření sluchu lze uskutečnit zvukovými hračkami (zvoneček, řehačka, píšťalka) nebo speciálním souborem slov, který obsahuje slova s tzv. hlubokými (o, u, b, l, p, m, n, v) a středními hláskami (a, e, d, g, h, ch, r, j).

Při **vyšetřování sluchu zvukovými hračkami** dítě sedí obvykle na klínu matky nebo vedle ní. V místnosti je několik rozestavených osob, které manipulují se zvukovými hračkami, přičemž dítě by se mělo obracet ke zdroji zvuku.

Slovně-orientační vyšetření sluchu se provádí obvykle v místnosti aspoň šest metrů dlouhé. Vyšetřovaná osoba si stoupne stranou a jedno ucho si překryje dlaní. Zabráníme možnosti výhledu na logopeda, aby vyšetřovaný nemohl odezírat. Vyšetření probíhá zvlášť šeptem a zvlášť hlasitou řečí. Logoped užívá slova s tzv. hlubokými hláskami (huba, domov, budova, popel, pumpa, volno apod.), vysokými hláskami (cesta, sněženky, číslice, viset, kyselý apod.) a středními hláskami (jahoda, díra, hrách, dar atd.) (Lechta a kol., 2003).

Dále zjišťujeme nepravidelnosti chrupu a čelistí, způsob dýchání, mimiku, pohyby rtů a jazyka. Pokud je potřeba, provedeme i Ozeretského

test jemné motoriky a vyšetření aktivní mimické psychomotoriky podle Kwinta (Salomonová In Škodová, Jedlička, 2003).

Vyšetření dítěte probíhá při hře s obrázky, které má dítě pojmenovat. Obrázky jsou sestaveny tak, aby vyšetřovaná hláska byla střídavě v iniciální, mediální a finální pozici. Sledujeme, jak realizaci hlásek, tak rozsah slovní zásoby (Škodová, Jedlička, 2003).

Mluvní projev v běžné řeči hodnotíme následně volným rozhovorem. Je možné, že realizace hlásek ve slovech se bude lišit od výkonu ve větěném vyjadřování. Při vyšetření u menších dětí používáme hračky, maňásky, stavebnice atd., u školních dětí texty na čtení přiměřené věku dítěte (Škodová, Jedlička, 2003).

K vyšetření dospívajících a dospělých osob využíváme konverzaci, četbu časopisů a beletrie (Škodová, Jedlička, 2003).

Pokud má dítě sníženou schopnost sluchového vnímání, nedokáže rozlišit správné znění hlásek, nejobtížnější jsou pak obě řady sykavek. Některé děti vnímají sluchem chybu u jiných osob, ale nad vlastní realizací hlásek nemají kontrolu.

Neobratnost mluvidel nebo vytvoření vývojově nesprávných pohybových stereotypů se objevuje u dítěte, které sluchem správně rozlišuje hlásky u sebe i jiných. Je nutné zjistit příčiny, většinou jde o motorické formy dyslalie (např. interdentalní *d*, *t*, *n*, *l* atd.).

Nejčastěji se pak u dětí vyskytuje kombinace těchto forem - senzoricko-motorická forma (Škodová, Jedlička, 2003).

Diferenciální diagnostiku je třeba provést tehdy, když dítě zaměňuje všechny znělé párové hlásky za neznělé (*p-b*, *d-t*, atd.). Jednoduchý obrázkový test (Škodová a kol., 1995) je přesnou diagnostickou metodou, která je založena na diferenciaci distinktivních rysů hlásek typických pro český jazyk. Budeme-li test opakovat v určitých časových intervalech, získáme pak cenné poznatky pro výsledky logopedické intervence (Škodová, Jedlička, 2003).

Souhlas rodičů je potřebný k pořízení magnetofonového záznamu nebo videozáznamu dítěte, který má srovnávací a hodnotící platnost.

Koordinaci sluchové a zrakové kontroly umožňují indikátory *s*, *n*, *r*. Dnes můžeme využívat k tomuto účelu i speciální počítačové programy.

Na závěr stanoví logoped diagnózu. Přímo klientovi nebo rodičům je sdělena prognóza a postup při úpravě vadné výslovnosti. Je nutná také úzká spolupráce rodiny a logopeda (Škodová, Jedlička, 2003).

2.6 Základy logopedické intervence dyslalie

Klenková (2006) uvádí, že výchova ke správné výslovnosti je činností logopedů. Již Sovák (1972) připomíná, že dyslalie by se neměla ani přeceňovat ani podceňovat. Přetrvávající dyslalie totiž může mít negativní vliv na celkový vývoj dítěte, na vývoj jeho osobnosti a povahových rysů i na prospěch ve škole (Klenková, 2006).

Od raného dětství se snažíme ovlivňovat správný řečový vývoj dítěte. Dítě by mělo mít v rodině vzor správné výslovnosti, rodina by měla stimulovat foneticko-fonologickou jazykovou rovinu řečového vývoje (také ostatní roviny). V návaznosti na působení rodiny by měla později stimulovat správný vývoj řeči i mateřská škola, aby dítě přicházelo do základní školy se správnou výslovností (Klenková, 2006).

Metodické postupy nápravy dyslalie jsou dnes už podrobně vypracované. Seeman (1955) stanovil pro tuto oblast čtyři základní zásady, ke kterým postupem času přibýly ještě další.

Při úpravě vadné výslovnosti u dětí se musí postupovat individuálně. Je nejlépe začít s úpravou nebo tvořením hlásky, jejíž vybavení se nám zdá nejlehčí a nejrychleji dosažitelné. Dítě i matka mají z rychlého úspěchu radost a tím si získáme důvěru a vzbudíme ctižádost dítěte. Samostatné cvičení dovolujeme teprve tehdy, když dítě přesně ovládá správnou výslovnost dané hlásky. Tím zamezíme vzniku nové nesprávné artikulace, kterou by bylo třeba opět odstraňovat, čímž by se cvičná léčba zbytečně prodlužovala (Seeman, 1955).

Pro cvičení (Seeman, 1955) stanovil čtyři hlavní zásady, a to: krátkodobé cvičení, výchovu vlastní sluchové kontroly, užívání pomocných hlásek, tzv. zásadu o minimální akci.“

1. Zásada krátkodobého cvičení

Měli bychom mít neustále na paměti, že dítě se při fonetické cvičné léčbě rychle unavuje. Unavuje se i sluch cvičícího a tím se snižuje schopnost přesné diferenciaci správného a vadného zvuku nacvičované hlásky. Seeman proto doporučuje, aby se s dítětem cvičilo vždy jen dvě až tři minuty. Takovéto krátkodobé cvičení se však musí velmi často opakovat, třeba i 20-30 krát denně. Tím, že cvičení neustále opakujeme, se u dítěte vytvářejí a upevňují podmíněné reflexy mezi správným zvukem hlásky a artikulačními pohyby. Tímto způsobem se vypracovávají a fixují správné artikulační stereotypy hlásek.

2. Zásada užívání sluchové kontroly

Foniatr užívá při nápravě vad výslovnosti hlavně sluchového vnímání, což u učitele sluchově postižených nelze. Ten je odkázán při tvoření hlásek na využití kinestetických pohybů a zrakových vjemů, pomocí kterých dítě vnímá artikulační pohyby. Výcvik nových nebo úprava vadných hlásek se u slyšících dětí zakládá na cvičení fonemického sluchu. Většinou si dítě samotné neuvědomuje svoji vadnou výslovnost. Proto se snažíme při úpravě dosáhnout toho, aby dítě nejdříve správně slyšelo nově vytvořenou hlásku. Potom usilujeme o to, aby se naučilo samo rozpoznávat správnou a vadnou výslovnost. Dokud toho dítě nedosáhne, není schopné správně tvořit novou hlásku a tím méně ji užívat v řeči. Účelem sluchových cvičení je zdokonalit funkce sluchového analyzátoru, naučit dítě dobře zachycovat a přesně rozlišovat jednotlivé hlásky.

Výchova fonemického sluchu působí potíže u mnoha dětí. U podobně tvořených hlásek vznikají obtíže s percepcí zvukového rozdílu podobně tvořených hlásek. Můžeme se setkat s tím, že např. děti nerozlišují zvuky hlásek *k* a *t* nebo jednotlivé sykavky. Občas se po nácviku hlásky *k* stává, že dítě, které dříve vyslovovalo hlásku *k* jako *t*, pak vyslovuje každé *t* jako *k*, např. místo *auto* řekne *auko*, místo *tatínek* řekne *kakínek* apod. V některých případech se dokonce stává, že

dítě hlásku *t* nedovede přechodně určitou dobu vůbec vyslovit. Obdobné záměny můžeme pozorovat i u jiných hláskových skupin.

3. Zásada užívání pomocných hlásek

Častou chybou při úpravě vadných hlásek je to, že se dítěti stále nakazuje, jak má stavět mluvidla, jak má pohybovat jazykem atd. Jestliže si dítě začne uvědomovat polohu jazyka např. při tvoření sykavek, nebo jeho pohyby při tvoření kmitavého *r*, ve závěru pak dítě nedosáhne většinou žádného výsledku. Tato vědomá kontrola vede k nepřírodným pohybům mluvidel, zbytečně se napíná svalstvo jazyka, spodiny ústní nebo rtů (Seeman, 1955).

Výhodou je proto využívat pomocných hlásek, které už dítě umí správně tvořit, k vybavení vadných hlásek z těchto pomocných. Cílem je takový postup, kdy si dítě ani neuvědomuje, že vlastně cvičí výslovnost hlásky, kterou neumí vyslovit.

Vytváření správných hlásek spočívá tedy v rozrušení starých artikulačních spojení a v nácviku nových spojení za užití dobře tvořených pomocných hlásek, které se vyznačují podobným způsobem a místem vzniku tvoření (Seeman, 1955).

4. Zásada minimální akce

Cílem této zásady je tvořit hlásky při vzájemném spojování tak, aby artikulační pohyby byly co nejmenší a jejich síla co nejslabší. Pohyby mluvidel při artikulaci se vzájemně přizpůsobují. Je to zřejmé zejména u souhlásek. Jejich tvoření je závislé na samohláskách nebo souhláskách, které je předcházejí nebo následují. U hlásek, které se tvoří uvnitř ústní dutiny, dochází ke stěhování artikulačního místa. Je to znatelné např. u hlásky *k*. Jestliže vyslovujeme řadu *ka, ko, ku, ke, ki*, stěhuje se pak místo dotyku mezi jazykem a patrem od měkkého patra k přední části tvrdého patra. Tím pádem se artikulace hlásky *k* pohybově přizpůsobuje následujícímu samohláskovému postavení. Tento poznatek musíme zohledňovat při úpravě vad výslovnosti. Samostatně pak musíme nacvičovat spojení souhlásek s různými samohláskami (Seeman, 1955).

Seeman (1955) uvádí, že dřívější učebnice foniatry doporučovaly artikulační pohyby provádět energicky, s přehnanou silou a s přeháněním artikulačních pohybů. To má za následek vznik zbytečných souhybů v artikulačním svalstvu různých svalových skupin, kterých se běžně při artikulaci dané hlásky neužívá. Stává se pak, že se nacvičí nepřirozená artikulace, která se obtížně a zdlouhavě odstraňuje. Tento postup není tedy správný, neboť hlásku, kterou vyslovujeme přehnaně nebo nápadně, vnímáme v řeči trvale jako něco nepřirozeného. Tudíž se dítě stydí tuto hlásku užívat v řeči. Zabráníme tomu tak, že novou hlásku nacvičujeme zpočátku jen lehce, tiše, bez přehnané síly a pohybu. Některé hlásky, zvláště sykavky, cvičíme tak tiše, že jsou sotva slyšitelné. Šeptem zpočátku nacvičujeme spojování s následující samohláskou, pak teprve nahlas. Tímto způsobem dosáhneme nejrychleji bezchybné artikulace a jejího přirozeného a nenápadného zapojení do běžné řeči.

Nyní popíšeme ještě další zásady úpravy dyslalie, které uvádí Lechta (1990): zásada individuálního přístupu, zásada multisenzoriálního přístupu, zásada skupinové formy práce, zásada plánovitosti.

Zásada individuálního přístupu

Lechta (1990) uvádí, že uplatnění logopedické péče se preferuje u dětí s dyslálií mezi 5.-6. rokem života dítěte. Jestliže je však nesprávná výslovnost důsledkem celkového narušení vývoje řeči nebo jde o těžkou vadu výslovnosti, musí logoped samozřejmě zakročit dříve než při minimální odchylce ve výslovnosti, např. sykavek.

Zásada multisenzoriálního přístupu

Při cvičení usilujeme o maximální aplikaci zásady multisenzoriálního přístupu. Snažíme se do nácviku zapojit zrak (cvičení před zrcadlem, užívání různých indikátorů), sluch (jde o Seemanovu zásadu sluchové kontroly), kinestetickou kontrolu. K celkovému ulehčení nácviku u dětí trpících dyslálií s neobratnými mluvidly můžeme použít

přiměřenou formou různé mechanické pomůcky (např. sondy, vibrátory, lopatky, páradla atd.) (Lechta, 1990).

Zásada skupinové formy práce

Dyslalii lze odstranit jak individuálně tak skupinovou formou. V předškolním věku se dostávají do popředí formy skupinové práce. Velkou výhodou jsou z hlediska psychologického (zvýšení motivace), fyziologického (únava se dostavuje později) i ekonomického (Lechta, 1990).

Zásada plánovitosti

Tato zásada má výjimečné postavení v případech, kdy jde o nesprávnou výslovnost vícero hlásek. Logoped musí sestavit plán postupu, což znamená pořadí, ve kterém bude jednotlivé hlásky nacvičovat. Je třeba upřednostňovat nácvik tzv. lehčích hlásek (např. nejprve nacvičujeme *f* až potom *r*), zejména z motivačních důvodů (rychlý zážitek úspěchu je pro rodiče i dítě s dyslálií perfektní motivací) i z důvodu rychlého zlepšení celkové srozumitelnosti mluvního projevu (Lechta, 1990).

Průběh logopedické intervence

Není vhodné při logopedické intervenci dyslalie užívat termíny náprava výslovnosti, náprava hlásek. Hlásky totiž nenapravujeme, ale vyvozujeme hlásky nové. Současná logopedická terminologie užívá termín korekce dyslalie (Klenková, 2003).

Průběh korekce dyslalie se dělí podle Kovácsové (In Lechta, 1990) na čtyři základní etapy:

1. Přípravná cvičení
2. Vyvozování hlásky
3. Fixace hlásky
4. Automatizace hlásky

Průběh a trvání jednotlivých etap závisí na individuálních zvláštностech jednotlivých dyslálií.

1. Přípravná cvičení

Při uskutečnění přípravných cvičení užíváme přiměřeně formu cvičení motoriky řečových orgánů a cvičení na rozvoj fonematické diferenciaci. Upřednostňujeme aktivní cvičení u dyslalie bez narušeného vývoje řeči. Zaměřujeme se na specifika motoriky rtů, jazyk a měkkého patra (podle artikulační oblasti nacvičované hlásky a podle způsobu artikulace dané hlásky). Chceme se co nejvíce přiblížit k artikulačnímu pohybu, který je nutný k jejímu vyslovení (např. při nácvičení hlásky *l* dáváme jazyk k hornímu rtu a pak postupně k dásni; při *r* rozvibrujeme rty a vložíme mezi ně hrot jazyka) (Lechta, 1990)

Při nácvičení motoriky mluvních orgánů procvičujeme dýchání, nacvičujeme sání, foukání a oblizování. Rozlišujeme cvičení aktivní a pasivní. **Pasivní cvičení** jsou zaměřena především na masáže mluvních orgánů, kdy se jednoduchými krouživými pohyby posiluje a aktivizuje jejich svalstvo. **Aktivní cvičení** jsou pak zaměřena na zvláštnosti motoriky rtů, jazyka, měkkého patra a patrohltanového uzávěru při výslovnosti určité hlásky, např. ke správné výslovnosti hlásek *t*, *d*, *n*, *l*, *r* je zapotřebí, aby dítě umělo zdvihnout jazyk k dásni těsně za horní zuby, tzn. že nacvičujeme oblizování horní a dolní alveoly s postupným zvětšováním čelistního úhlu (Lechta, 2005).

Úspěšný nácvik předpokládá schopnost fonematicky diferencovat správnou a nesprávnou výslovnost (In Lechta, 1990).

Kováčsová a kol. (In Lechta, 1990) doporučuje nejdéle 5-10 minut přípravných cvičení na jednom logopedickém sezení. Může se výhodně využít i skupinových forem práce.

2. Vyvozování hlásky

Teprve po důkladné realizaci přípravných cvičení můžeme přejít k samotnému vyvozování nových hlásek.

Nepřímé metody využívané u menších dětí jsou výhodné v tom, že si dítě neuvědomuje cíl práce. Při těchto cvičeních napodobuje dítě různé zvuky, např. syčíme jako had: ssss, bzučíme jako včela: zzzz, foukáme jako vítr: ffff atd. Nespornou výhodou takového cvičení je hravá forma

práce (motivace samotnou hrou). Vyhýbáme se přehnanému úsilí dítěte správně vyslovovat. Cvičení realizujeme uvolněně z důrazem na zásadu minimální akce.

Přímé metody vyvozování správné výslovnosti jsou podrobně zpracované. Budeme charakterizovat základní principy postupu při vyvozování jednotlivých skupin hlásek: samohlásky (vokály), dvojhlásky (diftongy) a souhlásky (konsonanty), které rozlišíme z hlediska místa jejich artikulace (Lechta, 1990).

Vokály (samohlásky)

Nesprávná výslovnost samohlásek se objevuje pouze zřídka. Jedná se o nejtěžší případy narušeného vývoje řeči nebo v některých případech bilingvismu (např. vliv maďarštiny na „otevřenost“ hlásky *a*) apod. (Lechta, 1990).

K vyvozování správné výslovnosti se užívá jednoduchá imitace, kdy dítě před zrcadlem nacvičuje odpovídající velikost čelistního úhlu, tvaru rtů a polohy jazyka, kdy co nejpřesněji napodobuje logopeda. Můžeme si pomoci i mechanickým způsobem: při nácviku správného tvaru a polohy jazyka (např. při vyvozování *e* potlačíme jazyk pod bradou dopředu a nahoru, při vyvozování *o* dozadu a nahoru). Tvar rtů upravujeme např. při hlásce *u*, kdy si pomůžeme rukou zaokrouhlit rty, případně si pomůžeme hmatem (např. „ohmatání vibrací na hrudníku při *a*, nebo na temeni hlavy při *i*) (Lechta, 1990).

Diftongy (dvojhlásky)

Taktéž u dvojhlásek se setkáváme s nesprávnou výslovností velmi zřídka. Jedná se o podobné případy jako u vokálů. Nacvičujeme také imitací logopeda před zrcadlem (Lechta, 1990).

Konsonanty (souhlásky)

Charakterizujeme podle místa artikulace konsonantů:

Bilabiály (obouretné souhlásky)-p, b, m

Nesprávná výslovnost těchto hlásek není také příliš častým jevem (obvykle při otevřené huhňavosti, palatolálii, resp. nesprávná výslovnost konsonanty *m* při uzavřené huhňavosti). I zde je důležitá zraková kontrola v zrcadle a hmatová kontrola vnímání akustického charakteru exploze¹³ při jejich výslovnosti, vnímání vibrace (Lechta, 1990).

Z hlásky *a* vyvodíme konsonant *m* při zavřených rtech a ohmatáním vibrací na líci. Hlásky *b* pak vyvozujeme z hlásky *m*, kdy dítěti stlačíme křídla nosu. Souhlásku *p* můžeme vyvodit ohmatáním tak, že dítě napodobí výslovnost logopeda a zároveň vnímá „explozi“ na hřbetu ruky, nebo pomocí zrakové kontroly se dítě snaží výdechovým proudem vyslovit *p* a odfouknout pírko nebo uvolněním exploze zhasne svíčku. I s pomocí papírového pásku mezi rty je možné dítě učit slabý retný závěr (Lechta, 1990).

Labiodentály (retozubné souhlásky)-f, v

Konsonanty v této skupině patří mezi tzv. lehké hlásky. Jejich artikulaci ulehčuje tzv. optická opora (místa artikulace jsou dobře vidět) i lehký způsob artikulace.

Hlásku *f* vyvozujeme foukáním (hra na vítr), kdy spodní ret přitlačíme k horním řezákům. Prodlouženého *ú* ve spojení s ostatními samohláskami využíváme k vyvození *v*, přičemž také přitlačujeme dolní ret k horním řezákům.

Výjimečně se vyskytující labiodentální *m* (např. ve slově komfort) nemusíme zvlášť vyvozovat, vzniká koartikulací¹⁴.

¹³ Exploze je označení pro sluchový dojem, který vzniká náhlým uvolněním závěru (okluze), která brání proudění vzduchu v dutině ústní (Dvořák, 2007).

¹⁴ Koartikulace: ve výslovnosti dvou vedle sebe ležících hlásek ve slově dochází k jejich vzájemné modifikaci a ovlivnění (Dvořák, 2007).

Alveoláry (dásňové souhlásky)

- *prealveoláry*-t, d, n, s, z, c, l, r, ř
- *postalveoláry*-š, ž, č

V logopedické praxi se občas *prealveolárám* t, d, n nevěnuje dostatečná pozornost. Přestože jejich nesprávná výslovnost způsobuje potíže při vyvozování dalších hlásek (např. r).

Nosovka n se vyvozuje pomocí prodlouženého m při oddálení rtů a hrotem jazyka zvedeným na horní alveoly¹⁵. Hlásku d nacvičujeme ze slabiky na, kdy při n stlačíme dítěti nos (Lechta, 1990).

Prealveoláru t vyvozujeme jednoduchým napodobováním nebo ze šeptaného dadada či vyplivnutím sliny z konečka jazyka. Úžinové n (např. ve slově panský) obvykle nenacvičujeme, protože vzniká spontánně.

Sibilanty jsou skupinou hlásek, s jejichž nesprávnou výslovností-sigmatismem se setkáváme poměrně často. Nejčastěji se jedná o interdentální¹⁶ a addentální¹⁷ sigmatismus. Můžeme se setkat ale i se stridentním¹⁸, nazálním¹⁹, labiodentálním²⁰ a laterálním²¹ sigmatismem. Opakovaným šeptáním ttt nacvičujeme hlásku c, přičemž hrot jazyka je za dolními řezáky, hrany zubů jsou k sobě přiblíženy a koutky úst jsou roztáhlé jako při úsměvu. Hlásku s vyvozujeme zase z prodlouženého c, hlásku z pak vyvodíme, když přidáme znění hlasu k hlásce s (popř. hmatovou kontrolou pod bradou). Stejnou hmatovou kontrolu užíváme při vyvozování dz: vycházíme se souhlásky c a přidáme znění hlasu. Hlásku č vyvozujeme z hlásky c tak, že dítě s dyslálií našpulí rty a jazyk zatlačíme trochu dozadu a nahoru. Osvědčuje se vycházet z hlásky t', kterou

¹⁵ Alveoly jsou dásně (Dvořák, 2007).

¹⁶ Interdentální sigmatismus (mezizubní) bývá nejrozšířenější. Hrot jazyka je vsunován mezi řezáky (Dvořák, 2007).

¹⁷ Addentální sigmatismus (přízubní)-výdechový proud se rozráží o zadní stěnu horních řezáků (Dvořák, 2007).

¹⁸ Sigmatismus stridens je nápadně ostrá a nepříjemná výslovnost sykavek, písklavý sigmatismus (Dvořák, 2007)..

¹⁹ Nazální sigmatismus (nosní)-výdechový proud místo ústy vychází nosem, příčinou je nedostatečný patrohltanový uzávěr (Dvořák, 2007).

²⁰ Sigmatismus labiodentální, retozubní, kdy jsou sykavky tvořeny mezi spodním rtem a horními řezáky a sykavky jsou vlastně nahrazovány hláskou f (Dvořák, 2007).

²¹ Sigmatismus laterální, boční, kdy se hrot jazyka silně přitiskne k alveolám a výdechový proud uniká po jedné nebo obou stranách jazyka (Dvořák, 2007).

navážeme uvedenou polohou mluvidel. Postalveoláru š vyvodíme z prodlouženého č a hlásku ž přidáním hlasu k š. Při vyvozování dž vycházíme z č a přidáme hlas.

Pokud máme potíže s vyvozováním správné výslovnosti sykavek, můžeme použít různé mechanické pomůcky (např. kroužková a příčná logopedická sonda).

Vibranty jsou nejnáročnější české hlásky. Nejprehledněji třídí druhy rotacismů Dvončová a Nádvorníková (In Lechta, 1990): bilabiální²², interdentalní²³, bukání²⁴, velární²⁵, uvulární²⁶, faryngální²⁷, laryngální²⁸, hyperkinetický²⁹. Dnes je k dispozici značné množství metod k vyvozování správné výslovnosti hlásky r. tyto metody můžeme třídit na: substituční, mechanické a kombinované (Lechta, 1990).

- substituční metody vychází nečastěji ze spojení td, popřípadě tdn, tdu, atd., které vyslovuje dítě potichu a oslabeně, bez důrazu. Lze využít i jiné souhláskové spojení, např. bd, md, kd, hd, pd, atd.
- mechanické metody vychází z prodlouženého nebo opakovaného d, kdy se hrot jazyka rozkmitá prstem, špachtlí, logopedickou sondou nebo speciálními vibrátory.
- kombinované metody jsou optimální. U jednotlivých dětí s dyslálií zvolíme podle potřeby převahu jedné

²² Rotacismus bilabiální (retní) - vzniká rozkmitáním obou rtů (Dvořák, 2007).

²³ Rotacismus interdentalní -mezizubní, tvořen rozkmitáním hrotu jazyka mezi zuby (Dvořák, 2007).

²⁴ Rotacismus laterální čili bukální, boční, tvářový-výdechový proud je jazykem směřován do strany a rozkmitává jednu tvář (Dvořák, 2007)..

²⁵ Rotacismus velární, měkkopatrový, vzniká rozkmitáním různě velkých úseků měkkého patra, proto není zvukově jednotný. Je nejčastějším druhem rotacismu (Dvořák, 2007).

²⁶ Rotacismus uvulární, čípkový, je to varianta velárního rotacismu, ale místo patra kmitá čípek (Dvořák, 2007)..

²⁷ Rotacismus glossofaryngální, jazykohltanový, vzniká mezi kořenem jazyka a stěnou spodní části hrtanu, zvukově připomíná hlásku ch (Dvořák, 2007).

²⁸ Rotacismus laryngální, hrtanový, je to drsný zvuk hrtanový, vzniká v hrtanu kmitáním tzv. „výchlipkových řas“, což jsou slizniční útvary nad hlasivkami (Dvořák, 2007)..

²⁹ Rotacismus hyperkinetický, mandibulární, dvouzvukový, se vyznačuje prudkým zacvaknutím čelistí s neutrálním zvukem (Dvořák, 2007).

z kombinace metod (mechanická, substituční). Cílem je dosáhnout určitého počtu kmitů: při *r* je to 1-2 kmity, při *ř* 4 a více kmitů konce jazyka (Lechta, 1990).

Častá je nesprávná výslovnost hlásky *l*. Vyvozuje se s pomocí optické opory. Logoped demonstruje před zrcadlem mechanismus výslovnosti a s dítětem nacvičuje současně fonaci a zvedání konečku jazyka na horní alveoly (Lechta, 1990).

Palatály (tvrdopatrové souhlásky)- t', d', ň, j

Hlásku *t'* vyvozujeme z opakování slabiky tututu stlačením hrotu jazyka na dolní řezáky. Obdobně vyvozujeme *d'* z dududu a *ň* z nununu.

Nesprávná artikulace *j* je výjimečným případem. Hlásku *j* vyvozujeme ze spojení hlásky se samohláskami: ja, je, ji ,jo, ju (Lechta, 1990).

Veláry (měkkopatrové souhlásky)- k, g, ch

Nesprávná výslovnost hlásek *k*-kapacismus a *g*-gamacismus se objevuje u některých dětí s narušeným vývojem řeči a u osob s palatolálií.

Hlásku *k* vyvozujeme se slabik to-to-to a tlačíme jazyk dolů a dozadu. Jiný postup je ten, že si dítě lehne naznak a zakloní hlavu, čímž jazyk klesne dozadu vlastní vahou. Obdobný je postup u hlásky *g*, zde však vycházíme z hlásky *d*. Hláska *ch* se vyvozuje napodobováním z prodlouženého *k*: kch, nebo hlasitým dýcháním na hřbet ruky: ch-ch-ch (Lechta, 1990).

Laryngála (hrtanová souhláska)-h

Hláska *h* je tvořena nejvíce vzadu v dutině ústní. Při jejím vyslovování se spotřebovává hodně vzduchu. Vyvozujeme ji pomocí hmatu nebo prodloužením dyšného *g*.

3. Fixace hlásky

Po proběhlé automatizaci hlásky je nutné ještě hlásky zafixovat do slabik a zautomatizovat tak, aby jí dítě automaticky užívalo v běžném hovoru.

Jde o nácvik spojování zautomatizované hlásky s jinými hláskami v různých spojeních (obvykle slabikách). Tento mechanický nácvik může dítě odradit od dalšího cvičení, proto dbáme na hravou formu práce (Lechta, 1990).

4. Automatizace hlásky

Cílem této poslední fáze je správná výslovnost nacvičené hlásky v běžné komunikaci. Začíná se jednoduchým opakováním za pomoci zraku (před zrcadlem) a sluchu (napodobuje vzor logopeda). Dále následuje pojmenovávání obrázků, popřípadě čtení (pokud umí číst), pojmenování předmětů, reprodukce básniček a říkanek. Automatizace je zakončena nácvikem užívání správné výslovnosti v dialogu a monologu (samostatné souvislé vyprávění).

Tato etapa může být někdy velmi náročná pro jedince s dlouhotrvající dyslalií (hlavně pro mladistvé a dospělé osoby trpící dyslalií) (Lechta, 1990).

2.7 Prevence a prognóza dyslálie

Prevence

Prevence poruch a vad řeči je samozřejmou součástí logopedické péče. Je součástí výchovného procesu v rodině, ve škole a sociálním či jazykovém prostředí od raného věku dítěte. Vše co dítě od období novorozence prožívá, formuje jeho osobnost i komunikační schopnosti a dovednosti (Zahálková In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Prevence poruch a vad řeči se ubírá třemi směry (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003):

- primární logopedická prevence probíhá u intaktních dětí tak, že výchovně stimuluje přirozený vývoj dítěte.
- sekundární logopedická prevence má být prováděna u osob s narušenou komunikační schopností. Prostřednictvím sekundární logopedické prevence odstraňujeme možnost dalšího poškození.
- terciární prevence se realizuje u osob s narušenou komunikační schopností, prostřednictvím logopedické intervence se snaží o korekci narušené komunikační schopnosti.

Nebezpečí následného poškození osob s narušenou komunikační schopností se snažíme předejít v logopedické praxi těmito formami:

- depistáž, která je cíleně zaměřena na předškolní věk,
- osvětové akce ve všech médiích,
- přednášková činnost určená rodičům a výchovným pracovníkům mateřských a základních škol atd. (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Prognóza

Logopedická diagnostika zjišťuje příčiny, vznik, průběh, druh, stupeň a individuální následky narušené komunikační schopnosti. Je důležitým předpokladem pro volbu metod, postupů a stanovení prognózy³⁰. Prognóza je sdělena rodičům dítěte nebo dospělému klientovi. Je důležitá pro aktivní a vědomou spolupráci (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Velmi dobrou prognózu má pak včasné zahájení úpravy artikulace při prosté dyslalii u předškoláků (podmínkou je ovšem dostatečně rozvinutá obsahová stránka řeči, zralý fonemický sluch a správný řečový vzor v rodině). Jestliže jsou podmínky splněny, pak se výslovnost upraví nejdéle do ukončení prvního ročníku.

Děti školního věku mívají problém s dostatečnou osobní motivací. Pokud jsou nuceny rodiči a nemají zájem, pak je lepší úpravu artikulace

³⁰ „Prognóza-předpověď, odhad vývoje, stanovení pravděpodobnosti dalšího vývoje“ (Dvořák, 2007).

odložit na vhodnější dobu. Většinou jsou děti nejvíce motivováni v pubertě ve snaze zaujmout druhé pohlaví a nebo při přechodu na střední školu.

U dospělých jedinců bez motivace není korekce dyslalie možná. Jestliže je motivace silná, pak je úspěch téměř vždy zaručen. Motivací v dospělosti bývá zejména správná výslovnost jako podmínka přijetí na vysokou školu, úspěch či postup v zaměstnání, třeba i narození dítěte. Nevýhodou dospělého věku je, že se velmi obtížně odhaduje doba potřebná k úpravě všech vadně tvořených hlásek (Salomonová In Škodová, Jedlička a kol., 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Metodika výzkumného šetření

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce bylo zjistit výskyt dyslalie u dětí sledovaného souboru. Jednalo se o děti v prvních třídách základních škol běžného typu.

Dalším cílem bylo určit konsonanty, s jejichž výslovností mají děti sledovaného souboru potíže.

Za cíl jsme si stanovili také zjistit, zda je rozdíl ve výskytu dyslalie v závislosti na pohlaví dětí sledovaného souboru.

3.2 Hypotézy

Stanovili jsme si dvě hypotézy:

H1 - U děvčat ze sledovaného souboru se s dyslalií setkáváme méně často než u chlapců.

H2 - Děti v prvních třídách běžných základních škol mají větší potíže s výslovností hlásek R a Ř než s výslovností hlásek S, Z, C a Š, Ž, Č.

3.3 Metody šetření

Použili jsme dvě výzkumné metody: dotazník a test výslovnosti.

3.3.1 Dotazník

Gavora (2000) definuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ Dotazník je složen z předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které předkládáme respondentům v písemné podobě (In Chráska, 2007, s. 163).

Jelikož jsme nebyli přímo v kontaktu s rodiči, vytvořili jsme pro ně dotazníkový dvojlist, který měl dvě části (viz Příloha č.1).

V první části uvádíme stručné údaje o autorce a její diplomové práci. Zároveň žádáme rodiče o souhlas k práci s jejich dítětem. Mají uvést základní údaje o dítěti. Poskytujeme jim možnost kontaktovat autorku práce v případě nejasností na uvedené e-mailové adrese.

Druhá část je „Dotazník pro rodiče“. Obsahuje deset položek, které jsme připravili za účelem zjištění potřebných údajů o dětech sledovaného souboru. V našem dotazníku jsme konkrétně použili 3 otázky otevřené (volné), 7 otázek uzavřených, z toho 3 dichotomické a 4 otázky polynomické výběrové (viz Příloha č.1).

Otevřené (volné) otázky jsou takové, kde dotazovaný odpovídá zcela volně k danému tématu. Jejich nevýhodou jsou následné potíže s jejich zpracováním. V našem dotazníku jsme použili tři otevřené otázky a to:

- otázka č.2: „Důvod odkladu školní docházky, prosím, uveďte:“
- otázka č.5: „Z jakého důvodu jste navštěvovali logopeda? Prosím, uveďte:“
- otázka č. 8: „Důvod navštěvování logopeda, prosím, uveďte:“

Uzavřené otázky dávají respondentovi na výběr z určitého počtu připravených odpovědí. Velká výhoda je ve zjednodušení vyplnění a v následném zpracování výsledků. Uzavřené otázky můžeme dělit na dichotomické a polynomické.

Dichotomické otázky nám dávají na výběr pouze ze dvou navzájem se vylučujících odpovědí (např. ano-ne). Použili jsme třikrát, a to:

- otázka č.1: „Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008?“
- otázka č.3: „Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku?“
- otázka č.7: „Navštěvuje Vaše dítě logopeda v současné době?“

Polynomické otázky, v našem dotazníku konkrétně polynomické výběrové, předkládají respondentům více než dvě odpovědi. V dotazníku se objevily čtyři takovéto otázky:

- otázka č.4: „V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:“
- otázka č.6: „Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku? Prosím, vyznačte:“
- otázka č.9: „Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?“
- otázka č.10: „Navštěvujete:“

3.3.2 Test výslovnosti

Pojem test má velmi široký význam. V podstatě se ztotožňuje s jakoukoliv zkouškou. V užším vymezení ho chápeme jako určitý druh zkoušek. Michalička (1969) (In Chráska, 2007) charakterizuje test jako „zkoušku, úkol, identický pro všechny zkoumané osoby s přesně vymezenými způsoby hodnocení výsledků a jejich číselného vyjadřování.“

Testy třídíme podle různých kritérií. Obecné dělení je na testy schopností, testy osobnosti a testy výkonu. K našemu šetření jsme použili test schopností, který se týkal výslovnosti dětí.

„Testy schopností jsou konstruovány tak, aby se pomocí nich poznalo, jaké schopnosti (předpoklady, dispozice) jedinec má pro řešení určitých úloh nebo situací určitého typu“ (Chráska, 2007, s. 184).

Test výslovnosti je sestaven z obrázků, které má dítě za úkol pojmenovat. Nejdříve dítě vysloví daný konsonant izolovaně. Dále jsme

pro jednotlivé konsonanty vytvořili řadu několika obrázků tak, aby se vyšetřovaná hláska objevovala nejdříve v iniciální, mediální a finální pozici (viz Příloha č.3). V průběhu vyšetření výslovnosti jsme zaznamenávali do připravené záznamové tabulky (viz Příloha č.4), zda dítě umí vyslovit danou hlásku v jednotlivých pozicích či nikoliv.

3.4 Organizace šetření

Výzkumné šetření jsme realizovali na pěti běžných základních školách v Jihomoravském regionu. Vybrali jsme dvě školy na vesnici a tři ve městě.

K tomu, abychom mohli naše šetření provést, jsme museli nejdříve získat souhlas ředitele školy a následně i rodičů dětí prvních tříd dané školy. S řediteli škol jsme konzultovali průběh a okolnosti šetření. Pro rodiče jsme připravili dotazníkový dvojlist, který zjišťoval základní informace o dítěti. V dotazníku jsme žádali rodiče o vyplnění nezbytných údajů k provedení vyšetření výslovnosti u jejich dítěte.

Zpočátku jsme se setkali s nesouhlasem rodičů, neboť jsme v dotazníku uvedli položku datum narození dítěte (viz Příloha č.1), což některým rodičům připadalo jako cenný osobní údaj dítěte, který nám nechtěli sdělit. Tato informace nás vedla k přepracování dotazníku ve smyslu, že rodiče na místo data narození uváděli přesný věk dítěte v rocích a měsících. V nové podobě již rodiče ochotně vyplnili danou kolonku (viz Příloha č.2).

Na vyplnění dotazníků jsme rodičům nechali přibližně tři týdny. Paní učitelky prvních tříd poté dotazníky od dětí vybraly a předaly je autorce práce.

Při zpracovávání dotazníků nás překvapil rozdíl v ochotě rodičů dovolit nám provést vyšetření výslovnosti jejich dítěte. Celkem bylo rozdáno 171 dotazníků k vyplnění.

Na vesnických školách vyjádřili nesouhlas pouze rodiče jednoho dítěte, což odpovídá 4% z 23 rozdaných dotazníků na vesnici a 0,6% z celkového počtu 171 kusů.

Na městských školách jsme rozdali postupně 148 dotazníků, z nichž se nám 8 kusů nevrátilo, tj. 5,4% ze 148 rozdaných dotazníků ve městech a 4,7% z celkového počtu 171 kusů. Ze 140 navracených dotazníků uvedlo nesouhlas s vyšetřením svého dítěte 62 rodičů, to odpovídá 44,3% a 36,3% z celkem 171 kusů. To i přesto, že v dotazníku bylo uvedeno, že získané údaje budou sloužit výhradně k účelům diplomové práce a děti i školy zůstanou v anonymitě. Úplně anonymitě se nám přesto nepovedlo zabránit, neboť dotazníky rozdávaly a následně také vybíraly od žáků třídní učitelky. Jsme si vědomi toho, že dotazníky měly být rodičům předány v obálce, aby je pak mohli v zalepené obálce zpětně vrátit.

Jakmile jsme získali vyplněné dotazníky zpět, mohli jsme přistoupit k vyšetření výslovnosti u dětí. Vyšetření výslovnosti jsme prováděli v měsících září, říjen a listopad 2008. Vzhledem k tomu, že jsme nechtěli narušovat běžnou výuku, museli jsme vyšetření výslovnosti provádět v odpoledních hodinách ve školních družinách. Paní vychovatelky byly ochotné a vyšly nám vstříc. Předem jsme se s nimi domluvili na termínu, kdy bychom mohli přijít. Každé dítě jsme vyšetřovali zvlášť v tiché místnosti v budově dané školy. Většinou se jednalo o volné třídy nebo kabinety škol. Děti byly klidné, autorka se nesetkala s nekázní či odporem. Pouze jeden chlapec se jí příliš „bál“, tak ho k vyšetření nenutila. Vyšetření probíhalo tedy bez závažných problémů a některé děti chtěly být dokonce vyšetřeny i vícekrát, což autorku práce potěšilo. Možná bylo důvodem i to, že každé vyšetřované dítě dostalo po vyšetření výslovnosti od autorky čokoládu.

Po získání všech potřebných informací jsme údaje zpracovali.

3.5 Popis souboru

Vyšetřovaný soubor zahrnoval 100 žáků prvních ročníků prvního stupně základních škol běžného typu. Mezi žáky bylo 49 dívek, tj. 49%, a 51 chlapců, tj. 51%. Žádné z dětí nemělo méně než 6 let a 1 měsíc a žádné více než 7 let a 10 měsíců. K provedení šetření byly vybrány tři školy městské a dvě vesnické.

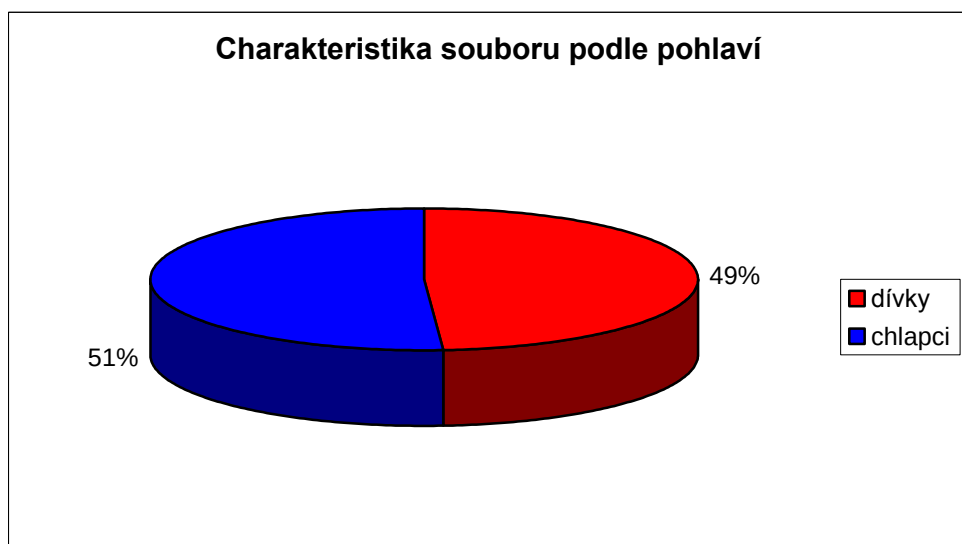
Struktura souboru podle pohlaví

Tento údaj o dítěti jsme zjistili z první stránky dotazníkového dvojlistu určeného rodičům (viz Příloha č.2), kde vyplňovali osobní údaje svého dítěte (tj. jméno, přesný věk, bydliště). Snažili jsme se, aby v souboru bylo rovnoměrné zastoupení obou pohlaví. Celkový počet chlapců sledovaného souboru byl 51, tj. 51% a dívek 49, tj. 49%.. Charakteristika souboru je znázorněna v Tabulce 1 a Grafu 1.

Tabulka 1:

Charakteristika souboru podle pohlaví		
Pohlaví dětí	Počet	Vyjádření v procentech
Dívky	49	49%
Chlapci	51	51%
Celkem	100	100%

Graf 1: Charakteristika souboru podle pohlaví



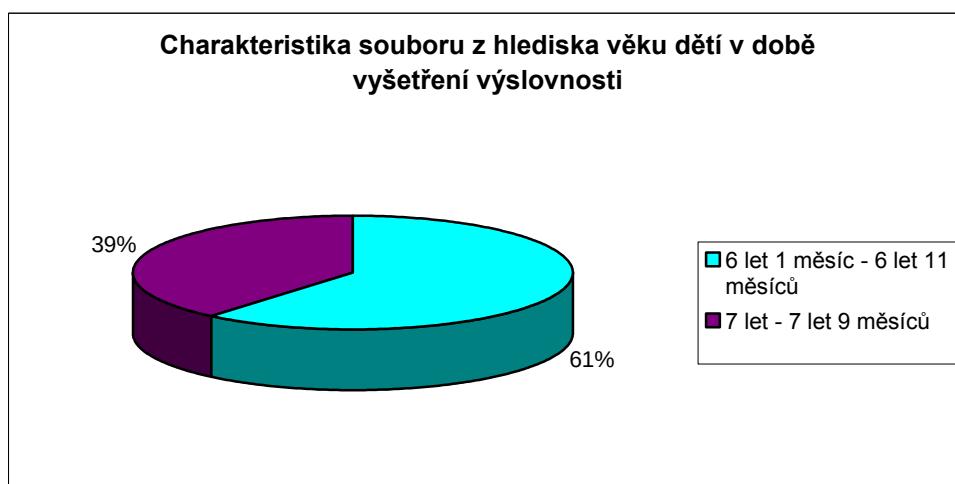
Charakteristika souboru z hlediska věku dětí v době vyšetření výslovnosti

Jelikož se jednalo o děti z prvních tříd, očekávali jsme věkové rozložení mezi šestým a osmým rokem. Věk sledovaných dětí se pohyboval v intervalu od 6 let a 1 měsíce do 7 let a 9 měsíců. Většina dětí se blížila k hranici 7 let. Ke spontánní autokorekci výslovnosti dochází přibližně mezi 5.-7. rokem věku dítěte. Pokud tak nenastane, jedná se o dyslálii. Celkem 61% dětí bylo ve věku od 6 let 1 měsíce - 6 let 11 měsíců a 39% dětí dosahovalo věku 7 let – 7 let 9 měsíců. Vše je znázorněno v Tabulce 2, Grafu 2.

Tabulka 2:

Charakteristika souboru z hlediska věku dětí v době vyšetření výslovnosti		
Věk	Počet dětí	V procentech
6 let 1 měsíc - 6 let 11 měsíců	61	61%
7 let - 7 let 9 měsíců	39	39%
Celkem	100	100%

Graf 2: Charakteristika souboru z hlediska věku dětí v době vyšetření výslovnosti



Charakteristika souboru dle místa bydliště dětí

Tuto informaci vyplňovali rodiče na první stránce dotazníkového dvojlistu. Vzhledem k tomu, že jsme vyšetření výslovnosti prováděli převážně na městských školách, má větší část dětí bydliště ve městě. Přesně 78% dětí bydlí ve městě a 22% jich bydlí na vesnici. Znázornění je uvedeno v Tabulce 3, Grafu 3.

Tabulka 3:

Charakteristika souboru dle místa bydliště dětí		
Místo bydliště dětí	Počet	Vyjádření v procentech
Město	78	78%
Vesnice	22	22%
Celkem	100	100%

Graf 3: Struktura souboru dle místa bydliště dětí



4 Zpracování výsledků

Výsledky dotazníků a testu vyšetření výslovnosti jsme zpracovali do tabulek a grafů.

4.1 Zpracování dotazníku pro rodiče

Dotazníková položka č. 1:

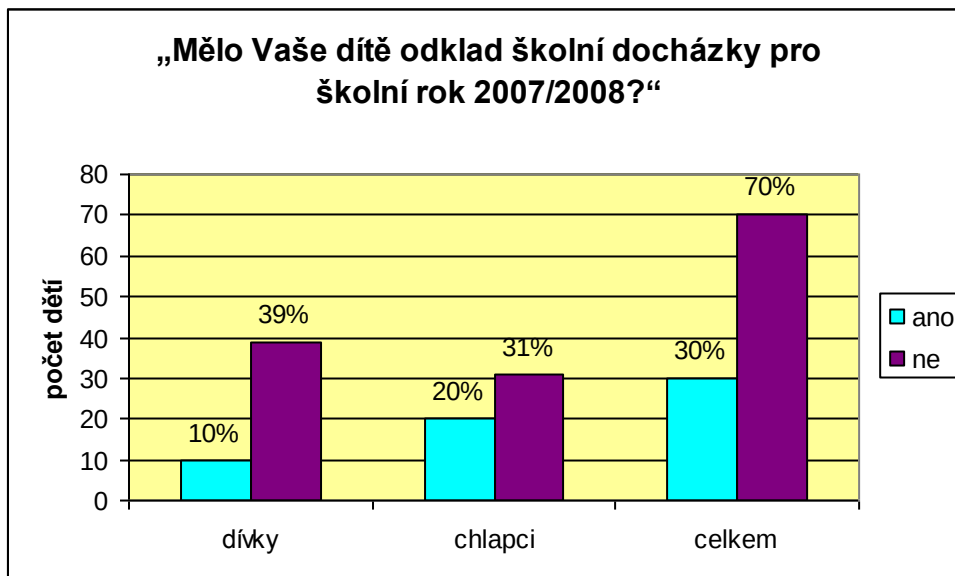
„Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008?“

Výsledkem bylo zjištění, že dvakrát více chlapců než dívek mělo odklad školní docházky. U 20 chlapců, tj. 20% a 10 dívek, tj. 10% došlo k odkladu školní docházky. Znázorněno v Tabulce 4, Grafu 4.

Tabulka 4:

„Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008?“						
	Dívky	Vyjádření v %	Chlapci	Vyjádření v %	Celkem	Vyjádření v %
Ano	10	10%	20	20%	30	30%
Ne	39	39%	31	31%	70	70%

Graf 4: „Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008?“



Dotazníková položka č. 2:

„Důvod odkladu školní docházky, prosím, uveďte:“

Nejčastějším důvodem byla celková nezralost a to u 12 dětí, tj. 12%. Dále rodiče uváděli datum narození v měsících srpen, září, říjen a listopad (6 dětí, tj. 6%), dyslalii (3 děti, tj. 3%), hyperaktivitu, poruchu štítné žlázy, malý vzrůst, hravost, plastiku horního patra a malíčků na obou rukou, stěhování v polovině školního roku, dohodu s psychologkou a požadavek nedělit sourozence-dvojčata.

Dotazníková položka č. 3:

„Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku?“

Při zpracovávání výsledků dotazníků jsme došli k závěru, že logopeda v předškolním věku navštěvovalo 46% dětí. Celkem navštěvovalo logopeda 29 chlapců, tj. 29%, a 17 dívek, tj. 17% z celkového počtu 100 respondentů. Tedy téměř dvakrát více chlapců než dívek mělo v předškolním věku potíže s výslovností hlásek. Znázorněno v Tabulkách 5 a 6, Grafu 5.

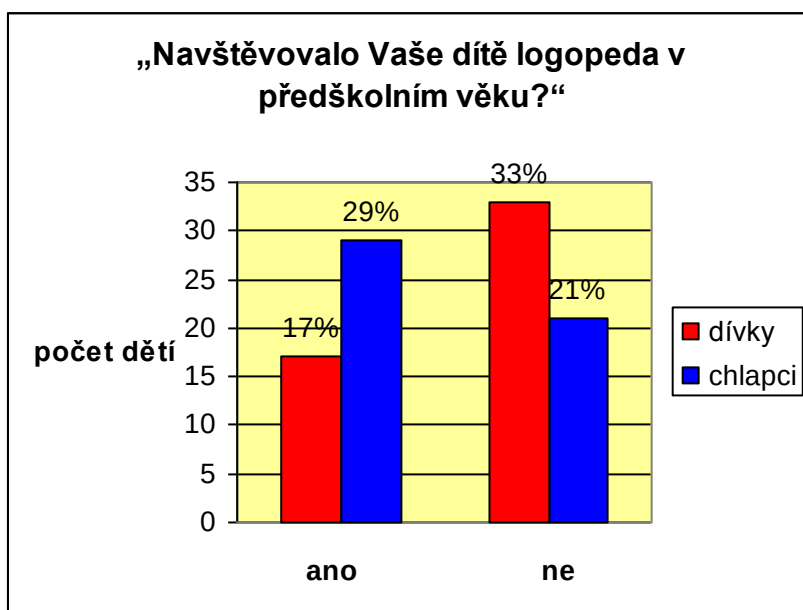
Tabulka 5:

„Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku?“		
	Počet dětí	Vyjádření v procentech
Ano	46	46%
Ne	54	54%
Celkem	100	100%

Tabulka 6:

„Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku?“				
	Ano	Vyjádření v procentech	Ne	Vyjádření v procentech
Dívky	17	17%	33	33%
Chlapci	29	29%	21	21%
Celkem	46	46%	54	54%

Graf 5: „Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku?“



Dotazníková položka č. 4:

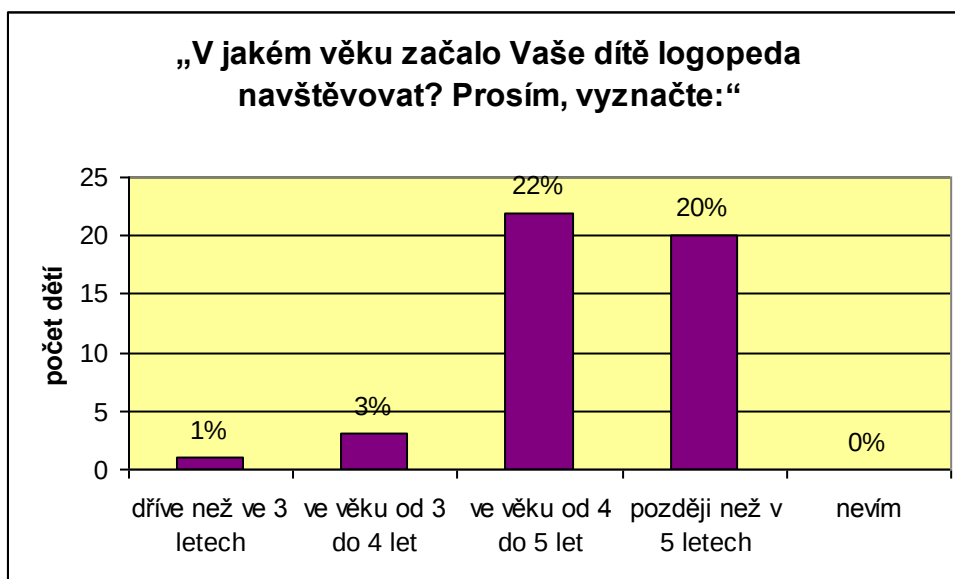
„V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:“

Z dotazníku jsme se dozvěděli, že nejvíce dětí začalo navštěvovat logopeda v období od 4 do 5 let. Jedná se o 22 dětí, tj. 22%. Později než v 5 letech začalo 20% dětí. 3% dětí ve věku od 3 do 4 let a pouze jedno dítě dříve než ve 3 letech. Uvádíme v Tabulce 7, Grafu 6.

Tabulka 7:

„V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:“		
	Počet	Vyjádření v procentech
Dříve než ve 3 letech	1	2,2%
Ve věku od 3 do 4 let	3	6,5%
Ve věku od 4 do 5 let	22	47,8%
Později než v 5 letech	20	43,5%
Nevím	0	0%
Celkem	46	100%

Graf 6: „V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:“



Dotazníková položka č. 5:

„Z jakého důvodu jste navštěvovali logopeda? Prosím, uveďte:“

Ze 100 rodičů 43% uvedlo jako důvod návštěv logopeda dyslálii. Děti neuměly vyslovovat různé hlásky či skupiny hlásek. Nejčastěji se jednalo o hlásky L, R, Ř a sykavky.

V tomto věku se jedná ještě o tzv. fyziologickou dyslálii, kdy se výslovnost hlásek může sama ještě spontánně upravit.

Jedno dítě (tj. 1%) navštěvovalo logopeda kvůli rozštěpu rtu a patra. U jednoho dítěte (tj. 1%) uvedli rodiče jako důvod, cituji: „huhňavost“ a u jednoho (tj. 1%): „zadhrával se v řeči.“

Dotazníková položka č. 6:

**„Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku?
Prosím, uveďte:“**

Z této položky se dozvídáme, že z počtu 46 dětí, které navštěvovali logopeda v předškolním věku jich nejvíce docházelo k logopedovi 2x měsíčně a to 15 dětí, tj. 15% z celkového počtu 100 respondentů a 32,6% ze 46 dětí, které navštěvovaly logopeda v předškolním věku.

Možnost 1x měsíčně uvedli rodiče u 13 dětí, což odpovídá 13% z celkového počtu 100 dětí a 28,3% ze 46 dětí navštěvujících logopeda v předškolním věku.

V kolonce „jiná možnost“ rodiče nejčastěji uváděli 1x týdně, a to u 9 dětí, tj. 9% z celého sledovaného souboru. Jedno dítě (tj. 1%) navštěvovalo logopedickou třídu, kde provádělo logopedická cvičení každý den. Celkem vyplnilo kolonku „jiná možnost“ 10 rodičů, což odpovídá 10% ze všech vyšetřovaných dětí a 21,7% ze 46 dětí, které navštěvovaly logopeda v předškolním věku.

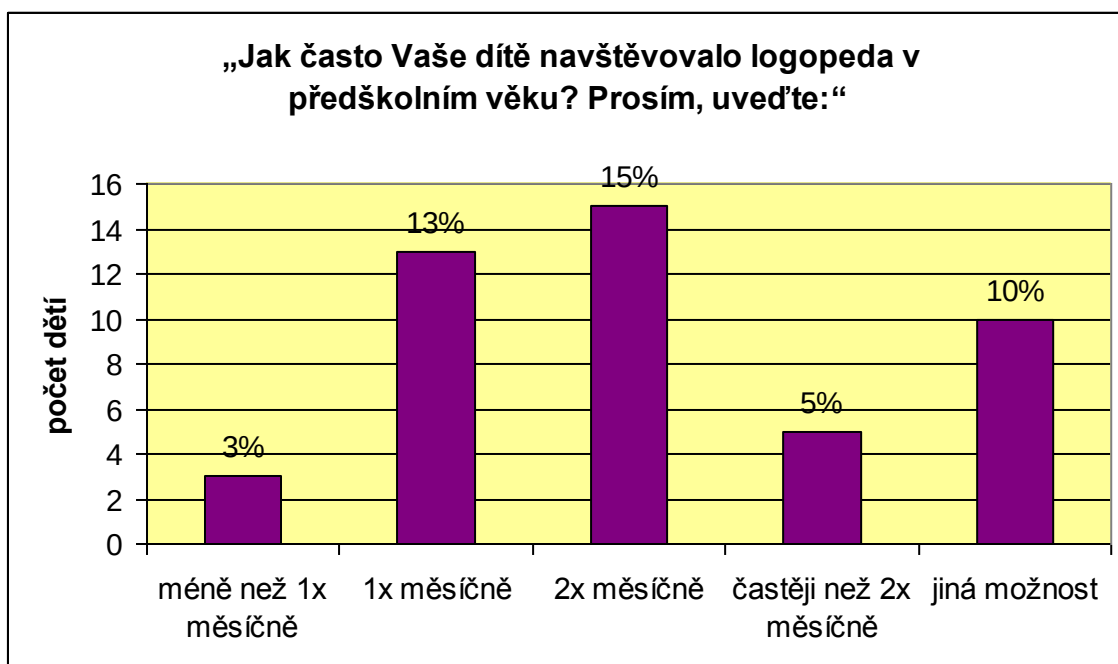
Pět dětí, tj. 5% ze všech dětí souboru a 10,9% ze 46 dětí navštěvujících logopeda v předškolním věku, docházelo k logopedovi častěji než 2x měsíčně.

Tři děti, tj. 3% ze 100 vyšetřovaných a 6,5% z 46 dětí docházejících k logopedovi v předškolním věku, navštěvovalo logopeda méně než 1x měsíčně. Uvedeno v Tabulce 8, Grafu 7.

Tabulka 8:

„Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku? Prosím, uveďte:“		
	Počet	Vyjádření v procentech
Méně než 1x měsíčně	3	6,5%
1x měsíčně	13	28,3%
2x měsíčně	15	32,6%
Častěji než 2x měsíčně	5	10,9%
Jiná možnost	10	21,7%
Celkem	46	100%

Graf 7: „Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku? Prosím, uveďte:“



Dotazníková položka č. 7:

„Navštěvuje vaše dítě logopeda v současné době?“

V současné době navštěvuje logopeda 15 dětí, což je 15% dětí sledovaného souboru.

Jedná se o 5 dívek, tj. 5% ze 100 respondentů a 33% z 15 dětí, které navštěvují v současné době logopeda.

Deset chlapců navštěvujících logopeda odpovídá 10% z celkového počtu sledovaných dětí a 67% z 15 dětí, které dochází k logopedovi v současné době. Z tohoto zjištění plyne, že dvakrát více chlapců dochází k logopedovi.

Logopeda nenavštěvuje celkem 85 dětí, tj. 85% ze sledovaného souboru. Jedná se o 45 dívek a 40 chlapců.

Počtu 45 dívek odpovídá 45% všech vyšetřovaných dětí a 53% z dětí navštěvujících logopeda v současnosti.

Čtyřicet chlapců lze vyjádřit jako 40% celého souboru a 47% dětí, které dochází k logopedovi.

Vše je znázorněno v Tabulkách 9 a 10, Grafu 8.

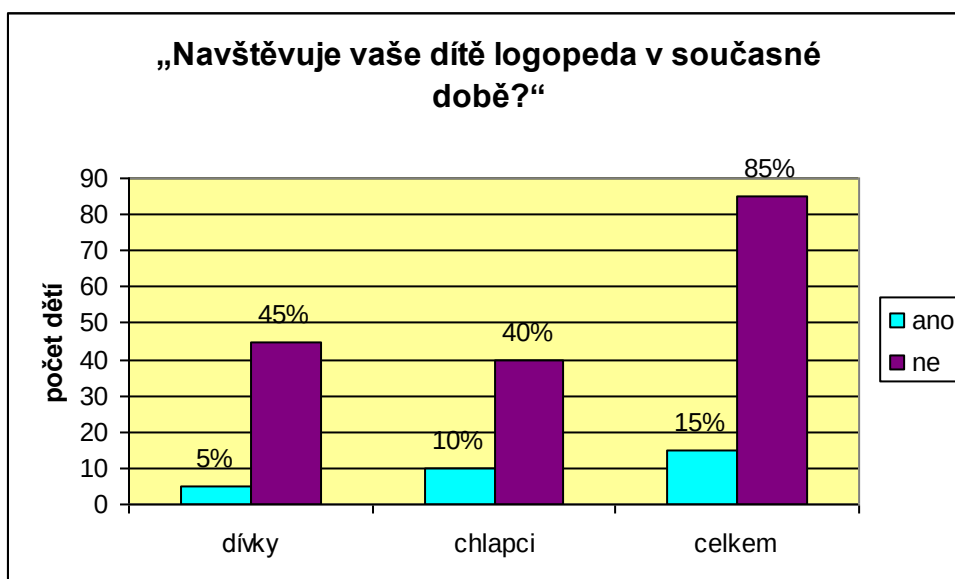
Tabulka 9:

„Navštěvuje vaše dítě logopeda v současné době?“		
	Počet dětí	V procentech
Ano	15	15%
Ne	85	85%
Celkem	100	100%

Tabulka 10:

„Navštěvuje vaše dítě logopeda v současné době?“				
	Ano	Vyjádření v procentech	Ne	Vyjádření v procentech
Dívky	5	33%	45	53%
Chlapci	10	67%	40	47%
Celkem	15	100%	85	100%

Graf 8: „Navštěvuje vaše dítě logopeda v současné době?“



Dotazníková položka č. 9:

„Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?“

Logopeda navštěvovalo celkem 15 dětí. Nejvíce rodičů zvolilo kolonku „jiná možnost“, kde doplnili pouze variantu 1x týdně a to u 5 dětí, což odpovídá 5% ze všech sledovaných, tj. 33,4% z 15 dětí, které navštěvují logopeda v současné době.

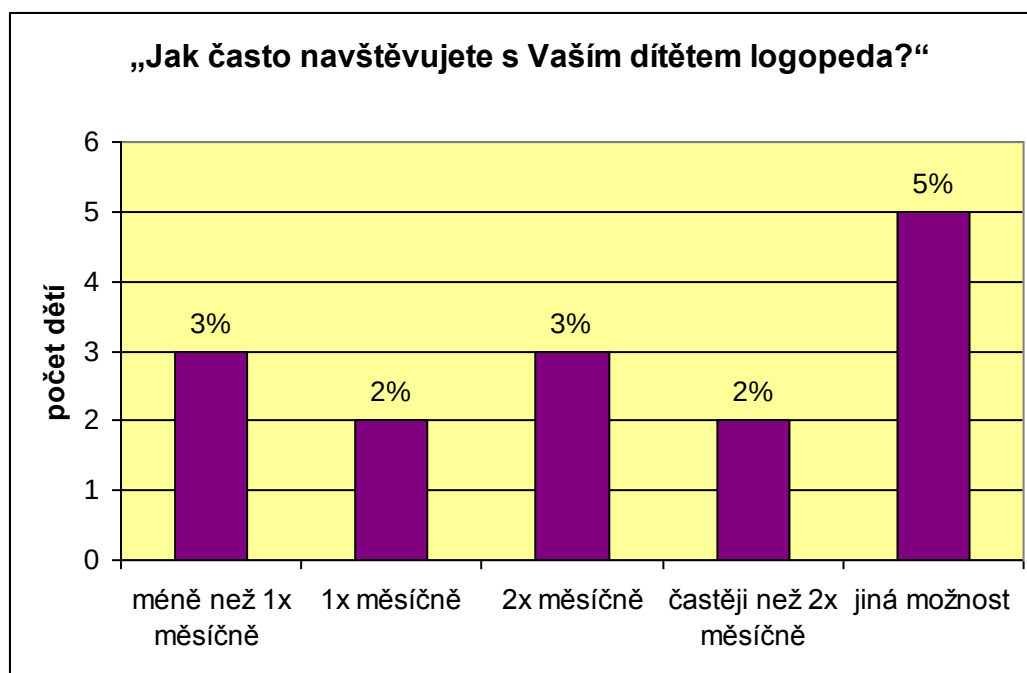
Méně než 1x měsíčně a 2x měsíčně navštěvují logopeda 3 děti, tj. 3% z celého souboru a 20% z 15 respondentů navštěvujících logopeda.

Možnost 1x měsíčně a častěji než 2x měsíčně zvolili rodiče u 2 dětí, to odpovídá 2% ze všech a 13,3% z 15 dětí, které dochází k logopedovi. Vše znázorňuje Tabulka 11, Graf 9.

Tabulka 11:

„Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?“		
	Počet	Vyjádření v procentech
Méně než 1x měsíčně	3	20%
1x měsíčně	2	13,3%
2x měsíčně	3	20%
Častěji než 2x měsíčně	2	13,3%
Jiná možnost	5	33,4%
Celkem	15	100%

Graf 9: „Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?“



Dotazníková položka č. 10:

„Navštěvujete:“

Celkem navštěvuje logopeda 15 dětí. Nejvíce dětí navštěvuje klinického logopeda, konkrétně 11 dětí, tj. 11% z celého souboru a 73,3% z 15 dětí, které dochází k logopedovi.

Logopeda v SPC logopedickém nenavštěvuje žádné dítě z vyšetřovaného souboru.

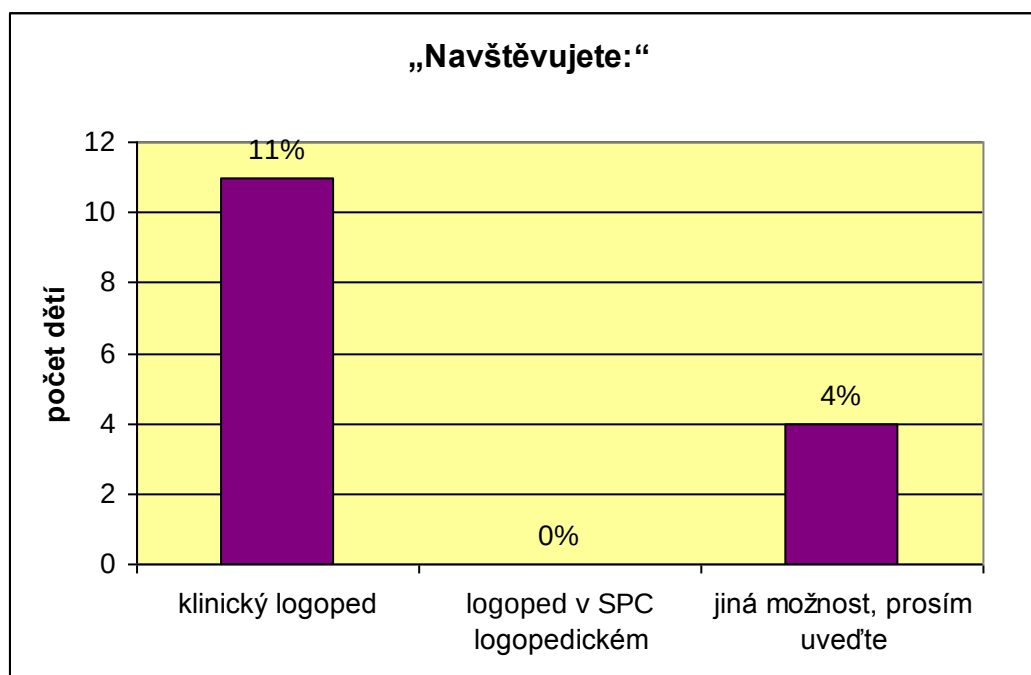
V kolonce „jiná možnost, prosím uveďte:“ rodiče uvedli logopedický kroužek na základní škole u 3 dětí, což odpovídá 3% ze 100 sledovaných a 1 dítě (tj. 1% ze všech) dochází k logopedovi do mateřské školy. Tuto kolonku vyplnili rodiče od 4 dětí, tj. 4% ze všech vyšetřovaných a 26,7% z těch, kteří navštěvují logopeda.

V Tabulce 12 je uvedeno procentuální vyjádření vzhledem k 15 dětem, které dochází k logopedovi. Graf 10 uvádí hodnoty v procentech vzhledem ke všem sledovaným.

Tabulka 12:

„Navštěvujete:“		
	Počet	Vyjádření v procentech
Klinického logopeda	11	73,3%
Logopeda v SPC logopedickém	0	0%
Jiná možnost, prosím uveďte:	4	26,7%
Celkem	15	100%

Graf 10: „Navštěvujete:“



4.2 Vyšetření výslovnosti dětí

Při vyšetřování výslovnosti jsme použili testový soubor s obrázky (viz Příloha č. 3). Sledovali jsme, zda dítě umí vyslovit konsonant izolovaně, v iniciální, mediální a finální pozici. Znělé konsonanty: B, V, D, Z, Ž, Ď, G, H nebylo třeba vyšetřovat ve finální pozici, neboť se chovají na konci slova vždy nezněle.

Vzhledem k tomu, že jsme nebyli dostatečně zkušení ve vyšetřování výslovnosti, je možné, že jsme přehlédli některé drobné odchylky od správné výslovnosti. Navíc jsme měli k dispozici soubor sta respondentů, což je poměrně malý počet vzhledem ke zkoumané problematice.

Zjistili jsme, že pokud dítě neumělo vyslovit daný konsonant izolovaně, pak ho neumělo vyslovit ani v dalších pozicích.

Děti měly potíže pouze s výslovností konsonantů S, Z, C, Š, Ž, Č a L, R, Ř. Ostatní konsonanty vyslovovaly správně. Pouze u jedné dívky se objevily specifické asimilace alveolár a palatál.

Výslovnost konsonantů S, Z, C a Š, Ž, Č

Na základě vyšetření výslovnosti jsme vypracovali tabulku, která charakterizuje soubor dle výslovnosti hlásek S, Z, C a Š, Ž, Č. V tabulce je uvedeno, zda dítě danou hlásku umí vyslovit či neumí. Je uveden rozdíl mezi chlapci a dívkami, který není až tak znatelný.

Konsonanty S, Z, C neuměly z celého souboru vyslovit 2 děti, což odpovídá 2%. Z hlediska pohlaví se jednalo o jednoho chlapce a jednu dívku, tedy v poměru 1:1.

Konsonanty Š a Č neuměly vyslovit celkem 4 děti ze 100 sledovaných, to odpovídá 4%. Šlo o 3 dívky a jednoho chlapce.

Z počtu celkem 49 vyšetřovaných dívek představují 3 dívky 6%. Obdobně 1 chlapec z 51 chlapců celkem odpovídá 2%.

Konsonant **Ž** neumělo vyslovit přesně 6 dětí, z toho 4 dívky a 2 chlapci.

Počtu 4 dívek odpovídá 8% z 49 sledovaných dívek celkem. Stejně tak 2 chlapcům přiřadíme 4% z 51 vyšetřovaných chlapců.

Získané údaje jsme znázornili v Tabulce 13. Procenta jsme zaokrouhlili na celá čísla.

Tabulka 13:

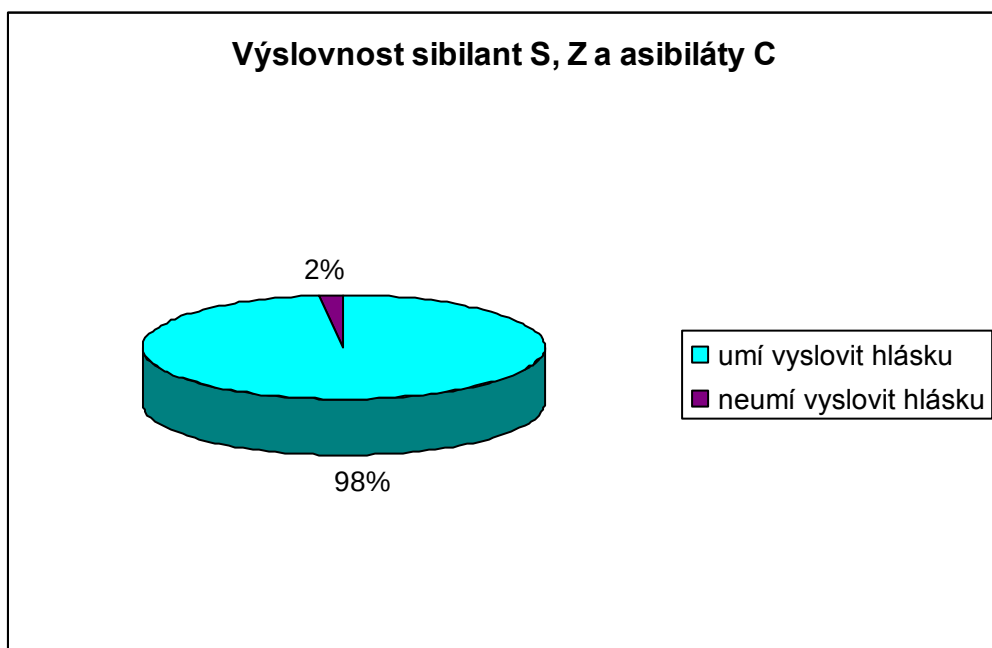
Hláška	Výslovnost	Chlapci		Dívky		Celý soubor	
		Počet	Výskyt v procentech	Počet	Výskyt v Procentech	Počet	Výskyt v procentech
S	Umí	50	98%	48	98%	98	98%
	Neumí	1	2%	1	2%	2	2%
Z	Umí	50	98%	48	98%	98	98%
	Neumí	1	2%	1	2%	2	2%
C	Umí	50	98%	48	98%	98	98%
	Neumí	1	2%	1	2%	2	2%
Š	Umí	50	98%	46	94%	96	96%
	Neumí	1	2%	3	6%	4	4%
Ž	Umí	49	96%	45	92%	94	94%
	Neumí	2	4%	4	8%	6	6%
Č	Umí	50	98%	46	94%	96	96%
	Neumí	1	2%	3	6%	4	4%

Výslovnost sibilant S, Z a asibiláty C

Na základě vyšetření výslovnosti dětí jsme zjišťovali, zda dítě daný konsonant umí vyslovit či neumí. V Grafu 11 vidíme, že tyto konsonanty neumí vyslovit 2% dětí sledovaného souboru.

Z Tabulky 13 můžeme vyčíst, že pouze jeden chlapec, tj. 1% ze 100 sledovaných a 2% z 51 chlapců, a jedna dívka, tj. 1% ze všech a 2% z 49 sledovaných dívek, neumí vyslovit vyšetřované konsonanty S, Z, C.

Graf 11: Výslovnost sibilant S, Z a asibiláty C



Počet chlapců a dívek, kteří neumí vyslovit konsonanty Š, Ž, Č

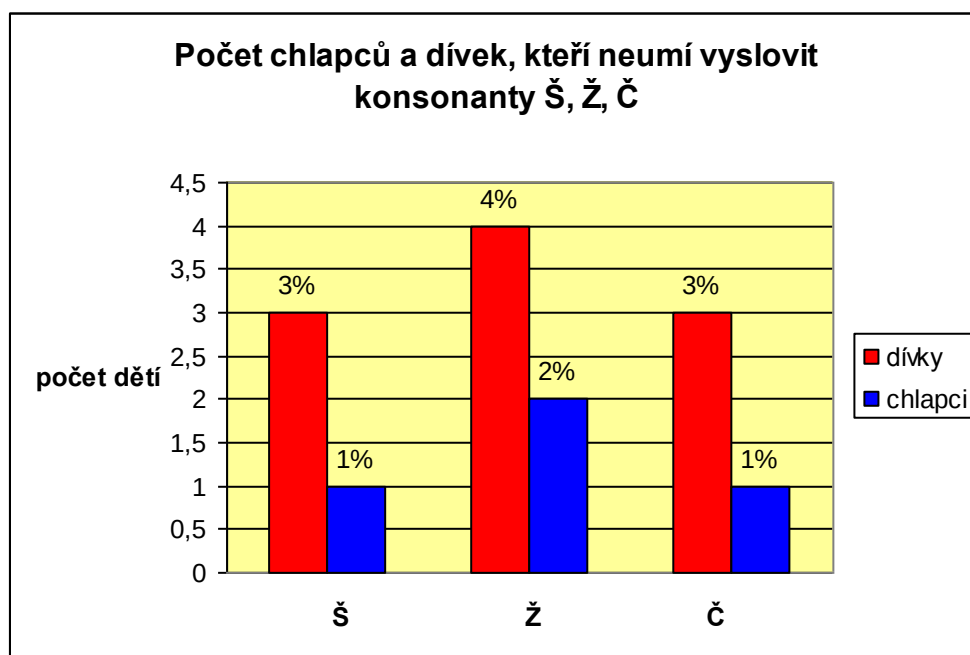
Porovnali jsme výsledky vyšetření výslovnosti konsonantů Š, Ž, Č u chlapců a dívek.

Konsonanty Š a Č neuměly vyslovit 3 dívky a pouze jeden chlapec. Tři dívky představují 3% z celého souboru a 6% z 49 vyšetřovaných dívek. Jeden chlapec, tj. 1% ze 100 sledovaných, odpovídá 2% z 51 sledovaných chlapců v souboru.

Konsonant Ž neuměly vyslovit 4 dívky a 2 chlapci. Počtu 4 dívek odpovídají 4% z celku a 8% z 49 dívek v souboru. Dva chlapci představují 2% ze všech respondentů a 4% z 51 chlapců celkem.

Je tedy zřejmé, že s vyslovováním těchto konsonantů měly potíže spíše dívky z vyšetřovaného souboru. V Grafu 12 je uvedeno zastoupení v procentech vzhledem ke 100 vyšetřovaných dětí. Tabulka 13 uvádí další podrobné informace.

Graf 12: Počet chlapců a dívek, kteří neumí vyslovit konsonanty Š, Ž, Č



Počet chlapců a dívek, kteří neumí vyslovit konsonanty L, R, Ř

Největší potíže měly děti s výslovností R a Ř což se dalo očekávat.

Hlásku L neumělo vyslovit 6 dětí ze sta, tj. 6%. Z toho 5 dívek a jeden chlapec. Počtu 5 dívek odpovídá 5% z celkem 100 sledovaných a 83% z 6 dětí, které neuměly vyslovit konsonant L. Jeden chlapec představuje 1% ze všech dětí a 17% těch, kteří neuměly danou hlásku vyslovit.

S výslovností R a Ř na tom byly dívky o něco málo lépe než chlapci.

Konsonant R neumělo vyslovit 11 dětí, z toho 5 dívek a 6 chlapců. Pěti dívkám odpovídá 5% ze všech dětí a 46% z 11 respondentů, kteří neuměli konsonant R vyslovit. Počet 6 chlapců představuje 6% ze všech a 54% z těch, kteří neuměli vyslovit R.

Konsonant Ř neumělo vyslovit celkem 12 dětí, z toho 5 dívek a 7 chlapců. Pět dívek udává 5% celého souboru a 42% dětí, které neuměly konsonant Ř vyslovit. Obdobně 7 chlapců vyjadřuje 7% ze 100 sledovaných a 58% z 12 dětí neumějících správně vyslovit Ř.

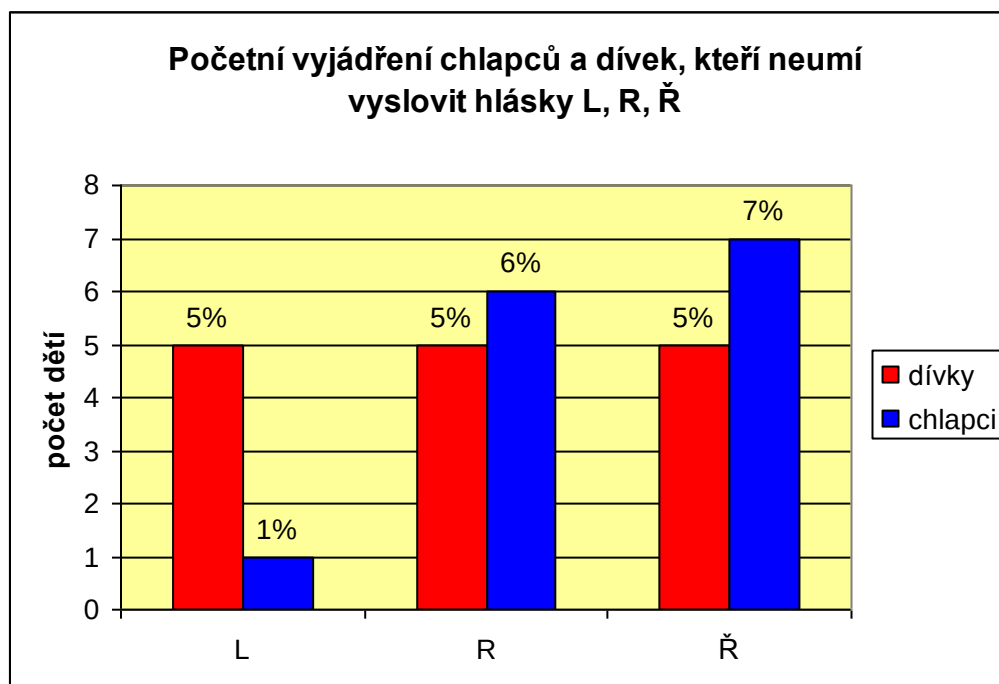
Údaje jsou zpracovány v Tabulce 14 (procentuální zastoupení vzhledem k těm, kteří neuměli daný konsonant vyslovit) a Grafu 13 (počty v procentech vzhledem ke 100 sledovaných). Hodnoty jsme zaokrouhlovali na celá čísla.

.

Tabulka 14:

Počet chlapců a dívek, kteří neumí vyslovit konsonanty L, R, Ř						
	Výslovnost L	Počet v %	Výslovnost R	Počet v %	Výslovnost Ř	Počet v %
Dívky	5	83%	5	46%	5	42%
Chlapci	1	17%	6	54%	7	58%
Celkem	6	100%	11	100%	12	100%

Graf 13: Počet chlapců a dívek, kteří neumí vyslovit konsonanty L, R, Ř



5 Analýza výsledků

Dyslalie je u dětí mladšího školního věku poměrně častým jevem. Děti mají stále problémy zejména s výslovností tzv. alveolár S, Z, C, Š, Ž, Č a konsonant L, R, Ř. Je možné, že v důsledku dnešní uspěchané doby už rodiče nemají na své děti dostatek času, proto se jim nemohou věnovat a s tím souvisí i nedostatečná komunikace v rodinách. Pak není divu, že dítě při nástupu do školy neumí ještě některé hlásky správně vyslovovat.

H1 - U děvčat ze sledovaného souboru se s dyslalií setkáváme méně často než u chlapců.

Všeobecně se traduje, že převážně jsou na tom hůře s výslovností chlapci než děvčata. Podle našeho šetření je tomu však u dětí sledovaného souboru v případě některých hlásek zcela obráceně. Ve výslovnosti hlásek Š, Ž, Č a L jsme došli k opačnému závěru. Tyto hlásky neumělo vyslovit více dívek než chlapců.

Konsonanty Š a Č neuměly vyslovit 3 dívky (tj. 3% ze 100 vyšetřovaných), oproti tomu 1 chlapec (tj. 1% ze všech sledovaných). Konsonant Ž neuměly vyslovit 4 dívky (tj. 4%) a 2 chlapci (tj. 2%).

S konsonantem L mělo potíže 5 dívek (tj. 5% ze 100 sledovaných) a 1 chlapec (tj. 1%).

Vše je zaznamenáno v Tabulkách 13 a 14, Grafech 12 a 13.

Hlásky S, Z, C neuměl vyslovit pouze jeden chlapec (tj. 1% ze všech vyšetřovaných) a jedna dívka (tj. 1%).

Jediné potvrzení hypotézy můžeme konstatovat u hlásek R a Ř, kde opravdu neumělo tyto konsonanty vyslovit více chlapců. Konsonant R neumělo vyslovit 6 chlapců (tj. 6% ze všech sledovaných dětí) a 5 dívek (tj. 5%). Konsonant Ř neumělo vyslovit 7 chlapců (tj. 7%) a 5 dívek (tj. 5%).

Co se týká návštěv logopeda ve školním a předškolním věku, z šetření vyplývá, že více dětí navštěvovalo logopeda v předškolním věku. Konkrétně celých 46% předškoláků a 15% žáků prvních tříd. Tedy zhruba

dvěma třetinám předškoláků se výslovnost upravila do začátku prvního školního roku.

Převážná část dětí, které ještě neuměly vyslovit některé hlásky, navštěvovaly ve školním věku klinického logopeda. Jednalo se o 11 dětí ze 100 sledovaných, tj. 11%. Tři děti, tj. 3%, docházely do logopedického kroužku na základní škole a jedno dítě, tj. 1%, navštěvovalo logopeda v mateřské škole. Celkem docházelo k logopedovi 15 dětí, tj. 15% ze všech sledovaných respondentů.

H2 - Děti v prvních třídách běžných základních škol mají větší potíže s výslovností hlásek R a Ř než s výslovností hlásek S, Z, C a Š, Ž, Č.

Tato domněnka se nám potvrdila. Výslovnost R a Ř činila dětem největší obtíže. Hlásku R neumělo vyslovit 11% a Ř 12% dětí, zatímco konsonanty S, Z, C a Š, Ž, Č nezvládalo vyslovit 2-6% dětí.

Pokud máme srovnat výsledky našeho šetření s dřívějšími statistickými údaji týkajícími se frekvence vad a poruch výslovnosti, zřejmě se budou lišit.

Z výsledků průzkumu školních začátečníků (v celkovém počtu 5 599 žáků 1. ročníku) z roku 1989/1990 Benešové a kolektivu (1991) (In Krahulcová, 2003) lze uvést, že poruchy výslovnosti mají výskyt 38,13% (poměr chlapců 57% a dívek 43%).

Výskyt poruch výslovnosti u našeho sledovaného souboru byl 15%, tj. 15 dětí, z toho 10 chlapců a 5 dívek. Charakteristiku souboru jsme prováděli u výslovnosti jednotlivých hlásek. Zohlednili jsme i výskyt z hlediska pohlaví.

Ve srovnání statistických šetření z dřívějška s našimi získanými údaji se jedná o rozdíl přibližně 20%. Důvodů může být hned několik. V první řadě jsme měli k dispozici jen malý vzorek respondentů v počtu 100 dětí, což jistě ovlivnilo výsledek šetření. Dále jsme vyšetření prováděli v jednom regionu, tudíž se údaje nedají zobecnit na větší území. Důvodem může být i autorčina nedostatečná zkušenost v oblasti vyšetření výslovnosti. Je tedy docela možné, že nám unikly nepatrné chyby ve výslovnosti, které jsme proto nezapsali do záznamového archu. Pokud se jedná o děti, bylo nám sděleno, že právě rodiče dětí, které mají největší problémy s výslovností, nesouhlasili s tím, abychom u jejich dítěte

provedli vyšetření. Zřejmě proto dopadlo šetření lépe než uvedená statistika v literatuře.

Závěr

Prostřednictvím teoretické části jsme seznámili čtenáře s vybranými termíny souvisejícími s problematikou dyslalie.

Cílů, které jsme si stanovili, bylo dle našeho názoru dosaženo. Zjistili jsme výskyt dyslalie u žáků sledovaného souboru, konkrétně u žáků prvních tříd základních škol běžného typu. Z našeho šetření vyplývá, že 15% dětí ze 100 vyšetřovaných respondentů mělo potíže s výslovností některých hlásek. Tedy 15 dětí, tj. 15% ze sta sledovaných, neumělo vyslovit některé hlásky, z toho 5 dívek (tj. 5%) a 10 chlapců (tj. 10%).

Konkrétní přehled hlásek, v našem případě souhlásek, které děti neuměly správně vyslovit jsme stanovili na základě výsledků vyšetření výslovnosti. Nejčastěji děti neuměly vyslovit konsonanty Ř (12 dětí-tj. 12% ze sta vyšetřených) a R (11 dětí-tj. 11% ze sta sledovaných). Konsonant L neumělo správně vyslovit 6 dětí (tj. 6%), také s výslovností konsonantu Ž mělo problém 6 dětí (tj. 6%). Čtyři děti (tj. 4%) neuměly správně vyslovit konsonanty Š a Č. Konsonanty S, Z, C neuměly správně vyslovit 2 děti (tj. 2%). Ostatní hlásky děti vyslovovaly správně.

Ve výsledku jsme zohlednili i výskyt z hlediska pohlaví, který je uveden v kapitole „Analýza výsledků“.

Hypotézy, které jsme si stanovili, se potvrdily jen z části.

H1 - U děvčat ze sledovaného souboru se s dyslalií setkáváme méně často než u chlapců.

První hypotéza se vyšetřením potvrdila pouze v případě výslovnosti hlásek R a Ř. Konsonanty S, Z, C neuměla správně vyslovit jedna dívka a jeden chlapec. U ostatních konsonant, které děti neuměly vyslovit nebyla hypotéza potvrzena.

H2 - Děti v prvních třídách běžných základních škol mají větší potíže s výslovností hlásek R a Ř než s výslovností hlásek S, Z, C a Š, Ž, Č.

Tato hypotéza se nám potvrdila. Výslovnost konsonantů R a Ř činila dětem v prvních třídách běžných základních škol našeho vzorku největší potíže.

Předkládaná diplomová práce může sloužit jako inspirace k dalšímu šetření správné či nesprávné výslovnosti žáků prvních tříd základních škol. Informuje zájemce o výskytu dyslalie u dětí prvních tříd běžných základních škol. Zjištěná fakta však byla ovlivněna řadou proměnných, které zkreslily výsledek šetření, tudíž zpracované údaje nejsou zcela přesné. Jedním z možných faktorů ovlivňujících výsledek byla nedostatečná zkušenost autorky s vyšetřováním výslovnosti dětí. Je možné, že autorka přehlédla drobné odchylky ve výslovnosti, které měly být hodnoceny jako nesprávná výslovnost a tím došlo k částečnému zkreslení získaných informací. Rodiče v dotaznících uvedli celkem u 15 dětí sledovaného souboru, že v 1. čtvrtletí prvního ročníku navštěvovali s dítětem logopeda. Dalším faktorem ovlivňujícím celý výsledek byla skutečnost, že rodiče dětí, které měly největší potíže s výslovností nesouhlasili s tím, aby jejich dítě bylo vyšetřeno. Tuto informaci autorce sdělily paní vychovatelky ve školách, na kterých prováděla šetření.

Myslíme si, že rodiče mají významnou roli v prevenci dyslalie u svého dítěte. Pokud rodiče zpozorují odchylky od správné výslovnosti přetrvávající po 4. resp. 5. roce věku dítěte, je vhodné konsultovat konkrétní situaci dítěte s logopedem. Včasné zahájení kvalitní logopedické péče ovlivňuje následující průběh korekce dyslalie.

Seznam literatury:

- 1) CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1
- 2) DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7
- 3) HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1237-3
- 4) CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
- 5) IVANOVSKÁ, O. Komunikace [online] [cit. 2009-03-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.deleite.estranky.cz/clanky/komunikace/intenference-v-komunikaci>>
- 6) KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Garda, 2006. ISBN 80-247-1110-9
- 7) KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-413-8
- 8) LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- 9) LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9
- 10) LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5
- 11) LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

- 12) PEROUTKOVÁ, J., SVOBODOVÁ, O. *Logopedie v praxi*. Praha: Septima, 2005. ISBN 80-7216-211-X
- 13) SALOMONOVÁ, A. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 328-355. ISBN 80-7178-546-6
- 14) SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955.
- 15) SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- 16) SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989.
- 17) SWIEKOSZOVÁ, J. Symptomatické poruchy učení. In LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, s. 162-164. ISBN 80-08-00447-9
- 18) ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- 19) ŽLAB, Z., ŠKODOVÁ, E. Narušení grafické stránky řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 360-361. ISBN 80-7178-546-6

Seznam příloh:

Příloha č.1: Dotazník pro rodiče – původní

Příloha č.2: Dotazník pro rodiče – přepracovaný

Příloha č.3: Testový soubor s obrázky

Příloha č.4: Záznamový arch vyšetření výslovnosti

Přílohy

Příloha č.1: Dotazník pro rodiče – původní

Lenka Šalšová

studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

obor: speciální pedagogika a učitelství matematiky pro druhý stupeň základních škol

kontakt: L.Salsova@seznam.cz

V Olomouci 20. září 2008

Vážený rodiče,

Jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a zpracovávám diplomovou práci na téma „Výskyt dyslalie u dětí v elementární třídě základní školy“, jejímž cílem je zjistit výskyt obtíží ve výslovnosti u dětí v prvních třídách základních škol.

K praktické části mé diplomové práce budu provádět sledování u dětí prvních tříd základních škol. Obracím se na Vás s prosbou, zda bych Vaše dítě mohla zařadit do tohoto sledování.

Sledování bude probíhat od 29. září 2008 do 12. prosince 2008 v budově školy.

Získané údaje nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě, budou sloužit pouze ke statistickému zpracování. Zároveň bude zachována i anonymita škol.

Prosím Vás o vyplnění následujícího sdělení:

Souhlasím – nesouhlasím se sledováním výslovnosti našeho syna – dcery v termínu od 29. září 2008 do 12. prosince 2008 v rámci uvedené diplomové práce. Výslovnost bude vyšetřovat autorka práce Lenka Šalšová.

Souhlasím – nesouhlasím se sběrem údajů, které budou zjišťovány autorkou práce Lenkou Šalšovou přiloženým dotazníkem pro rodiče.

Jméno Vašeho syna/dcery.....

Datum narození.....

Bydliště.....

Podpis rodičů.....

Případné dotazy směřujte, prosím, na autorku práce Lenku Šalšovou.

Děkuji za spolupráci

Lenka Šalšová

Dotazník pro rodiče

Vybranou možnost, prosím, podtrhněte:

1. Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008? ano – ne

2. Důvod odkladu školní docházky, prosím, uveďte:

3. Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku? ano – ne

4. V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:

- a) dříve než ve 3 letech
- b) ve věku od 3 do 4 let
- c) ve věku od 4 do 5 let
- d) později než v 5 letech
- e) nevím

5. Z jakého důvodu jste navštěvovali logopeda? Prosím, uveďte:

6. Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku? Prosím, vyznačte:

- a) méně než 1x měsíčně
- b) 1x měsíčně
- c) 2x měsíčně
- d) častěji než 2x měsíčně
- e) jiná možnost:

7. Navštěvuje Vaše dítě logopeda v současné době? ano – ne

8. Důvod navštěvování logopeda, prosím, uveďte:

9. Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?

- a) méně než 1x měsíčně
- b) 1x měsíčně
- c) 2x měsíčně
- d) častěji než 2x měsíčně
- e) jiná možnost:

10. Navštěvujete:

- a) klinického logopeda
- b) logopeda v SPC logopedickém
- c) jiná možnost, prosím uveďte

Příloha č.2: Dotazník pro rodiče – přepracovaný

Lenka Šalšová

studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

obor: speciální pedagogika a učitelství matematiky pro druhý stupeň základních škol

kontakt: L.Salsova@seznam.cz

V Olomouci 20. září 2008

Vážený rodiče,

Jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a zpracovávám diplomovou práci na téma „Výskyt dyslalie u dětí v elementární třídě základní školy“, jejímž cílem je zjistit výskyt obtíží ve výslovnosti u dětí v prvních třídách základních škol.

K praktické části mé diplomové práce budu provádět sledování u dětí prvních tříd základních škol. Obracím se na Vás s prosbou, zda bych Vaše dítě mohla zařadit do tohoto sledování.

Sledování bude probíhat od 29. září 2008 do 12. prosince 2008 v budově školy.

Získané údaje nebudou zpřístupněny žádné třetí osobě, budou sloužit pouze ke statistickému zpracování. Zároveň bude zachována i anonymita škol.

Prosím Vás o vyplnění následujícího sdělení:

Souhlasím – nesouhlasím se sledováním výslovnosti našeho syna – dcery v termínu od 29. září 2008 do 12. prosince 2008 v rámci uvedené diplomové práce. Výslovnost bude vyšetřovat autorka práce Lenka Šalšová.

Souhlasím – nesouhlasím se sběrem údajů, které budou zjišťovány autorkou práce Lenkou Šalšovou přiloženým dotazníkem pro rodiče.

Jméno Vašeho syna/dcery.....

Přesný věk (roky a měsíce).....

Bydliště (název obce).....

Podpis rodičů.....

Případné dotazy směřujte, prosím, na autorku práce Lenku Šalšovou.

Děkuji za spolupráci

Lenka Šalšová

Dotazník pro rodiče

Vybranou možnost, prosím, podtrhněte:

1. Mělo Vaše dítě odklad školní docházky pro školní rok 2007/2008? ano – ne

2. Důvod odkladu školní docházky, prosím, uveďte:

3. Navštěvovalo Vaše dítě logopeda v předškolním věku? ano – ne

4. V jakém věku začalo Vaše dítě logopeda navštěvovat? Prosím, vyznačte:

- a) dříve než ve 3 letech
- b) ve věku od 3 do 4 let
- c) ve věku od 4 do 5 let
- d) později než v 5 letech
- e) nevím

5. Z jakého důvodu jste navštěvovali logopeda? Prosím, uveďte:

6. Jak často Vaše dítě navštěvovalo logopeda v předškolním věku? Prosím, vyznačte:

- f) méně než 1x měsíčně
- g) 1x měsíčně
- h) 2x měsíčně
- i) častěji než 2x měsíčně
- j) jiná možnost:

7. Navštěvuje Vaše dítě logopeda v současné době? ano – ne

8. Důvod navštěvování logopeda, prosím, uveďte:

9. Jak často navštěvujete s Vaším dítětem logopeda?

- a) méně než 1x měsíčně
- b) 1x měsíčně
- c) 2x měsíčně
- d) častěji než 2x měsíčně
- e) jiná možnost:

10. Navštěvujete:

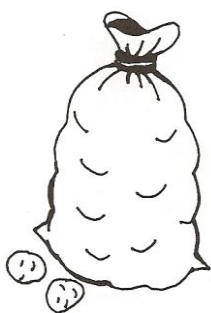
- a) klinického logopeda
- b) logopeda v SPC logopedickém
- c) jiná možnost, prosím uveďte:

Příloha č.3: Testový soubor s obrázky

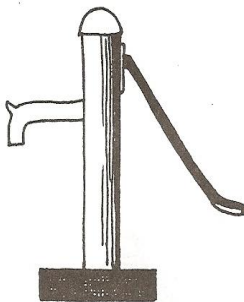


P

papá



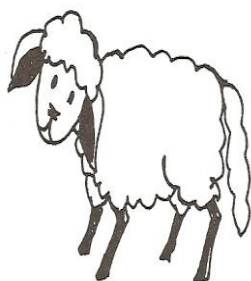
pytel



pumpa

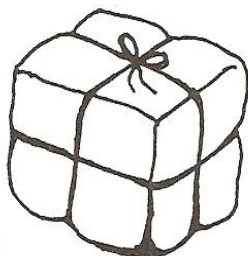


cop

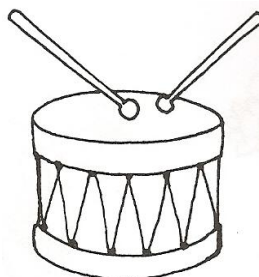


B

bé bé



balík

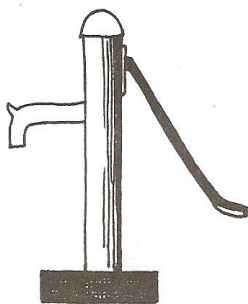


buben



M

malina



pumpa



dům



F

f f f



Fík

telefon



lev



konev



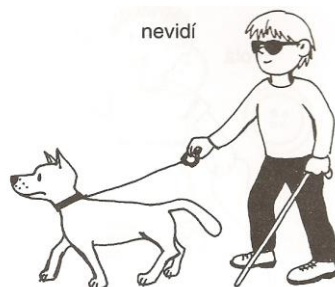
V

vodník



káva

káva



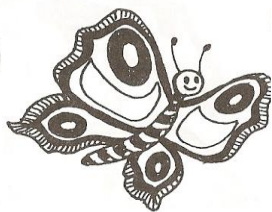
nevidí

nevidí

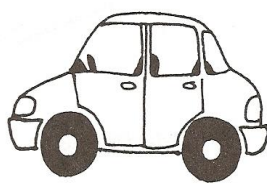
T



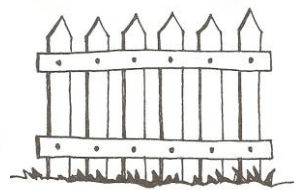
telefon



motýl

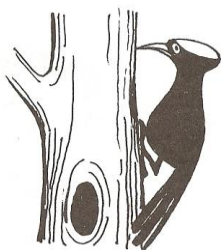


auto

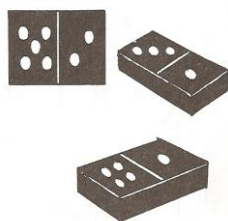


plot

D



datel



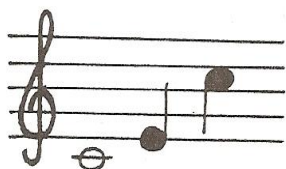
domino



bouda



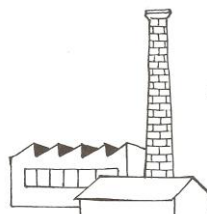
N



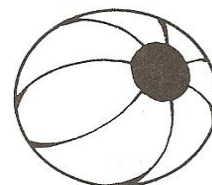
nota



vana

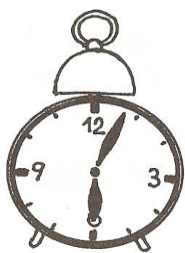


komín



balon

Ť



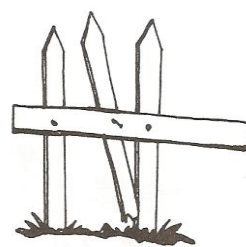
tiká



utíká



kotě v botě

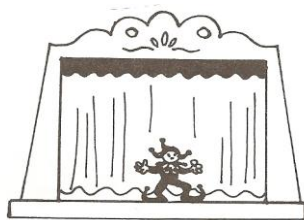


lať

Ď



děda



divadlo



kladivo



budík

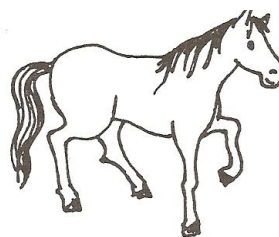
Ň



nit



kniha



kůň

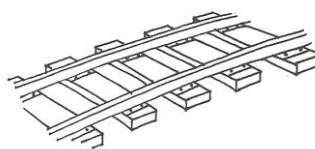
J



ježek



šije

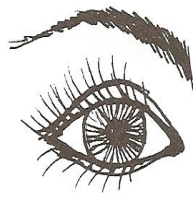


kolej

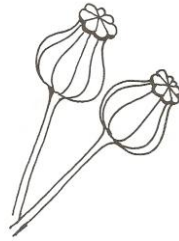
K



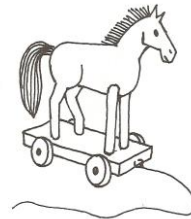
kohout



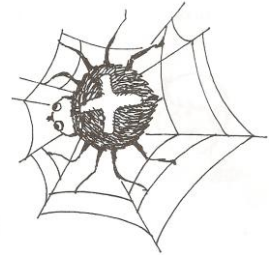
oko



mák makovice



koník



pavouk

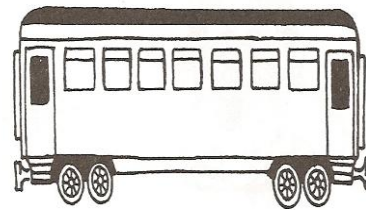
G



husa dělá: ga ga

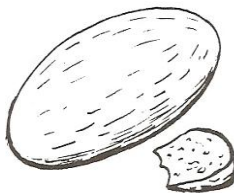


gumáky



vagon

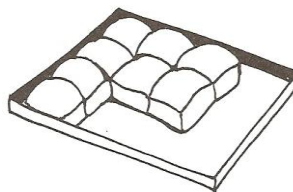
CH



chléb



moucha



buchty

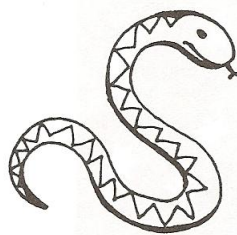


hoch

H



pes dělá: haf haf



had

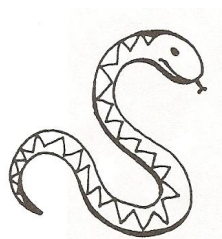


nohy

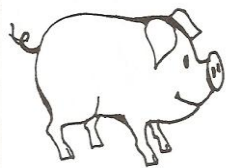


jahody

S



had dělá: sssssss



sele



stůl

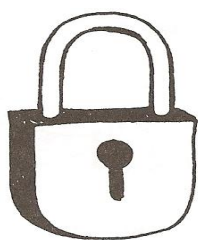


pusa



pes

Z



zámek



zvonek



koza

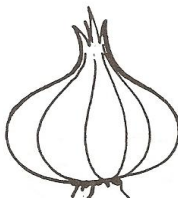


veze vozík

C



copy



cibule



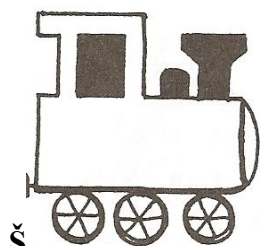
opice



makovice



klec



š

š š š š š š



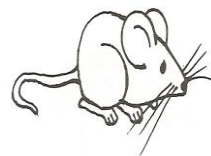
šaty



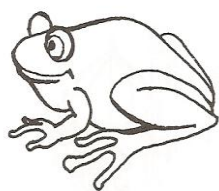
taška



koš

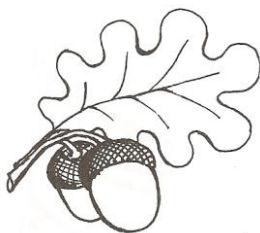


myš



ž

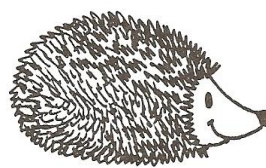
žába



žalud



lyže



ježek

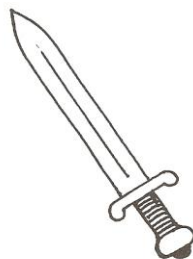


č

čáp



kočka



meč



koláč

L



lampa



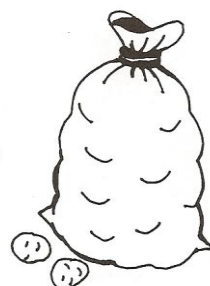
mele



plete



umyvadlo



pytel

R



ruka



rak



dárek



drak

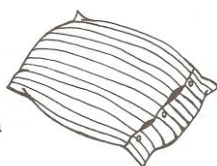


svetr

Ř



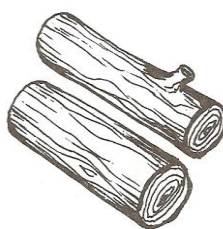
řepa



peřina



Křemílek



dřevo



kuchař

Příloha č.4: Záznamový arch vyšetření výslovnosti

Příjmení, jméno:.....

Věk:

Škola:.....

Hlávka	Izolovaně	Iniciální pozice	Mediální pozice	Finální pozice
P				
B				
M				
F				
V				
T				
D				
N				
Ť				
Ď				
Ň				
J				
K				
G				
CH				
H				
S				
Z				
C				
Š				
Ž				
Č				
L				
R				
Ř				

Jméno a příjmení:	Lenka Šalšová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Výskyt dyslálie u dětí v elementární třídě základní školy
Název v angličtině:	The Incidence of Dyslalia among Children in Elementary Class of Primary School
Anotace práce:	Teoretická část práce seznamuje čtenáře s problematikou dyslálie a vysvětluje mu v jednotlivých kapitolách pojmy: narušená komunikační schopnost, deset okruhů narušené komunikační schopnosti, jazykové roviny, dyslálie, terminologie, etiologie, klasifikace a symptomatologie dyslálie, logopedická diagnostika a základy logopedické intervence dyslálie, prevence a prognóza dyslálie. Praktická část se zabývá průběhem vlastního šetření výslovnosti školních začátečníků, uvádí zpracované výsledky šetření.
Klíčová slova:	Dyslálie, Narušená komunikační schopnost, Konsonant, Nesprávná výslovnost, Vadná výslovnost.
Anotace v angličtině:	The theoretic part of work make reader acquainted with questions of dyslalia and explain to him conceptions in particular chapters: Disturbed communications ability, ten sections of disturbed communications ability, language planes, dyslalia, terminology, etiology, classification and symptomology of dyslalia, speech diagnostic and basis of speech intervention of dyslalia, prevention and prognosis of dyslalia. The practical part put mind to process of true inquiry by the school beginners, it feature elaborate results of inquiry.
Klíčová slova v angličtině:	Dyslalia, Disturbed communications ability, Consonant, Mispronunciation, Defective pronunciation.
Přílohy vázané v práci:	Počet příloh: 4 Příloha č.1: Dotazník pro rodiče – původní Příloha č.2: Dotazník pro rodiče – přepracovaný Příloha č.3: Testový soubor s obrázky Příloha č.4: Záznamový arch
Rozsah práce:	82 stran
Jazyk práce:	Český jazyk