

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**ŠKOLNÍ SEBEPOJETÍ ŽÁKŮ S NARUŠENOU  
KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Denisa Cinádrová

*Učitelství pro 1. stupeň základní školy*

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

**Plzeň, 2024**



Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne .....

.....  
vlastnoruční podpis

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, pomoc a ochotu. Poděkování patří i všem respondentům, bez kterých by nebylo možné realizovat výzkumné šetření. V neposlední řadě děkuji i své rodině, která mne po celou dobu podporovala.

## OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	2
ÚVOD .....	3
1 KOMUNIKAČNÍ PORUCHY A JEJICH ETIOLOGIE .....	4
1.1 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST .....	4
1.2 JEDNOTLIVÉ TYPY KOMUNIKAČNÍCH PORUCH .....	6
1.3 ETIOLOGIE KOMUNIKAČNÍCH PORUCH .....	12
2 SPECIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉ A MEDICÍNSKÉ PŘÍSTUPY K NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....	18
2.1 MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY .....	18
2.2 MOŽNOSTI TERAPIE A PROGNÓZA .....	28
2.3 MOŽNÁ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ .....	37
3 ŽÁK S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ .....	41
4 SEBEPOJETÍ ŽÁKŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ .....	49
4.1 DEFINICE SEBEPOJETÍ A PŘÍBUZNÝCH POJMŮ .....	49
4.2 ONTOGENEZE SEBEPOJETÍ .....	53
4.3 MOŽNOSTI ZJIŠŤOVÁNÍ SEBEPOJETÍ.....	55
4.4 ZDROJE SEBEPOJETÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU.....	57
5 ÚROVEŇ SEBEPOJETÍ .....	61
5.1 CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY .....	61
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	62
5.3 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A DÍLČÍCH METOD .....	68
5.4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	72
5.5 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A ODPOVĚDI NA OTÁZKY.....	99
ZÁVĚR.....	102
RESUMÉ.....	104
SUMMARY .....	105
ZDROJE .....	106
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ .....	112

**SEZNAM ZKRATEK**

NKS	Narušená komunikační schopnost
ŠPP	Školská poradenská pracoviště
DMO	Dětská mozková obrna
OVŘ	Opožděný vývoj řeči
CNS	Centrální nervová soustava
CMP	Cévní mozková příhoda
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů
DSM-IV	Diagnostický a statický manuál Americké asociace
IQ	Intelligenční kvocient
EEG	Elektroencefalografické vyšetření
EMG	Elektromyografické vyšetření
ICP	Infantilní cerebrální paréza
SPU	Specifické poruchy učení
LMD	Lehká mozková dysfunkce
BI	Body image
ZŠ	Základní škola

## Úvod

Tato diplomová práce se bude zabývat zkoumáním školního sebepojetí žáků s narušenou komunikační schopností. Narušená komunikační schopnost (NKS) je významným psychologickým a pedagogickým tématem, neboť zasahuje do mnoha aspektů života jedince, včetně jeho vzdělávacího procesu a sociální integrace. Klíčovým faktorem v dané problematice je včasné odhalení a diagnostika konkrétní poruchy. Jedná se o závažné téma, kterému musí být věnována patřičná pozornost.

Úvod teoretické části se zaměří na komplexní objasnění této oblasti, aby si dokázal každý čtenář jednoznačně představit, co vlastně obnáší narušená komunikační schopnost. V následujících kapitolách se práce bude zaměřovat na jednotlivé poruchy komunikační schopnosti, které blíže popíše z hlediska terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiky, terapie, prognózy a prevence.

Závěr teoretické části diplomové práce objasní pojem sebepojetí. Zde čtenář získá povědomí také o přidružených pojmech, jejichž významy se vzájemně prolínají. Detailně bude popsán i proces utváření sebepojetí či problematika jeho měření. Pro měření sebepojetí bude aplikována metoda SPAS, jež bude blíže specifikována v praktické části.

Hlavním zdrojem praktické části bude výstup z výzkumného šetření. Bude využita metoda anonymního dotazníku, jehož výsledné hodnoty budou sloužit k následnému porovnávání mezi danými skupinami. Cílem praktické části je dokázat, že žáci s NKS vykazují nižší hodnoty v oblasti školního sebepojetí než žáci bez NKS. Pro relevanci výsledných odpovědí budou využity i statistické testy, jež ověří statistickou významnost získaných dat.

# 1 KOMUNIKAČNÍ PORUCHY A JEJICH ETIOLOGIE

## 1.1 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Narušená komunikační schopnost (NKS) ovlivňuje komunikační záměr produktora. Produktor vysílá řečový signál, který je ovlivněn NKS, a proto po dekodování a přijetí recipientem působí rušivě. Jestliže je u produktora narušeno porozumění, pak se to projeví i v jeho jazykovém projevu a komunikační záměr následně bude působit interferenčně (Lechta a kol., 2003, s. 17).

D. Krejčířová ve své knize, kterou napsala ve spolupráci s P. Říčanem, s názvem *Dětská klinická psychologie* dělí NKS na vývojové a získané. U produktorů můžeme očekávat narušení porozumění, artikulace, motorické realizace řečového aktu, plynulosti, prozodie nebo pragmatiky. NKS nevystupuje vždy samostatně, může být důsledkem samostatných syndromů, popř. pak psychických, neurologických poruch nebo neurologických onemocnění (Říčan, Krejčířová a kol. 2006, s. 181).

Narušenou komunikační schopností rozumíme rozsáhlé spektrum obtíží, které ovlivňuje jak komunikační záměr, tak někdy i oblast vzdělávání (Bočková, 2017, s. 7). Lze tedy říci, že obtíže vznikají ve školním prostředí. ŠPP navrhuji podpůrná opatření při opožděném vývoji řeči, vývojové dysfázii, afázii, mutismu, koktavosti, breptavosti, dyslalii, dysartrii, rhinolalii, palatolalii, poruchách hlasu a symptomatických poruchách řeči (Vrbová, 2020, s. 9-18).

Český termín *narušená komunikační schopnost* má v jiných jazycích tato slova souznačná: *communication disability* (angl.), *gestörte Kommunikationsfähigkeit* (něm.), *narušennaja komunikacionnaja sposobnosť* (rus.), *naruszona zdolnos'c' komunikacyjna* (pol.). Termín *speech and language disorders* (poruchy řeči a jazyka), resp. *Sprach- und Sprechstörungen*, či dokonce *Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*, tedy *poruchy řeči, jazyka a hlasu*, používaný především v anglosaských zemích a v Německu, nepovažujeme za vhodný a přesný, a proto volíme termín *narušená komunikační schopnost*. Nejenže se jedná o nepřiliš vhodný dualismus (dvojné, popř. trojné označení jediné kategorie), ale také tyto termíny chápeme jako nepřesné z hlediska jazykovědného. Termín *poruchy jazyka* doslovně znamená poruchy jevu, jehož všeobecná definice zní „*soubor znaků a*



*figur“*, „*systém znaků sloužící k dorozumívání v určitém etnickém společenství“* nebo „*soustava zvláštních znakových hodnot“*. My se ale nezabýváme poruchami systému nebo souboru znaků, protože se jedná o společenský jev. Tento jev zkoumá jazykověda, nikoliv psychologie (Lechta a kol., 2003, s. 17-18).

Jak jsme již zmínili, o NKS hovoříme, pokud některá z rovin jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru rušivě. Může se jednat např. o foneticko-fonologickou, morfologickou, syntaktickou, lexikální, sémantickou nebo pragmatickou rovinu. Narušení komunikační schopnosti pozorujeme nejen na úrovni jazykových rovin, ale také z hlediska komunikační formy v oblasti individuální či skupinové komunikace, týká se jak verbální, tak i neverbální, mluvené i grafické formy komunikace a také její expresivní i receptivní složky. Narušení komunikační schopnosti může být z časového hlediska trvalé nebo přechodné. Může být vrozená i získaná. Příčiny bývají orgánové i funkční. Podle stupně rozlišujeme narušení komunikační schopnosti na úplné nebo částečné. Osoby s NKS si jsou svého narušení vědomi, ale v některých případech tomu tak být nemusí. NKS se promítá do sféry symbolických procesů (dysgramatismus) i do nesymbolických procesů (porucha plynulosti mluvení), může vstupovat jak do zvukové, tak i do nezvukové dimenze a může se projevovat současně ve vícero dimenzích. (Lechta 2002, s. 51).

Podle Bendové (2011, s. 16-17) existuje tzv. deset okruhů narušené komunikační schopnosti vzhledem k její symptomatologii, kde vyřešitelné diagnózy lze zařadit podle symptomů pod daný okruh NKS. Uvádíme je v níže uvedené klasifikaci v závorce:

- poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie)
- získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- narušení zvuku řeči (rhinolalie, palatolalie)
- narušení plynulosti řeči (breptavost, koktavost)
- narušení článkování řeči (dysartrie, dyslalie)

- narušení grafické stránky řeči (specifické vývojové poruchy učení – dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dysmúzie, dyspinxie)
- symptomatické poruchy řeči
- poruchy hlasu (dysfonie, afonie)
- kombinované vady a poruchy řeči (kombinace z výše uvedených vad okruhů NKS).

## 1.2 JEDNOTLIVÉ TYPY KOMUNIKAČNÍCH PORUCH

### Poruchy vývoje řeči

Není možné, abychom odlišili vývoj řeči od ostatních schopností člověka. Jestliže celkový vývoj všech schopností a dovedností neprobíhá způsobem, který očekáváme, dětskou řeč nelze rozvíjet na úrovni, která by měla odpovídat věku. Dospělí kladou na řeč dětí kolem jejich třetího roku života velké nároky. Každé dítě ale není schopno toto období překonat bez obtíží (Škodová a kol., 2003, s. 91).

- **Opožděný vývoj řeči**

U opožděného vývoje řeči se zatím nedočkáme jednotné terminologie. Pokládáme ho samostatnou nozologickou jednotku (porucha odborně popsána např. charakteristickou skupinou příznaků), pokud je to hlavní příznak poruch, které dítě má (Škodová a kol., 2003, s. 91)

- **Vývojová dysfázie**

Tato skupina poruch se označuje jako nemluvnost při poškození řečových zón mozku a je rozdělena na expresivně dysfatické a receptivně dysfatické poruchy (sem může patřit i afázie, my ji budeme řadit podle Bendové (2011) do okruhu získané orgánové nemluvnosti).

Pro souhrn různých druhů dětské vývojové nemluvnosti byl dlouho používán termín **sluchoněmota**, ten ale neoznačoval ztrátu řeči. Sluchoněmotu následně nahradil termín **alálie**, jeho nástupcem pak byl termín **dysfázie**. Ritz-Radlinský se snažil prosadit termín **afémie**, jenž nejlépe vystihoval problematiku, tento termín se však neujal.

V současnosti česká klinická logopedie používá termín **vývojová dysfázie** pro označení specificky narušeného vývoje řeči, který se projevuje ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat i přes přiměřené podmínky pro rozvoj řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 106).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

Získaná orgánová nemluvnost je podmíněna získaným organickým poškozením mozku nebo jeho onemocněním (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 143). Získané poruchy diagnostikujeme až ve dvou letech, tedy když je řeč vyvinuta alespoň v jejích základech (Říčan a kol., 2006, s.187).

- **Afázie**

Ve starší odborné literatuře můžeme dohledat pojem dysfázie, ten však označuje pouze částečné poškození. V současné době vidíme předponu dys- jen u označení vývojových poruch. Dětská afázie je jediným termínem pro tuto problematiku (Čecháčková, 2003, s. 143-144).

Afázii můžeme charakterizovat jako poruchu jazyka v důsledku poškození mozku. Afázie zasahuje všechny roviny jazyka – fonologickou, lexikální, morfologickou, syntaktickou, popř. pragmatickou a diskurz -, dochází k ní napříč všemi modalitami jazyka (mluvení, čtení, psaní, znakování), v jazykovém vstupu i výstupu (porozumění a produkce) (Flanderková, 2019, s.16).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

Mutismus je získanou psychogenní nemluvností. Představuje ztrátu schopnosti komunikovat verbálně na neurotickém či psychotickém podkladu. Nejčastějším typem mutismu, který se vyskytuje u dětí, je elektivní mutismus, který se váže na konkrétní prostředí, osobu či situaci. Děti mají extrémní obavy z neúspěchu. Nezávisí na IQ (Vrbová, 2020, s.12).

- **Mutismus**

Mutismus v praxi nevhodně zahrnuje všechny případy, pro které je typické (a hlavním symptomem) náhle přijít o řeč a nezáleží na etiologii ani terapii. Patří sem funkční ztráta řeči, odmítání verbální komunikace, útlum řeči kvůli strachu a mlčení ze studu.

V psychiatrii se využívá několika termínů, které označují jednotlivé formy s doprovodnými symptomy, a to mutismus autistický, neurotický, perzistentní, psychotický, tranzientní, situační a reaktivní.

V logopedii pak rozlišujeme:

- totální mutismus – dítě nemluví za žádných okolností,
- elektivní (selektivní) mutismus – dítě mluví v určitých situacích, s určitými lidmi a v určitých situacích,
- surdomutismus – jedná se o neurotický útlum, jenž je rozšířen i na oblast sluchu (Škodová a kol., 2003, s. 203-204).

### **Narušení zvuku řeči**

Bendová rozlišuje dvě poruchy, které narušují zvuk řeči – rhinolalii a palatolalii. Rhinolalie se projevuje změněnou rezonancí zvuku hlásek při artikulaci. Palatolalie je důsledkem orgánového defektu (Bendová in Vrbová, 2020, s. 16-17).

#### **• Rhinolalie**

K narušení zvuku řeči dochází, když se sníží nebo zvýší nosovost mluvené řeči. Označujeme ji jako poruchu nosní rezonance a rozdělujeme ji na otevřenou, zavřenou a smíšenou huhňavost. V terminologii je třeba rozlišovat nosovost (nazalitu), která je fyziologická a má estetický charakter, a huhňavost, jež nemá estetický charakter – jedná se patologickou změnu rezonance, proměnu zvuku hlásek a řeči jako celku.

O hypernazalitě hovoříme tehdy, je-li nosní rezonance zvýšená. V opačném případě jde o hyponazalitu. Pokud se kombinuje hypernazalita s hyponazalitou, je řeč o smíšené huhňavosti (Lechta a kol., 2003, s. 100).

#### **• Palatolalie**

Palatolalie nemá jednotnou terminologii. Bývá řazena jako samostatná nozologická jednotka, ale i jako otevřená rhinolalie. Jedná se o vadu řeči, jež vznikne vrozením rozštěpu patra, popř. rozštěpu rtu a patra. Rozštěp je vrozený orgánový defekt, kvůli kterému nemůže dojít k dostatečnému polohltanovému závěru.

Důsledkem palatolalie je narušena foneticko-fonologická rovina (porucha nazality, artikulace a srozumitelnosti), morfologicko-syntaktická a lexikálně-sémantická rovina (v případě opožděného vývoje řeči) a pragmatická rovina (rozštěp způsobuje psychosociální problémy). Narušena je i verbální a nonverbální stránka jazyka (Klenková, 1998, s. 63-64).

### **Narušení plynulosti řeči**

Termín „narušení plynulosti řeči“ je zavádějící, protože označuje jednak patologický stav, který používáme při onemocnění v oblasti řeči, ale také neplynulou řeč při menší kompetenci k bohatšímu vázanému mluvnímu projevu, nevázaní slov při silném emočním rozladění aj. My se budeme věnovat narušení plynulosti řeči, při které dochází k nesrozumitelnosti z důvodu zrychlení tempa řeči nebo k přerušení záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 257).

- **Breptavost**

Tuto poruchu nelze snadno definovat. Breptavost se v literatuře probírá vzácně, a to z toho důvodu, že se v populaci příliš nevyskytuje, její terminologie, etiologie i klinický obraz nejsou jasné a ztížená je pak diagnostika a terapie a breptavé osoby si nejsou své poruchy vědomy, a proto nevyhledávají odbornou pomoc.

Weiss však breptavost definuje jako narušení komunikační schopnosti, které je charakteristické tím, že si ho konkrétní osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Také jde o narušení myšlenkových procesů, které programují řeč na základě dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty – čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování (Weiss in Lechta a kol., 2003, s. 280-283).

- **Koktavost**

Koktavost, také známá jako balbuties, je jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Koktavost člověka ovlivňuje v několika ohledech, a to v osobnosti, školní, pracovní, sociální adaptaci a v seberealizaci.

V odborné literatuře nenajdeme jednotnou terminologii koktavosti, protože etiologie a symptomatologie jsou příliš komplikované a nelze najít všeobecnou definici, která by pokryla veškeré aspekty této poruchy (Řepová, 2007, s. 7).

Lechta (2004, s. 16) koktavost definuje jako syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvení, jenž je nejvíce nápadný svými charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami, které narušují plynulost procesu mluvení a tím působí rušivě na komunikační záměr. Jde o multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, jež se často stává důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.

### **Narušení člankování řeči**

- **Dysartrie**

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě poškození CNS. Jedná se o potíže v oblasti řečových mechanismů, konkrétně v jejich svalové kontrole. Dysartrii řadíme mezi motorické řečové poruchy. Je při ní postižena respirace, fonace, rezonance a artikulace. Součástí bývá i nesrozumitelný řečový projev postiženého.

Nejzávažnější poruchou je tzv. **anartrie** – porucha motorických řečových modalit, při které postižený není schopen artikulované mluvy kvůli ztrátě, popř. nerozvinutí, vůlí kontrolované hybnosti mluvidel, a to i ve spojení s neschopností utvoření hlasu, tedy **afonií**. Častou komplikací je také porucha polykání – **dysfagie** (Lechta, 2005, s. 283-284).

- **Dyslalie**

Jedná se o poruchu artikulace, při které dochází k narušení výslovnosti jedné hlásky či skupiny hlásek rodného jazyka, zbylé hlásky se podřizují příslušným jazykovým formám. Termín dyslalie označuje několik úrovní, které jsou propojené. Hlavní úroveň je fonetická úroveň, která se týká používání jednotlivých hlásek a je to analytická stránka řeči. Používání elementárních mluvních zvuků, které se pojí do slabik, slov a vět, odpovídá fonologická úroveň. Tyto zvuky jsou základem pro lingvistickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou úroveň řeči (Klenková, 2006, s. 99).

### **Narušení grafické stránky řeči**

Specifické poruchy učení (dále SPU) nechápeme jen jako samostatné poruchy, protože celá osobnost člověka je ovlivněna. Dochází k potížím v oblasti získávání informací skrz čtený text, nedochází ke školnímu úspěchu, přestože dítě vynaloží své veškeré úsilí (což

vede k následné rezignaci), je narušené sebehodnocení a sociální vztahy (Žlab, Škodová, 2003, s. 357).

Různí autoři nahlíží na tuto problematiku různě. Lechta (2003, s. 299) uvádí, že pojem **dyslexie** může zahrnovat další SPU, nebo se ani terminologicky nerozlišují. Žlab a Škodová (2003, s. 358) zmiňují termíny legastenie, bradylexie, slovní slepota jako synonyma pro dyslexii, termínem grafastenie můžeme rozumět poruchy psaní a pravopisu. Výstižným označením podle nich je **poruchy psané řeči**. Zelinková (2015, s. 10) označuje *specificky vývojové poruchy učení* za souhrnný název pro dyslexii, dysgrafii, dysortografii, dyskalkulii, dyspraxii a dysmúzií. Žlab a Škodová (2003, s. 358) navíc přidávají dyspinxii.

Předpona **dys-** představuje rozpor, deformaci. Znamená nedostatečný (popř. nesprávný) vývoj dovednosti. Druhá část názvu označuje dovednost, která je postižena. Tato část je přejata z řečtiny (Zelinková, 2015, s. 9).

- **Dyslexie**

Zelinková mluví o dyslexii jako nejznámější z celé skupiny poruch učení z důvodu nejnapadnějších příznaků, které ovlivňovaly školní úspěšnost dítěte (Zelinková in Lechta a kol., 2003, s. 299).

Oficiální definice dyslexie dle Ortonovy dyslektické společnosti v USA zní:

*„Dyslexie je neurologicky podmíněná porucha vycházející z rodinných (rodových) dispozic, které znesnadňují získávání a zpracování jazykových informací. Vyskytuje se v různě silných formách a projevuje se obtížemi v jazykové recepci a při vyjadřování, zahrnuje fonologické zpracování, čtení, psaní, pravopis a někdy i aritmetiku. Dyslexie se může vyskytovat spolu s jinými omezujícími faktory jako je nedostatek motivace, smyslové postižení či nedostatek odborného vedení nebo podnětů z okolí, avšak není důsledkem těchto faktorů. Ačkoli je dyslexie celoživotní handicap, časný a správný zásah přináší u jedinců trpících dyslexií dobré výsledky“* (Lechta a kol., 2003, s. 299).

- **Dysgrafie** – porucha osvojování psaní, která postihuje grafickou stránku písemného projevu, čitelnost, úpravu,
- **Dysortografie** – porucha osvojování pravopisu,

- **Dyskalkulie** – porucha osvojování matematických dovedností, kam řadíme chápání číselných pojmů a provádění matematických operací,
- **Dysmúzie** – porucha v osvojování hudebních dovedností (Zelinková, 2015, s. 9-10),
- **Dyspraxie** – porucha hybnosti, motoriky, dětská neobratnost, snížení schopnosti vykonávat složitější úkony (Dvořák, 2003, s.14.),
- **Dyspinxie** – porucha kresebného projevu (Žlab, Škodová, 2003, s. 358).

### **Symptomatické poruchy řeči**

Symptomatické poruchy řeči chápeme jako typické NKS, které jsou provázeny jiným dominujícím postižením, poruchou nebo onemocněním (Lechta, 2002, s. 52). Jedná se o mentální retardaci, vývojovou dysfázii, DMO, vady a poruchy sluchu a zraku. OVŘ tak může být symptomem těchto onemocnění nebo postižení, popř. se může vyskytovat i u tělesného postižení či psychické poruchy (Škodová a kol., 2003, s.386).

### **Poruchy hlasu**

Lidský hlas včetně jeho poruch je nositelem mnoha informací. Můžeme určovat pohlaví člověka, jeho věk, psychický stav, náladu, únavu či onemocnění. Funkční poruchy hlasu označujeme termínem **dysfonie**, pokud máme na mysli poruchy zpěvního hlasu, mluvíme pak o **dysodii**. Při úplné ztrátě hlasu se jedná o **afonii** (Klenková, 2000, s. 31).

## **1.3 ETIOLOGIE KOMUNIKAČNÍCH PORUCH**

### **Poruchy vývoje řeči**

- **Opožděný vývoj řeči**

Seemanem je stanoveno deset druhů příčin OVŘ, jeho dělení se u nás dlouho uznávalo. Opožděný vývoj řeči prostý pokládá za stav, při němž má dítě kolem tří let malou slovní zásobu a těžkou patlavost, přestože nebyl prokázán žádný patologický nález ani neurologický nález (DMO) při podrobném celkovém šetření, nemá poruchu jemné motoriky ani motoriky jazyka, má běžný sluch a nemá snížený intelekt (Seeman in Škodová a kol., 2003, s. 91-92).



Sovák našel příčiny OVR ve faktorech:

- biologických – dědičnost, individuální schopnosti, různá lehká prenatální a perinatální neložisková poškození CNS, popř. změny mozkového biochemismu, opožděné vyžívání CNS
- sociálních – patologií prostředí, kde je dítě vychováno

Etiologie vzniku OVR není pokaždé jasná. Nové klinické zkušenosti potvrdily příčinu opožděného vývoje – kromě výše uvedených – zejména jako možné poškození CNS už v intrauterinním vývoji a dědičnost. V souvislosti dědičnosti a predilekce u chlapců (sexuální diference v hemisferální dominanci): opožděný vývoj řeči a vývojové poruchy řeči se objevují v rodinách spíše u mužských potomků (Sovák in Škodová a kol., 2003, s. 91-92).

- **Vývojová dysfázie**

Dítě s vývojovou dysfázií má opožděný vývoj řeči, komolí slova a věty. Má problémy v oblasti sluchové diferenciaci (záměna podobně znějících hlásek a slov), vnímání a porozumění řeči a stavby vět. Dochází k poruše krátkodobé sluchové paměti a zrakového vnímání. Problémy však činí i orientace v časoprostoru (Doležalová, Chotěborová, 2021, s.11-12).

Vývojová dysfázie je specifickým narušeným vývojem řeči, který vznikl v důsledku raného poškození mozku různého původu, ovlivňující řečové oblasti v rozvíjejícím se mozku. U dětí, které mají vývojovou dysfázii, nežijí v nežádoucích podmínkách a zároveň u nich nedochází k těžkým neurologickým či psychiatrickým postižením nebo poruchám sluchu, je obtížné najít činitele, které by vysvětlily charakter jejich těžkostí. V současné odborné literatuře se za etiologický faktor vývojové dysfázie považuje porucha centrálního zpracování řečového signálu. Vznik může být způsoben i genetickými faktory (Vrbová, 2020, s. 10).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

- **Afázie**

Tvorba a porozumění řeči vzniká na základě organické léze mozku. CNS může být poškozena ložiskově či difúzně. Pokud dojde k poškození tkáně dominantní hemisféry, pak

vzniká afázie. Klinický obraz afázie je závislý na povaze patologického procesu, rozsahu a lokalizaci léze a věku pacienta. Afázie vzniká z různých příčin, avšak vždy se jedná o poruchu získanou. Příčinou může být: CMP, úraz a poranění mozku, mozková expanze (nádory), zánětlivé onemocnění mozku, degenerativní onemocnění CNS, intoxikace mozku, dětská afázie, k té dochází v důsledku náhlého přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející CNS (Čecháčková, 2003, s. 145-147).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

- **Mutismus**

Mutismus většinou bývá neurotickou reakcí na neobvyklý zážitek nebo může být projevem akutního psychotického onemocnění. Vzniká po těžkém psychotraumatu, jako reakce na dlouhodobou zátěž, nesprávnou výchovu a po náročných stresových situacích.

Poruchy si lze u dítěte všimnout již v předškolním věku a převažuje u děvčat. U dospělých jde o psychotický mutismus, který vzniká v návaznosti na psychické onemocnění, popř. v rámci dalších poruch, jako sociální fobie, adaptační poruchy nebo poruchy osobnosti (Škodová a kol., 2003, s. 204).

### **Narušení zvuku řeči**

- **Rhinolalie**

Hyponazalita je způsobena příčinou organickou. Překážky v přední nebo zadní části nosohltanu blokují výdechový proud. K blokaci přední části dochází vybočením nosní přepážky, nosními polypy a rýmou. Zadní část nosohltanu je zasažena zbytněním skořep nosních, vrozenou atrezií choan, hypertrofickou nosní mandlí, nádory nosohltanu nebo fibromem v oblasti hltanu a nosu (Klenková, 2006, s. 131).

- **Palatolalie**

Palatolalie vzniká rozštěpem patra. Jedná se o vrozenou orgánovou anomálii, jež postihuje pevné útvary, které oddělují dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány polohltanového závěru. Rozštěpy, které jsou příčinnou, jsou primárního patra, sekundárního patra nebo obou pater současně, pokud neproběhne jejich operace, nebo jestliže se operací sekundárního patra nepodaří vytvořit dostatečný patrohltanový závěr a vznikne tak

patrohltanová insuficience, tedy nedostatečnost, popř. oronazální komunikace jako důsledek perforace patra, rozpadlé sutury patra (Klenková, 1998, s. 65).

### **Narušení plynulosti řeči**

- **Breptavost**

Etiologie breptavosti není zcela objasněna, příčiny by pravděpodobně mohly být dědičné, organické, neurotické či polyfaktoriální. Předpokládá se, že základem breptavosti je dědičnost. Breptavost se přirovnává k opožděnému vývoji řeči, dyslalii, koktavosti, těžkosti při čtení a psaní, narušení rytmu a muzikálnosti, protože všechny tyto poruchy mají společný patologický základ, jenž se nazývá „*centrální poruchy řeči*“. Skoro ve všech případech lze u jednoho z rodičů zjistit různé poruchy řeči, o kterých nikdo nevěděl, a proto usuzujeme, že je tato báze dědičná. Breptavost se objevuje více u mužů než u žen a nejčastěji se lze dopátrat, že porucha řeči se vyskytovala u otce dítěte (Lechta a kol., 2003, s. 287-288).

- **Koktavost**

Podobně jako u breptavosti, ani příčiny koktavosti nejsou zcela známy. Uvedeme si několik nejuznávanějších příčin v celosvětovém měřítku:

- **narušená synchronizace hemisfér**

V současnosti se více než předpokládá, že příčina je v mozku. Narušená synchronizace činnosti mozkových hemisfér způsobuje špatnou koordinaci. Pravá mozková hemisféra je příliš hyperaktivní a ve srovnání s ní je levá hemisféra hypoaktivní. Příčiny hyperaktivity a hypoaktivity stále nejsou jasné.

- **dědičnost**

Terapeutická praxe a speciálně zaměřené statistiky dokazují, že dědičnost má jednoznačně vliv na koktavost. Často přichází koktavý rodič s koktavým potomkem, ale může se jednat i o vzdálenějšího příbuzného.

- **stres**

Stres se považuje za jednoznačný faktor, který může zhoršit plynulost řeči a způsobit koktavost. Může se jednat o stres krátkodobý i dlouhodobý (Lechta, Králiková, 2022, s. 29-34).

### **Narušení článkování řeči**

- **Dysartrie**

Dysartrie vzniká nejčastěji v důsledku DMO, který se v současné terminologii vývojové kineziologie nazývá syndrom infantilní cerebrální parézy (ICP). Tento syndrom se objevuje u jednoho dítěte z 200. Uvádí se, že ¼ dětí, které mají neurogení poruchu hybnosti, má problémy s řečí. Mezi příčiny vzniku řadíme i úrazy hlavy a mozku a mozkové nádory. Dále pak degenerativní onemocnění CNS (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza aj.) a CMP (Lechta a kol., 2005, s. 285-286).

- **Dyslalie**

Příčiny dyslalie rozlišujeme exogenní a endogenní. Příčiny vystupují ve variabilním vzájemném stupni, poměru a závislosti. Příčinou může být dědičnost, vrozené dispozice (postižení CNS, smyslových orgánů aj.), vlivy prostředí (nesprávný mluvní vzor, nedostatek komunikační stimulace, výchovné chyby aj.), patologie mluvních orgánů a další senzorké, mentální nebo jiné související postižení (Krahulcová, 2013, s. 129-130).

### **Narušení grafické stránky řeči**

Nejčastějšími příčinami narušení grafické stránky řeči jsou fonologický deficit, deficit v časovém uspořádání procesů a rychlost v provádění procesů. Deficity se projevují v mnoha variantách a jsou různě závažné, a proto nelze najít dvě stejné děti s těmito poruchami, ani optimální metody, které jsou pro všechny stejné (Zelinková, 2015, s. 21).

### **Symptomatické poruchy řeči**

Symptomatické poruchy řeči mají variabilní příčiny. Vliv na vznik má poškození CNS, smyslových nebo pohybových orgánů aj. Vznik se dá rozdělit na tři základní možnosti:

- primární příčinou je způsobeno dominující postižení, které provází NKS,

- primární příčina způsobí zároveň dominující i druhotné postižení, vliv obou se násobí do obrazu NKS,
- existují dvě primární příčiny a ty zapříčiní dominující postižení a druhotné postižení, výsledkem je obraz NKS, symptomatická porucha řeči (Škodová, 2003, s. 386).

### **Poruchy hlasu**

Mezi nejčastější příčiny poruch hlasu patří:

- dědičnost,
- nesprávné užívání hlasu (přemáhání hlasu, špatná hlasová technika, nesprávné zpívání ve škole),
- nesprávný hlasový vzor,
- hormonální odchylky (snížená/zvýšená funkce pohlavních žláz, štítné žlázy, nadledvinek, hypofýzy aj.),
- operační zákroky,
- mutační poruchy (neukončená, prodloužená, příliš rychlá),
- neurotické poruchy (při psychické zátěži, stresových situacích),
- vady sluchu (odchylky v tvorbě hlasu),
- poškození hrtanu,
- centrálně podmíněné poruchy hlasu, jako encefalitida, skleróza multiplex, Parkinsonova choroba, mentální postižení, DMO aj. (Klenková, 2000, s. 31-32).

## 2 SPECIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉ A MEDICÍNSKÉ PŘÍSTUPY K NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

### 2.1 MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY

#### Poruchy vývoje řeči

- **Opožděný vývoj řeči**

Diagnostika opožděného vývoje řeči se musí zaměřovat i na intelekt, jemnou i hrubou motoriku, sluch a zrak, a to z toho důvodu, aby byl odhalen dosažený stupeň vývoje a jejich aktuální stav, protože významně ovlivňují, jak se rozvíjí mluvní produkce (Škodová a kol., 2003, s. 91-95).

- **Opožděný vývoj řeči při poruchách sluchu**

Sluch je důležitým faktorem při vývoji řeči. Zvuky se z ucha dostávají ven za pomoci zevního ucha k převodnímu ústrojí a k vlastnímu smyslovému ústrojí ve vnitřním uchu. Pokud nedojde k vývinu zvukovodu na obou stranách, pak se opozdí a také pozmění vývoj řeči.

V případě, že je jedinec nedoslýchavý, záleží pak na rozsahu postižení uší. Jestliže dojde k naprosté ztrátě sluchu na jednom uchu, nemá to vliv na rozvoj řeči. Často bývá narušeno směrové (prostorové) slyšení, což má za důsledek opoždění či narušení výslovnosti některých hlásek. V těžších případech pak dochází ke zkreslené mluvě, nebo naprosté nesrozumitelnosti. Poruchu lze kompenzovat sluchadlem.

Neslyšící dítě se normální mluvě nenaučí a je zapotřebí ho vychovávat podle speciálního programu. Lze také implantovat tzv. kochleární protézy. V obou případech ale bude dítě vyžadovat zvláštní a velmi náročnou péči (Kejklíčková, 2016, s. 40-41).

Foniatr, audiolog či otorinolaryngolog má kompetenci k přesnému speciálnímu vyšetření sluchu. Pokud je řeč o základním logopedickém vyšetření, je zapotřebí udělat orientační sluchovou zkoušku a vyšetřit úroveň vývoje fonemického sluchu. Pro orientační vyšetření sluchu se aplikují zvukové podněty na vyšetření

výkonnosti zvukového analyzátoru (zvuky hluboké a vysoké, jejich síla a vzdálenost) a zvukové podněty vázané na vyšší nervovou činnost (zvuky významové a obsahové). Úroveň vývoje fonemického sluchu je možné vyšetřit jednoduchým standardním obrázkovým testem (Škodová a kol., 2003, s. 96-97).

○ **Opožděný vývoj řeči při poruše mluvidel**

Pro správný vývoj řeči musí mít dítě anatomicky a funkčně normální mluvidla (rty, zuby, dolní čelist, jazyk, patro, hltan a hrtan). Řeč se nemůže vyvíjet správným způsobem, jestliže dojde k vážnější deformaci mluvidel nebo ochrnutí svalstva. Řeč pak bývá opožděná a pozměněná.

Mezi poruchy mluvidel patří rozštěpové vady obličeje, které patří k nejčastějším vrozeným vadám a z důvodu své lokace jsou také nejvíce nápadné. Vývoj je narušen, protože proud vydechovaného vzduchu, který uniká nosem, není možné využít k normální artikulaci a hlásky běžně se tvořící mezi rty, zuby a špičkou jazyka se posunou dozadu mezi kořen jazyka a zadní stěnu hltanu (popř. do nosohltanu a nosu, nebo i do hrtanu). Tento typ poruchy označujeme jako **palatolalie**.

K dalším vrozeným defektům mluvidel řadíme zkrácenou jazykovou uzdičku, poruchy skusu, zkrácení měkkého patra, defekty jazyka, izolované anomálie rtů, dolní či horní čelisti nebo spodiny ústní. Za závažnou poruchu považujeme **dysartrii**, která vznikne jako porucha výslovnosti u dítěte, které již mluvilo správně (Kejklíčková, 2016, s. 41-46).

Porozumění řeči lze vyšetřit u malých dětí za pomoci konkrétních denních situací, předmětů či obrázků. Využití obrázků bývá nejčastější volbou, jelikož jeho výhodou je možnost uspořádání do malých i velkých souborů podle témat a také podle věku a stupně intelektu dítěte.

Vyšetření vlastní řečové produkce využívá popis obrázků, rozhovor, reprodukci vyprávění a speciální počítačové programy, jimiž se sleduje foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická jazyková rovina (Škodová a kol., 2003, s. 98-99).

○ **Opožděný vývoj řeči při poruše intelektu**

Intelekt patří mezi další nezbytné podmínky pro správný vývoj řeči. Mentální méněcennost je buď vrozená nebo získaná. Vývoj řeči je vždy narušen, pokud dojde ke sníženému intelektu. Jestliže je IQ mezi 50 a 70 (debilita), dochází k opožděnému vývoji řeči a k patlavosti. Může ale dojít k nápravě. Při IQ 35 až 49 (imbecilita) se vývoj zpomaluje, výslovnost značně narušuje – patlavost, huhňavá mluva. Slovní zásoba je chudá a skládání vět je jednoduché. Při defektu, který je těžký a velmi těžký, tedy IQ je pod hodnotou 35, je vývoj řeči těžce postižen a někdy se řeč nemůže vůbec vyvinout (Kejklíčková, 2016, s. 46-47).

Terapeut dovede orientačně odhadnout úroveň intelektu, ale nemá prostředky, ani kompetenci, aby užil různé testové metody, které stanoví stupeň vývoje intelektu a prognózu jeho dalšího rozvoje v souvislosti s celkovým rozvojem schopností dítěte. Vyšetření provádí klinický psycholog, jenž disponuje řadou standardizovaných testů a testových baterií. Jednotlivá šetření může tak porovnávat (Škodová a kol., 2003, s. 95).

○ **Opožděný vývoj řeči při poruchách motoriky**

Dyspraxie je porucha motoriky. Jejím projevem je ztížená koordinace pohybů. Porucha jemné motoriky ovlivňuje svalstvo dýchací, fonační, mluvidel a také mimické. Artikulační stereotypy vyžadují pro svůj vývoj a fixaci dokonalou koordinaci veškerého svalstva. Za předpokladu, že nedojde ke správnému vývoji, dítě vykazuje rozdíl mezi pohybovými schopnostmi a věkem, a to nejen ve vývoji jemné motoriky, ale i hrubé motoriky.

Různé statistiky ukazují, že až 50 % dětí s dyspraxií činí potíže osvojování řeči. Ztížená koordinace pohybů se projeví v souhře pohybů a pozici artikulačních orgánů, jako rtů, jazyka, měkkého patra, zubů atd. Lze tedy říci, že porucha vývoje pohybové koordinace má za následek opožděný vývoj řeči (Kejklíčková, 2016, s. 47-48).

Poruchy motoriky se vyšetřují nejčastěji *Ozeretzkého testem*. Tento test vyšetřuje koordinace horních a dolních končetin, zahrnuje i pravo-levou orientaci. Úkoly jsou



rozlišovány podle věku a pohlaví. Po každou věkovou skupinu je určeno 6 základních úloh – statická koordinace celého těla, dynamická koordinace horních končetin, dynamická koordinace celého těla, rychlost motoriky rukou, rychlost a preciznost při současné realizaci dvou pohybů a preciznost izolovaných pohybů (Škodová a kol., 2003, s. 110).

○ **Poruchy vývoje řeči při nedostatku řečových impulzů nebo negativních vlivech z okolí**

Většina lidí se naučí mluvit vlivem svého prostředí, jelikož od dětství řeč slyší a napodobují. Pokud ale jedinci bez jakýchkoliv potíží chybí možnost řeč slyšet, není možné, aby se ji učil a naučil. Tuto skutečnost pozoroval Lejska a Havlík v roce 1996. V jejich případě vystupují hluchí rodiče se dvěma dětmi. Rodiče nebyli příliš vzdělaní a domnívali se, že jejich děti jsou také hluché. Navíc pocházeli z komunity omezené jen na lidi s podobným postižením, takže děti se adaptovaly na dané prostředí a komunikovaly znakovou řečí. Na foniatrickém pracovišti se ale následně zjistilo, že chlapci mají normální stav sluchu a jejich řeč se v péči odborníků rozvinula.

Pokud se u celkově zdravého dítěte opozdí, zastaví nebo neumožní vývoj řeči, po zařazení do normálního prostředí se urychluje vývoj řeči a mluva je brzy vyrovnána s průměrem. Avšak to platí zhruba do předškolního věku (cca do 5 let). Prognóza úplné úpravy mluvy u starších dětí je nejistá (Kejklíčková, 2016, s. 72-73).

Klinický logoped podle vzájemné komunikace, verbálního i neverbálního chování jednotlivých členů rodiny a podle zájmů rodičů o stav vývoje řeči dítěte dovede odhadnout úroveň sociálních vztahů a sociokulturního prostředí v této rodině. Klinický psycholog pak přesně vyšetřuje úroveň sociálních vztahů v širší rodině a okolí dítěte a v závislosti na nich i prognózu vývoje řeči vzhledem k možnostem i schopnostem dítěte (Škodová a kol., 2003, s. 99).

○ **Vývoj řeči u dětí s těžkou poruchou zraku**

Zrak nám umožňuje získávat až 80 % informací z okolního světa, a to včetně sledování pohybů mluvidel, mimiky, gestikulace a pohybu těla, a proto má mluva jednoznačně velký význam.

Dítě, které je nevidomé, je ochuzeno o zrakové vnímání, z čehož plyne, že nemůže napodobovat viděné. Jestliže se jedná o zrakově postižené dítě od narození, vývoj je pak opožděný (po stránce formální i obsahové). Mezi druhým a třetím rokem věku dítěte bývá opoždění nejvíce patrné. K vyrovnávání pak dochází kolem osmi let. Dítě má ovlivněnou artikulaci, doprovázenou mimikou a také gestikulací. (Kejklíčková, 2016, s. 73-75).

Dobře využitelný test v klinické logopedii je *Vývojový test zrakového vnímání*, který se zaměřuje nejen na hodnocení úrovně vizuální percepce, ale i na senzomotorickou koordinaci a manuální zručnost. Využívá se u dětí ve věku od 4 do 8 let, u dětí s těžším postižením i v pozdějším věku. Tento test má pět subtestů: vizuomotorická koordinace, diferenciací figura – pozadí, konstantnost tvaru, poloha v prostoru, prostorové vztahy (Škodová a kol., 2003, s. 112-113).

● **Vývojová dysfázie**

Diagnostika by měla být týmovou spoluprací z oblasti lékařské, psychologické a speciálně-pedagogické. Úspěch léčby dítěte je na správné a včasné diagnostice přímo závislý. V tomto případě má velký význam diferenciální diagnostika, jelikož vývojová dysfázie může být zaměňována s jinou poruchou řeči z důvodu rozmanitých symptomů.

**Foniatrická diagnostika** vyšetřuje všechny složky řeči, sluch a vývoj osobnosti. Zde je stěžejní tzv. Index vnitřní informace řeči, který bývá při vývojové dysfázii nižší než 0,7. Foniatr také provádí test fonematického sluchu, který vykazuje nižší procento úspěšnosti, než odpovídá věku. Dále se vyšetřují kmenové evokované sluchové potenciály – u vývojové dysfázie je nález symetrický, s občasnými prodlouženými latencemi. Korové potenciály mají absenci primárního korového komplexu na slovní podnět (na tónový podnět je zachován).

Nález **neurologické diagnostiky** může být negativní. Na EEG se někdy objevuje komplex vlna-hrot bez manifestních epileptických projevů. CT také bývá negativní. Nálezy odpovídají difuznímu postižení CNS. Můžeme tedy říci, že postižení řeči nemusí souviset s neurologickým postižením.

**Logopedická a speciálně-pedagogická diagnostika** pomáhá lékařům dotvářet celkový obraz schopností dítěte a dokáže zjistit míru opoždění jeho vývoje. Provádí ji klinický logoped, který se zaměřuje na orientaci v prostoru i čase, laterality, motorické funkce, sluchové a zrakové vnímání, řeč (percepci i expresi), grafomotoriku, čtení, psaní, počítání, paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti.

**Psychologická diagnostika** ukazuje, že dítě s vývojovou dysfázií má obtíže v hospodaření s energií, tzn. vývoj je nerovnoměrný. Porucha intelektu nesouvisí s vývojovou dysfázií, a proto je-li přítomna, je pak přítomna i přidružená porucha. Intelekt může mít dítě nadprůměrný, a to i u nejtěžších forem. Psychologické vyšetření využívá kresbu a zkoušku obkreslování. Při vyšetření dítěte by nemělo chybět **neuropsychologické vyšetření**. Toto vyšetření je zaměřené na konkrétní schopnosti, jež se spolupodílejí na fungování poznávacích i řečových procesů

**Diferenciální diagnostika** diagnostikuje vývojovou dysfázií komplexně, tedy všechny její projevy, aby nedošlo k zaměnění za vývojovou dysartrii, vadu nebo poruchu sluchu, opožděný vývoj řeči prostý, opožděný vývoj řeči při mentálním postižení nebo těžkou dyslalií. Využívá se tzv. Heidelberský test vývoje řeči, který umožní rozlišit řečově-lingvistický a řečově-pragmatický aspekt. Test nediodagnostikuje inteligenci, foneticko-fonologickou jazykovou rovinu, nenahrazuje analýzu spontánní řečové produkce, nezjišťuje míru patologických procesů, nýbrž dosažený stupeň adekvátního vývoje řeči. Nevýhodou testu je chybějící norma pro českou dětskou populaci, a tím může být výsledek ovlivněn (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 109-116).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

- **Afázie**

Během testování afatiků se zjistilo, že se v každodenních podmínkách chovají jinak než při testování mimo své obvyklé podmínky. Následně se objevily testy funkční komunikace.

Základní otázkou při sledování afatika je, co sledujeme. Cílem testů pro jedince s afázií je zjistit, zda má pacient afázii, míru této poruchy, které roviny jazyka jsou narušeny atd. Po testech má afaziolog dostatek prostředků pro volbu adekvátní rehabilitace.

Z hlediska klinické afaziologie je vhodné, aby se diagnostika skládala z postupu, který umožňuje kvalitativní a kvantitativní analýzu, ale neměl by chybět ani aspekt, jenž hodnotí pragmatickou rovinu komunikace. Prozatím neexistuje takováto komplexní metodika diagnostiky afázie.

Vyšetřování řeči člověka s afázií se musí zaměřovat na vyšetření a hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Jakmile se do hodnocení nezahrne i psaná forma řeči, nemůže být komplexní (Lechta a kol., 2003, s. 210-212).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

- **Mutismus**

V MKN-10 a DSM-IV je současně zařazen jen elektivní mutismus. Elektivní mutismus řadíme mezi tzv. speciální neurózy v dětství (sem patří enuréza, enkopréza, tiky, noční děsy). Diagnostika elektivní mutismu nečiní odborníkům příliš problémy. Základem pro diagnostiku jsou kritéria, která vychází z již zmíněných MKN-10 a DSM-IV. Vyšetřuje se chápání jazyka a schopnost řečové produkce (dostatečná k sociální komunikaci). Je zapotřebí důkaz, že dítě za některých okolností běžně mluví a symptomy přetrvávají déle jak měsíc (nepočítá se první měsíc povinné školní docházky).

Zapotřebí je odlišit projevy primárně podmíněné poruchami CNS a nedostatečným vývojem řeči, a to **diferenciální diagnostikou**. V pozadí mutismu, který se rozvíjí po nástupu do školy, může být porucha vývoje řeči nebo specifická vývojová porucha, jež unikala pozornosti. Mutismus může být také zaměněn za Landauův-Kleffnerův syndrom, tj. získaná afázie s epilepsií – bez přítomnosti záchvatů (Lechta a kol., 2003, s. 255-256).

### **Narušení zvuku řeči**

- **Rhinolalie**

Diagnostiku provádí pediatr, foniatr, otorinolaryngolog, neurolog a logoped, spolupracovat ale musí i rodiče, učitelé atd. Identifikace rhinolalie není obtížná, protože

dochází ke změněnému zvuku řeči, který je patrný při poslechu. Diagnostika obsahuje základní vyšetřovací zkoušky a přístrojové vyšetřovací techniky.

Základní vyšetřovací techniky:

- **Gutzmanova A-I zkouška** – opakované vyslovování „A“ a „I“ a střídavé mačkaní a uvolňování chřípí nosu. Zkouška je pozitivní u otevřené huhňavosti a negativní u zavřené.
- **Czermakova zkouška** – usuzujeme na otevřenou huhňavost, pokud se zrcátko nebo kovová destička, která je přiložená k nosu, zamílží při artikulaci nosovek i orálních hlásek.
- **Zkouška nafouknutí tváří** – odhalíme velofaryngeální insuficienci, pokud při interdentalním postavení jazyka nelze nafouknout tváře, protože vzduch uniká nosem.
- **Zkouška otofónem** – při otevřené huhňavosti lze po zasunutí olivky do nosu dítěte a zvukovodu vyšetřujícího slyšet při hlasivkách „I, U“ temné šelesty a při sykavkách S, Š a hlásce F chrčivé zvuky.
- **Velofaryngometr** – pomocí velofaryngometru se měří vzdálenost mezi zadním okrajem měkkého patra a zadní stěnou hltanu.
- **Manometrická zkouška** – manometrická zkouška odhalí únik vzduchu nosem.
- **Spirometrická zkouška** – měří kapacitu plic při stlačeném a volném nosním chřípí (Klenková, 2006, s. 134-135).

- **Palatolalie**

Diagnostika palatolalie hodnotí operační výkony (palatoplastiku). Funguje při výběru metod, postupů, forem a prostředků v logopedické péči o jedince s palatolalií. Spontánní, dobrovolný a souvislý verbální projev je základem logopedické diagnostiky i pro děti, které mají orofaciální rozštěp. Vyšetřuje se nosní rezonance, artikulace, srozumitelnost řeči, velofaryngální insuficience, vývoj řeči, poruchy hlasu a koverbální chování.

Palatolalii vyšetřujeme buď pozorovací metodou nebo explorační:

- **Metodu pozorování** volíme, když chceme krátkodobě, či dlouhodobě pozorovat některý ze symptomů, určitou věkovou skupinu. Využíváme záznamových archů, vyšetřovacích protokolů nebo diagnostických listů aj.
- **Explorační metoda** je vhodná na amnesticky řízený rozhovor (Lechta a kol., 2003, s. 118-128).

### **Narušení plynulosti řeči**

- **Breptavost**

U diagnostiky je třeba myslet na to, že jedinci s breptavostí nemají nižší IQ. Přestože můžeme vidět jistou podobnost u dětí s mentální retardací, odlišnost se projevuje na sémantické úrovni. Myšlení dětí, které jsou mentálně retardované, je chudé, ale u dětí s breptavostí je jen neuspořádané.

Breptavost se vyšetřuje komplexně. Diagnostiku provádí foniatr, neurolog, psycholog, logoped ad. Probíhají vyšetření EEG a EMG. EEG může odhalit breptavost na organickém podkladě, EMG (a také diferenciální diagnostika) napomáhá odlišovat breptavost od kóktavosti. Dále se při vyšetřování využívá rozhovor, který člověka s breptavostí následně obrátí na terapeuta a diagnostikuje průběh vývoje řeči, druh intenzity a základ sémantické, syntaktické a fonetické plynulosti, a testová vyšetření, která vyhodnotí mentální vývoj, jazykové schopnosti, vymezí vztah mezi inteligencí a jazykovou schopností (Klenková, 2006. s. 171-172).

- **Kóktavost**

**Lékařská diagnostika** využívá vyšetřovací metody, které provádí rozbor řečového projevu, zaznamenávají doprovodné souhyby, výskyt poruch dechového stereotypu v závislosti na řeč a zkrácené fonační doby.

**Logopedická diagnostika** a její postupy vycházejí ze základních kritérií, a to podle doby vzniku (obvykle vzniká mezi třetím a sedmým rokem), podle verbálního projevu (rolišujeme formu tonickou, klonickou, tonoklonickou a klonotonickou), podle geneze, z hlediska uvědomování si poruchy (v důsledku uvědomování vzniká logofobie) a podle

stupně poruchy, které máme celkem 4 – od minimálních příznaků až po nápadné křeče zcela znemožňující komunikaci (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 261-262).

### **Narušení článkování řeči**

- **Dysartrie**

Diagnostiku dysartrie provádí tým specialistů: neurolog, logoped, otorinolaryngolog, oftalmolog ad. Probíhá jak klinické, tak i vyšetření pomocí moderních zobrazovacích metod, které zachytí lokalizaci poškození. Dále jsou potřebné i informace o smyslových orgánech. Vyšetření dysartrie se zaměřuje především na hodnocení motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnosti jednotlivých hlásek, respirace, rezonance, fonace a prozodických komponentů řeči (Lechta a kol., 2003, s. 240-241).

- **Dyslalie**

Diagnostika dyslalie orientačně zjišťuje dosažené stadium vývoje řeči, z toho lze následně určit, zda je dyslalie důsledkem narušeného vývoje řeči. Zjišťuje se počátek napodobování řeči (žvatlání), popisuje se vývoj motoriky, schopnosti v oblasti hudebního sluchu, ale také se posuzuje okolí dítěte (výslovnost blízkých osob). Dále pak odborníky zajímá kvalita schopnosti fonematické diferenciaci a dosažená úroveň motoriky mluvních orgánů (Krahulcová, 2013, s. 143).

### **Narušení grafické stránky řeči**

Diagnostika v první řadě zjišťuje, zda se skutečně jedná o SPU, a ne o následky smyslových poruch, nemocí, popř. vnějších okolností. Zjišťuje se výukové vedení dítěte, jeho inteligence a zda jeho sociokulturní prostředí disponuje dostatečným množstvím příležitostí ke vzdělání. Diagnostikou SPU se zabývá psychologie, pedagogika, lékařské obory a sociální disciplíny.

V praxi se využívá postup o zhruba třech fázích:

1. zpočátku se zjišťuje, zda se skutečně jedná o SPU,
2. provádí se podrobný rozbor případu, což vede ke zjištění původu, obrazu a závažnosti,

3. zjišťují se veškeré okolnosti, které jsou důležité pro nápravu a terapeutickou péči (Lechta a kol., 2003, s. 307).

### **Symptomatické poruchy řeči**

Z důvodu složité a velké rozmanitosti nejsou zpracované všeobecné principy pro diagnostiku symptomatických poruch (Škodová a kol. 2003, s. 387). Přestože není komplexní vypracování diagnostiky, lze se v odborné literatuře dočíst o diagnostice jednotlivých poruch, to však není cílem této práce. Podrobně se tematikou zabývá např. Lechta (2002), Klenková (2006).

### **Poruchy hlasu**

Otolaryngolog pomocí šikmo postaveného zrcátka, které je zavedené v ústní části hltanu, pozoruje nitro hrtanu (nepřímá laryngoskopie), a tím vyšetřuje hlasové ústrojí. Pozoruje tak postavení hlasivek při dýchání a fonaci. Pomocí stroboskopie může vyšetřit i kmitání hlasivek. Stanovením hlasového pole lze vyšetřit hlasový frekvenční a intenzitní rozsah. Pneumografickým vyšetřením zjistíme, zda je vedení dechu správné. Neurogenní aktivitu diagnostikuje elektromyografické vyšetření. Vše se provádí za použití počítačových metod (Jedlička a kol., 2003, s. 430).

## **2.2 MOŽNOSTI TERAPIE A PROGNÓZA**

### **Poruchy vývoje řeči**

- **Opožděný vývoj řeči**

U dětí s OVŘ způsobeným různými faktory se často stává, že neverbální komunikace představuje klíčový prostředek pro vzájemné dorozumění s okolím. V úvodní fázi terapie je proto nezbytné věnovat pozornost i neverbálnímu projevu dítěte a následně využít tuto formu komunikace jako její základní prostředek.

Pro vývoj řeči je nezbytný správný řečový vzor, jenž odpovídá zvukovým, artikulačním a gramatickým normám řeči. Jestliže dítě nemá správný vzor, nedojde ani ke správnému vývoji, protože napodobuje všechny jeho chyby. Předkládané zvuky ale musí odpovídat i schopnostem dítěte. Jedná o jednoduchá slova zpočátku omezena na dvě slabiky.



Dítě jako první napodobuje melodii řeči. Melodie a intonace řeči má také sdělovací charakter. Dítě musí hodně opakovat, protože opakování je pro vývoj řeči dítěte klíčový. Dítě začíná s opakováním jednoduchých zvuků, poté jednotlivých slabik a slov, a nakonec opakuje i celé věty a náročnější větné výrazy. Opakování je klíčové i pro výchovu, protože napodobuje, co slyší, ale i co vidí, a proto i chování dospělých by mělo být vzorové.

Klinický logoped během terapie postupuje podle speciálních pedagogických zásad, a to počátkem v nejjednodušších elementech (základní zvukový materiál), poté pokračuje upevněním základu. Nejprve se rozvíjí řeč z hlediska obsahu, druhotně pak výslovnost (formální stránka). U dětí bez odpovídající slovní zásoby se začíná nácvikem porozumění řeči (Dlouhá, 2017, s.112).

U prognózy záleží na příčinách opoždění vývoje řeči. Ne vždy dochází k plynulému vývojovému procesu u konkrétních typů poruch vývoje řeči. Můžeme tak čelit stagnacím, setrváváním na jednotlivých úrovních, delšímu času s následujícím obdobím, akceleraci vývoje a jeho opětovnému zpomalení.

U **prostého opožděného vývoje řeči** je žádoucí, aby dítě chodilo do běžné mateřské školy. Většinou pak nemívá žádné následující problémy. **Opožděný vývoj řeči při anomáliích mluvidel** při včasné diagnostice a vhodné rehabilitaci lze zlepšit až k normě. U dětí s **opožděným vývojem řeči při vadách a poruchách sluchu** je vhodná integrace do běžných předškolních i školních zařízení. Speciální zacházení pak vyžadují děti s **mentální retardací** a při **poruchách CNS**. Dětem, jejichž opožděný vývoj řeči zavinily **nedostatky ve výchově**, je doporučeno zařazení do mateřské školy alespoň na část dne (Dlouhá, 2017, s.113-115).

- **Vývojová dysfázie**

Nejdůležitější složkou terapie je rodinná péče a úzká spolupráce klinického logopeda s lékařem, klinickým psychologem, pedagogem a pracovníků speciálně-pedagogických center. Celková terapie zahrnuje rozvíjení zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti, motoriky, schopnosti orientace, grafomotoriky a řeči. Všechny složky je potřeba rozvíjet kombinovaně, aby dítě co nejvíce využilo toho, co již umí (Škodová, Jedlička a kol., 2003 s. 109-117).

Vývojová dysfázie přetrvává do dospělosti, ve které se pak může projevovat komunikační nejistotou, špatnou výbavností pojmů, popřípadě impulzivním skákáním do řeči. Dítě musí rychle posilovat své oslabené schopnosti a dovednosti, které závisí na různých okolnostech, např. druh, stupeň, typ, přidružené postižení, kvalita diagnostiky a léčby (Doležalová, Chotěborová, 2021, s. 77).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

- **Afázie**

Terapii afázie můžeme dělit na mnoho směrů. Každý tento směr spočívá v jiné stránce komunikačních schopností. Patří sem techniky kognitivní stimulace, funkcionálně orientované techniky, melodicko-intonační terapie, alternativní a augmentativní komunikace a terapie poruch porozumění řeči a čtení.

V terapii afázie se soustředíme na dva přístupy, a to na kognitivně-neuropsychologickou terapii, která analyzuje konkrétní deficit a vypracovává individuální terapeutickou strategii a pragmaticky orientovanou terapii, ta zkoumá vliv narušení na konkrétní lidské schopnosti (Klenková 2006, s. 84-85).

Prognóza afázie je závislá na velkém množství faktorů. K výraznému zotavení dochází u malých dětí, u kterých jsou dopady na komunikační schopnost mírnější než u dospělých. Je tomu tak z důvodu schopnosti reorganizace jazykových funkcí a plasticitě vyvíjejícího se mozku (Michlová, 2018, s. 27, online).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

- **Mutismus**

Terapií mutismu se zabývají 3 odborné disciplíny:

- **Psychiatrie**

Stacionární (popř. polostacionární) léčba se předepisuje, pokud se objeví mlčení v souvislosti se základním psychiatrickým onemocněním. Mutismus může vzniknout jako paralela k psychosomatické poruše (anorexie, bulimie atd.). V tomto případě se přechází k psychiatrické léčbě těchto poruch, ale ne nezbytně k léčbě poruchy komunikace. Stacionární léčba obvykle zahrnuje použití léku

k redukci základního psychiatrického onemocnění, spolu s psychoterapeutickými intervencemi – individuální a skupinová terapie -, behaviorální terapií, arteterapií a ergoterapií. Kromě toho může být poskytnuta také terapie sportem.

○ **Psychologie**

Psychoterapeutická léčba se zabývá hlavně příčinami (momenty) vyvolávajícími mutismus, jelikož mlčení chápeme jako výhradně psychogenně podmíněné. Psychologický pohled je na místě, jestliže se objevují neurotické charakterové nebo rodinné struktury, šoky z traumatu, aktuální depresivní stav nebo stres, který je vyvolán vzory vnímání podnětů, jež jsou pociťovány jako ohrožení ega.

Rodinná terapie v rámci psychologického poradenství rozeznává a mění nevýhodnou psychodynamiku rodiny – postiženým pozitivně pociťované výlučné postavení mlčícího, výrazně asymetrický vztah matka-otec, odporující si výchova rodičů, přehnaně ochranný postoj k mlčícímu ze strany jednoho z rodičů, struktury dominance uvnitř rodiny, vytvoření subjektivního pocitu zisku z nemoci u mlčícího apod.

○ **Logopedie**

Logopedie vypracovává řečové kompetence, které využívá ke znovuzískání nebo vytvoření kompetencí sociálních. Vyvíjí vzory chování pro pragmatické nasazení komunikace, aby je vyzkoušela uvnitř situací, které cvičí, ale i těch reálných mimo prostor ordinace (nákupy, schémata otázka-odpověď, telefonování atd.).

Logoped dokáže léčit i dodatečné nebo řečové, mluvní a hlasové poruchy, které spolupůsobí mutismu na jednom místě a ve stejném zařízení. Není potřeba měnit terapeuta, a to je pro nejistou osobnost velmi pozitivní (Hartmann, Lange, 2008, s. 58-70).

Prognóza dítěte s mutismem je individuální. Pokud se jedná o nepsychotickou formu, pak může dojít k úspěchu. Většinou elektivní mutismus odezní bez následků. Jestliže příčinu neodstraníme nebo na dítě působí nevhodně okolí, příznaky mají tendenci se zafixovat a terapie je obtížná a na dlouhou dobu (Škodová a kol., 2003, s. 208-209).

## Narušení zvuku řeči

- **Rhinolalie**

U **hyponazality** se léčba zahajuje po odstranění primární příčiny rhinolalie. Nacvičuje se dýchání nosem a správná artikulace nosovek. Léčba **hypernazality** probíhá nacvičováním zlepšení směru výdechového proudu vzduchu, jeho usměrňování a zvyšování orality. Pokud má pacient **smíšenou huhňavost**, pak odborníci nejprve zjišťují hlavní složku narušení poruchy zvuku řeči, podle které následně volí metody terapie (Klenková, 2006, s. 136).

Prognózu rhinolalie ovlivní výsledek chirurgického zákroku (je-li nutný), vůle dítěte, jeho inteligence a míra spolupráce a motivace pacienta a jeho rodiny. Výhledy pro pacientovu budoucnost jsou pozitivní. Důležitá je prvopočáteční diagnóza a vhodná následná terapie, která je u každého individuální (Obršálová, 2022, s. 23, online).

- **Palatolalie**

Péče o děti s palatolálií je komplexní a je třeba organizovaná spolupráce pediatrie, plastické chirurgie, anesteziologie, ortodontie, stomatologie, stomatochirurgie, foniatry, logopedie, psychologie, popř. psychiatrie. Spolupracovat musí i sociální pracovníci, zdravotní sestry, rodiče a pedagogové. Péče o dítě začíná již při jeho narození a většinou trvá až do dospělosti (Klenková, 1998, s. 92).

Výhledy pro dítě s palatolálií jsou poměrně optimistické. Stejně jako u rhinolalie se jedná o chirurgický zákrok a dítě samotné – kromě inteligence, spolupráce, motivace a včasné péče o pacienta, prognózu ovlivňuje i věk, stav sluchu a sociální prostředí (Klenková, 1998, s. 100).

## Narušení plynulosti řeči

- **Breptavost**

Cílem reedukační logopedické terapie breptavosti je:

- zvýšení koncentrace pozornosti,
- zlepšení artikulační plynulosti,
- zvolnění a fixace správného tempa řeči,

- zpřesnění pohybů mluvidel,
- rozvíjení hudebních schopností,
- nácvik čtení a reprodukce vět nahlas,
- nácvik aktivního poslechu,
- psaní souvislého textu, jenž je diktován nebo opisován.

V oblasti osobnosti žáka se snažíme:

- zvýšit jeho sebevědomí a sebehodnocení,
- naučit ho zvládat emočně zátěžové situace,
- naučit ho organizovat plnění svých úkolů,
- naučit ho udržovat pořádek ve svých věcech,
- umožnit mu zlepšování citového vnímání a prožívání,
- zlepšit navazování a udržování sociálních vztahů,
- naučit ho relaxovat,
- naučit ho pečovat o svůj zevnějšek.

U předchozích poruch terapie spočívala i v oblasti rodiny, není tomu jinak ani u breptavosti. Terapie rodinu učí, jak se svým dítětem komunikovat, a jak uspořádat běžný chod domácnosti (Hubík, 2009, s. 42-44, online).

Aby byla prognóza u breptavosti příznivá, je důležité ji včas podchytit, diagnostikovat správně a vhodně zvolit terapeutickou péči. Součástí je i spolupráce okolí, příkladný mluvní vzor a dostatečný nácvik. Je důležité docházet na pravidelné kontroly, protože breptavost je známa svou recidivou. Ke zhoršení dochází nejčastěji v období puberty a při nadměrné emocionální zátěži (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 299).

- **Koktavost**

Existuje mnoho terapeutických přístupů a metod, ale nemůžeme prohlásit, že jsou s jistotou účinné. Terapie dělíme:

- **z hlediska užívaných metod**

Léčebné postupy jsou ustáleny do čtyř hlavních forem, které se liší užíváním různých metod. Jedná se o psychoterapii, medikamentózní terapii, řečový trénink a kombinované metody.

Psychoterapie se využívá nejvíce v anglo-amerických zemích. Předpokladem je psychogenní příčina koktavosti. Jde o snahu odstranit vnitřní (duševní) příznaky, díky čemuž postiženému přestanou vadit příznaky vnější (fyzické).

Medikamentózní terapie považujeme za pomocnou metodu, protože se při léčbě koktavosti nelze uchýlit pouze k lékům. Využívají se hlavně léky, které zmírňují úzkost (anxiolytické) – tedy i logofobii – a léky pro snížení napětí svalů.

Řečový trénink pomáhá postiženému navodit plynulou řeč a správný dechový stereotyp při mluvení pomocí konkrétních řečových cvičení.

Kombinované metody jsou kombinací výše uvedených. Terapie tedy spočívá v komplexní léčbě pacienta.

- **z hlediska věku**

V tomto případě se metody odvíjí od konkrétního věku postiženého. Věk je klíčovým faktorem pro vznik koktavosti a pro zvolení vhodné reedukace řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 263-269).

Období po vyléčení breptavosti a koktavosti se značně liší, protože u koktavosti změny zpětnovazebních regulací přetrvávají a bylo zjištěno, že u lidí s koktavostí přetrvává třes, který nelze ovlivnit žádnou terapeutickou léčbou, a proto je potřeba projít úspěšnou léčbou rehabilitačního charakteru (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 283).

Spojení breptavosti s koktavostí nemá příliš optimistické výhledy. V těchto případech je hlavní přístup, a tedy motivace lidí, kteří se s touto poruchou potýkají. V České republice došlo během let ke změnám společenských poměrů a možností získání lukrativních

zaměstnání, ve kterých se lpí na celkovém projevu jedince, což napomáhá v motivaci ke zlepšení vlastního mluvního projevu (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 299).

### **Narušení článkování řeči**

- **Dysartrie**

Dysartrii rozlišujeme vrozenou a získanou. Může se jednat o postižení CNS vrozené nebo získané v raném vývojovém stádiu, nebo jako získané narušení komunikační schopnosti během života.

Terapie se u těchto dvou typů dysartrie liší, a to používanými metodami a prostředky. Klíčová je včasná léčba. U získané dysartrie jde o maximalizaci dynamiky obnovování porušených funkcí a podchycení brzkého stadia onemocnění, které je degenerativní, a zahájení logopedické péče, následně může dojít k maximalizaci komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života postiženého. Aby byla logopedická léčba účinná, je zapotřebí obnovovacích postupů a specializované pomůcky, které se liší od pomůcek používaných při práci s vývojovými poruchami. Vrozená dysartrie se léčí pomocí somatické léčby v kombinaci s rozvojem komunikační schopnosti (Klenková, 2006, s.122-123).

Prognóza dysartrie je závislá na stavu nervové soustavy. Kvůli tomu, že vzniká z mnoha příčin, nemůžeme všeobecně stanovit konkrétní vzor jejího vývoje. V odborné literatuře je zřejmý výskyt praktického odeznění. V závažných případech pak mluvíme o tzv. funkčním zlepšování stavu, který spočívá ve zvyšování srozumitelnosti verbálního projevu, jenž zahrnuje volbu kompenzačních postupů, jako využití písma a technické komunikační pomůcky. V případě degenerativního onemocnění jsou výhledy pro vývoj nepříznivé (Dudková, 2015, s. 41, online).

- **Dyslalie**

Terapie dítěte by měla probíhat již v předškolním věku před nástupem do školy. V tomto věku dítěte je ještě dobře ovlivnitelná výslovnost, protože nedošlo k jejímu zafixování. Pokud nedojde k odstranění, může pak mít porucha vliv na celkový vývoj, činnost a chování dítěte. Může se objevit nejistota, stud, nerozhodnost, nedůvěra, podrážděnost,

pocit méněcennosti a negativismus, toto vše pak může vyústit až v odpor k řeči a dítě přestane mluvit, popř. také v psychické poruchy, neurózy a psychózy.

Klíčová je v terapii nápodoba, která probíhá hravou formou a dítě musí svému logopedovi důvěřovat. Další nedílnou složkou jsou artikulační cvičení, která zlepšují funkci mluvidel a motorickou funkci mozku. Společně s artikulací rozvíjíme i fonematický sluch, a to vnímání a diferenciaci (Klenková, 1998, s. 22-23).

U dětí předškolního věku je prognóza za včasného zahájení úpravy artikulace optimistická. Dítě však musí mít dostatečně rozvinutou obsahovou stránku řeči, zralý fonematický sluch a správný mluvní vzor. Za těchto podmínek bude výslovnost upravena do konce 1. ročníku základní školy.

U starších dětí záleží především na jejich motivaci. Rodiče by dítě neměli nutit a čekat na vhodné období, kdy bude mít dítě zájem. V pubertě dochází ke zvýšení osobní motivace dítěte, protože může porucha výrazně ovlivňovat jeho život, např. náklonost opačného pohlaví (Salomonová, 2003, s. 354).

### **Narušení grafické stránky řeči**

Správná atmosféra je prvním předpokladem pro úspěšnou terapii. Terapeutický postup se orientuje dle diagnostiky a péče by měla být komplexní. V dnešní době existuje mnoho publikací, ve kterých najdeme konkrétní cvičení a materiály k nim, můžeme zde zmínit např. Krejčovou a Hladíkovou (2019) *Zvládáme specifické poruchy učení: dyslexie, dysortografie, dysgrafie*, Krejčovou, Bodnárovou a kol. (2018) *Specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie*.

V terapii se snažíme začít u funkcí, které jsou nejlépe rozvinuty a plynule se přesouváme k postiženým funkcím. Neexistuje jediná na univerzální metoda, a proto je potřeba najít metodu, která je nejúčinnější pro každého jednotlivce a následně ji modifikovat. Dětem zadáváme takové úkoly, které dokáží splnit (Žlab, Škodová, 2003, s. 373).

Výkonost dětí s SPU je nestálá. Obtížně se učí, jak kompenzovat své nedostatky, jelikož nikdy neví, jakou intenzitu budou jejich nedostatky v konkrétní chvíli mít. Každá situace v nich může vyvolávat úzkost či vyhýbavé chování, protože neumí předvídat své



momentální selhání. Častým problémem jsou i sociální vztahy (Žlab, Škodová, 2003, s. 379).

### **Symptomatické poruchy řeči**

Logopedická péče od dětí s tímto postižením je poskytována ve speciálních školách, v resortu zdravotnictví v logopedických ambulancích a stacionářích, v resortu ministerstva práce a sociálních věcí v ústavech sociální péče, v charitativních zařízeních, nadacích a nestátních organizacích (Klenková, 2000, s. 31).

Prognóza se odvíjí od druhu, stupně, formy, projevů dominantního postižení a od včasnosti logopedické péče. Nejméně optimistická prognóza je u symptomatických poruch řeči při těžkém mentálním postižení, hluchotě a těžkých formách DMO (Klenková, 2000, s. 31).

## **2.3 MOŽNÁ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ**

### **Poruchy vývoje řeči**

- **Opožděný vývoj řeči**

Při nesprávné výchově většinou dochází k některým (především vývojovým) formám nemluvnosti. Výchova, která odpovídá věku a schopnostem dítěte je účinnou prevencí. Pokud rodinné prostředí nemůže poskytnout správný mluvní vzor, přiměřenou a dostatečnou řečovou stimulaci, mělo by dítě být zařazeno do mateřské školy (jak je již výše zmíněno).

Mezi časté chyby patří:

- užívání pouze izolovaných slov po třetím roce života a očekávání okolí, že se slovní zásoba samovolně rozvine,
- nerespektování zásady posloupnosti vývojových stupňů,
- nucení dítěte k mluvení nebo opakování předříkaného bez porozumění,
- upravování výslovnosti bez dostatečné slovní zásoby a schopnosti koordinace mluvidel,
- nucení k předvádění mluvní produkce před cizími lidmi přes nechuť dítěte,

- nevhodná aplikace různých příruček a informací z pseudoodborných článků (Škodová a kol., 2003, s. 104-105).

- **Vývojová dysfázie**

Dysfatické děti mají tendenci více naslouchat než mluvit, což vede k tomu, že si samy nedovedou zjistit potřebné informace, komunikují vlastním slovníkem nebo neverbálně. I ve starším věku spoléhají na rodinu, protože si časem uvědomují své obtíže a snadno získají komunikační zábrany. Klíčová je v tomto případě komunikace matky s dítětem (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 139).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

- **Afázie**

Preventivním opatřením pro afázii rozumíme prevenci vyvolávajících příčin. Je tedy potřeba ze svého života odstranit negativní vlivy a žít zdravým životním stylem, mentálně a fyzicky cvičit, abychom předešli kardiovaskulárnímu onemocnění nebo neurodegenerativní chorobě (Mikoláš, 2009, s.14, online).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

- **Mutismus**

Dítě, které má mutismus, potřebuje, aby se jeho rodiče a terapeuti vyhnuli přemlouvání a nucení dítěte k verbálnímu projevu, trestání dítěte nebo jeho obviňování, izolaci či ignorování, ale zároveň je potřeba, abychom si dítěte příliš nevšímali, pokud začne mluvit (např. nezačít se před ním radovat).

S dítětem bychom měli vždy jednat jako s rovnocenným partnerem a ostatními dětmi, dovolme mu používat jakýkoliv způsob pro komunikaci a zároveň ho podněcujme k vyšší úrovni. Rodič i terapeut musí být trpělivý, protože terapie mutismu se popisuje jako složitá (Klenková, 2006, s. 96-97).

### **Narušení zvuku řeči**

- **Rhinolalie**

Prevence rhinolalie spočívá v celkovém výchovném působení a péči o jedince. Jedinec musí dodržovat zdravý životní styl. V případě, že se objeví zvětšená nosní mandle,

okamžitě by měla být vyhledána lékařská pomoc, protože může způsobit rhinolalii. Do logopedické prevence řadíme i nácvik dýchání nosem (Obršálová, 2022, s. 23, online).

- **Palatolalie**

Prevence palatolalie patří do oblasti medicíny – konkrétně do lékařské genetiky, jež se zabývá předcházení vzniku vývojových vad. Zapotřebí je včas a úspěšně provést chirurgický zákrok. Důležitá je i spolupráce matky s psychologem, aby nedošlo k negativnímu postoji k dítěti. Tento odmítavý postoj se může přenášet i na ostatní členy rodiny a způsobovat u dítěte negativismus až agresi (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 253).

### **Narušení plynulosti řeči**

- **Breptavost a koktavost**

U obou zmíněných hraje velkou roli čas, a to ve smyslu včasné léčby. U breptavosti je zapotřebí včasný lékařský zákrok v raném věku dítěte a v případě koktavosti jde o včasnou terapii (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 253 a 299).

### **Narušení článkování řeči**

- **Dysartrie**

V rámci prevence může logoped informovat o dysartrii širokou veřejnost. Zabraňování vzniku a rozvoje dysartrie závisí na prevenci individuálních faktorů, které mohou přispět ke vzniku dysartrie. Jedním z možných preventivních opatření je zachování zdravého životního stylu, který minimalizuje riziko cévních onemocnění, jež mohou způsobit cévní mozkovou příhodu, a který omezuje riziko traumatických a toxických poškození nervového systému. V případě neurologických onemocnění hraje klíčovou roli včasný lékařský zásah.

Logoped se také může snažit o předcházení negativních důsledků NKS, a to nácvikem kompenzačních strategií, využíváním alternativní a augmentativní komunikace nebo poučením komunikačních partnerů, kteří mohou napomoci v motivaci postiženého, aby komunikoval a zlepšil kvalitu svého života (Adamcová, 2020, s. 40, online).

- **Dyslalie**

Preventivním opatřením před vznikem a vývojem poruch výslovnosti je podpora poznávacích procesů, zvyšování komunikačního apetitu a správný mluvní vzor. K dítěti bychom měli mít pozitivní a citový přístup. Mezi časté chyby patří mluvení na dítě mazlivě či deformovanou řečí, chvála (nebo naopak trestání) nesprávné výslovnosti, podceňování i přeceňování dítěte, strašení dítěte, bezduchý dril místo hry a motivace aj. (Krahulcová, 2013. s. 135-136).

#### **Narušení grafické stránky řeči**

Základními příčinami jsou dědičnost, LMD a pomalejší zrání CNS, kterým se lze jen těžko vyhnout pomocí preventivního opatření. U dětí se ale můžeme snažit, aby se rozvíjely harmonicky, vyváženě a všestranně. Měly by využívat svou zvědavost, hrát různorodé hry a dospělí by jim měli číst a vyprávět (Kutálková, 1996, s. 165-166).

#### **Symptomatické poruchy řeči**

Prevence patří spíše do oblasti medicíny. Z důvodu velkých technických možností dnešní doby a následně omezenému pohybu, hektickému životnímu stylu bude nejlepší prevencí změna životosprávy a životního stylu (Škodová a kol., 2003, s. 391).

#### **Poruchy hlasu**

Klíčový je opět mluvní vzor, který by měl dítě naučit, kdy a jak hlas používat. Problémy mohou vzniknout v rodině, kdy si dítě pomocí křiku vynucuje pozornost. Při nemocích hlasového ústrojí je zapotřebí řádná léčba a doléčení nemoci. Také výběr písní a hlasová hygiena je základem pro zdravý hlas (Kutálková, 1996, s. 144).

### 3 ŽÁK S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

#### Poruchy vývoje řeči

- **Opožděný vývoj řeči**

OVŘ může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení. Je součástí klinického obrazu mentální retardace, DMO, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku a může tvořit součást i u tělesného postižení. Poruchy řeči, jež se vyskytují u různých druhů postižení, označujeme jako tzv. symptomatické poruchy řeči.

Podle symptomů můžeme opožděný vývoj prostý charakterizovat z řady hledisek:

- **Symptomy z hlediska průběhu vývoje řeči**

Z hlediska symptomů průběhu vývoje řeči rozlišujeme **opožděný vývoj prostý**, jehož příčinou je dědičnost, opožděné vyžívání CNS, negativní výchovné vlivy atd. Hlavním příznakem je opoždění řečového projevu a v důsledku toho pak dochází k určité disharmonii ve vývoji celé osobnosti.

**K omezenému vývoji řeči** dochází v důsledku mentálního postižení, těžších poruch sluchu, extrémních případech patologie sociálního prostředí apod. Projevem je pak opoždění vyjadřovacích schopností. U dětí s mentální retardací může dojít také k opoždění jemné a hrubé motoriky. U nejtěžších forem mentální retardace zůstává řeč na prvosignální úrovni či na úrovni pudového žvatlání.

**K přerušnému vývoji řeči** dochází po úrazech, nádorových onemocněních mozku, vážných duševních onemocněních, těžkých psychických traumatech atd. Za příznivých podmínek však lze dosáhnout normy. V horších případech má další průběh vývoje symptomy i charakter omezeného vývoje řeči.

**Scestný (odchylný) vývoj řeči** se projevuje odchylkou od normy pouze v některé rovině řečového vývoje. Týká se především vadné artikulace, která je doprovázena vývojovými orgánovými anomáliemi, jako deformací zvukové stránky řeči při těžkém rozštěpu patra nebo organickým poškozením mluvidel.

- **Symptomy z hlediska věku**

Z hlediska věku rozlišujeme **fyziologickou nemluvnost**, která probíhá během přípravných (předřečových) stadií vývoje řeči. Dále pak **prodlouženou fyziologickou nemluvnost**, která nastává, pokud dítě nemluví do třetího roku. V neposlední řadě je **vývojová nemluvnost**. Vývojová nemluvnost je již patologická a řadíme ji do poruch řeči.

- **Symptomy z hlediska stupně poruchy**

OVŘ může spadá do celé škály případů od lehkých odchylek od normy až po úplnou nemluvnost. Přestože v nejhorších případech dítě vůbec nemluví, jedná se o „bezřečnost“, nikoliv úplnou němotu. Dítě často nemluví, ale vydává zvuky, které mají subjektivní význam.

- **Symptomy z hlediska etiologie**

Nemluvnost se u jedinců může vyskytovat buď jako hlavní, nebo jako vedlejší příznak. V případě hlavního příznaku (např. u vývojové dysfázie) dochází k jedné ze tří možných variant: dítě rozumí řeči, ale nemluví (motorický typ), dítě řeči nerozumí a v jeho projevu se objevují echolalie nebo perseverace (senzorický typ) a nejčastější variantou je typ smíšený, který kombinuje dvě předchozí varianty. Pokud dítě nemluví kvůli jiné poruše, hovoříme o tzv. vedlejším příznaku, tedy o symptomatické poruše (Škodová a kol., 2003, s. 92-94).

- **Vývojová dysfázie**

Projev vývojové dysfázie je různorodý. Jedná se o obtíže v řeči, ale i v neverbálních oblastech, jako zraková a sluchová percepce, motorika, grafomotorika, paměť, pozornost apod. Hlavním projevem je nerovnoměrný vývoj celé osobnosti.

Příznaky dysfázie pozorujeme v mluveném projevu dítěte. Úroveň verbálního projevu je nižší než úroveň, která by měla odpovídat intelektu a neverbálních schopností dítěte. Zásadním příznakem je opožděný vývoj řeči. Dítě se vyjadřuje patlavě a je obtížné mu porozumět. Vynechává slabiky, hlásky a zaměňuje jejich pořadí.

Vývojovou dysfázii rozdělujeme na:

- **Dysfázie receptivní (percepční)**

U tohoto typu dysfázie dominuje porucha sluchového vnímání a paměti, což vede k narušení schopnosti porozumět řeči. Děti projevují obtíže s vnímáním zvuků, rozlišováním podobně znějících slabik a slov a často trpí poruchou fonemického sluchu. Porucha porozumění se projevuje nejen v nepochopení významu slov a vět, ale také v obtížích s násobnými instrukcemi. Tato obtížná situace může vést k dojmu sluchového postižení, kdy dítě působí dezorientovaně a nerozumí svému okolí. Individuální míra obtíží je variabilní. Při vyprávění mohou vznikat potíže s udržetím dějové linie s asociačními přeskoky. Nedostatečné porozumění vede k obavám ze změn a přilnutí k rituálům, což může způsobit nesprávné zařazení do kategorie poruch autistického spektra (Doležalová, Chotěborová, 2021, s.12-13).

- **Dysfázie expresivní**

Tento typ dysfázie je rovněž charakterizován specifickým vývojem řeči, který je jednak opožděný, ale hlavně vybočuje v oblasti vyjadřovacích schopností. Porozumění řeči zůstává zachováno, s výraznějšími obtížemi projevenými ve řečové expresi. Existuje mírné zpoždění ve vývoji fonemického sluchu. Aktivní slovní zásoba se rozvíjí pomalu, přičemž děti často používají vlastní slovník. Dochází k potížím se skládáním slabik a slov do správné větné struktury. Porozumění řeči je normální, avšak v komunikaci převládá dlouho neverbální projev a použití gest. V mluvené řeči dominují podstatná jména nad ostatními slovními druhy. Ačkoliv slovní zásoba postupně roste, gramatické nedostatky a obtíže s artikulací přetrvávají delší dobu. Dítě nemluví plynule. Hlavními oblastmi poruch jsou morfologická a morfologicko-syntaktická stránka jazyka, s výraznými problémy ve slovesné morfologii a předložkových vazbách. Slovosled je také narušen a děti mají obtížnosti s osvojováním gramatických pravidel. Vytvářené věty jsou často jednoduché, neúplné a mívají chybný slovosled. S rozšiřováním slovní zásoby se zvyšuje počet gramatických chyb (dysgramatismů). Porucha na úrovni gramatické struktury jazyka je citlivým ukazatelem narušení celého jazykového systému (Dlouhá, 2017, s. 122).

- **Smíšená dysfázie**

Tato varianta vývojové dysfázie je nejčastější formou – je přítomna porucha porozumění řeči v kombinaci s obtížným řečovým vyjadřováním. Můžeme pak mluvit o smíšené vývojové dysfázii s převahou deficitů buď v receptivní složce, nebo v expresivní složce řeči (Doležalová, Chotěborová, 2021, s. 14).

### **Získaná orgánová nemluvnost**

- **Afázie**

Afázie se projevuje různě. V dětském věku dochází k závažným deficitům v porozumění řeči, slovní pohotovosti, slovní zásobě, struktuře vyprávění a krátkodobé sluchové paměti. Děti mají i po několika letech problémy hledat vhodná slova, formulovat a strukturovat vyprávění. Obtíže jim také činí porozumění komplexním strukturám a obsahům a schopnosti popsat a porozumět symbolům vlastní řeči (Vrbová, 2020, s. 12).

Rozlišujeme šest hlavních symptomů afázie. Základním charakteristickým symptomem je **parafázie**, která označuje deformaci slov různého typu a stupně. Rozlišujeme parafázii fonemickou (tvar slova je deformovaný, ale má i správné prvky tohoto slova – slovu lze rozumět), žargonovou (těžká slovní deformace – slovu nelze rozumět) a sémantickou (využití jiného oslava, popř. jeho opis). Dalším symptomem je **parafrázie**, která neumožňuje větné vyjádření. Dále pak **poruchy porozumění**, které nemusí být zprvu patrné, protože za dané situace je afatik schopen vykonat svůj úkol dle instrukcí. Pokud jsou instrukce obtížnější, afatik už nerozumí, nebo si je nepamatuje. **Perservace** se u afatika projevuje ulpíváním na předchozím podnětu, přestože daný podnět už nepůsobí. Nerozvážnou rychlou mluvou se sníženou srozumitelností (kvůli častému výskytu žargonových parafázíí) označujeme **logorhea**. V neposlední řadě je **anomie**, což je porucha pojmenování, často spjatá s amnestickou afází (Čecháčková, 2003, s. 147-149).

### **Získaná psychogenní nemluvnost**

- **Mutismus**

U symptomů mutismu dominuje ztráta schopnosti verbálně komunikovat. Dítě s mutismem nemůže mluvit, přestože by chtělo. Postižený využívá náhradu za verbální komunikaci, např. psaní, gestikulaci (Škodová a kol., 2003, s. 205). Děti s mutismem



neustále očekávají negativní, jsou stydlivé, ustrašené, mají symbiotické vztahy matka-dítě a ubírají se do sociálního ústupu (Hartmann, Lange, 2008, s. 20-21).

### **Narušení zvuku řeči**

- **Rhinolalie**

Projevy zavřené rhinolalie jsou: snížená nosová rezonance, omezené dýchání nosem, zastřený hlas, tlumené samohlásky. Patrný je rozdíl mezi slovy s nosovkami a bez nosovek. Otevřená rhinolalie se projevuje problémovou artikulací, nazalizovanými samohláskami „I“ a „U“, narušenou výslovností exploziv, sykavek, málo kmitným „R“ a slabým hlasem. Kombinací z obou typů rhinolalie vzniká smíšená huhňavost (Vrbová, 2020, s. 16).

- **Palatolalie**

Výčet symptomů u palatolalie je široký. Jde o poruchy řeči a artikulace, změny rezonance a artikulace. Tyto změny vznikají během vývoje řeči a dále k nim řadíme narušenou srozumitelnost řeči, poruchy mimiky a vady sluchu, popř. ještě opožděný vývoj řeči. Některé ze symptomů ale nemusí palatolalii nutně doprovázet, např. narušený vývoj řeči, poruchy hlasu, poruchy neverbálního chování.

Děti s orofaciálními rozštěpy jsou ovlivněny rozsahem rozštěpového defektu a na základě toho pak vzniká postižení čelisti a chrupu, přítomnost poruchy sluchu a mentální postižení. Také dochází k narušení artikulace vokálů a konsonantů (Klenková, 2006, s. 142-143).

### **Narušení plynulosti řeči**

- **Breptavost**

U člověka s breptavostí se vyskytuje dezorganizace myšlenek, řeč bez obsahu, chudá skladba vět, opakování hlásek, slabik i slov, nesprávná artikulace, nepravidelné a většinou zrychlené tempo řeči a monotónní řeč (Vrbová, 2020, s. 14). Lechta (2003, s. 282) navíc ještě mezi základní symptomy přidává neznalost problému, slabé chápání výpovědi, nedostatek školních schopností, poruchy motorické koordinace aj.

- **Koktavost**

Projevem koktavosti je nekoordinovaná činnost svalových skupin, které jsou důležité při motorické realizaci řeči. Člověk, který se potýká s koktavostí, ví, co chce říct, slova se mu vybavují, ale není kvůli křečím a záškubům schopný realizovat tato slova motoricky správně. Někdy může dojít i ke znehybnění před počátkem mluvního projevu, a proto není postižený schopen projev započít. Následkem pak může být tzv. logofobie, kterou prožívají lidé, kteří časem kvůli své poruše znejistí a začnou se mluvení úplně vyhýbat (Lašťovka, 1999, s. 10).

### **Narušení článkování řeči**

Přestože terminologie a etiologie dysartrie a dyslalie se liší, z důvodu podobné symptomatologie je řadíme do stejné skupiny.

- **Dysartrie**

Symptomy dysartrie se dělí dle jednotlivých typů.

- **Pyramidová dysartrie** se projevuje v cílené kontrole dýchání a velofaryngeálního uzávěru. Obtíže činí rytmus mluvy a činnost rtů a jazyka, řeč je křečovitá se zvýšenou nosovostí.
- **Extrapiramidovou dysartrii** poznáme dle nezřetelné artikulace kvůli žmoulavým pohybům jazyka, hlásky bývají silně vyráženy a jiné jsou slabé až nezřetelné. Je narušeno hrudní dýchání, tvorba a stabilita hlasu.
- **Cerebrální dysartrie** provází poškození mozečku a jeho drah. Postižený zdůrazňuje slabiky, má neobratný jazyk, časté zarážky v projevu a ulpívá v jednotlivých artikulačních postaveních.
- **Bulbární dysartrie** narušuje řeč, polykání a žvýkání.
- **Směšená dysartrie** je kombinací výše uvedených typů dysartrie.
- **Kortikální dysartrie** způsobuje setřelou artikulaci, iteraci prvních slabik a částí slov až chaotizaci artikulační hybnosti (Neubauer, 2003, s. 309-310).

- **Dyslalie**

Při dyslalii u dítěte dochází k:

- **mogilalii** – dítě hlásku vynechá,
- **paralalii** – dítě hlásku nahrazuje jinou hláskou,
- **rotacismu, lambdacismu** – dítě hlásku tvoří chybně (tyto poruchy označujeme příponou -ismus).

Dyslalii klasifikujeme z vývojového hlediska (fyziologickou a patologickou), podle etiologie (funkční a organická), podle místa poškození (akustická, centrální, dentální, labiální, palatální, linguální), podle kontextového hlediska (hlásková, slabiková a slovní) a dle rozsahu (dyslalie levis, dyslalie multiplex) (Salomonová, 2003, s. 329-330).

#### **Narušení grafické stránky řeči**

Konkrétní SPU se mají své specifické projevy. Jedinci s dyslexií pociťují obtíže v rychlosti, správnosti, technice čtení a porozumění čtenému textu. Dysgrafie se projevuje v čitelnosti a úpravě písemného projevu (nečitelné napodobování písmen, nesprávná velikost písma, časté škrtání aj.). Jedinci s dysortografií čelí zvýšenému počtu specifických dysortografických chyb a obtížím při osvojování gramatického učiva a aplikaci gramatických jevů (rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, slabik, sykavek, vynechaná, přidaná, přesmyknutá písmena nebo slabiky, hranice slov v písmu). Děti s dyskalkulií se potýkají s problémy v oblasti osvojování matematických pojmů, chápání a provádění operací. Počítání si často osvojují jen pamětně a pokud si něco nepamatují, dopouští se pak „neobvyklých chyb“ ( $2 : 4 = 8$ ). Příliš dlouho pak také používají k počítání prsty.

SPU také doprovází zvláštnosti v chování dětí, které vznikají jako následek. Děti se potýkají hlavně s pocitem méněcennosti. Jelikož čtení a psaní jsou prostředkem vzdělávání, tyto děti pak mají mezery i ve svých vědomostech, vytváří si špatné pracovní návyky, nesprávné návyky si fixují v chování. Vše se negativně odráží na jejich školním hodnocení, které je horší, než jaké jsou schopnosti žáka. Žák je následně demotivovaný, má špatné sebehodnocení a hledá nežádoucí formy sebeuplatnění. Vše může vyústit

v negativní vztah ke vzdělání, škole, ve školní fobie, záškoláctví, psychosomatickým potížím (Zelinková, 2015, s. 41-46).

### **Symptomatické poruchy řeči**

Symptomatologie není jednoznačná z důvodu velkého množství příčin. Vzhledem k určitým typům primárních příčin, které způsobují symptomatické poruchy jsou přítomny typické příznaky:

- **vady a poruchy sluchu** – jsou narušeny modulační faktory a artikulace, v těžších případech je postižena i obsahová oblast komunikace,
- **mentální retardace** – narušena je hlavně obsahová oblast komunikace,
- **DMO** – narušena motorická realizace hlásek, slabik, slov (Škodová a kol., 2003, s. 387).

### **Poruchy hlasu**

Poruchy hlasu se projevují chrapotem - dysfonií. Jedná se tedy o příznak onemocnění, nikoliv samotnou nemoc. Chrapot může být jen lehkým zastřením až po silný chrapot, popř. úplné bezhlasí – afonie (Jedlička a kol., 2003, s. 431).

## 4 SEBEPOJETÍ ŽÁKŮ S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ

### 4.1 DEFINICE SEBEPOJETÍ A PŘÍBUZNÝCH POJMŮ

Definice sebepojetí není jednoznačná, různí autoři na sebe navazují, ale někteří si i odporují. Van der Werff sebepojetí definuje jako: „*Souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová.*“ (Van der Werff in Obereignerů a kol., 2017, s. 8). Louková, Hátlová, Adámková Ségard a kol. (2015, 15) se domnívají, že: „*Sebepojetí zachycuje podstatu, jádro osobnosti, které vývojem směřuje k psychosociální zralosti.*“ Smékal si myslí, že: „*Sebepojetí je základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe sama, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé. Sebepojetí je také uvědomováním si svých osobnostních charakteristik, často zkresleně nebo stylizovaně se záměrem vyvolat o sobě v druhých určitý dojem. Do struktury sebepojetí patří i úroveň sebemonitorování a sebe prezentace a místo ovládání. Ze sebepojetí vyrůstá charakter člověka.*“ (Smékal in Obereignerů a kol., 2017, s. 8). V pedagogickém slovníku se dočteme, že sebepojetí je: „*představa jedince o svém já. Vyvíjí se ve vztahu k okolnímu světu, je sociálním světem ovlivňována, je jedincem před světem bráněna. Psychologie ho chápe jako kognitivní strukturu uloženou do jedincovy paměti, která zahrnuje vědomou sebereflexi. Těto struktury odpovídají příslušné psychické procesy, zejména sebepoznávání a sebeporozumění.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 259).

Přístupy k sebepojetí z teoretického hlediska jsou nedílnou součástí psychologie. Zde si uvedeme několik základních směrů, které nám pomohou blíže zakotvit úlohu sebepojetí v systému psychologických přístupů:

#### Humanistická psychologie

„Self“ neboli sebepojetí má významnou roli v humanistické psychologii. Hlavním představitelem humanistické psychologie je C.R. Rogers, který hovoří o „self“ jako o složení z myšlenek, vjemů a hodnot, jenž charakterizují „Já“. Samozřejmě tam spadá i vědomí „co jsem“ a „co dokážu“. Vnímané „self“ ovlivňuje člověka ve smyslu vnímání světa a jeho chování. (Rogers in Obereignerů a kol., 2017, s. 11).

Rogers se domnívá, že každý jedinec hodnotí své zkušenosti ve vztahu k sebepojetí. Pokud dochází k popírání oblasti zkušeností, pak se rozšiřuje propast mezi „self“ a realitou, tím pak dochází ke špatnému přizpůsobování. Jestliže nastane situace, kdy dojde k neshodě mezi osobními pocity a zkušenostmi, může se objevit úzkost nebo jiná psychická porucha. Ale naopak člověk, který je dobře přizpůsobený má stabilní a konzistentní sebepojetí, které je v souladu s jeho myšlením, zkušenostmi a chováním. „Self“ tohoto jedince je flexibilní a paralelně se mění v závislosti na jeho nových zkušenostech a myšlenkách (Atkinson in Obereignerů a kol., 2017, s. 11).

#### **Hlubinná psychologie**

Hlubinná psychologie se liší od humanistické psychologie tím, že humanistická se přiklání k názoru, že sebepojetí jedince se formuje po celý jeho život, naproti stojí hlubinná psychologie, která se zabývá základy formování sebepojetí jedince již v raném věku bez postupných změn během jeho života.

Zásadní vliv měl jistě Sigmund Freud se svým postulovaným strukturálním modelem osobnosti, který se dělí na tři hlavní systémy, jež jsou ve vzájemné interakci, tím je řízeno lidské chování: *id*, *ego* a *superego*. Freud také zastával názor, že každý člověk prochází po dobu svého života vývojovými stadii, která ovlivňují utváření osobnosti, a to *orální*, *anální*, *falické*, *období latence* a *genitální* (Obereignerů a kol., 2017, s. 12).

#### **Kognitivně behaviorální psychologie**

Kognitivně behaviorální psychologie, tedy behaviorální přístup (popř. kognitivní přístup), zdůrazňuje význam prostředí a chování. Chování vzniká jako nepřetržitá interakce mezi osobními proměnnými a proměnnými prostředím.

Představitelé kognitivního přístupu jsou A. Bandura a J. Rotter a hlavním představitelem kognitivní psychologie je G. Kelly. Bandura a Rotter se zabývali teorií sociálního učení. Rotter blíže popisoval proces chování a jak se v něm učíme interakcím s lidmi a jinými elementy svého prostředí. Kelly pojmenoval tzv. osobní konstrukty, jejichž teorie spočívá v užívání osobních konstruktů každého jedince k interpretaci sebe a svého prostředí. Velkou váhu dává tzv. „self-schématu“, jež se skládá z kognitivních generalizací, které řídí zpracování informací. „Self-schéma“, které je výsledkem aspektů našeho chování, hraje

klíčovou roli v tom, jak zpracováváme informace a interagujeme se světem kolem nás (Markus in Obereignerů a kol., 2017. s. 13).

#### **Sebepojetí z pohledu neurověd**

Pro konstrukt sebepojetí je z neurovědního pohledu významnou koncepcí tzv. hierarchický model emočního uvědomění podle A. Damasia. Tento model využívá topografickou mapu tělesných stavů a Damasio jej označuje jako „proto-self“. Proto-self je propojený koherentní soubor neuronálních vzorců, jenž představuje momentální stav organismu ve sledu jednotlivých momentů. Rozlišují se zde emoce a pocity. Podstatnou složkou sebeuvědomění jsou pocity. Pokud dojde k uvědomování si takto modifikovaných reprezentací, zprostředkování činí jádrové self (core-self). Autobiografické self je komplexní celek složený z vědomých obsahů, myšlenek, obrazů, zážitků, soudů a citlivých informací, které vztahujeme k vlastní osobě – nazýváme ho reflektivní uvědomění. Lze říci, že autobiografické self je zásobárnou všech stavebních kamenů sebepojetí a zároveň základem procesuálních změn, které souvisí se sebepojetím (Damasio in Obereignerů a kol., 2017, s. 13-14).

#### **Já (self)**

Self je ústředním bodem pojmu sebepojetí. Problematika osobnost, pojetí Já a self je velmi obsáhlé téma psychologie (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016, s. 7, online). Sebepojetí je složitým psychologickým konstruktem, jenž obsahuje celý soubor názorů člověka k vlastnímu já.

Psychologie zkoumá sebepojetí ze dvou pohledů. První řeší sebepojetí jako produkt procesu sebeuvědomování osobnosti a druhý se zabývá procesem formování sebepojetí. V psychologickém slovníku lze dohledat, že sebepojetí (self-koncept) je hlavně představa, kterou máme sami o sobě. Sebepojetí člověka zahrnuje především to, do jaké míry si člověk váží a cení sebe sama a za jak kompetentního se považuje (Orel, Obereignerů, Mentel, 2016, s. 15, online).

Z hlediska nejširšího smyslu znamená self vědomí o svém bytí. Cakirpaloglu zmiňuje, že self můžeme definovat jako řídicí složku osobnosti, jež si uvědomuje nepřetržitou totožnost. Lze říci, že se jedná o jedinečnou kvalitu vědomí, která zahrnuje přesvědčení,

vědění, pocity a vlastnosti, které si sami sobě přisuzujeme jako nezávislému, jedinečnému, stabilnímu a sebeodrážejícímu jsoucnu.

Self rozlišujeme na **objektivní**, které postupem času roste z individuální zkušenosti s lidskou situací a vyjadřuje interakční povahu osobnosti. **Subjektivní Self** je nejvíce osobní, intimní aspekt vlastní totožnosti. Tyto dva aspekty na sebe vzájemně mají vliv, a tak vzniká **Self-koncept** (Cakirpaloglu, 2012, s. 142).

#### **Sebedůvěra, sebeúčinnost, sebeúcta, sebevědomí**

Sebedůvěru můžeme označit za součást sebepojetí. „*Sebedůvěra je kladný postoj člověka k sobě samému, spojený s příznivým hodnocením svých možností a aktuální výkonnosti.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 258).

Sebedůvěra, anglicky self-confidence, je spojena s důsledným a kritickým sebehodnocením svých předností a nedostatků. Základem pro své posouzení je tedy sebedůvěra, ale i sebecit – emocionální vztah k sobě samým -, který může být jak pozitivně, tak negativně zabarven (Paulík, 2017, s. 270). Důležitým faktorem sebedůvěry je její přirozená úroveň, jež jedinec považuje za svou. Nadměrná nebo naopak nízká sebedůvěra může působit značné problémy ve fungování jedince a jeho sociálních vztazích. Sebedůvěra má velký význam v jedincově úspěších a neúspěších v budoucím životě, poněvadž vyplývá z jeho sebehodnocení (Kliment in Musilová, 2016, s. 12, online).

Self-eficacy znamená v překladu sebeúčinnost, popř. pak sebedůvěra ve vlastní schopnosti. Sebeúčinnost je víra jedince ve své vlastní schopnosti provádět nezbytné k dosažení konkrétního výkonu (Bandura in Carey, Forsyth, 2009, online). Sebeúčinnost spočívá ve schopnosti uplatňovat kontrolu nad vlastní motivací, chováním a sociálním prostředím (Carey, Forsyth, 2009, online).

Třetím zmíněným termínem je sebeúcta. Tu spojujeme s naším chováním a zdravím. Je složena z hodnocení a pocitů vztahující se k vlastní osobě. Kladná (pozitivní) sebeúcta je odražena v pozitivním sebeodrazu i pozitivním pohledu na ostatní (Ayers, de Visser, 2015, s. 210). Satir (1994, s. 27) sebeúctu popisuje jako: „*schopnost cenit si sama sebe a chovat se k sobě s důstojností, láskou a opravdovostí.*“ Vyšší sebeúctu mají osoby, které samy sebe akceptují a zároveň je u nich malý kontrast mezi reálným a ideálním „já“. S tím



samozřejmě souvisí i jedincovo sebevědomí – jak člověk naplňuje obecně lidské hodnoty, které jsou zakotveny v etických principech a morálních zásadách (Vymětal, 2003, s. 56.).

Self-koncept obsahuje i emoční stránku (hodnotící, konativní). Jeho nejdůležitější složkou je sebevědomí, které vyjadřuje hlavně hodnotící aspekt. Převážně v amerických zemích se o sebevědomí mluví jako o důležité podmínce štěstí, výkonnosti a duševního zdraví (Říčan, 2007, s. 179).

## 4.2 ONTOGENEZE SEBEPOJETÍ

Sebepojetí se formuje již v časném dětství. Důležitým krokem ve vývoji sebepojetí je sebeuvědomění – můžeme hovořit o vydělení vlastní osoby z okolního fyzického a sociálního prostředí. Prvním impulsem pro uvědomění si sama sebe je doba krmení dítěte matkou. Potřeby dítěte jsou uspokojeny (popř. frustrovány) a dochází k postupnému pochopení existence objektu poskytující toto uspokojení nezávisle na vlastní existenci dítěte, tedy k počátkům kognitivních procesů.

Při formování sebepojetí je klíčová pečující osoba, emoční vazby a sociální vztahy v prvním roce života dítěte. Tato skutečnost vede k rozvíjení důvěry. Pokud se u dítěte rozvine důvěra, vede to následně i k jeho sebedůvěře. Sebehodnocení dítěte se kolem čtvrtého roku odvíjí od hodnocení matky, v průběhu batolecího období se tato závislost na matce snižuje a rozrůstá se o posuzování dalšími osobami. Sebedůvěra se v raném dětství odvíjí i od rodinného prostředí. Jestliže dítě vyrůstá v běžném prostředí, dostává se mu tak přirozené míry sebedůvěry (Poledňová, 2009, s. 9-12).

Období do dvou let dítěte, jež je zmíněno výše, nazývá J. Piaget jako *senzomotorické stadium*. Dalším stadiem je *předoperační stadium*, které přisuzuje dětem od dvou do sedmi let (Jedlička a kol., 2015, s. 30). Od dvou let se děti dokáží již charakterizovat. Znají své pohlaví a také rozumí rozdílům mezi nimi a dospělými (Fialová, Krch, 2012, s. 18). V této fázi vývoje děti předpokládají, že ostatní znají jejich myšlenky a pocity. To má u předškolního dítěte za následek pociťování sebe sama, ale to se omezuje pouze na jméno, gender, věk, tělesný vzhled, vlastnosti nebo oblíbené činnosti dítěte (Demo, 1992, online). Děti předškolního věku ovládají charakterizování převážně fyzické („jsem světlavý“), uvědomují si své vlastnictví („mám panenku“) a rozlišují své preference („mám rád jahody“). Jejich popis je zaměřený na současnost a objevují se nepřesnosti (Fialová, Krch,

2012, s. 18). *Konkrétní stadium* nastává od sedmi do jedenácti let. V tomto období dochází k rozvíjení kapacity k provádění mentálních operací, tzn. vývoj logického myšlení. Od jedenácti do patnácti let se rozšiřuje kapacita jedincova myšlení. Umí již abstraktně uvažovat o světě (Jedlička a kol, 2015, s. 28).

Poledňová (2009, s. 13) rozděluje Piagetovo *předoperační stadium* na předškolní a školní dětství. Předškolní období nazývá jako období hry. V tomto období by se měla naplno rozvinout aktivita dítěte v kontaktu s jeho vrstevníky. Děti začínají navštěvovat mateřské školy, ve kterých chybí aspekt blízké osoby, a proto se musí „spoléhat samy na sebe“. To znamená, že si dítě začíná ujasňovat vlastní postavení mezi lidmi v rovině sebeuvědomění a sebepojetí. Dítě kolem třetího roku života začíná vstupovat do rolí, dokáže pojmenovat i své budoucí role („budu babičkou“). Tyto role vidí ve své hlavě a využívá ve hře, kresbě aj. Z pohledu sebepojetí dochází v tomto období ke značnému posunu. Sebehodnocení se utváří také na mínění druhých (blízkých) osob. V předškolním dětství si můžeme povšimnout u dětí pocitu viny a obavy ze selhání, hrdosti, hanby, studu, prožitku kompetence a úspěchu.

Školní dětství (od šesti let) velmi zasahuje do sebepojetí, protože přichází významný moment, a to počátek povinné školní docházky, tedy vstup do první třídy základní školy. Dítě se seznamuje s rolí školáka, která je první skutečnou společenskou rolí, jež je třeba si osvojit. Pro dítě je toto období významné i z pohledu sociálního prostředí, také si ověřuje a rozvíjí své kompetence. Dochází ke kontrastu péle a snahy dítěte s pocitem méněcennosti. Vliv na to mají dospělí, kteří chválí či kritizují, ale také vrstevníci, se kterými se jedinec srovnává. Velmi tak narůstá sebeuvědomění u dětí v tomto období. Sebeuvědomění se začíná odlišovat také u různých skupin lidí kolem dítěte, uvědomuje si, že v některé skupině se chová introvertně, v jiné naopak extrovertně. Zhruba od 7 let lze mluvit o tzv. hierarchické organizované a multidimenzionální struktuře, a to vede k vyšší stabilitě vědomí vlastní osobnosti (Poledňová, 2009, s. 14-15).

V období školního věku přicházejí konkrétní myšlenkové operace, a proto děti rozlišují své pocity a mluví o nich. Sami sebe kategorizují („jsem fotbalista“). Srovnávání s vrstevníky se vztahuje na hodnocení svého talentu a dovedností. „Jsem to, co dovedu“ je charakteristická věta toho věku (Fialová, Krch, 2012, s. 19).

Demo (1992, online) se domnívá, že pochopení těchto procesů v období dětského věku by mělo mít vysokou prioritu vzhledem k tomu, že během těchto let pravděpodobně vznikají celoživotní vzorce sebepojetí.

V období adolescence je sebepojetí ovlivněno několika faktory: biologické faktory, osobní zkušenosti, aktuální potřeby, interakce s rodiči, autoritami, vrstevníky a přáteli. Adolescentní věk se od školního liší především pubertou. Pohlavní dospívání je nedílnou součástí sebeuvědomování a sebehodnocení jedince, a to hlavně z oblasti názorů jeho vrstevníků (Macek, 2003, s. 27-28).

Lindsay, Dockrell a Palikara (2010, online) na základě své studie *Self-esteem of adolescents with specific language impairment as they move from compulsory education* uvádí, že školní sebepojetí žáků do šestnácti let je značně nižší, než je obvyklá norma. Po přechodu sedmnáctého roku života se sebepojetí stává stabilnějším. Je pravděpodobné, že na to může mít vliv opuštění povinné školní docházky a přechod na vysokou školu (popř. zaměstnání aj.).

### 4.3 MOŽNOSTI ZJIŠŤOVÁNÍ SEBEPOJETÍ

Pokud se chceme zaměřit na sebepojetí, je zapotřebí použít diagnostické nástroje, které vhodně vybereme k zachycení a zkoumání. Mezi tradiční metody výzkumu sebepojetí řadíme třídící techniky (Q-třídění užívané Rogersem aj.), sebesuzovací škály (kde se nachází jeden nebo dva póly s protikladnými významy), sledování reakčního času při odpovědi na podnětná slova, strukturované dotazníky, sebehodnotící škály – Rosenbergova škála sebehodnocení aj. (Blatný a Plháková in Orel, Obereigerů, Mentel, 2016, s. 23-24, online).

Při výzkumu vždy zohledňujeme věkové hledisko, protože ve vývoji dochází k mnoha změnám, v důsledku kterých probíhá postupné rozšiřování a prohlubování znalostí o sobě samém nebo uvědomování si sebe sama jako aktivního činitele. Proto je důležité si uvědomit, že ne všechny diagnostické testy jsou vhodné pro všechny bez rozdílu, např. pro děti mohou být příliš složité (Orel, Obereigerů, Mentel, 2016, s. 24, online).

Mezi standardizované diagnostické nástroje patří:

**Škála jasnosti vědomí** (*Self-Concept Clarity Scale*) od Campbella z roku 1996 obsahuje dohromady dvanáct položek, které hodnotí míru obsahů sebepojetí (jejich definování, konzistentnost a časovou stabilitu). Tento nástroj však nebyl validován v ČR (Blatný a kol. in Orel, Obereignerů, Mentel, 2016. s. 24, online).

**Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí** (SPAS – *Student's Perception of Ability Scale*) je původně dotazník F.J Boersmana a W. Chapmana z roku 1979. Standardizovaný v ČR je od roku 1987 Z. Matějčkem a M. Vágnerovou (Vágnerová, Klégrová in Orel, Obereignerů, Mentel, 2016. s. 24, online). Tato metoda zjišťuje, jakým způsobem dítě prožívá a hodnotí svůj vlastní výkon a jak vnímá své schopnosti (Žilinčík, Novotný, 2014, s. 3, online).

Metody používané pro hodnocení školní zdatnosti – **Academic Self-Efficacy** – tato škála hodnotí školní sebeúčinnost. Zakládá na myšlence A. Bandury z roku 1977, že úspěšnost dítěte v různých dimenzích školní zdatnosti (proces učení, čtení, porozumění, paměť, řízení času, vztah učitele a studenta, vztah mezi vrstevníky aj.) má vliv na celkovou sebeúčinnost (Gafoor, Ashraf, 2016, s. 2, online).

**The Students Self-Concept Scale** (SSCS) je další škálou, kterou lze měřit Self-koncept. Tento psychodiagnostický nástroj se využívá ke zjištění vlastní sebeúčinnosti na základě subjektivního hodnocení úkolu. Tato metoda je jedinečná ve zjišťování pocitů žáka při plnění úkolů, pravděpodobnost jejich výsledků a důležitost konkrétního úkolu pro žáka (Gresham, 1995, online).

**The Person and Academic Self-Concept Inventory** (PASCI) je vhodný pro středoškoláky a vysokoškoláky (Fleming, Whalen in Orel, Obereignerů, Mentel, 2016. s. 24, online).

Orel, Obereignerů a Mentel (2016, s. 25) se domnívají, že i přes tento výčet nejsou naše možnosti použití nástrojů hodnocení sebepojetí dostatečné. Využití nástrojů má své limity, např. z důvodu nepředvedení na naší populaci.

Obereignerů (2017, s. 25) zmiňuje **Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2** (PHCSCS-2). Tento dotazník obsahuje 60 položek, ve kterých děti a adolescenti

sebehodnotí, jak se vnímají (podtitul – The way I feel about myself) a je určen pro děti od 9 do 18 let.

#### **4.4 ZDROJE SEBEPOJETÍ V MLADŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU**

##### **Rodina a sebepojetí**

Od narození do šesti let má nejsilnější vliv na sebepojetí dítěte jeho rodina. Dítě hodnotí veškeré chování svých rodičů jako prostředek pro sebehodnocení – jejich výraz ve tváři, gestikulaci, chování (Satir, 1994, s. 30-31).

Partnerské pouto rodičů, vztah rodič-dítě či vztahy se sourozenci jsou silně rozhodující. S pocitem, že musí dítě bojovat o moc, pociťuje nedůvěru, manipulaci, násilí a další patologické jevy, se neuspokojují základní lidské potřeby, má strach, cítí nejistotu a vzniká negativní sebepojetí.

I výchova je podstatnou složkou. Může být příliš tvrdá, to se na dítě vyvíjí neúnosný tlak kvůli nepřiměřeným požadavkům rodičů, jeho úspěchy jsou brány jsou samozřejmě, a tak není pochváleno, při neúspěchu naopak přichází trest. Naproti stojí měkká výchova, která je ve své podstatě liberální, rodiče dítě rozmazlují. Uprostřed stojí nejednotná výchova rodičů, která u dítěte způsobuje zmatek a následkem je manipulování s rodiči (Holeček, 2014, s. 152).

Kdežto v pozitivní atmosféře vzkvétá pozitivní sebepojetí. V harmonické rodině je respektována jeho individuální odlišnost, dostává se mu potřebné lásky, jeho chyby jsou důležité pro budoucí úspěch, komunikuje se otevřeně, pravidla jsou flexibilní a zároveň nechybí zodpovědnost a upřímnost (Satir, 1994, s. 31-32).

Ekonomický a sociální stav rodiny považujeme za další činitel sebepojetí. Hovoříme o nízkém společenském postavení rodiny, jejich finančních možnostech, ale také o rodinách, které žijí v relativním blahobytu. Dítě ze sociálně dobře postavené rodiny může být zvyklé, že si může koupit cokoli za peníze, ale pak zjistí, že např. přízeň nebo úspěch nejsou determinovány penězi.

V neposlední řadě zmíníme postavení dítěte v rodině. Rodiče mohou, ač neúmyslně, dítě postavit do pozice nechtěného dítěte. Tento problém nastává v okamžik, kdy se nenarodí vytoužené pohlaví. Ale také když se narodí sourozenec. Prvorozené dítě se může cítit

nedostatečně, protože všechna pozornost jde novorozenci (druhorozenému) a následkem může být vývojová regrese, tedy starší dítě vyžaduje péči jako mladší dítě (Holeček, 2014, s. 152).

#### **Škola, učení a sebepojetí**

S nástupem do školy už není rodina jediným činitelem dětského sebepojetí. Přestože rodina stále obsazuje přední příčky, škola dokáže nově zesílit nebo snížit pocit vlastní ceny, který s dítětem přichází z domova (Satir, 1994, s. 31).

Sebepojetí ve školním prostředí ovlivňuje motivaci, ochotu vyvinout úsilí, ale také strach z neúspěchu. Jakmile je motivace dítěte vyvíjena kladným směrem, pak se jedinec posuzuje kladně v oblasti svých schopností. Značně ovlivňuje i to, jak žák ve škole vnímá probíranou látku, kterou si osvojuje. Sebepojetí takového žáka je diferenciováno pod vlivem školy. Značnou váhu v má pozitivní začátek školní docházky, výsledky žákovy práce, jejich klasifikace a vztah učitel-žák. Sebehodnocení žáka ovlivňuje školní výkon a zároveň postoj rodiny k tomuto výkonu.

Pokud dítě zažívá ve škole převážně úspěchy, pramení z nich i pozitivní sebehodnocení. Převažují-li neúspěchy, sebedůvěra může být snížena. Úspěchy a neúspěchy jsou relativní vzhledem k pohledu rodičů a učitele dítěte. Posudek autority, především rodiče, bývá subjektivně zabarvený a jeho interpretace je v této situaci klíčová. Pro dítě je však důležitý i pohled učitele, který by, vzhledem ke své profesi, měl být objektivnější než rodiče (Vágnerová, 2001, s. 201-203). Ten dokáže ovlivňovat sebedůvěru dětí poskytováním příležitostí k úspěchu povzbuzováním a důvěrou v jejich schopnosti (Fontana, 2003, s. 152). Mínění učitele je pro dítě velmi podstatné v mladším školním věku, s rostoucím věkem ubývá z žákovi strany na hodnotě učitelova názoru (Vágnerová, 2001, s. 203).

Děti, které mají vysoké sebevědomí, dosahují soustavně lepšího výkonu oproti dětem s nízkým sebevědomím. Děti s vyšším sebevědomím mají tendenci si zvolit vyšší cíle, nelpí na hodnocení dospělých a umí racionálně zhodnotit své schopnosti (Fontana, 2003, s. 152).

### **Vrstevnická skupina a sebepojetí**

Miklánková, Pugnerová a Rehtik (2021) uvádí, že sociální skupina, jíž je dítě členem, je důležitým faktorem pro utváření sebepojetí dítěte v mladším školním věku. Tzv. parta je sdružení dětí ve skupině, ve které chce dítě být členem a nechce se od své skupiny separovat. Markantních rozdílů si můžeme povšimnout u chlapeckých a dívčích skupin. Chlapecké skupiny většinou mají svého vůdce, kterého následují. Pokud se ke skupině přidá někdo nový, není brán jako hrozba pro stávající přátelství a popularitu. V dívčích skupinách nelze vždy dobře odhadnout jejich hierarchii. Dívky se snaží udržovat atmosféru rovnosti, takže své konflikty následně řeší nepřímo, a to pomluvou, žalováním, intrikami a přesvědčováním - pokud je přátelství (popularita) ohrožena novou kamarádkou, jsou tyto tendence velmi silné.

Pro dítě může být velmi nepříjemné srovnávání s vlastními vrstevníky, hlavně s těmi úspěšnějšími, které dítěti rodiče nevhodně předkládají (Holeček, 2014, s. 153). Pro samotné děti je přirozené se srovnávat s ostatními. Dítě se se nesrovnává ani se staršími, ani s mladšími, protože si je vědom odlišnosti v úrovni schopností, výkonů apod. Srovnává se stejně starými spolužáky, kde hrozí při dlouhodobých horších výsledcích k negativně ovlivněnému sebehodnocení (Vágnerová, 2001, s. 202-203). Žák se ale nenechá ovlivňovat pouze srovnáním výsledků s vrstevníky, ale i jejich názory (Vágnerová, 2001, s. 205).

### **Zdravý životní styl, nedostatky organismu a sebepojetí**

Pokud dítě pociťuje nedostatky vlastního organismu, byť domnělé, stávají se příčinou negativního sebepojetí. Hovoříme o tělesném nebo smyslovém postižení, častých nemocech, nespokojenosti s vnějším aspektem vlastního těla, tedy tvar nosu, barva vlasů aj. (Holeček, 2014, s. 152).

Člověk v průběhu svého života nahlíží různě na vlastní tělo, tedy jeho hodnocení se časem odlišuje. Naše sebepojetí není ovlivněno pouze věkem, ale také např. prostředím nebo kulturou. Celkové sebepojetí je nejvíce ovlivněno právě naším tělem. V tělesném sebepojetí existují tři základní složky, a to jeho vzhled, zdatnost a zdraví. Mezi muži a ženami jsou velké rozdíly. Ženy bývají zpravidla více kritické vůči vlastnímu tělu, a proto i méně spokojené samy se sebou (Fialová, Krch, 2012, s. 28-33).

Vztah k vlastnímu tělu se označuje jako *body image* (BI). Poruchy BI můžeme pozorovat u adolescentů, ale také v řadách dětí předškolního věku. Dítě předškolního věku je schopno popsat svůj vzhled a označit, co má na svém těle rád. Již ve čtyřech letech umí děti odlišit figury panenek na základě jejich tělesných rozměrů (hubené, středně silné a obézní). Při sledování těchto dětí docházelo i k výběru „kamaráda“ ve vztahu k jeho tělesným proporcím. Ukázalo se, že chlapci mají tendenci si vybírat kamaráda, který je středních (normálních) rozměrů a dívky si vybíraly štíhlé (ale ne hubené) kamarádky. Věkem se u dětí zvyšovala averze vůči obézním figurám (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 62-63).

Začlenění mezi vrstevníky je zdrojem sebepojetí, a proto existuje jistá souvislost nadváhy (popř. obezity) a nízké fyzické aktivity s příčinou nezačlenění do skupiny vrstevníků dítěte. Děti s obezitou si často nemohou osvojit pohybové dovednosti, to má za následek nepřijetí skupiny. U dítěte můžeme v některých případech pozorovat snížení aktivity a negativní odraz na negativním sociálním a emocionálním vývoji (Miklánková, Pugnerová, Rehtik, 2021, s. 48).

Jelikož naše tělo ovlivňuje naši mysl, tak lidé, kteří předpokládají špatné věci na sebe tuto negativitu přenášejí a promítá se jim do každodenního života. Jejich obranným mechanismem je izolace, která vytváří apatii a lhostejnost k vlastní osobě. Tito lidé se vnímají jako oběť. Podceňují a ponižují se, ale zároveň mají tento přístup i k ostatním. S okolním světem se objevují psychologické bariéry, kvůli kterým dochází k izolaci, nedůvěře a strachu. Přichází o odvahu hledat nová možná řešení svých problémů, neboť mají zkreslený pohled na svůj život. Vážným důsledkem se potom stává závislost na drogách a alkoholu, popř. dojde k jinému úniku (Satir, 1994, s. 29).



## 5 ÚROVEŇ SEBEPOJETÍ

### 5.1 CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY

V teoretické části této práce se zabýváme narušenou komunikační schopností, blíže popisujeme konkrétní NKS z pohledu terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiky, terapie, prognózy a prevence. Další kapitola je věnována sebepojetí, jeho ontogenezi, možnostem zjišťování a zdrojům sebepojetí v mladším školním věku.

Ve výzkumné části prozkoumáváme souvislost školního sebepojetí a narušené komunikační schopnosti u žáků na prvním stupni základní školy. U dětí na prvním stupni ZŠ budeme pozorovat úroveň školního sebepojetí, a zda děti s narušenou komunikační schopností mají nižší školní sebepojetí než žáci bez narušené komunikační poruchy. Školní sebepojetí zkoumáme z šesti hledisek: obecné schopnosti, matematika, čtení, pravopis, psaní a sebedůvěra. Úroveň školního sebepojetí budeme porovnávat nejen mezi žáky s narušenou komunikační schopností a žáky bez tohoto deficitu, šetření nám ukáže také rozdíly mezi jednotlivými školami, třídami a také mezi mužským a ženským pohlavím.

#### Cíle práce a výzkumná oblast

Hlavním cílem výzkumu je zjistit úroveň školního sebepojetí žáků mladšího školního věku, kteří mají narušenou komunikační schopnost a porovnat ji s úrovní školního sebepojetí žáků, kteří narušenou komunikační schopnost nemají.

Stanovili jsme si výzkumné otázky, kterými jsme se blíže zabývali. Výzkumné otázky zněly:

- Existují rozdíly mezi školním sebepojetím žáků s NKS a žáků bez ní?
- V jakých složkách školního sebepojetí se případné rozdíly mezi žáky s NKS a bez NKS projevují?

Pro tento výzkum byly stanoveny následující věcné hypotézy:

H1: Žáci s narušenou komunikační schopností budou oproti žákům bez narušené komunikační schopnosti vykazovat nižší hodnoty v oblasti školního sebepojetí.

H2: Žáci s narušenou komunikační schopností budou vykazovat oproti žákům bez narušené komunikační schopnosti nižší hodnoty zejména v oblastech čtení, pravopisu a psaní.

H3: Úroveň školního sebepojetí žáků s narušenou komunikační schopností souvisí s ročníkem ZŠ.

H4: Rozdíly školního sebepojetí mezi žáky s narušenou komunikační schopností a žáky bez narušené komunikační schopnosti budou patrné u chlapců a u dívek.

## 5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvořily děti od druhé do páté třídy základní školy. Zaměřili jsme se na děti s narušenou komunikační schopností, ty tvořily výzkumnou skupinu. Kontrolní skupinu tvořily děti bez narušené komunikační schopnosti. Celkově bylo testováno 258 dětí, z toho 37 s narušenou komunikační schopností a 221 bez narušené komunikační schopnosti. Cílovou populací se mohou stát žáci běžných základních škol v České republice. Výsledky našeho výzkumu lze generalizovat na všeobecnou populaci dětí od druhé do páté třídy základní školy na území České republiky.

### Výběr výzkumného souboru

Z důvodu ochrany osobních údajů a na žádost ředitelů základních škol uvedeme pouze kraje, ve kterých sídlí oslovené školy. Tyto školy budou dále označovány pod čísly 1-4 (5.-7. škola do výzkumu nebyla zařazena).

Výběr výzkumného souboru proběhl oslovením 7 základních škol z jihozápadu Čech. V Jihočeském kraji byly osloveny celkem 4 základní školy a z Plzeňského kraje byly 3 školy. Z původních 7 škol probíhal sběr dat na 5 školách, výzkumu se ale mohly zúčastnit pouze 4 školy. Byla vyřazena škola z Plzeňského kraje z důvodu přerušení komunikace ze strany školy. Dále pak byly vyřazeny 2 školy z Jihočeského kraje, první kvůli zamítnutí ze strany vedení, druhá kvůli neúplnosti vyplnění dotazníků. Dále byly vyřazeny některé třídy či jednotlivci, kteří dotazník vyplnili nedostatečně. Ze všech oslovených škol bylo vyřazeno celkem 387 respondentů kvůli neúplnosti odpovědí.

Komunikace probíhala skrz oslovení vedení škol a s následným souhlasem byl do těchto škol zaslán požadovaný počet dotazníků. Vedení školy kromě dotazníků obdrželo navíc podrobné instrukce, jak dotazníky správně vyplnit a roztřídit. Vedení školy předalo dotazníky třídním učitelům, kteří během vyučování tyto dotazníky rozdali svým žákům. Dotazníky byly rozdány pouze do tříd s alespoň jedním dítětem s NKS. Podmínkou tedy bylo, aby alespoň jeden z žáků v dané třídě měl opožděný vývoj řeči, vývojovou dysfázii,

afázii, mutismus, rinolalii, palatolalii, breptavost, koktavost, dysartrii, dyslalii, dysfonii nebo afonii. Samotní žáci uváděli pouze své pohlaví a odpovídali na 48 uzavřených otázek. Vyučující po opětovném vybrání dotazníků od žáků specifikoval žáky s narušenou komunikační schopností – jejich poruchu napsal na horní část papíru. Vyučující označili dotazníky konkrétní třídou a předali zpět vedení. Vedení tyto dotazníky předalo řešitelce. Výjimkou byla jedna ze škol z Plzeňského kraje, kde pracuje řešitelka, ta zde dotazníky rozdala žákům osobně. Dotazníky vyplňovali žáci druhých až pátých tříd prvního stupně ZŠ.

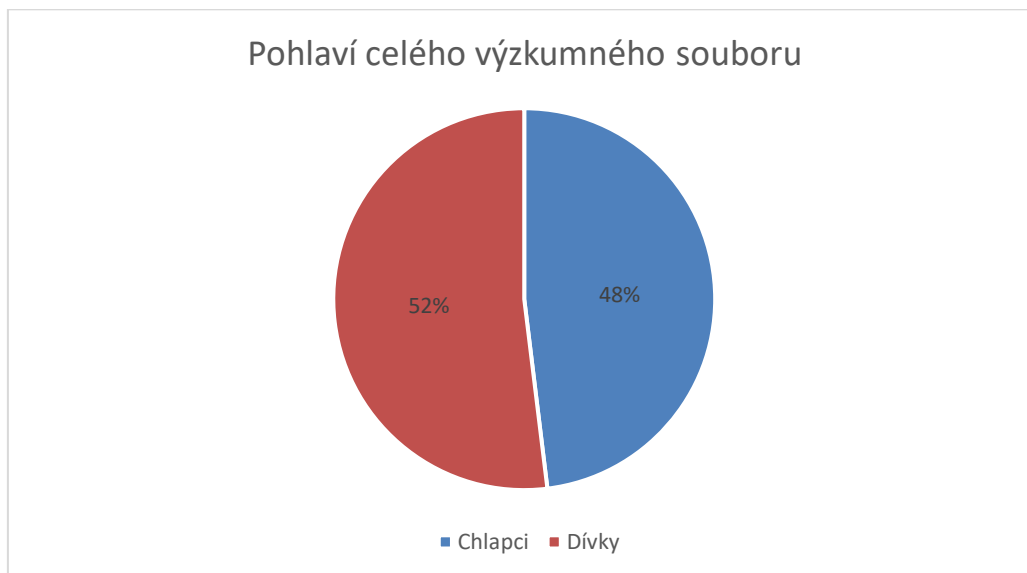
### **Charakteristika výzkumného souboru**

Na výzkumu se podílely 4 školy, z toho 14 tříd: 1x druhý ročník, 4x třetí ročník, 5x čtvrtý ročník a 4x pátý ročník. Celkem se zúčastnilo 258 dětí, z toho 124 chlapců a 134 dívek. 221 je počet běžných žáků a 37 je počet žáků s narušenou komunikační schopností. O všech respondentech je nám známo jejich pohlaví, škola, třída a porucha. Respondenti jsou rozděleni do dvou skupin, a to do výzkumné a kontrolní. Do výzkumné skupiny patří žáci s narušenou komunikační schopností a do skupiny kontrolní patří žáci bez narušené komunikační schopnosti.

### Pohlaví dítěte

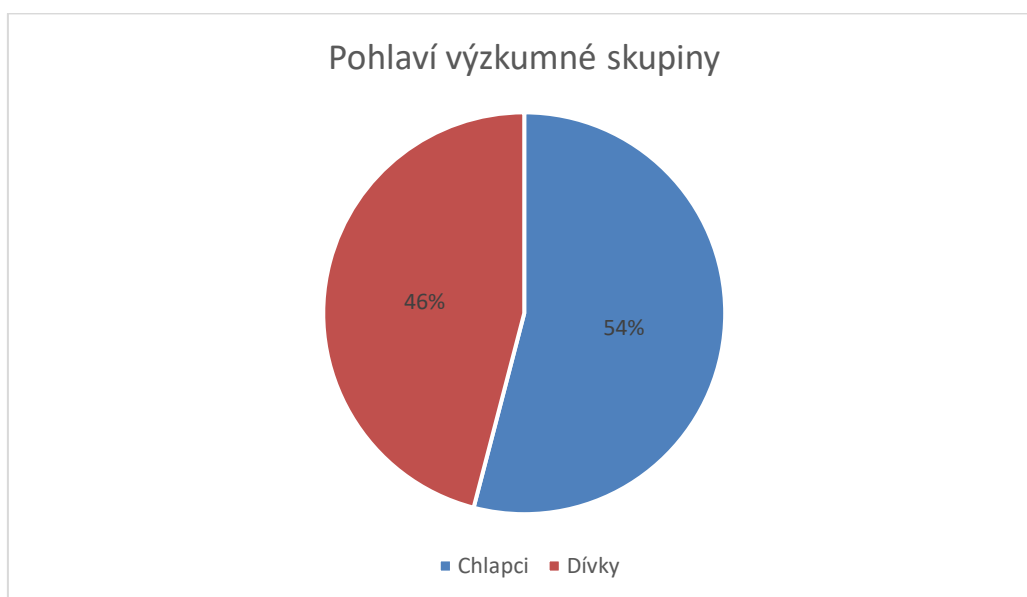
Výzkumný soubor tvořili dívky a chlapci. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 134 dívek a 124 chlapců. Zastoupení pohlaví bylo téměř totožné, což ukazuje Graf 1.

**Graf 1. Pohlaví celého výzkumného vzorku (n=258)**



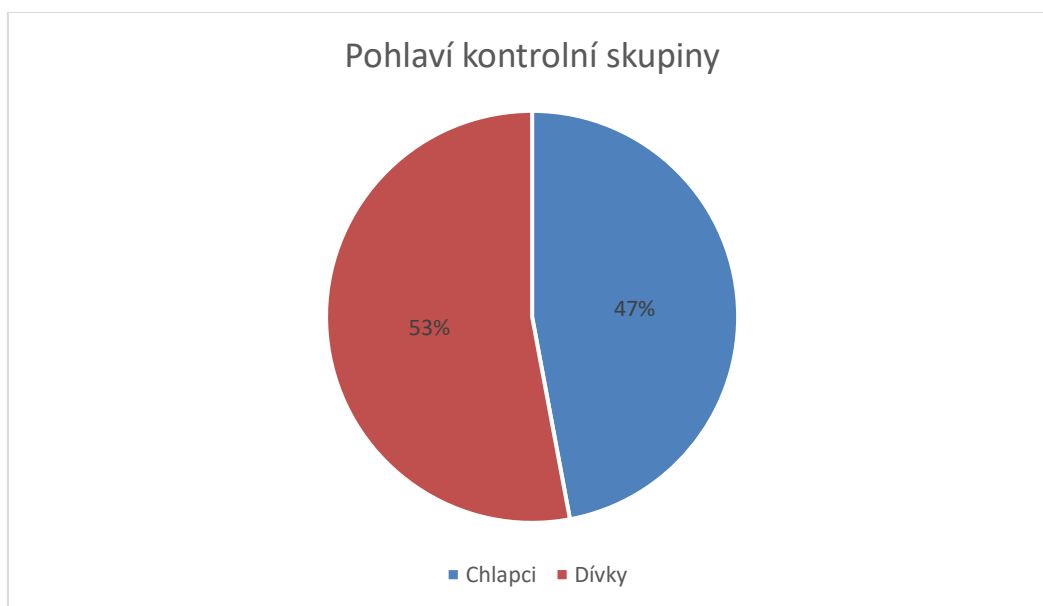
Z celkového počtu 258 respondentů bylo 37 žáků s NKS. Konkrétně se zúčastnilo 17 dívek a 20 chlapců. Zastoupení obou pohlaví bylo opět relativně vyrovnané, což můžeme vidět v Grafu 2, který je uveden níže.

**Graf 2. Pohlaví výzkumné skupiny (n=37)**



Součástí testování byla také kontrolní skupina, tedy děti bez NKS. Tento vzorek obsahuje celkem 221 žáků. Zastoupení dívek z tohoto vzorku činilo 117 a chlapců 104. Rozložení obou pohlaví je vyobrazeno v Grafu 3. Opět si můžeme všimnout, že rozložení chlapců a dívek je téměř vyrovnané.

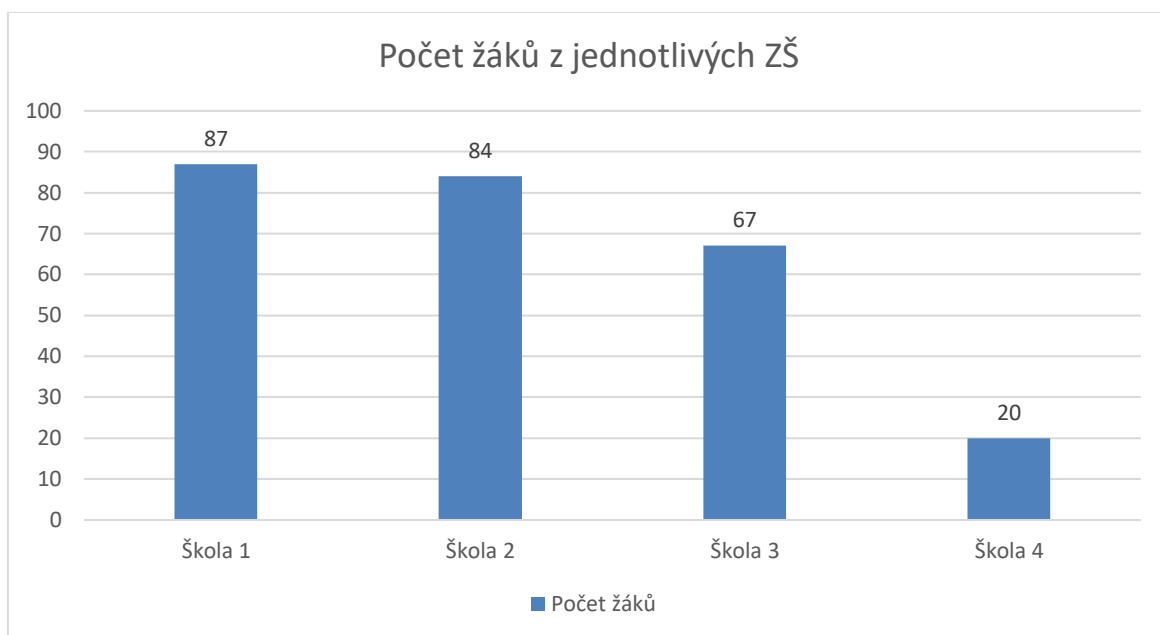
**Graf 3. Pohlaví kontrolní skupiny (n=221)**



### Zastoupení tříd

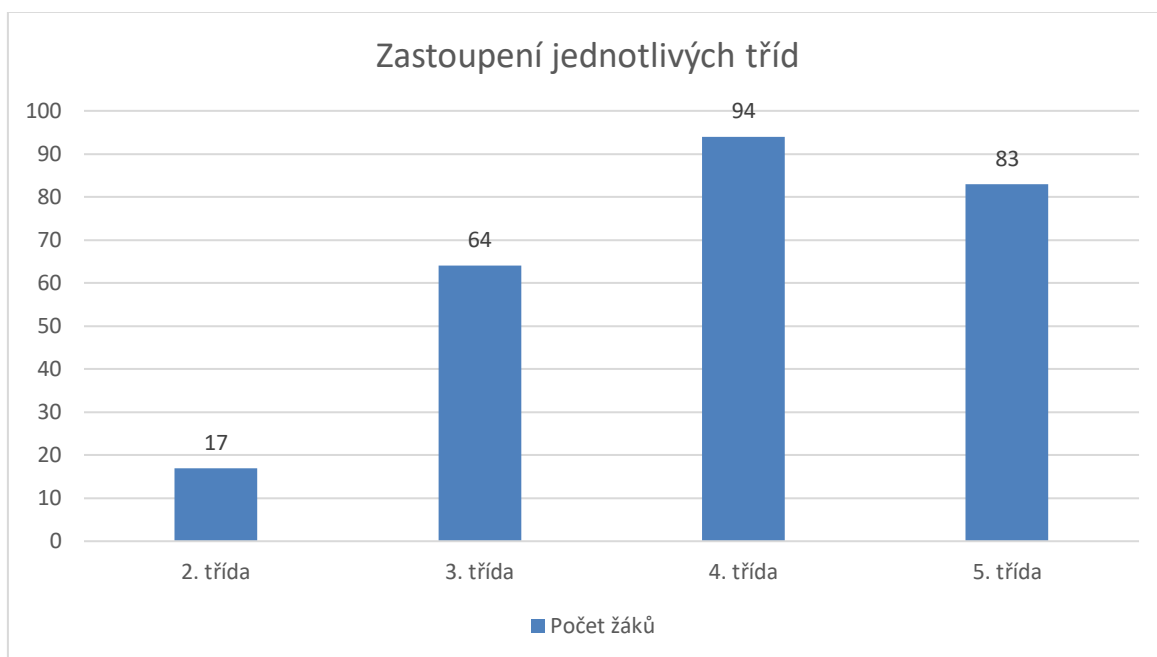
Výzkumu se zúčastnily celkem 4 základní školy. Z níže uvedeného grafu je patrné, že první tři ZŠ měly ve výzkumu poměrně vysokou účast. Oproti tomu se ze čtvrté ZŠ zapojilo pouze 17 žáků.

**Graf 4. Počet žáků z jednotlivých ZŠ (n=258)**



Výzkumu se zúčastnilo celkem 14 tříd. Nejvyšší zastoupení měly čtvrté ročníky s celkovým počtem 5 tříd. Nejmenší zastoupení měl na výzkumu druhý ročník, jenž se zúčastnil pouze jeden. Třetí a čtvrté ročníky měly totožné zastoupení, tedy 4 třídy. Níže uvedený graf vykresluje počet žáků z jednotlivých ročníků.

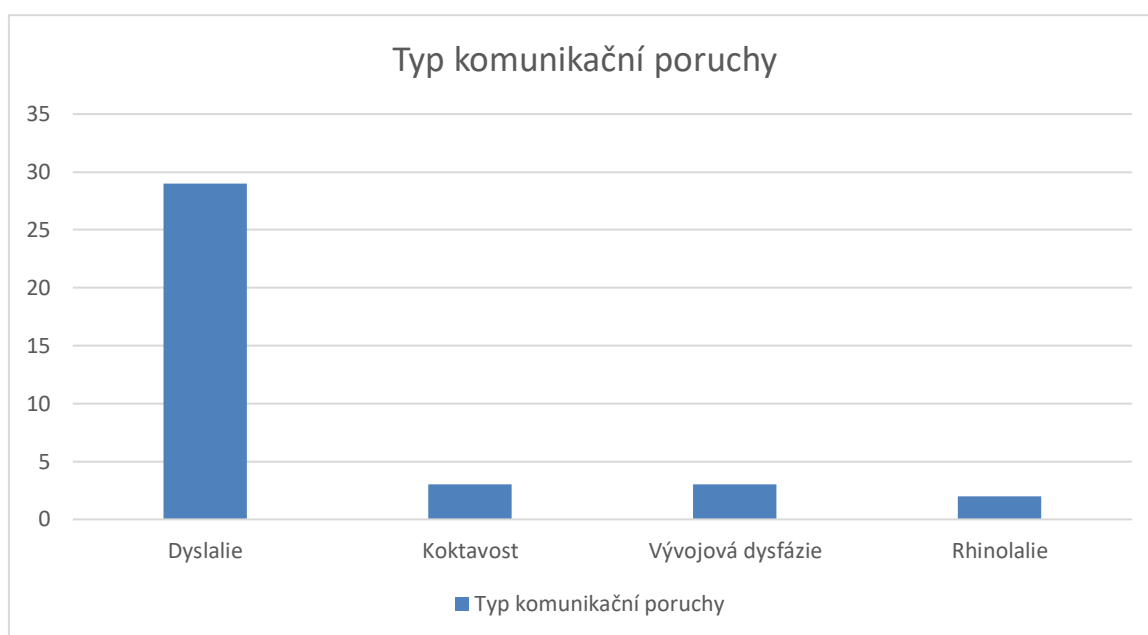
**Graf 5. Zastoupení jednotlivých tříd (n=14)**



### Narušená komunikační schopnost

Z celkem 258 respondentů se zúčastnilo 37 žáků s narušenou komunikační schopností a 221 žáků bez narušené komunikační schopnosti. U dětí s NKS převažovala dyslalie, která se objevuje u 29 respondentů, následovala koktavost a vývojová dysfázie se stejným počtem 3 respondentů. U 2 respondentů byla zjištěna rhinolalie. Tuto skutečnost potvrzuje i Graf 6.

**Graf 6. Typ komunikační poruchy**



### 5.3 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A DÍLČÍCH METOD

V této kapitole najdeme přehled o zvoleném typu výzkumu a metodách, které byly využity ke sběru, zpracování a analýze dat. V závěru se zabýváme etickými otázkami výzkumu, možným rizikům a jejich řešením.

#### Typ výzkumu

Zvolili jsme kvantitativní typ výzkumu z důvodu povahy cílů výzkumné práce a metodologického rámce. V této práci se snažíme kvantitativně vyjádřit a zkoumat psychickou realitu a pochopit dynamiku souhry vybraných komponent osobnosti, konkrétně se jedná o školní sebepojetí školní úspěšnosti žáků.

Kvantitativní typ výzkumu je konfirmatorní a často má deduktivní charakter. Z hlediska optiky a zkoumání si je třeba uvědomit nemožnost zachycení celé podoby



mnohorozměrnosti zkoumaného objektu. Z tohoto důvodu si výzkumník vybírá pouze určité aspekty, které pečlivě studuje. Data v tomto typu výzkumu mívají číselnou podobu (Ferjenčík, 2010, s. 245).

U kvantitativního výzkumu se setkáme s využitím náhodných výběrů, experimentů nebo silně strukturovaného sběru dat prostřednictvím testů, dotazníků či pozorování. Za pomoci měření zjišťujeme konstruované koncepty, dále analyzujeme získaná data statickými metodami, které máme za cíl explorovat, popisovat či ověřovat pravdivost našich představ. Významná je jednoznačně validita, tzn. měří se opravdu to, co se měřit má. Kvantitativní výzkum lze rozdělit do dvou skupin, a to na experimentální a neexperimentální. V našem případě je využita druhá varianta, tedy kvantitativní výzkum neexperimentální. Ten je specifický v tom, že na rozdíl od experimentálního neovlivňuje výzkumník situaci, podmínky nebo zkušenosti jedinců, kteří jsou součástí výzkumu (Hendl, 2016, s.42-43).

Kvantitativní typ výzkumu s sebou nese také své přednosti a nevýhody. Mezi největší přednosti můžeme jistě zahrnout zobecnění na danou populaci, sběr dat je relativně rychlý a přímočarý, dočkáme se přesných dat a výsledky nejsou závislé na výzkumníkovi. Nevýhody se projevují, pokud výzkumník opomene fenomény, na které se nesoustředí, také je omezen reduktivním způsobem získávání dat aj. (Hendl, 2016, s.45).

### **Metody sběru dat**

Tato kapitola se věnuje zvoleným metodám, které byly využity pro náš kvantitativní výzkum. Volili jsme psychodiagnostickou dotazníkovou metodu. Konkrétně hovoříme o standardizovaném testu sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS – *Student's Perception of Ability Scale*) dle Zdeňka Matějčka a Marie Vágnerové. Dále se zaměřuje na průběh sběru dat, který probíhal ve čtyřech základních školách v Jihočeském a Plzeňském kraji.

- **Rozhovor**

V první řadě jednala řešitelka s vedením škol a vyučujícími. Vedení školy bylo informováno, jaké jsou cíle dotazníků, dále sdělila, jak bude zacházet s citlivými údaji žáků a školy. Pokud vedení souhlasilo s rozdělením dotazníků do jejich školy, dostalo se jim podrobného vysvětlení průběhu celého šetření.

- **SPAS**

Při šetření byl využit dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS), díky kterému lze vyhodnotit postoj žáků na prvním stupni ZŠ k vlastnímu školnímu výkonu. Obsahuje 48 uzavřených otázek, které jsou rozděleny na 6 oblastí, a to na obecné schopnosti, matematiku, čtení, pravopis, psaní a sebedůvěru.

### **Průběh a organizace sběru dat a jejich vyhodnocení**

Průběh sběru dat probíhal v březnu a dubnu roku 2024. Školy byly náhodně vybrány a osloveny prostřednictvím e-mailu. Po zpětné reakci řešitelka navštívila nebo telefonicky kontaktovala vedení školy. Podrobně vysvětlila záměr a cíle svého šetření.

Při samotném šetření byli nejprve identifikováni žáci s NKS v jednotlivých třídách. Podle počtu všech žáků ze tříd s alespoň jedním žákem s narušenou komunikační schopností byl do školy zanesen odpovídající počet dotazníků. Ty byly rozděleny mezi konkrétní učitele, kteří dotazníky rozdali během vyučování. Dle instrukcí každý žák na dotazník napsal své pohlaví a odpověděl na 48 uzavřených otázek. Vyplnění žákům zabralo 20-30 minut. Učitel dotazníky posléze vybral a specifikoval žáky s NKS, jejich poruchu (popř. příznaky) vepsal přímo do dotazníku. Dotazníky označil třídou a odnesl řediteli či zástupci školy. Vedení školy kontaktovalo řešitelku, která si dotazníky ve škole vyzvedla.

Výjimkou byla jedna ze škol v Plzeňském kraji, kde se svolením vedení školy řešitelka osobně dotazníky ve třídách zadala i vybrala. Všechny dotazníky byly následně shromážděny a rozděleny dle škol a tříd.

### **Statistické zpracování**

Řešitelka získaná data o žácích prvního stupně přepsala do aplikace Microsoft Excel. Do aplikace přepsala vše, co o žácích víme, tedy jejich pohlaví, ročník, číslo školy, poruchu a odpovědi na jednotlivé otázky. Tyto odpovědi rozdělila dle oblastí (obecné schopnosti, matematika, čtení, pravopis, psaní a sebedůvěra), kam zapsala součet získaných bodů. V daných oblastech byl vždy určen průměr a směrodatná odchylka získaných bodů. Obdobně postupovala u dalšího zkoumání (dle škol, tříd, pohlaví ad.).

Pro vyhodnocení dat jsme využili test o shodě dvou rozptylů (F-test), který byl pro nás výchozím při výběru vhodného t-testu. My jsme zvolili douvýběrový t-test vzhledem

k povaze našeho šetření, pomocí kterého jsme porovnali průměry dvou nezávislých vzorků (žáci s NKS a žáci bez NKS). Cílem bylo zjistit, zda mezi dvěma vzorky existuje významný rozdíl.

F-test je statistická metoda, která je určena k porovnání rozptylů dvou souborů. To nám umožňuje posoudit, zda oba soubory vykazují přibližně stejný rozptyl náhodné veličiny, kterou sledujeme. Tento test je často používán jako předpoklad pro provádění dalších analytických testů (v našem případě t-test). Nulová hypotéza ( $H_0$ ) u F-testu prohlašuje, že rozptyly obou skupin jsou stejné, zatímco alternativní hypotéza ( $H_1$ ) tvrdí, že se rozptyly liší. Hodnota F-statistiky se vypočítá jako poměr většího rozptylu k menšímu rozptylu skupin. Abychom mohli rozhodnout o platnosti nulové hypotézy, srovnáme hodnotu realizace statistiky F s kvantily F rozdělení, které přísluší hladině významnosti testu, parametrům a zvolené alternativě. Určujeme p-hodnotu. Pokud je p-hodnota nižší než naše hladina významnosti, nulová hypotéza je zamítnuta, což naznačuje, že rozptyly mezi skupinami se statisticky významně liší (Holčík, 2015).

Dvouvýběrový t-test je statistická metoda používaná k porovnání dvou nezávislých výběrů, která testuje, jestli náhodné výběry pochází z rozdělení se středními hodnotami, jejichž rozdíl je konstanta  $C$ . Cílem je zjistit, zda mezi nimi existuje statisticky významný rozdíl. Test je založen na předpokladu normality rozdělení pravděpodobnosti obou náhodných výběrů. Nulová hypotéza ( $H_0$ ) tvrdí, že rozdíl mezi průměry skupin je nulový. Alternativní hypotéza ( $H_1$ ) předpokládá, že tento rozdíl není nulový. Test spočívá ve výpočtu t-statistiky, která je poté porovnána s teoretickým rozdělením t, aby se určila p-hodnota. Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti (například 0.05), nulová hypotéza je zamítnuta, což naznačuje statisticky významný rozdíl mezi (Holčík, 2015).

## 5.4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Tato kapitola obsahuje vyhodnocení získaných dat od žáků prvního stupně ZŠ pomocí tabulek a grafů, které nám umožňují přehledně nahlédnout do problematiky a vzájemně porovnat výsledné hodnoty.

### Popisná statistika

Z tabulky 1. můžeme vyčíst, že žáci s NKS mají nejnižší úroveň sebepojetí v oblasti obecných schopností, kde zároveň dochází k nejmenším rozdílům ve výsledcích, což lze vyčíst ze směrodatné odchylky, která je nejnižší právě v této oblasti. Stejné skutečnosti si lze povšimnout i u žáků bez NKS. Jejich průměrná úroveň sebepojetí v oblasti obecných schopností je však vyšší, než je tomu u žáků s NKS. Jako o protipólu můžeme mluvit o matematických schopnostech, kde žáci s NKS a žáci bez NKS dosáhli nejvyššího průměrného počtu bodů. U těchto oblastí je ovšem také poměrně vysoká směrodatná odchylka, z čehož vyplývá, že ve výsledcích budou větší rozdíly, než tomu bylo v první zmíněné kategorii. Rozdílu si lze povšimnout rozdílů mezi skupinami v oblasti čtení, pravopisu a psaní, kde žáci bez NKS dosahují vyšších průměrných výsledků.

**Tab. 1. Průměr a směrodatná odchylka - celý výzkumný soubor**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,49	1,97	3,43	2,25
<b>Matematika</b>	4,84	2,57	5,54	2,34
<b>Čtení</b>	3,16	2,27	4,75	2,52
<b>Pravopis</b>	3,38	2,52	4,57	2,59
<b>Psaní</b>	3,65	2,24	4,83	2,45
<b>Sebedůvěra</b>	3,65	2,2	4,48	2,29

V tabulce 2. si lze všimnout, že ve škole č. 1 je nejnižší úroveň školního sebepojetí žáků s NKS v oblasti obecných schopností a pravopisu, na prvních příčkách se pak drží oblast matematiky a psaní se stejným průměrem. U obecných schopností si také lze povšimnout, že směrodatná odchylka je nejnižší z celé tabulky, tím pádem budou ve výsledcích minimální rozdíly, což jenom potvrzuje fakt, že jsou si žáci v této oblasti skutečně nejistí. Žáci bez NKS si jsou nejjistější v oblasti čtení, obecné schopnosti jsou opět na posledním místě. U čtení zaznamenáváme i nejnižší směrodatnou odchylku, což dokazuje, že čtení patří u velké části žáků k nejjistější oblasti. Opačný případ můžeme vidět u žáků s NKS, kteří řadí čtení, po obecných schopnostech, k nejméně jistým oblastem.

**Tab. 2. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 1**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	1,3	1,63	3,5	2,31
<b>Matematika</b>	3,7	2,79	5,21	2,51
<b>Čtení</b>	2,1	2,08	5,23	2,25
<b>Pravopis</b>	1,7	1,05	4,7	2,54
<b>Psaní</b>	3,7	2,26	5,13	2,45
<b>Sebedůvěra</b>	2,7	2,11	4,1	2,3

Tabulka č. 3 se zabývá druhou analyzovanou školou. Zde se děti s NKS cítí nejlépe v řešení matematických úloh, jak dokazuje nejvyšší průměr bodů. V této kategorii je ovšem směrodatná odchylka rovněž nejvyšší, takže můžeme v bližším zkoumání vidět větší rozdíly mezi jednotlivými žáky. Matematika patří k nejjistějším oblastem i u dětí bez NKS. V této skupině se k tomu přidává také čtení, kde děti „získaly“ totožný průměrný počet bodů. V poslední zmíněné oblasti zaznamenáváme i největší hodnotu směrodatné odchylky, z čehož rezultuje, že ve výsledcích dětí u této disciplíny budou vyšší rozdíly, než např. u obecných schopností, kde má směrodatná odchylka naopak nejnižší hodnotu. Opak je pravdou u výzkumné skupiny, kde se čtení objevuje na nejnižších příčkách.

**Tab. 3. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 2**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	3,14	1,92	3,39	2,21
<b>Matematika</b>	5,43	2,64	5,67	2,35
<b>Čtení</b>	3,29	2,22	5,67	2,56
<b>Pravopis</b>	3,79	2,6	4,24	2,61
<b>Psaní</b>	3,79	2,37	4,36	2,5
<b>Sebedůvěra</b>	4,43	2,03	4,32	2,32

Na základní škole č. 3 dospěli žáci k nejvyššímu průměrnému bodovému hodnocení v oblasti matematických úloh. To platí u respondentů z obou kategorií, tedy s NKS i bez NKS. Jak lze vyčíst z hodnot směrodatné odchylky, které se v obou případech pohybují kolem hodnoty 2, odchýlení hodnot od průměru může být vyšší. V této škole se žáci poprvé cítí méně jistí v psaní než ve čtení, velký rozdíl mezi těmito dvěma skupinami však není.

**Tab. 4. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 3**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,45	1,97	3,59	2,13
<b>Matematika</b>	4,81	2,21	5,7	2,11
<b>Čtení</b>	3,55	2,46	4,77	2,76
<b>Pravopis</b>	4,09	2,84	5,16	2,55
<b>Psaní</b>	3,45	1,97	5,39	2,09
<b>Sebedůvěra</b>	3,55	2,06	5,16	2,13

Nejvyššího průměrného bodového hodnocení ze všech základních škol dosáhli žáci na čtvrté ZŠ. Průměrné hodnocení 5,7, jehož respondenti s NKS dosáhli v oblasti matematických úloh, je nejvyšší ze zaznamenaných výsledků u dětí s NKS (stejně průměrné hodnocení měli na předchozí ZŠ také žáci bez NKS, rovněž v oblasti matematiky). Směrodatná odchylka v tomto vzorku také není nikterak vysoká, takže můžeme hovořit o disciplíně, která je skutečnou doménou daných žáků. Ještě o pár desetin vyšší průměrné hodnocení „získali“ žáci bez NKS, a také u matematických úloh. Co se směrodatné odchylky týče, tak v dané oblasti má vůbec nejnižší hodnotu v celé kategorii. Čtení dosahuje u žáků s NKS zatím nejvyšší hodnoty ze všech škol, zaznamenáváme u něj i poměrně nízkou směrodatnou odchylku, ta nám napovídá, že výsledky jednotlivých žáků nebudou příliš odlišné.

**Tab. 5. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 4**

Oblasti sebezpojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	3	1,41	2,82	2,43
<b>Matematika</b>	5,7	1,25	6,06	2,04
<b>Čtení</b>	4,3	0,47	4,59	2,3
<b>Pravopis</b>	4	1,41	3,53	2,3
<b>Psaní</b>	3,7	2,49	3,59	2,57
<b>Sebedůvěra</b>	3,33	2,36	4,65	2,19



V následujících tabulkách budou žáci zkoumáni podle ročníku, ve kterém se aktuálně nacházejí. V každé tabulce tak nalezneme jeden ročník, který obsahuje respondenty ze čtyř základních škol.

V tabulce č. 6 nalezneme získané hodnoty ze druhých ročníků. U žáků s NKS je opět nejjistější oblastí matematika, naopak nejméně komfortně se žáci cítí v oblasti čtení. V kategorii čtení je i hodnota směrodatné odchylky poměrně nízká, což jenom potvrzuje to, že velká část studentů se v dané oblasti necítí ideálně. Kontrolní skupina se rovněž cítí nejlépe při řešení matematických úloh, zatímco nejmenší jistotu mají u psaní.

**Tab. 6. Průměr a směrodatná odchylka - druhé ročníky**

Oblasti sebezpojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,3	0,47	3,64	2,19
<b>Matematika</b>	6	2,16	6,43	1,76
<b>Čtení</b>	2	0,82	3,79	2,88
<b>Pravopis</b>	2,7	1,7	3,64	2,84
<b>Psaní</b>	4	1,63	3,36	2,02
<b>Sebedůvěra</b>	3,33	1,25	3,86	2,56

U 3. ročníků si můžeme všimnout, že průměrné bodové hodnocení je u několika předmětů relativně podobné. U žáků s NKS je nejvyšší průměrná hodnota v oblasti psaní, kde je zároveň i jedna z nižších směrodatných odchylek, samozřejmě v porovnání se zbytkem směr. odchylek v dané skupině žáků. Kontrolní skupina, tedy žáci bez NKS, má u většiny oblastí poměrně vysoké průměrné hodnocení. Opět dominuje oblast psaní a stejně jako u dětí s NKS, tu převládá nejistota v oblasti obecných schopností.

**Tab. 7. Průměr a směrodatná odchylka - třetí ročníky**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	1,7	1,68	3,63	2,35
<b>Matematika</b>	4,2	2,48	5,07	2,55
<b>Čtení</b>	2,9	2,12	5,56	2,48
<b>Pravopis</b>	4,1	2,27	5,2	2,46
<b>Psaní</b>	4,3	2,19	5,59	2,21
<b>Sebedůvěra</b>	3,7	2,05	4,65	2,42

V analýze čtvrtých ročníků se žáci obou skupin opět shodují. Nejvyššího průměrného bodového hodnocení je dosaženo v oblasti matematických úloh. Obecké schopnosti jsou, stejně jako u 3. ročníků, tou nejméně jistou oblastí.

**Tab. 8. Průměr a směrodatná odchylka - čtvrté ročníky**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,73	1,91	3,08	2,22
<b>Matematika</b>	5	2,56	5,52	2,29
<b>Čtení</b>	3,33	2,3	4,46	2,55
<b>Pravopis</b>	3,33	2,33	4,53	2,48
<b>Psaní</b>	3,2	1,87	4,52	2,56
<b>Sebedůvěra</b>	4	2,03	4,8	2,16

I v pátém ročníku dominuje matematika. Jak u dětí s NKS, tak bez NKS si lze povšimnout nejistoty v oblasti obecných schopností. Výsledné oblasti jsou tedy totožné jako u předchozího ročníku v tab. 8.

**Tab. 9. Průměr a směrodatná odchylka - páté ročníky**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	3	2,36	3,64	2,17
<b>Matematika</b>	4,9	2,64	5,74	2,25
<b>Čtení</b>	3,6	2,54	5,01	2,36
<b>Pravopis</b>	2,9	2,88	4,32	2,64
<b>Psaní</b>	3,6	2,79	4,89	2,37
<b>Sebedůvěra</b>	3,1	2,69	4,14	2,21

Ze zkoumaného vzorku si můžeme všimnout, že to, jakou žák navštěvuje základní školu, nehraje téměř žádnou roli. Z dosažených výsledků bylo totiž zjištěno, že na všech ZŠ si žáci jsou nejméně jistí v obecných schopnostech. Na mysli máme samozřejmě obě skupiny, jak žáky s NKS, tak kontrolní skupinu. Poměrně jednoznačně dopadlo i zkoumání nejjistější oblasti, kde většině respondentů vyšlo řešení matematických úloh. Jedinou výjimkou byla skupina dětí bez NKS, která pochází ze školy č. 1. Tam žákům vyšla oblast čtení, což se samozřejmě dá očekávat, vzhledem k tomu, že je kontrolní skupina předurčena k plynulejšímu přednesu a výslovnosti.

Mimo jednotlivých škol jsme zkoumali žáky také dle aktuální délky studia. Ve výsledcích jsme dosáhli větších odlišností, než tomu bylo u předchozího dělení. Oběma skupinám ve 2., 4. a 5. ročníku vyšla jako nejjistější oblast matematika, ale na druhém zkoumaném konci se již výsledky rozcházejí. Nejvíce se ale stále vyskytuje oblast obecných schopností.

Respondenti ve 3. ročníku ale vybočují z řady. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že kontrolní skupině i žákům s NKS, jako dominantní oblast vyplývá psaní.

Ze zkoumaného vzorku jsme tedy zjistili, že spíše než na škole, záleží u zkoumaného žáka na třídě, ve které se aktuálně nachází. Tam byly zaznamenány větší rozdíly než u škol jako takových. Když bychom měli vybrat dvě nejpodstatnější oblasti, tak je to určitě matematika, jež vycházela nejčastěji jako dominantní oblast, a obecné schopnosti, ve kterých se žáci ve většině případů necítí příliš jistě.

V následujících dvou tabulkách jsou respondenti rozděleni dle pohlaví. Nehraje zde tedy roli škola, ani aktuální ročník.

V tabulce uvedené níže si můžeme všimnout, že dívky s NKS, i bez NKS se cítí nejjistěji v oblasti matematiky. U první jmenované skupiny je ovšem zarážející relativně vysoká směrodatná odchylka, což může nasvědčovat tomu, že v tomto vzorku narazíme na poměrně rozdílné výsledky testů.

**Tab. 10. Průměr a směrodatná odchylka - dívky**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,41	2,22	3,53	2,12
<b>Matematika</b>	5	2,7	5,44	2,25
<b>Čtení</b>	3,53	2,38	5,18	2,44
<b>Pravopis</b>	3,47	2,55	5,04	2,41
<b>Psaní</b>	4,35	2,19	5,36	2,19
<b>Sebedůvěra</b>	3,53	2,17	4,7	2,25

Stejně jako dívky, tak i chlapci dosáhli nejlepších výsledků v kategorii matematických úloh. V celé tabulce se ovšem můžeme setkat s poměrně vysokými hodnotami směrodatné odchylky, což vypovídá o nejednoznačnosti v dané oblasti. U chlapců s NKS zaznamenáváme nejnižší hodnoty v oblasti obecných schopností a ve čtení.

**Tab. 11. Průměr a směrodatná odchylka - chlapci**

Oblasti sebepojetí	Žáci s narušenou komunikační schopností		Žáci bez narušené komunikační schopnosti	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	2,55	1,72	3,33	2,38
<b>Matematika</b>	4,7	2,45	5,66	2,43
<b>Čtení</b>	2,85	2,13	4,26	2,53
<b>Pravopis</b>	3,3	2,49	4,04	2,68
<b>Psaní</b>	3,05	2,11	4,24	2,59
<b>Sebedůvěra</b>	3,75	2,21	4,27	2,33

V následující tabulce došlo na mezipohlavní porovnávání. Na první pohled je zřejmé, že u dívek i chlapců byla nejjistější oblastí matematika. U dívek bylo v těsném závěsu také psaní, což u chlapců říct nemůžeme. Směrodatné odchylky jsou v obou zkoumaných skupinách poměrně vysoké, z čehož můžeme usoudit, že všichni respondenti nesdílejí stejný názor.

**Tab. 12. Průměr a směrodatná odchylka - Dívky a chlapci**

Oblasti sebepojetí	Dívky		Chlapci	
	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$	Průměr $\bar{x}$	Směrodatná odchylka $\sigma$
<b>Obecné schopnosti</b>	3,39	2,17	3,2	2,31
<b>Matematika</b>	5,38	2,32	5,51	2,46
<b>Čtení</b>	4,97	2,49	4,03	2,52
<b>Pravopis</b>	4,84	2,48	3,92	2,67
<b>Psaní</b>	5,23	2,21	4,05	2,56
<b>Sebedůvěra</b>	4,52	2,27	4,19	2,32

### Vývoj sebepojetí dle věku

V níže uvedené tabulce a sloupcovém grafu jsou žáci rozděleni podle tříd a můžeme snadno vyčíst, která oblast je pro danou třídu ta nejjistější. Na první pohled je patrné, že matematika je velmi oblíbenou disciplínou, neboť dominuje ve třech ročnících. Na druhou stranu obecné schopnosti jsou kompletně ve všech třídách na posledním místě, což jednoznačně dokazuje to, že žáci se v této oblasti necítí jistě, bez ohledu na jejich věk.

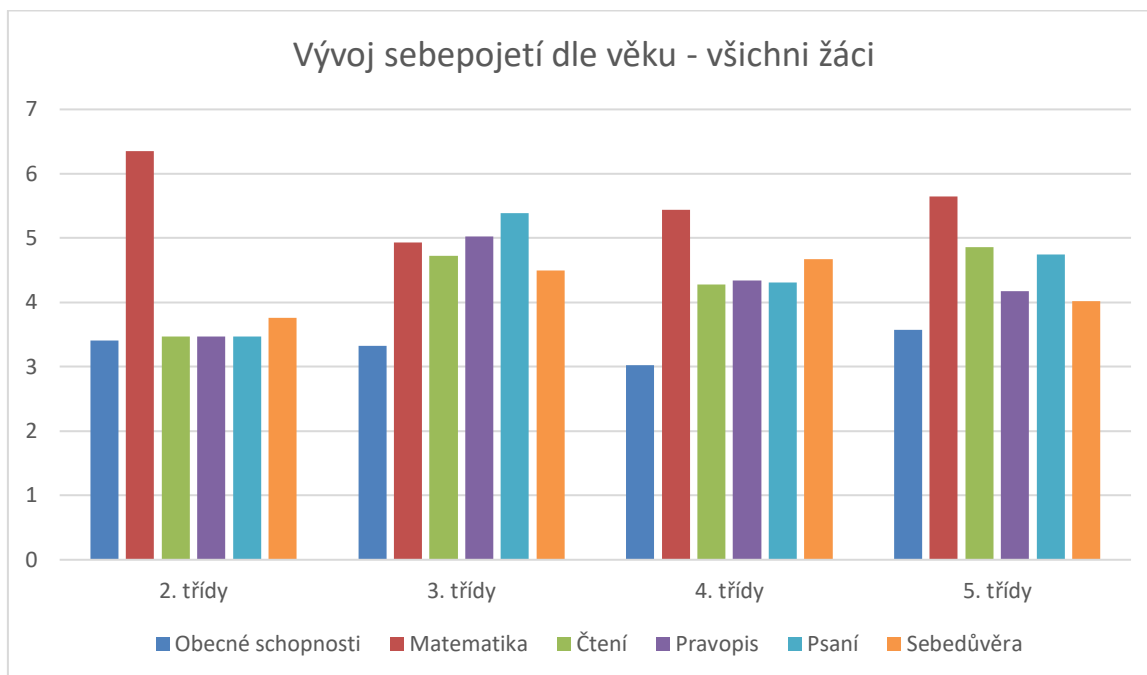
Lze si také povšimnout, že v oblasti čtení si jsou žáci nejméně jistí ve druhé třídě, a naopak nejvíce jistí v páté, nejedná se však o exponenciální růst. V oblasti pravopisu a psaní vidíme, že nejvyšších hodnot dosahují třetí ročníky a nejnižších druhé ročníky. Sebedůvěra roste od druhého do čtvrtého ročníku, v pátém zaznamenáváme mírný pokles, nikoliv však nižší než v druhém ročníku.

**Tab. 13. Vývoj sebepojetí dle věku – všichni žáci**

Oblasti sebepojetí	Druhý ročník	Třetí ročník	Čtvrtý ročník	Pátý ročník
Obecné schopnosti	3,41	3,33	3,02	3,57
Matematika	6,35	4,93	5,44	5,65
Čtení	3,47	4,72	4,28	4,86
Pravopis	3,47	5,03	4,34	4,17
Psaní	3,47	5,39	4,31	4,75
Sebedůvěra	3,76	4,5	4,67	4,02



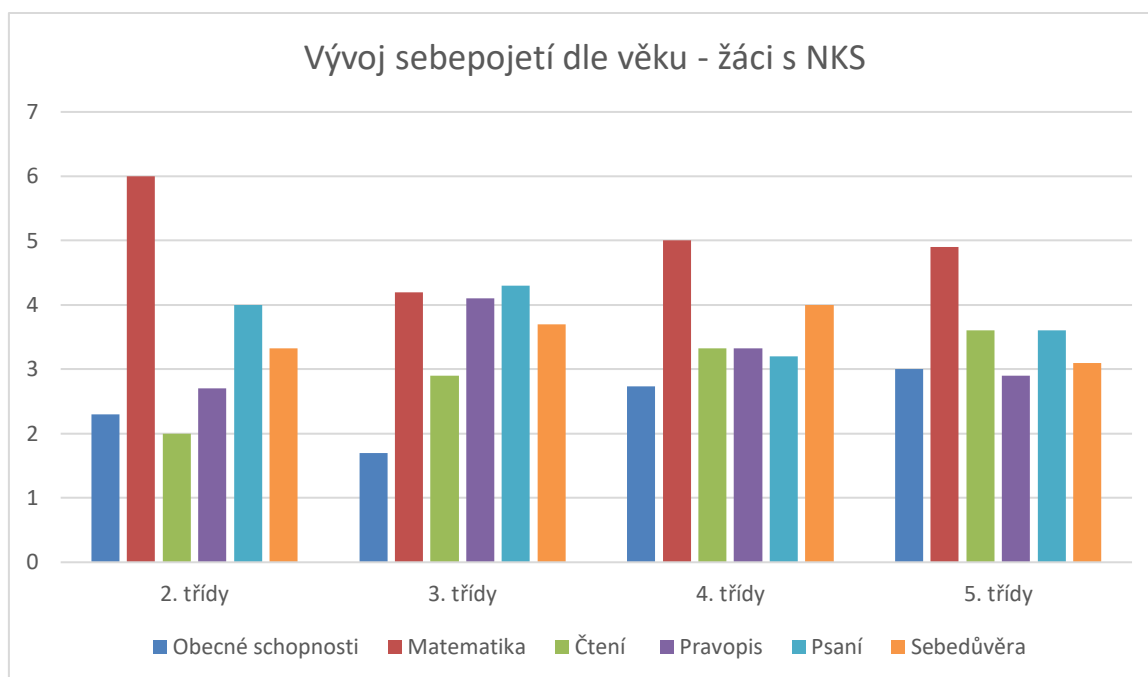
Graf 7. Vývoj sebestojetí dle věku - všichni žáci



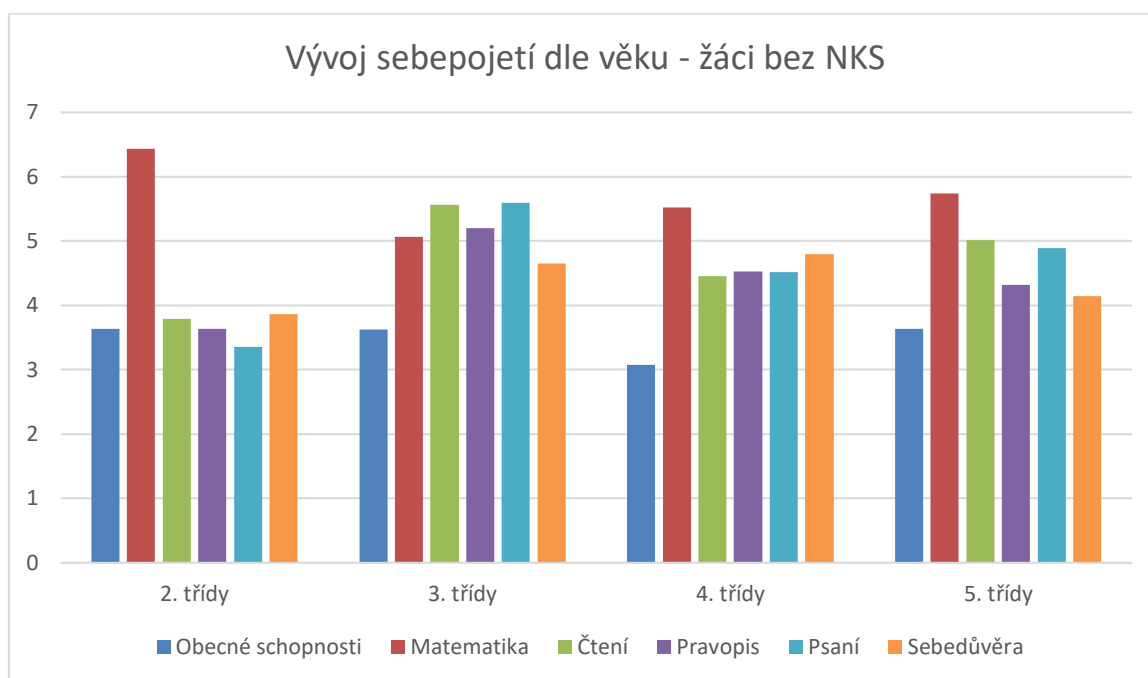
Se zvyšujícím se věkem, tzn. s výší aktuálního studovaného ročníku, dochází u žáků s NKS k postupnému zlepšení sebepojetí v oblasti čtení, což si můžeme všimnout v níže uvedených grafech (neustále se zvyšující zelený sloupec). Ostatní zmíněné kategorie již nevykazují podobné tendence. U žáků bez NKS nebyly shledány souvislé linie v žádné z uvedených kategorií.

Prvním důvodem může být postupná dovednostní kompenzace deficitů. Druhý důvod může představovat to, že na čtení není později kladen takový důraz, jako tomu je v druhém ročníku. Do této příčiny můžeme zahrnout i fakt, že v pozdějším věku již není nutný čtený přednes před zbytkem třídy.

**Graf 8. Vývoj sebepojetí dle věku - žáci s NKS**



Graf 9. Vývoj sebestojetí dle věku - žáci bez NKS



**Statistické zpracování**

Formulace statistických hypotéz:

H1: Mezi žáky s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy existuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

H0: Mezi žáky s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy neexistuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

- Soubor 1– netříděný soubor žáků bez komunikační poruchy
- Soubor 2 – netříděný soubor žáků s komunikační poruchou

**Tab. 14. F-test a t-test v oblasti obecných schopností - všichni žáci**

<b>Obecné schopnosti</b>					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	3,434389	2,486486	Stř. hodnota	3,434389	2,486486
Rozptyl	5,092267	3,978979	Rozptyl	5,092267	3,978979
Pozorování	221	37	Pozorování	221	37
Rozdíl	220	36	Společný rozptyl	4,93571	
F	1,279792		Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,189921		Rozdíl	256	
F krit (1)	1,583645		t Stat	2,402017	
			P(T<=t) (1)	0,008509	
			t krit (1)	1,650828	
			P(T<=t) (2)	0,017018	
			t krit (2)	1,969274	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 15. F-test a t-test v oblasti matematiky - všichni žáci

Matematika					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	5,542986	4,837838
hodnota	5,542986	4,837838	Rozptyl	5,512916	6,806306
Rozptyl	5,512916	6,806306	Pozorování	221	37
Pozorování	221	37	Hyp. rozdíl stř.		
Rozdíl	220	36	hodnot	0	
F	0,809972		Rozdíl	46	
P(F<=f) (1)	0,181795		t Stat	1,542808	
F krit (1)	0,679862		P(T<=t) (1)	0,064865	
			t krit (1)	1,67866	
			P(T<=t) (2)	0,12973	
			t krit (2)	2,012896	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 16. F-test a t-test v oblasti čtení - všichni žáci

Čtení					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,746606	3,162162
hodnota	4,746606	3,162162	Rozptyl	6,399136	5,306306
Rozptyl	6,399136	5,306306	Pozorování	221	37
Pozorování	221	37	Společný rozptyl	6,245457	
Rozdíl	220	36	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,205949		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,255575		Rozdíl	256	
F krit (1)	1,583645		t Stat	3,569291	
			P(T<=t) (1)	0,000214	
			t krit (1)	1,650828	
			P(T<=t) (2)	0,000427	
			t krit (2)	1,969274	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 17. F-test a t-test v oblasti pravopisu - všichni žáci

Pravopis					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,570136	3,378378
hodnota	4,570136	3,378378	Rozptyl	6,728013	6,51952
Rozptyl	6,728013	6,51952	Pozorování	221	37
Pozorování	221	37	Společný rozptyl	6,698694	
Rozdíl	220	36	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,03198		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,475299		Rozdíl	256	
F krit (1)	1,583645		t Stat	2,592268	
			P(T<=t) (1)	0,005041	
			t krit (1)	1,650828	
			P(T<=t) (2)	0,010083	
			t krit (2)	1,969274	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 18. F-test a t-test v oblasti psaní - všichni žáci

Psaní					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,832579	3,72973
hodnota	4,832579	3,72973	Rozptyl	6,030934	5,147147
Rozptyl	6,030934	5,147147	Pozorování	221	37
Pozorování	221	37	Společný rozptyl	5,906651	
Rozdíl	220	36	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,171704		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,291608		Rozdíl	256	
F krit (1)	1,583645		t Stat	2,554658	
			P(T<=t) (1)	0,005604	
			t krit (1)	1,650828	
			P(T<=t) (2)	0,011209	
			t krit (2)	1,969274	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 19. F-test a t-test v oblasti sebedůvěry - všichni žáci

Sebedůvěra					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,479638	3,648649
hodnota	4,479638	3,648649	Rozptyl	5,287084	4,956456
Rozptyl	5,287084	4,956456	Pozorování	221	37
Pozorování	221	37	Společný rozptyl	5,240589	
Rozdíl	220	36	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,066706		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,424551		Rozdíl	256	
F krit (1)	1,583645		t Stat	2,043584	
			P(T<=t) (1)	0,021009	
			t krit (1)	1,650828	
			P(T<=t) (2)	0,042018	
			t krit (2)	1,969274	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Formulace statistických hypotéz:

H1: Mezi dívkami s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy existuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

H0: Mezi dívkami s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy neexistuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

- Soubor 1– netříděný soubor dívek bez komunikační poruchy
- Soubor 2 – netříděný soubor dívek s komunikační poruchou

**Tab. 20. F-test a t-test v oblasti obecných schopností - dívky**

<b>Obecné schopnosti</b>					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	3,52991453	2,41176471	Stř. hodnota	3,52991453	2,41176471
Rozptyl	4,54435603	5,25735294	Rozptyl	4,54435603	5,25735294
Pozorování	117	17	Pozorování	117	17
Rozdíl	116	16	Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
F	0,86438101		Rozdíl	20	
P(F<=f) (1)	0,31318478		t Stat	1,89517816	
F krit (1)	0,57756033		P(T<=t) (1)	0,03630823	
			t krit (1)	1,72471824	
			P(T<=t) (2)	0,07261647	
			t krit (2)	2,08596345	

Výsledek: H0 nezamítáme.



Tab. 21. F-test a t-test v oblasti matematiky - dívky

Matematika					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	5,43589744	5
hodnota	5,43589744	5	Rozptyl	5,12732095	7,75
Rozptyl	5,12732095	7,75	Pozorování	117	17
Pozorování	117	17	Hyp. rozdíl stř.		
Rozdíl	116	16	hodnot	0	
F	0,6615898		Rozdíl	19	
P(F<=f) (1)	0,10708505		t Stat	0,61663362	
F krit (1)	0,57756033		P(T<=t) (1)	0,27239746	
			t krit (1)	1,72913281	
			P(T<=t) (2)	0,54479493	
			t krit (2)	2,09302405	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 22. F-test a t-test v oblasti čtení - dívky

Čtení					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	5,17948718	3,52941176
hodnota	5,17948718	3,52941176	Rozptyl	6,01061008	6,01470588
Rozptyl	6,01061008	6,01470588	Pozorování	117	17
Pozorování	117	17	Hyp. rozdíl stř.		
Rozdíl	116	16	hodnot	0	
F	0,99931904		Rozdíl	21	
P(F<=f) (1)	0,46119787		t Stat	2,59227069	
F krit (1)	0,57756033		P(T<=t) (1)	0,00850062	
			t krit (1)	1,7207429	
			P(T<=t) (2)	0,01700123	
			t krit (2)	2,07961384	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 23. F-test a t-test v oblasti pravopisu - dívky

Pravopis					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,04273504	3,47058824	Stř. hodnota	5,04273504	3,47058824
Rozptyl	5,83436487	6,88970588	Rozptyl	5,83436487	6,88970588
Pozorování	117	17	Pozorování	117	17
Rozdíl	116	16	Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
F	0,8468235		Rozdíl	20	
P(F<=f) (1)	0,29353702		t Stat	2,33033886	
F krit (1)	0,57756033		P(T<=t) (1)	0,01518565	
			t krit (1)	1,72471824	
			P(T<=t) (2)	0,03037131	
			t krit (2)	2,08596345	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme

Tab. 24. F-test a t-test v oblasti psaní - dívky

Psaní					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,35897436	4,35294118	Stř. hodnota	5,35897436	4,35294118
Rozptyl	4,81830239	5,11764706	Rozptyl	4,81830239	5,11764706
Pozorování	117	17	Pozorování	117	17
Rozdíl	116	16	Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
F	0,94150736		Rozdíl	21	
P(F<=f) (1)	0,39909678		t Stat	1,71972707	
F krit (1)	0,57756033		P(T<=t) (1)	0,05009392	
			t krit (1)	1,7207429	
			P(T<=t) (2)	0,10018785	
			t krit (2)	2,07961384	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 25. F-test a t-test v oblasti sebedůvěry - dívky

Sebedůvěra					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,66666667	3,52941176
hodnota	4,66666667	3,52941176	Rozptyl	5,10344828	5,01470588
Rozptyl	5,10344828	5,01470588	Pozorování	117	17
Pozorování	117	17	Společný rozptyl	5,09269162	
Rozdíl	116	16	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,01769643		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,51973583		Rozdíl	132	
F krit (1)	2,06055		t Stat	1,94155242	
			P(T<=t) (1)	0,02716088	
			t krit (1)	1,65647927	
			P(T<=t) (2)	0,05432176	
			t krit (2)	1,97809884	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Formulace statistických hypotéz:

H1: Mezi chlapci s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy existuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

H0: Mezi chlapci s komunikační poruchou a žáky bez komunikační poruchy neexistuje v jednotlivých oblastech školního sebepojetí statisticky významný rozdíl.

- Soubor 1– netříděný soubor chlapců bez komunikační poruchy
- Soubor 2 – netříděný soubor chlapců s komunikační poruchou

**Tab. 26. F-test a t-test v oblasti obecných schopností - chlapci**

<b>Obecné schopnosti</b>					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	3,326923	2,55	Stř. hodnota	3,326923	2,55
Rozptyl	5,736744	3,102632	Rozptyl	5,736744	3,102632
Pozorování	104	20	Pozorování	104	20
Rozdíl	103	19	Společný rozptyl	5,326513	
F	1,848993		Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,062966		Rozdíl	122	
F krit (1)	1,938561		t Stat	1,378724	
			P(T<=t) (1)	0,085251	
			t krit (1)	1,657439	
			P(T<=t) (2)	0,170503	
			t krit (2)	1,9796	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 27. F-test a t-test v oblasti matematiky - chlapci

Matematika					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	5,663462	4,7	Stř. hodnota	5,663462	4,7
Rozptyl	5,973021	6,326316	Rozptyl	5,973021	6,326316
Pozorování	104	20	Pozorování	104	20
Rozdíl	103	19	Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
F	0,944155		Rozdíl	26	
P(F<=f) (1)	0,403529		t Stat	1,575958	
F krit (1)	0,592272		P(T<=t) (1)	0,063563	
			t krit (1)	1,705618	
			P(T<=t) (2)	0,127127	
			t krit (2)	2,055529	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 28. F-test a t-test v oblasti čtení - chlapci

Čtení					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	4,259615	2,85	Stř. hodnota	4,259615	2,85
Rozptyl	6,446509	4,765789	Rozptyl	6,446509	4,765789
Pozorování	104	20	Pozorování	104	20
Rozdíl	103	19	Společný rozptyl	6,184757	
F	1,352663		Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,229617		Rozdíl	122	
F krit (1)	1,938561		t Stat	2,321454	
			P(T<=t) (1)	0,010961	
			t krit (1)	1,657439	
			P(T<=t) (2)	0,021921	
			t krit (2)	1,9796	

Výsledek: H0 zamítáme a přijímáme H1.

Tab. 29. F-test a t-test v oblasti pravopisu - chlapci

Pravopis					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	4,038462	3,3	Stř. hodnota	4,038462	3,3
Rozptyl	7,260642	6,536842	Rozptyl	7,260642	6,536842
Pozorování	104	20	Pozorování	104	20
Rozdíl	103	19	Společný rozptyl	7,147919	
F	1,110726		Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,416513		Rozdíl	122	
F krit (1)	1,938561		t Stat	1,131251	
			P(T<=t) (1)	0,130084	
			t krit (1)	1,657439	
			P(T<=t) (2)	0,260168	
			t krit (2)	1,9796	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 30. F-test a t-test v oblasti psaní - chlapci

Psaní					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	4,240385	3,05	Stř. hodnota	4,240385	3,05
Rozptyl	6,786314	4,681579	Rozptyl	6,786314	4,681579
Pozorování	104	20	Pozorování	104	20
Rozdíl	103	19	Společný rozptyl	6,458528	
F	1,449578		Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,178738		Rozdíl	122	
F krit (1)	1,938561		t Stat	1,91841	
			P(T<=t) (1)	0,028698	
			t krit (1)	1,657439	
			P(T<=t) (2)	0,057396	
			t krit (2)	1,9796	

Výsledek: H0 nezamítáme.

Tab. 31. F-test a t-test v oblasti sebedůvěry - chlapci

Sebedůvěra					
Dvouvýběrový F-test pro rozptyl			Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>		<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř.			Stř. hodnota	4,269231	3,75
hodnota	4,269231	3,75	Rozptyl	5,460792	5,144737
Rozptyl	5,460792	5,144737	Pozorování	104	20
Pozorování	104	20	Společný rozptyl	5,41157	
Rozdíl	103	19	Hyp. rozdíl stř.		
F	1,061433		hodnot	0	
P(F<=f) (1)	0,465972		Rozdíl	122	
F krit (1)	1,938561		t Stat	0,914155	
			P(T<=t) (1)	0,181219	
			t krit (1)	1,657439	
			P(T<=t) (2)	0,362439	
			t krit (2)	1,9796	

Výsledek: H0 nezamítáme.

## 5.5 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A ODPOVĚDI NA OTÁZKY

Šetření se zabývalo rozdíly ve školním sebezpojetí žáků s narušenou komunikační schopností a žáků bez tohoto deficitu. Také jsme zjišťovali, v jakých oblastech školního sebezpojetí se tyto rozdíly nachází, jak se projevují a vyvíjí. Odpovědi můžeme vidět již v tabulkách a grafech, které se nachází v této kapitole, mohou být však zavádějící a zkreslené. Proto bylo zapotřebí provést dvouvýběrový F-test pro rozptyl, který umožnil zvolit vhodnou variantu dvouvýběrového t-testu. Volili jsme mezi dvouvýběrovým t-testem s rovností rozptylu a dvouvýběrovým t-testem s nerovností rozptylu. Povedlo se tak potvrdit, nebo vyvrátit stanovené věcné a statistické hypotézy a odpovědět na výzkumné otázky.

### Ověřování věcné hypotézy H1

H1: Žáci s narušenou komunikační schopností budou oproti žákům bez narušené komunikační schopnosti vykazovat nižší hodnoty v oblasti školního sebezpojetí.

Ve všech výše zhotovených tabulkách a grafech vidíme, že toto tato hypotéza je pravdivá. Výjimku tvoří ZŠ č. 2, ve které žáci s NKS vykazují vyšší průměrné hodnoty v oblasti sebedůvěry. Žáci s NKS ve 4. ZŠ převládají v oblasti obecných schopností a psaní. V tomto případě bylo potřeba statisticky ověřit naše tvrzení, zda se jedná o statisticky významný rozdíl.

Stanovili jsme si statistické hypotézy a porovnali střední hodnoty dvou výzkumných souborů. Zjistili jsme, že statisticky významný rozdíl existuje u pěti z šesti sledovaných oblastí školního sebepojetí, přičemž žáci bez narušené komunikační schopnosti vykazují vyšší střední hodnoty. Považujeme tím věcnou hypotézu za ověřenou.

### **Ověřování věcné hypotézy H2**

H2: Žáci s narušenou komunikační schopností budou vykazovat oproti žákům bez narušené komunikační schopnosti nižší hodnoty zejména v oblastech čtení, pravopisu a psaní.

Věcnou hypotézu H2 jsme přijali, protože jsme statisticky dokázali, že žáci s narušenou komunikační schopností se v konkrétních oblastech statisticky významně odlišují od žáků bez narušené komunikační schopnosti. Nejedná se pouze o oblasti čtení, pravopisu a psaní, nýbrž také o oblasti obecných schopností a sebedůvěry, avšak hypotéza H2 byla potvrzena.

### **Ověřování věcné hypotézy H3**

H3: Úroveň školního sebepojetí žáků s narušenou komunikační schopností souvisí s ročníkem ZŠ.

Dle výše zhotovených grafů a tabulek není trend jednoznačně průkazný. Vzhledem k této neprůkaznosti intuitivních dat nebyly prováděny další analýzy. Věcnou hypotézu H3 z tohoto důvodu považujeme za nepotvrzenou.

### **Ověřování věcné hypotézy H4**

H4: Rozdíly školního sebepojetí mezi žáky s narušenou komunikační schopností a žáky bez narušené komunikační schopnosti budou patrné u chlapců a u dívek.



Věcnou hypotézu H4 můžeme potvrdit na základě dat, museli jsme však provést analýzu. Po porovnání středních hodnot dvou výzkumných souborů zjišťujeme statisticky významný rozdíl mezi soubory. Hypotézu H4 přijímáme.

### **Odpověď na výzkumné otázky**

Existují rozdíly mezi školním sebepojetím žáků s NKS a žáků bez ní?

Mezi žáky s narušenou komunikační schopností a žáky bez narušené komunikační schopnosti existují statisticky významné rozdíly, které nám potvrdil dvouvýběrový t-test. Ten ukazuje, že se střední hodnoty žáků s narušenou komunikační schopností a žáků bez narušené komunikační schopnosti liší.

V jakých složkách školního sebepojetí se případné rozdíly mezi žáky s NKS a bez NKS projevují?

Statisticky významný rozdíl existuje u pěti z šesti sledovaných oblastí školního sebepojetí, přičemž žáci bez komunikačních schopností vykazují vyšší střední hodnoty. Konkrétně hovoříme o oblasti obecných schopností, čtení, pravopisu, psaní a sebedůvěry.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá školním sebepojetím žáků s narušenou komunikační schopností. Celá práce je dělena na pět kapitol. První čtyři kapitoly se teoreticky zabývají narušenou komunikační schopností a sebepojetím. Pátá kapitola má výzkumný charakter, zde je zpracována praktická část diplomové práce.

Úvod teoretické části se zaměřuje na objasnění termínu *narušená komunikační schopnost*, aby si dokázal každý čtenář jednoznačně představit, co vlastně obnáší. Termín se chybně zaměňuje s termínem *poruchy jazyka*, čímž se zabývá jazykověda, nikoliv psychologie. Narušená komunikační schopnost ovlivňuje komunikační záměr produktora kvůli narušení některé z rovin jazykových projevů, které vzhledem ke komunikačnímu záměru působí rušivě. V první kapitole jsou rozebrány konkrétní okruhy NKS: poruchy vývoje řeči, získaná orgánová nemluvnost, získaná psychogenní nemluvnost, narušení zvuku řeči, narušení plynulosti řeči, narušení článkování řeči, narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu a kombinované vady a poruchy řeči. Do každého okruhu jsou poruchy zařazeny dle symptomů. Jednotlivé typy komunikačních poruch jsou blíže charakterizovány z hlediska terminologie a etiologie.

Druhá kapitola přináší speciálně-pedagogické a medicínské přístupy k narušené komunikační schopnosti. Zabývá se možnostmi diagnostiky, terapie, prognózy a vhodnými preventivními opatřeními. Diagnostiku vždy provádí odborníci v oboru. Včasná a správná diagnostika je klíčová pro následnou péči o jedince s NKS. Pro terapii je stěžejní komplexní péče odborníků, pedagogů a příbuzných, kteří spolupracují. Prognóza se odvíjí od toho, zda byla diagnostika včasná, o jaký typ poruchy se jedná a jak závažně se porucha projevuje. Preventivní opatření jsou různorodá vzhledem k povaze konkrétní poruchy. Pokud se jedná o získanou narušenou komunikační schopnost, odborníci často jako prevenci doporučují zdravý životní styl.

Následující kapitola je zaměřená na žáka v mladším školním věku s narušenou komunikační schopností. Rozšiřuje pochopení čtenáře o symptomech doprovázejících danou poruchu. Některé poruchy jsou dále děleny právě na základě symptomatologických projevů.

Čtvrtá kapitola definuje a osvětluje sebepojetí. Zde čtenář získá povědomí také o přidružených pojmech, jejichž významy se vzájemně prolínají. Mezi tyto pojmy lze zařadit sebedůvěru, sebeúčinnost, sebeúctu a sebevědomí. Detailně popsán je zde i proces utváření sebepojetí během vývoje člověka. Sebepojetí se formuje již v raném věku dítěte a provází ho po celý jeho život až do dospělosti. Důraz je zde kladen i na problematiku jeho měření. Pro měření sebepojetí se využívají standardizované diagnostické nástroje. V této diplomové práci byl aplikován Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS).

V praktické části diplomové práce je cílem zjistit úroveň školního sebepojetí žáků mladšího školního věku, kteří mají narušenou komunikační schopnost a porovnat ji s úrovní školního sebepojetí žáků, kteří narušenou komunikační schopnost nemají. Výzkumu se zúčastnily dívky a chlapci prvního stupně základních škol v Jihočeském a Plzeňském kraji. Žáci tvořili dvě skupiny, a to skupinu žáků s narušenou komunikační schopností a žáků bez tohoto deficitu. Pro výzkum byly stanovené výzkumné hypotézy a výzkumné otázky, které jsou objasněny v závěru poslední kapitoly. Výsledkem výzkumu bylo potvrzení statisticky významných rozdílů v oblasti školního sebepojetí mezi žáky s NKS a žáky bez NKS. Bylo zjištěno, že tento rozdíl existuje u pěti z šesti sledovaných oblastí školního sebepojetí (nehledě na věk či pohlaví), přičemž žáci bez narušené komunikační schopnosti vykazují vyšší úroveň školního sebepojetí.

**RESUMÉ**

Diplomová práce je zaměřena na problematiku školního sebepojetí žáků s narušenou komunikační schopností v mladším školním věku. Dělí se na teoretickou a praktickou část. První část obsahuje čtyři kapitoly, ve kterých se čtenář seznámí s narušenou komunikační schopností a sebepojetím. Druhá část se věnuje výzkumu, který měl za cíl zjistit úroveň školního sebepojetí žáků mladšího školního věku, kteří mají narušenou komunikační schopnost a porovnat ji s úrovní školního sebepojetí žáků, kteří narušenou komunikační schopnost nemají. Výzkum byl realizován metodou dotazníkového šetření. Tímto šetřením vyšlo najevo, že žáci bez narušené komunikační schopnosti vykazují vyšší hodnoty v úrovni školního sebepojetí než žáci s narušenou komunikační schopností. Výsledky šetření jsou shrnuty v závěru práce.

**SUMMARY**

The presented Thesis is focused on *The school self-concept of pupils with communication disability at primary school*. It's divided into a theoretical and a practical part. The first part contains four chapters in which the reader is acquainted with communication disability and self-concept. The second part is dedicated to the research, which aimed to determine the level of school self-concept of pupils of younger school age with communication disability and compare it with the level of school self-concept of pupils without communication disability. The research was carried out by the questionnaire survey method. This research revealed that pupils without communication disability show higher values in the level of school self-concept than students with communication disability. The results of the research are summarized at the end of the thesis.

## ZDROJE

### Seznam literatury

- AYERS, Susan a DE VISSER, Richard, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3
- BENDO VÁ, Petra, 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.
- BOČKOVÁ, Barbora, 2017. *Postupy při vzdělávání žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8137-6.
- CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.
- ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- DLOUHÁ, Olga, 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.
- DOLEŽALOVÁ, Markéta a CHOTĚBOROVÁ, Michaela, 2021. *Vývojová dysfázie: průvodce pro rodiče a další zájemce o tuto problematiku*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88290-68-1.
- DVOŘÁK, Josef, 2003. *Vývojová verbální dyspraxie*. Logopaedia clinica. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 80-902536-5-2.
- FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
- FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David, 2012. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.
- FLANDERKOVÁ, Eva, 2019. *Čeština v afázii: teorie a empirie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4246-8.
- FONTANA, David, 2003. *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Vyd. 2. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál. ISBN 80-7178-626-8.
- GILLERNOVÁ, Ilona; KEBZA, Vladimír a RYMEŠ, Milan, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.

HARTMANN, Boris a LANGE, Michael, 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeutů a pedagogy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLEČEK, Václav, 2014. *Psychologie v učitelské praxi*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3704-1.

JEDLIČKA, Richard, 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 9788024739410.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

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

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

KRAHULCOVÁ, Beáta, 2013. *Dyslalie - patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, Dana, 1996. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Speciální pedagogika (Portál). Praha: Portál. ISBN 80-7178-115-0.

KREJČOVÁ, Lenka a HLADÍKOVÁ, Zuzana, 2019. *Zvládneme specifické poruchy učení: dyslexie, dysortografie, dysgrafie*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1400-5.

KREJČOVÁ, Lenka; HLADÍKOVÁ, Zuzana; ŠEMBEROVÁ, Kamila a BALHAROVÁ, Kamila, 2018. *Specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie*. 2., aktualizované vydání. Rádce pro rodiče a učitele. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1219-3.

LAŠŤOVKA, Milan, 1999. *Poruchy plynulosti řeči*. Praha: Scriptorium. ISBN 80-86197-13-1.

- LECHTA, Viktor a KRÁLIKOVÁ, Barbara, 2022. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. 2., doplněné vydání. Přeložil Magda WADOWYCZYNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1920-0.
- LECHTA, Viktor, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor, 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, Viktor, 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, Viktor, 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.
- LOUKOVÁ, Tereza; HÁTLOVÁ, Běla a ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena (ed.), 2015. *Psychomotor therapy and physical self-concept*. Ústí nad Labem: University of J.E. Purkyně in Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7414-907-8.
- MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- MIKLÁNKOVÁ, Ludmila; PUGNEROVÁ, Michaela a RECHTIK, Zdeněk, 2021. *Motorické dovednosti v kontextu kognitivních procesů a self-conceptu dítěte*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6035-2.
- NEUBAUER, Karel. Narušení článkování řeči. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- OBEREIGNERŮ, Radko, 2017. *Sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5201-2.
- PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
- POLEDŇOVÁ, Ivana (ed.), 2009. *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5085-3.
- PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
- ŘEPOVÁ, Petra, 2007. *Dítě a koktavost*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1766-0.
- ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
- ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie osobnosti: [obor v pohybu]*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1174-4.



SALOMONOVÁ, Anna. Dyslalie. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

SATIR, Virginia, 1994. *Kniha o rodině*. Praha: Institut Virginie Satirové. ISBN 80-901325-0-2.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2001. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0181-8.

VRBOVÁ, Renáta, 2020. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu narušené komunikační schopnosti: dílčí část. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5712-3.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-x.

ZELINKOVÁ, Olga, 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0875-4.

### Seznam webových stránek

ADAMCOVÁ, Tereza, 2020. *Logopedická intervence u osob se získanou dysartrií*. Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: [https://theses.cz/id/gly2fo/Logopedicka-intervence-u-osob-se-ziskanou-dysartrii\\_konec.pdf](https://theses.cz/id/gly2fo/Logopedicka-intervence-u-osob-se-ziskanou-dysartrii_konec.pdf). [cit. 2024-02-17].

CAREY, Michael a FORSYTH, Andrew, 2009. Teaching Tip Sheet: Self-Efficacy. Online. *American Psychological Association*. s. 1. Dostupné z: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/self-efficacy>. [cit. 2024-03-05].

DEMO, David, 1992. The self-concept over time: Research issues and directions. Online. *Annual Reviews*. roč. 18. Dostupné z: [https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D\\_Demo\\_Self-Concept\\_1992.pdf](https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Demo_Self-Concept_1992.pdf). [cit. 2024-03-18].

DUDKOVÁ, Jana, 2015. *Získaná dysartrie u dospělých osob*. Online, Diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. Dostupné z: <https://theses.cz/id/jb7wfv/STAG78468.pdf>. [cit. 2024-02-17].

GAFOOR, Abdul a ASHRAF, Muhammed, 2016. Academic Self-Efficacy Scale-2006. Online. *Technical Report*. s. 2. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/262924154\\_Academic\\_Self\\_Efficacy\\_Scale](https://www.researchgate.net/publication/262924154_Academic_Self_Efficacy_Scale). [cit. 2024-03-17].

GRESHAM, Frank, 1995. Student Self-Concept Scale: Description And Relevance To Students With Emotional And Behavioral Disorders. Online. *Journal of Emotional and*

*Behavioral Disorders*. roč. 3, č. 1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/106342669500300103>. [cit. 2024-03-17].

HOLČÍK, Jiří, KOMENDA, Martin (eds.) a kol., 2015. *Matematická biologie: e-learningová učebnice* [online]. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8095-9. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickych-a-biologickych-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-quantitativnich-promennych--testy-o-parametrech-dvou-rozdeleni--test-o-rozdilu-strednich-hodnot-dvou-nezavislych-vyberu-pri-stejnych-rozptylech-t-test-pro-dva>. [cit. 2024-04-26].

HOLČÍK, Jiří, KOMENDA, Martin (eds.) a kol., 2015. *Matematická biologie: e-learningová učebnice* [online]. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8095-9. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickych-a-biologickych-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-quantitativnich-promennych--testy-o-parametrech-dvou-rozdeleni--test-o-shodnosti-homogenite-rozptylu-dvou-nezavislych-vyberu-f-test>. [cit. 2024-04-26].

HUBÍK, Marek, 2009. *Poruchy plynulosti řeči a jejich důsledky z hlediska výchovně - vzdělávacího a socializačního procesu žáků II. stupně Základní školy*. Online, Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/10150/hub%c3%adk\\_2009\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/10150/hub%c3%adk_2009_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [cit. 2024-02-12].

LINDSAY, Geoff; DOCKRELL, Julie a PALIKARA, Olympia, 2010. Self-esteem of adolescents with specific language impairment as they move from compulsory education. Online. *International Journal of Language & Communication Disorders*. roč. 45, č. 5, s. 561-571. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/13682820903324910>. [cit. 2024-03-19].

MICHLOVÁ, Barbora, 2018. Dětská afázie. Online. *Listy klinické logopedie*. roč. 2, č. 2, s. 27-31. Dostupné z: <https://logoped.actavia.cz/pdfs/lkl/2018/02/06.pdf>. [cit. 2024-02-07].

MIKOLÁŠ, Pavol, 2009. *Srovnání afázií a znalosti cizí řeči* [online]. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/19193/120063102.pdf?sequence=1>. Diplomová práce. Univerzita Karlova. [cit. 2024-02-07]

MUSILOVÁ, Klára, 2016. *Souvislost sebepojetí dětí a vybraných výkonnostních charakteristik exekutivních funkcí*. Online, Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bg90yc/17724132>. [cit. 2024-03-05].

OBRŠÁLOVÁ, Lucie, 2022. *Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami*. Online, Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. Dostupné z: <https://theses.cz/id/svcgqg/STAG96504.pdf>. [cit. 2024-02-12].

---

OREL, Miroslav; OBEREIGNERŮ Radko a MENTEL, Andrej, 2016. *Vybrané aspekty sebezpojetí dětí a adolescentů* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4991-3. Dostupné z:

[https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=Xg1rDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=sebezpojet%C3%AD+&ots=\\_KtCxGTRo1&sig=oe3U9qVqJQopBuBzjkg6Xk390Js&redir\\_esc=y#v=onepage&q=sebezpojet%C3%AD&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=Xg1rDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=sebezpojet%C3%AD+&ots=_KtCxGTRo1&sig=oe3U9qVqJQopBuBzjkg6Xk390Js&redir_esc=y#v=onepage&q=sebezpojet%C3%AD&f=false). [cit. 2024-02-26].

ŽILINČÍK, Tomáš a NOVOTNÝ, Miroslav, 2014. CMAS / SPAS - Počítačové škálovanie a ich možné využitie u detskej populácie. Online. *Cognitive Remediation Journal*. č. 3, s. 3. ISSN 1805-7225. Dostupné z: <https://cognitive-remediation-journal.com/pdfs/crj/2014/03/01.pdf>. [cit. 2024-03-16].

**SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ**

Graf 1. Pohlaví celého výzkumného vzorku (n=258).....	64
Graf 2. Pohlaví výzkumné skupiny (n=37).....	64
Graf 3. Pohlaví kontrolní skupiny (n=221).....	65
Graf 4. Počet žáků z jednotlivých ZŠ (n=258).....	66
Graf 5. Zastoupení jednotlivých tříd (n=14).....	67
Graf 6. Typ komunikační poruchy.....	68
Tab. 1. Průměr a směrodatná odchylka - celý výzkumný soubor.....	72
Tab. 2. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 1.....	73
Tab. 3. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 2.....	74
Tab. 4. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 3.....	75
Tab. 5. Průměr a směrodatná odchylka - ZŠ č. 4.....	76
Tab. 6. Průměr a směrodatná odchylka - druhé ročníky.....	77
Tab. 7. Průměr a směrodatná odchylka - třetí ročníky.....	78
Tab. 8. Průměr a směrodatná odchylka - čtvrté ročníky.....	79
Tab. 9. Průměr a směrodatná odchylka - páté ročníky.....	80
Tab. 10. Průměr a směrodatná odchylka – dívky.....	81
Tab. 11. Průměr a směrodatná odchylka – chlapci.....	82
Tab. 12. Průměr a směrodatná odchylka - Dívky a chlapci.....	83
Tab. 13. Vývoj sebepojetí dle věku – všichni žáci.....	84
Graf 7. Vývoj sebepojetí dle věku - všichni žáci.....	85
Graf 8. Vývoj sebepojetí dle věku - žáci s NKS.....	86
Graf 9. Vývoj sebepojetí dle věku - žáci bez NKS.....	87
Tab. 14. F-test a t-test v oblasti obecných schopností - všichni žáci.....	88

---

Tab. 15. F-test a t-test v oblasti matematiky - všichni žáci.....	89
Tab. 16. F-test a t-test v oblasti čtení - všichni žáci.....	89
Tab. 17. F-test a t-test v oblasti pravopisu - všichni žáci.....	90
Tab. 18. F-test a t-test v oblasti psaní - všichni žáci.....	90
Tab. 19. F-test a t-test v oblasti sebedůvěry - všichni žáci.....	91
Tab. 20. F-test a t-test v oblasti obecných schopností – dívky.....	92
Tab. 21. F-test a t-test v oblasti matematiky – dívky.....	93
Tab. 22. F-test a t-test v oblasti čtení – dívky.....	93
Tab. 23. F-test a t-test v oblasti pravopisu – dívky.....	94
Tab. 24. F-test a t-test v oblasti psaní – dívky.....	94
Tab. 25. F-test a t-test v oblasti sebedůvěry – dívky.....	95
Tab. 26. F-test a t-test v oblasti obecných schopností – chlapci.....	96
Tab. 27. F-test a t-test v oblasti matematiky – chlapci.....	97
Tab. 28. F-test a t-test v oblasti čtení – chlapci.....	97
Tab. 29. F-test a t-test v oblasti pravopisu – chlapci.....	98
Tab. 30. F-test a t-test v oblasti psaní – chlapci.....	98