

**M A S A R Y K O V A
U N I V E R Z I T A**

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Možnosti diagnostiky
balbuties u dětí
předškolního věku**

Bakalářská práce

EVA KOREČKOVÁ

Vedoucí práce: PhDr. Jan Dezort, Ph.D.

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky
Speciální pedagogika

Brno 2023

MUNI
PED

Bibliografický záznam

Autor:	Eva KOREČKOVÁ Pedagogická fakulta Masarykova univerzita Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky
Název práce:	Možnosti diagnostiky balbuties u dětí předškolního věku
Studijní program:	Speciální pedagogika
Studijní obor:	Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.
Vedoucí práce:	PhDr. Jan Dezort, Ph.D.
Rok:	2023
Počet stran:	88
Klíčová slova:	děti s kóktavostí, diagnostický materiál, diagnostika kóktavosti, kóktavost, narušená komunikační schopnost, narušení plynulosti řeči, předškolní věk

Bibliographic record

- Author:** Eva KOREČKOVÁ
Faculty of Education
Masaryk University
Department of Special and Inclusive Education
- Title of Thesis:** Options for diagnosing balbuties in preschool children
- Degree Programme:** Special Education
- Field of Study:** Special Education
- Supervisor:** PhDr. Jan Dezort, Ph.D.
- Year:** **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**
- Number of Pages:** 88
- Keywords:** children with stuttering, diagnostic material, diagnosis of stuttering, stuttering, communication disorder, impaired speech fluency, preschool age

Anotace

Bakalářská práce si klade za cíl analyzovat komunikační postoje dětí s kóktavostí v předškolním věku za použití diagnostického materiálu KiddyCAT. Teoretická část práce se věnuje problematice kóktavosti, zaměřuje se na její specifika, diagnostiku a průběh terapie. Praktická část zahrnuje vlastní studii uskutečněnou pomocí dotazníkového a testovacího šetření. Výsledky studie by dále měly přispět k adaptaci diagnostického nástroje KiddyCAT v souvislosti se zlepšením diagnostiky poruch plynulosti řeči u dětí v České republice.

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to analyse the communication attitudes of children with stuttering in preschool age using the KiddyCAT diagnostic material. The theoretical part of the thesis is devoted to the problem of stuttering, focusing on its specifics, diagnosis and course of therapy. The practical part includes the actual study carried out by means of a questionnaire and tes-tation survey. The results of the study should also contribute to the adaptation of the KiddyCAT diagnostic tool in the context of improving the diagnosis of speech fluency disorders in children in the Czech Republic.

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně 17. dubna 2023

.....
Eva KOREČKOVÁ

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Janu Dezortovi, Ph.D., za jeho vstřícný přístup, konzultace a také za odborné vedení mé bakalářské práce. Velké díky také patří všem logopedům, rodičům a dětem, kteří měli ochotu a čas participovat na výzkumném šetření. V neposlední řadě patří poděkování mému příteli, který mi byl při psaní práce velkou oporou.

Seznam použitých zkratk

aj. – a jiné

angl. – anglicky

CWNS – respondenti bez koktavosti

CWS – respondenti s koktavostí

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

lat. – latinsky

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NKS – narušená komunikační schopnost

obr. – obrázek

tzn. – to znamená

Obsah

Seznam použitých zkratek	10
Obsah.....	11
Seznam obrázků	13
Seznam grafů	14
Seznam příloh	15
Úvod.....	17
1 Kocktavost u dětí předškolního věku.....	18
1.1 Kocktavost jako druh narušené komunikační schopnosti.....	18
1.2 Výskyt, incidence a prevalence	19
2.3 Etiologie	19
2.4 Symptomatologie	22
2.5 Patogeneze.....	26
2.6 Další poruchy plynulosti řeči	29
2 Diagnostika kocktavosti u dětí předškolního věku.....	31
2.1 Specifika a průběh diagnostiky	32
2.2 Metody a techniky diagnostiky	34
2.3 Diagnostické materiály využívané v zahraničí	37
2.3.1 Diagnostické testy	37
2.3.2 Diagnostické škály	38
2.3.3 Srovnání zahraničních výzkumů využívající diagnostický materiál KiddyCAT	39
3 Terapie kocktavosti u dětí předškolního věku	42
3.1 Terapeutické přístupy	45
3.2 Terapeutické programy.....	47
4 Analýza komunikačních postojů dětí s kocktavostí předškolního věku.....	50
4.1 Stanovení cílů a výzkumných otázek práce	50
4.2 Metodologie výzkumného šetření	51
4.2.1 Test pro děti.....	52
4.2.2 Dotazník pro rodiče.....	53
4.3 Analýza dotazníkového šetření.....	54

MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY BALBUTIES U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

4.4	Analýza testových otázek	62
4.5	Analýza výzkumných otázek	68
4.6	Závěr výzkumného šetření	72
	Závěr	74
	Shrnutí	76
	Summary	77
	Literatura a použité zdroje	78

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Model vzniku koktavosti dle tří množin, které se vzájemně prolínají

Obrázek č. 2: Integrativní model: klinický obraz koktavosti

Obrázek č. 3: The Palin Model

Obrázek č. 4: Provázanost strachu z koktání a zhoršení plynulosti

Obrázek č. 5: Význam eliminace vyhýbavého chování

Seznam grafů

- Graf č. 1: Věk dětí
- Graf č. 2: Pohlaví dětí
- Graf č. 3: Vzdělání matky
- Graf č. 4: Vzdělání otce
- Graf č. 5: Počet obyvatel v obci, ve které dítě žije
- Graf č. 6: Počet sourozenců dítěte
- Graf č. 7: Pořadí mezi sourozenci
- Graf č. 8: Výskyt koktavosti u člena rodiny
- Graf č. 9: Průběh porodu
- Graf č. 10: Narození dítěte
- Graf č. 11: Mluvíš správně?
- Graf č. 12: Uvážnou Ti občas slova v puse?
- Graf č. 13: Myslí si máma a táta, že mluvíš dobře?
- Graf č. 14: Pomáhají Ti lidé mluvit?
- Graf č. 15: Je pro Tebe mluvení těžké?
- Graf č. 16: Vycházejí Ti slova z pusy lehce?
- Graf č. 17: Mluví se Ti dobře se všemi?
- Graf č. 18: Myslíš si, že mluvení je těžké?
- Graf č. 19: Mluvíš rád?
- Graf č. 20: Líbí se lidem, jak mluvíš?
- Graf č. 21: Říkají se Ti slova špatně?
- Graf č. 22: Je pro Tebe těžké říct své jméno?
- Graf č. 23: Dosažený počet bodů dětí
- Graf č. 24: Získané body z hlediska pohlaví dítěte
- Graf č. 25: Jednotlivé zastoupení dětí s koktavostí a vadami řeči
- Graf č. 26: Výskyt koktavosti u členů rodiny dítěte

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informační leták pro účastníky studie

Příloha č. 2: Dotazník pro rodiče

Úvod

Komunikace je jednou z nejdůležitějších lidských schopností, která má velký význam pro sociální interakci v životě člověka, a to již od jeho nejútlejšího věku. Velká pozornost by se měla věnovat zejména předškolním dětem, kdy je velmi důležité, jakým způsobem je komunikace rozvíjena. Tento vývoj ale nemusí být v některých případech plynulý a může být dokonce indikována narušená komunikační schopnost. Jednou z kategorií narušené komunikační schopnosti je koktavost neboli balbuties, což je velmi komplexní a komplikovaná porucha plynulosti řeči. Právě u dětí v předškolním věku se objevují známky koktavosti, a proto je včasná diagnostika koktavosti u těchto dětí důležitá. K diagnostice lze využít v této práci představovaný zahraniční diagnostický nástroj KiddyCAT.

Předkládaná práce vyhází z teoretických poznatků s využitím obsahové analýzy nejen z českých, ale také zahraničních odborných zdrojů. První kapitola se zaměřuje na vymezení a definici koktavosti, na její epidemiologii, etiopatogenezi a symptomatologii. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou koktavosti s důrazem na děti předškolního věku, na specifika a průběh diagnostických metod a technik s ohledem na moderní trendy. Třetí kapitola reflektuje diagnostické materiály, které jsou využívány především v zahraničí, a srovnává zahraniční výzkumy uskutečněné prostřednictvím diagnostického materiálu KiddyCAT.

V praktické části bakalářské práce je prezentováno výzkumné šetření, které analyzuje komunikační postoje předškolních dětí s koktavostí prostřednictvím smíšeného výzkumného designu za využití statistické procedury. Empirický výzkum je realizován pomocí dotazníku KiddyCAT pro předškolní děti a dotazníku pro rodiče, který má za cíl analyzovat osobní anamnézu dítěte a jeho rodinné prostředí. Výsledky analýzy jsou následně přehledně graficky shromážděny a vyhodnoceny a měly by být dále využity jako podklad k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT do českého jazykové prostředí.

1 Kaktavost u dětí předškolního věku

1.1 Kaktavost jako druh narušené komunikační schopnosti

„Sebedůvěra přichází, když se pustíme do boje a uspějeme. Přichází tehdy, když výzvu k boji přijmeme, místo abychom z bojiště utíkali.“ (Van Ripper)

Kaktavost (lat. *balbuties*) společně s breptavostí (lat. *tumultus sermonis*) lze řadit do kategorie poruch, které jsou charakteristické narušením plynulosti (fluence) řeči (Klenková, 2006), respektive jeho zrychlením, zpomalením nebo až překotně rychlým mluvním projevem, kdy se výrazně snižuje srozumitelnost řeči samotné. Dochází k nechtěným záškubům či křečím nejen fonačního ústrojí, ale také mluvidel, což má za následek přerušování toku řeči (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Jedná se o jednu z nejnápadnějších a vůbec nejtěžších forem NKS (Lejska, 2003), kterou se zabývá podobor logopedie **balbutologie**. Kaktavost může mít celostní vliv na kvalitu života jedince, a to nejen na jeho mluvním projev, ale také na jeho osobnost nebo na sociální adaptaci ve společnosti, a to především v souvislosti se sociálními interakcemi, což vede k pocitům izolace a frustrace a zvýšení rizika vzniku problémů s duševním zdravím (Klenková, 2006).

Podle Guitara (2014) neexistuje jednotná definice kaktavosti, poněvadž problematika balbuties je velmi komplexní a záhadná. Navíc jí každý autor popisuje zcela jinak s ohledem na jeho osobní perspektivu. Podle Cullatta a Goldberga (1995) dokonce deset logopedů vymyslí jedenáct definic kaktavosti.

Definice balbuties podle Lechty (2010):

Kaktavost je syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin (s. 28).

Koktavost je zařazena do *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*. Od 1. 1. 2023 došlo k její aktualizaci. Koktavost je v MKN-10 zahrnuta do *Kapitoly V* s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, přitom se nejedná o běžnou dysfluenci, ale o nefyziologickou dysfluenci, která zásadně narušuje plynulost řeči.

1.2 Výskyt, incidence a prevalence

Jako bablutiky můžeme označovat všechny osoby různých věkových skupin, které trpí koktavostí (Lechta, 2004), to znamená především děti v předškolním a školním věku, adolescenty nebo dospělé osoby. Pospíšilová (2018) uvádí, že balbuties začíná být patrná obvykle **v dětství**, avšak dysfluence nemusí nutně znamenat jednu z nejtěžších poruch plynulosti řeči (Neubauer, 2018). Podle Lechty (2004) se polovina všech koktavých dětí začíná zakoktavat již před 4. rokem života. U dětí se za kritické období považuje 3 a půl roku, kdy se začínají nejčastěji objevovat symptomy koktavosti (Dezort, 2019). Po 12. roce života lze jen stěží očekávat, že dítě začne koktat. 70 až 80 % jedinců se uzdraví spontánně bez formální léčby (Yairi & Amborse, 1999) a přibližně 1 % dospělých má přetrvávající koktavost i po školní docházce (Bloodstein, 1995).

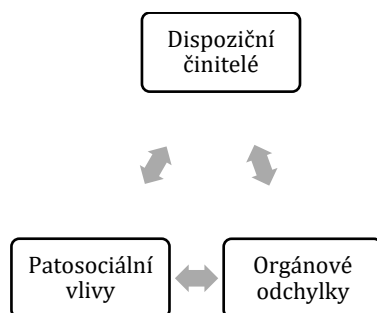
Koktavost se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek, přibližně v poměru 3: 1 až 4: 1 (Kondáš, 1983), což je zřejmě způsobeno nejen výchovou, kdy děvčata mají v mnoha ohledech odlišnější výchovu než chlapci, ale také proto, že dívky se ve školním věku vyvíjejí tělesně rychleji než opačné pohlaví (Sovák, 1988).

1.3 Etiologie

Stejně jako definovat balbuties není snadné ani jasně určit její etiologii. Koktavost lze považovat za *multifaktoriální syndrom*, tzn., že na etiologii se podílí celá řada příčin, které se vzájemně prolínají za současného působení mnoha faktorů, a proto není snadné vymezit konkrétní příčinu vzniku koktavosti, viz **Obr. č. 1** (Lechta, 2004).

Obrázek č. 1

Model vzniku koktavosti dle tří množin, které se vzájemně prolínají



Lechta (2010)

Podle Lechty (2003) existují dvě rozdílné možnosti vzniku. Jedna teorie hovoří o psychogenních faktorech, druhá se přiklání k organickému původu balbuties.

Dříve se nejčastěji jako příčina balbuties uváděl nějaký negativní prožitek – psychotrauma (úlek, šok, chronické citové strádání), ale tento názor byl již dávno překonán (Asociace klinických logopedů České republiky, n. d.). Za příčinu vzniku balbuties byla donedávna považována i porucha vztahu mezi matkou a dítětem, rozmazlenost dítěte, infekční nemoci nebo anomálie jazyka (Peutelschmiedová, 1994).

Dědičnost

Na vzniku koktavosti se podílí **dispoziční činitelé**, jako je temperament, neurologické faktory, poruchy metabolismu nebo dědičnost, která je jako příčina balbuties uváděna až v 60 % případů koktavosti (Lechta, 2004). Vlivy dědičnosti jsou jednoznačně prokázány, obtížné je ale určit, zda se dědí určité predispozice, genetická výbava nebo orgánové odchylky. Dle výzkumů je příčinou koktavosti dynamická odchylka striopalidární funkce v bazálních gangliích, do které rušivě internují emoce (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Důkazy nashromážděné v několika posledních desetiletích naznačují, že se na vzniku koktavosti podílejí chromozomální lokusy, v nichž se pravděpodobně nacházejí příčinné geny, a to na chromozomu 12, kde se identifikovala mutace genu GNPTAB, a to i na dalších funkčně příbuzných genech GNPTG a NAGPA (Drayna & Kang, 2011).

Zajímavá z hlediska dědičnosti je studie jednovaječných dvojčat, která prokázala vyšší shodu pro koktavost než bratrská dvojčata. U některých párů identických dvojčat však tato shoda nebyla evidentní, což naznačuje, že do hry vstupovaly i vlivy prostředí (Rustin et al., 2006).

Sociální prostředí

Balbuties ovlivňují nejen vnitřní, ale i vnější vlivy, zejména psychosociální faktory a sociální prostředí jedince. **Fixujícími činiteli** mohou být neuropatické rodinné vlohy. Je důležité se zabývat otázkou, zda někdo z rodiny koktal nebo koktá, případně jestli koktají další osoby v blízkém prostředí dítěte (Peutelschmiedová, 1994). Mnoho výzkumů dokázalo, že u příbuzných lidí, kteří koktají, je vyšší výskyt koktání. Ve výzkumu, který prováděla Soo-Eun Chang (2008) se zjistilo, že dvě třetiny koktavých dětí mají v blízkosti člověka s koktavostí, a pravděpodobnost uzdravení je ovlivněna rodinou dítěte. Andrew a Harris dokonce uvádí, že u koktavých matek existuje až 36% riziko, že se u jejich synů rozvine koktavost (Lechta, 2004).

U dítěte je možné si uvědomovat obtíže v plynulosti řeči již od 3 let. Rodiče dětí s koktavostí mohou prožívat pocity bezmoci, nejistoty, strachu a potíže se zvládnutím frustrace (Plexico & Burrus, 2012), a proto udržujícím faktorem může být také negativní reakce na uvědomění si neplynulosti řeči dítěte. Je tedy podstatné, jakým způsobem probíhá komunikace mezi matkou a dítětem a jak rodič vnímá koktavost dítěte a jak na ni reaguje.

Orgánové odchylky

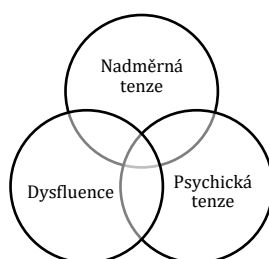
Mezi aktuální názor na příčiny vzniku balbuties patří i ten, že příčiny koktavosti jsou spojené s poškozením centrální nervové soustavy. Na mozek může působit celá řada nepříznivých neurologických, biochemických či fyzikálních faktorů. U nedonošených novorozenců nebo rizikových těhotenství může dle Peutelschmiedové (1994) vznikat organicky podmíněná koktavost. Výzkumy dále ukazují, že lidé, kteří koktají, mají určité rozdíly v cerebrální dominanci a mají pomalejší reakční doby v úlohách nástupu a ukončení hlasu (Guitar, 2014).

1.4 Symptomatologie

Koktavost se projevuje souborem nejrůznějších příznaků. Balbuties je třeba vnímat jako *komplexní syndrom* způsobený několika příčinami s podobnou symptomatikou (Wirth, 1990; Lechta, 2004), kdy jako největší nápadnost se jeví porucha fluence řeči. Balbuties lze vnímat jako *ledovec*, jehož vrchol symbolizuje řečový projev. Stejně tak jako u ledovce, tak ani u koktavosti se neví, jak je velký. Nejprve se znaky koktavosti začínají projevovat v řeči, poté ve fyzických problémech a mohou dospět až do psychické tenze (Dezort, 2019). Symptomy se projevují ve všech čtyřech jazykových rovinách, mění se dle momentální situace a různě se kombinují. Koktavost dále zahrnuje kromě řečového projevu také osobnostní charakteristiky nebo působení vlivů situace a prostředí, a proto nelze nalézt dva jedince, kteří by koktali stejným způsobem. Každý balbutik koktá vlastním osobitým stylem (Fraser, 2011).

Je třeba zmínit, že někdy je dysfluence považována za koktavost. Na rozdíl od normální dysfluence, kterou má občas každý člověk, je koktavost komplexní syndrom, který spojuje průnik tří množin symptomů – psychické tenze, nadměrné námahy a dysfluence (Lechta, 2010). Na bázi integrativního konceptu v diagnostice koktavosti definuje Lechta (2010) klinický obraz koktavosti, viz **Obr. č. 2**.

Obrázek č. 2: *Integrativní model: klinický obraz koktavosti*



Lechta, 2010, s. 85

Dysfluence

Nejtypičtějším a nejnápadnějším symptomem je nedobrovolné přerušování toku řeči. Právě dysfluence je velmi variabilní a závisí na celé řadě různých faktorů. Je charakteristická abnormálně vysokou frekvencí a dobou trvání přerušování v plynulém toku řeči.

Guitar (2014) ve své publikaci *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* rozděluje symptomatologii balbuties na *core behaviors* (**primární znaky**) a *secondary behaviors* (**druhotné znaky**). Pojem *core behaviors* je převzat od uznávaného průkopníka v rozvoji logopedie Charlese Van Ripera, který tento pojem použil k popisu základních řečových symptomů balbuties. Mezi nejčastější projevy patří repetice, prolongace a bloky. Tyto uvedené symptomy se zdají být nechtěné vůči jedinci, který koktá, a jsou mimo jeho kontrolu. Odlišují se od druhotných znaků (*secondary behaviors*), které balbutik používá jako naučené reakce k primárním znakům, tedy jakým způsobem balbutik reaguje na neplynulosti v řeči (mrkání, pohyby čelistí, doteky vlasů a oblečení, mimovolní pohyby hlavy nebo jiné pohyby těla) (Guitar, 2014).

Dysfluence může získat různé podoby. U dětí, které začínají koktat, jsou pozorovány repetice. Repetice jsou zvuky, části slov/slabik, celá slova a slovní zvraty, jež jsou opakovány. Jedinec uvízne na jednom slově a pokračuje repeticí (*opakováním*) hlásek, slabik nebo jednoslabičných slov, dokud je zvuk vyprodukován (Lechta & Králiková, 2011).

Prolongaci lze považovat za *prodlužování* hlásek, kdy zvuk nebo proud vzduchu pokračuje, ale pohyb artikulace je zastaven. Prolongace krátké půl sekundy mohou být vnímány jako abnormální, ale ve vzácných případech mohou trvat i několik minut (Lechta & Králiková, 2011).

Bloky (*zastavení*) jsou typicky poslední, které se objevují. Jedinec zastaví proud vzduchu a často také artikulátory. Bloky mohou vzniknout v různém stupni produkce řeči – respiračně, laryngálně a artikulačně. Jakmile koktavost přetrvává, bloky jsou delší a více intenzivní a chvění mohou být i viditelná. Nejlépe jsou tyto oscilace pozorovatelné v oblasti rtů a čelisti (Lechta & Králiková, 2011).

Lze rozlišit několik stupňů poruchy plynulosti řeči, které se projevují minimálními příznaky, lehkými až středními **souhyby** mimického svalstva, jež definuje Sovák (1955) jako „poruchy mimické a posunkové mluvy, jde o přehnané mimické výrazy odporu, námahy, rozpaků, o grimasy až i pohyby končetin a trupu“ (str. 179). Dále je balbuties provázená výraznými zábrany v komunikaci, těžšími spasmy a **součiny**, což jsou složité pohyby k oddálení začátku mluvení a k překonání křečí (kývání z boku na bok, dřepy, výskoky) (Peutelschmiedová, 1994).

Respirace je přerývavá, nepravidelná a povrchní. Při verbálním projevu dochází k spasmům dýchacích orgánů, a tím k blokádě dechu a k celkovým potížím s udržováním výdechového proudu. Balbutik hovoří

inspirativním, nikoliv expiračním proudem vzduchu (Peutelschmiedová, 1994).

Balbuties primárně zasahuje také **fonaci** – v některých případech balbutik není schopen ani hlas vytvořit (Kršňáková, 2005), a to z důvodu tvrdých hlasových začátků, které rozrážejí semknuté hlasivkové vazy a snaží se tak překonat spasmus hlasivek. Tvrdé hlasové začátky jsou nefyziologické a škodí hlasivkám (Kršňáková, 2005).

Značná pozornost v diagnostice je věnována rovněž **artikulaci**, u které není narušena výslovnost, ale průběh artikulace může být zhoršen křečemi, které mohou být patrné zejména na začátku slov a vět. Podle křečí, které vznikají v průběhu artikulace, se koktavost dělí na formu **klonickou** a **tonickou**, nebo na formu **kombinovanou**, která může být někdy pouze přechodným stadiem (Klenková, 2006). Klonická forma se vyznačuje trhaným opakováním slabik. Je méně závažná a má pozvolný vývoj, postupně přechází do tonické formy, která je definována tlačáním a napínáním při vyslovení slova (Peutelschmiedová, 1994).

U jedince s koktavostí lze sledovat i narušení **modulačních faktorů řeči (dysprozodie)**, nejčastěji se jedná o narušení melodie, rytmu a tempa řeči. Dochází ke zrychlení tempa řeči, v některých případech se může řeč zdát monotónní a bez modulačních faktorů (Kršňáková, 2005).

Mezi symptomy balbuties patří i tzv. *slovní vmetky* neboli **embolofrázie**, které se definují jako vsuvky v podobě hlásek, slabik nebo slov, kterými si lidé s balbuties pomáhají při překonání křečí mluvidel. Bezvýznamná, tzv. *plevelná slova* (např. hm, no, jo) používají častěji dospělí než děti (Kršňáková, 2005).

Při **parafrázi** balbutik užívá opisná slova, aby se vyhnul slovům s nebezpečnými hláskami. Volí často synonyma, což se může projevit nepříznivě v obsahu projevu (Kršňáková, 2005).

Psychická tenze

Symptomy balbuties jsou nekonstantní. Nedokáže je předvídat ani samotný balbutik a tato nevyzpytatelnost může vyvolat neurotizaci (Kršňáková, 2005).

Psychické tenzi se po mnoho let v symptomatologii balbuties nevěnovala patřičná pozornost (Kondáš, 1983), ale dnes je již zřejmé, že jedinec s koktavostí může vykazovat **negativní pocity a postoje** ke komunikaci. Může se začínat vyhýbat i komunikaci samotné, což může vyústit až v **logofobii**, tedy patologický strach z komunikace a z opakovaného komunikačního neúspěchu. Logofobii se dle Lechty (2004) nevěnuje patřičná

pozornost v terapii. Je začleněna i do MKN-10 jako „*fobie specifická*“ (Hartl & Hartlová, 2000; Lechta, 2004). Mezi její nejčastější projevy patří chorobný ostych, depresivní nálady, afektivní i anxiózní poruchy. Někteří autoři ji dokonce považují za jednu z příčin koktavosti a může přetrvávat i poté, co se logopedie odstraní (Sovák, 1988; Lechta, 2004).

Strach z verbální komunikace spolu se **situačním strachem** mohou často vyústit v nedůvěru v sebe sama (Lechta, 2004). Kondáš (1983) považuje nedůvěru v sebe sama a pocity méněcennosti za nejvýznamnější symptomy koktavosti. Nedůvěra spojená s úzkostmi může vyústit až v nízké sebevědomí balbutika (angl. *self-efficacy*). U jedince s balbuties může často docházet k izolaci, k narušení interpersonálních vazeb a k obavám ze sociálního odmítnutí. Záleží však na psychické odolnosti samotného balbutika a na dalších mnoha faktorech. Zásadní determinantou však zůstává individuální prožívání koktavosti, postoj k sobě samému, psychické naladění, sebevědomí, temperament, zvýšená reaktivita a impulzivnost jedince (Kršňáková, 2006).

Lidé s koktavostí jsou spíše introvertní se zvýšenou anxiozitou a citlivostí. Mezi neurotické příznaky patří již zmiňovaná logofobie a **tiky** (série bezděčných svalových pohybů) (Kršňáková, 2006).

Velmi náročné bývá pro balbutika období adolescence, kdy si uvědomuje NKS, ale ještě se s ní nenaučil žít. Často zažívá obavy z těžkostí, negativní reakce okolí, které mohou vést k negativnímu postoji ke komunikaci, někdy může jedinec odmítat verbální komunikaci. Balbuties má také dopad na výběr povolání, partnerské vztahy aj. (Kršňáková, 2006).

Koktavost se může úzce spojovat s úzkostnou psychoneurózou a depresivní neurózou, s histriónskou poruchou osobnosti (dříve označovanou pouze jako hysterie) a s neurastenii (druh neurózy, která se projevuje např. nespavostí a zvýšenou unavitelností) (Peutelschmiedová, 2005).

Porucha plynulosti řeči není konstantní. Komunikační situace většinou působí negativně nebo pozitivně. Vlivem pozitivní situace se plynulost řeči zlepšuje, často tomu tak bývá, když balbutik šeptá, mluví za někoho nebo mluví sám k sobě. Balbutici přitom často upřednostňují psaný projev před mluveným (Lechta, 2010). Za účinku negativních situací se plynulost balbutika zhoršuje, například v rámci neočekávané komunikace, rozhovoru s nadřízeným, v prostředí neznámých lidí, při veřejném vystoupení, v citovém napětí, při nemoci nebo při výkyvech počasí či teploty vzduchu (Peutelschmiedová, 2005).

Nadměrná námaha

V projevu balbutika lze pozorovat **celkový motorický neklid** společně **s narušeným koverbálním chováním** (mechanické perseverace mimických pohybů (grimasy), kývavé pohyby ze strany na stranu, mrkání, pohyby rtů, pohyby čelistí, dotýkání se vlasů a krku, vyhýbání se zrakového kontaktu, přešlapování, hra s prsty a oblečením). K dalším příznakům patří **Froschelsův symptom**, u kterého je typické roztahování a stahování nosního chřípí těsně před začátkem mluvení, někdy i během verbálního projevu. Dále u balbutiků lze pozorovat změněnou frekvenci pulsu, zvýšený krevní tlak, nespavost, unavitelnost a poruchy spojené s metabolismem (Peutelschmiedová, 2005).

Z diagnostického hlediska lze symptomy balbuties zaznamenat i v **jemné motorice a kresbě**. Jedinec s koktavostí může v písemném projevu příliš tlačit na tužku, přepisovat a škrkat písmena či je dokonce vynechávat. Je narušena také plynulost vedení čáry (Peutelschmiedová, 2005). Dále se zjistilo, že jsou u dětí s koktavostí změněny oblasti související s načasováním pohybu a s motorickou kontrolou. Dochází k inhibici nežádoucích pohybů a k změnám v senzomotorice (Chang & Zhu, 2013).

1.5 Patogeneze

Nejčastějším rozdělením, se kterým se lze v odborné literatuře setkat, je klasifikace vycházející z patologie koktavosti. V případě patogeneze koktavosti je možné vycházet z toho, kdy koktavost vznikla (kolem 3. nebo 4. roku života dítěte či později nebo zcela jinak a odlišně), v rámci její symptomatiky (u začínající koktavosti lze sledovat repetice slabik, fixovaná nebo chronická koktavost je charakterizována zejména prolongací hlásek a bloků) nebo lze patogenezi koktavosti sledovat podle hloubky poruchy, jakým způsobem jedinec vykazuje projevy balbuties v oblasti nadměrné námahy, psychické tenze nebo neplynulosti (Peutelschmiedová, 1994).

Vývojová dysfluence

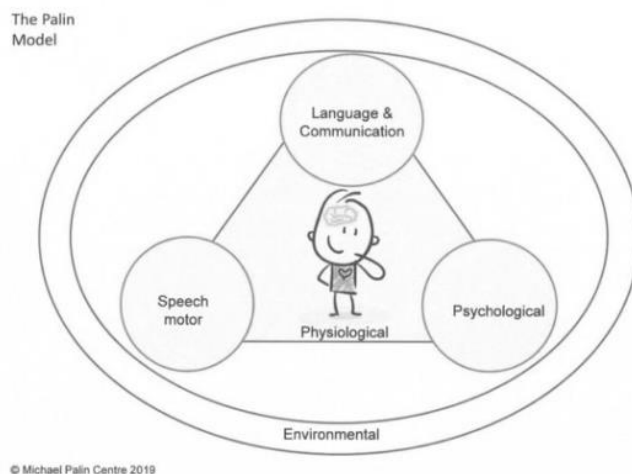
Až 90 % koktavosti vzniká v předškolním věku, které je charakteristické prudkým rozvojem slovní zásoby, kdy dítě tvoří složitější větné celky a artikulační orgány nemusí být ještě úplně zcela vyvinuty. Opožděný vývoj řeči nebo akcelerovaný vývoj řeči lze považovat za rizikový faktor

vzniku koktavosti, který může vést ke stagnaci nárůstu slovní zásoby a snižování mluvní pohotovosti (Kršňáková, 2006).

Méně často koktavost vzniká v období nástupu do školy a zcela výjimečně vzniká v dospělém věku člověka. Jistým důvodem vzniku balbuties může být například i to, že si dítě osvojuje mateřský jazyk kolem 3 a 4 let a většina dětí v tomto věku má při osvojování plynulosti řeči problémy s neplynulostí. Fyziologické neplynulosti lze považovat zcela za přirozený jev, kdy u většiny dětí tyto problémy postupně zaniknou a děti si neplynulost ani neuvědomují. U některých dětí neplynulost i nadále přetrvává i po 6 měsících, a tak někdy přechod od vývojových, fyziologických dysfluencí může vést k pravé koktavosti. Ohroženo je zejména dítě, u kterého se objeví vývojová koktavost společně s rizikovými faktory, které jsou disponující pro vznik balbuties (například dědičnost nebo orgánové odchylky). Tyto faktory nelze někdy úplně odstranit, a pokud i nadále přetrvávají, může si dítě uvědomit neplynulosti a začíná na ně reagovat, což se může projevit různými negativními pocity a reakcemi (neklid, frustrace, úzkosti, stres). V závěru může dojít k tomu, že se tedy z původně vývojové a zcela běžné neplynulosti stává pravá koktavost (Lechta & Králiková, 2011).

Na **Obr. č. 3** je znázorněn **Palinův model**, který ilustruje v centru trojúhelníku dítě a jeho mozek, což odráží současné poznatky o genetických a neurofyziologických faktorech, které jsou základem vývojové koktavosti. Vrcholy tvoří jazyk a komunikace, psychologická oblast a řečová motorika. Každá z těchto oblastí zahrnuje jak kladné, tak záporné charakteristiky dítěte, které mají dopad na jeho koktavost. Pojem „*environmental*“ představuje sociální prostředí dítěte, které interaguje a ovlivňuje všechny tři oblasti. Palinův model zdůrazňuje hlavně ty oblasti, které jsou relevantní pro vznik vývojové koktavosti. Model zároveň pomáhá rodičům pochopit koktavost a přiblížit jim, na jakých základech je stavěna terapie. Tímto načrtnutím může logoped snížit pocit viny rodičů, který je často doprovází.

Obrázek č. 3: *The Palin Model*



Michael Palin Center (2019)

Hraniční kóktavost

Pojem hraniční kóktavost (angl. *borderline stuttering*) není na naší akademické půdě obecně přijímán. U hraniční kóktavosti se řeč začíná měnit a dysfluence kolísá mezi stupni fyziologické neplynulosti a incipientní kóktavosti. Řada zahraničních autorů využívá proto různá vodítka při určení, zda se jedná o fyziologický stav či o dítě ohrožené kóktavostí. Mezi tato vodítka patří například frekvence neplynulostí, opakování slabik a zvuků, nebo již zmíněné působení rizikových faktorů (Dezort, 2019).

Incipientní kóktavost

Incipientní kóktavost může vzniknout z vývojové kóktavosti a lze ji označit jako začínající kóktavost, vyskytující se kolem 5. a 7. roku života dítěte (Lechta, 2010). Je známá projevy, jež jsou spojené s frekventovanějšími neplynulostmi, s častějším a delším opakováním slabik a slov, se zvýšenou námahou a se svalovým napětím, vegetativními příznaky nebo kó-verbálním chováním. Je možné pozorovat vyhýbání se zrakovému kontaktu a frustraci (Lechta, 2010). U psychické tenze lze vidět projevy netrpeřlivosti a pocity frustrace. Dítě si je již vědomé přítomnosti verbálního handicapu (Peutelschmiedová, 1994).

Fixovaná koktavost

Jedná se o druhé stadium koktavosti vzniklé z incipientní dysfluence u dětí mezi 7. a 13. rokem (Lechta, 2010). Za účinnosti fixujících faktorů a již začínající koktavosti vzniká fixovaná koktavost. Je spojena s neplynulostí (převaha zejména prolongací a repeticí), s nadměrnou námahou (bloky, napětí, narušené koverbální chování, tlačení) a psychickou tenzí (vyhýbavé chování a strach) (Peutelschmiedová, 1994).

Chronická koktavost

U jedince s chronickou koktavostí, vzniká přibližně ve věku 14. let a více, dochází z hlediska dysfluence k habituaci příznaků. Situace se obvykle dostane do bodu, kdy balbutik dokáže anticipovat své dysfluence, tedy předvídat to, kdy by mohlo dojít v budoucnosti k dysfluenci. Stoupá nadměrná námaha a prodlužování bloků spolu s tremorem rtů a spodní čelisti. U jedince se může vyvinout logofobie, frustrace, obavy z komunikačních situací a únikové nebo vyhýbavé chování. U balbutika s chronickou koktavostí je již velmi obtížná terapie (Lechta, 2010).

Peutelschmiedová (2005) uvádí rozdělení dle *Dosužkovy klasifikace*, která rozděluje koktavost z hlediska věku, kdy koktavost manifestovala, a to na předčasnou, obvyklou a pozdní. Předčasná koktavost (lat. *balbuties praecox*) vzniká u dětí mladších 3 let, obvyklá koktavost (lat. *balbuties vulgaris*) vzniká mezi 3. a 7. rokem života a koktavost pozdní (lat. *balbuties tarda*) se objevuje po 7. roce života.

1.6 Další poruchy plynulosti řeči

Pro diagnostiku a následnou terapii je důležité odlišit koktavost od dalších poruch plynulosti řeči, mezi které lze řadit breptavost, získanou neurogenní dysfluencí a získanou psychogenní neplynulost. Tyto poruchy plynulosti řeči se mohou na rozdíl od koktavosti lišit různými příčinami, které mají následně vliv na celý terapeutický proces.

Breptavost (lat. *tumultus sermonis*)

Tarkowski uvádí definici podle Weissové, která definuje breptavost jako „narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení

myšlenkových procesů programující řeč na bázi dědičných predizpozic.“ (Klenková, 2006, s. 170) Weissová dodává, že breptavost působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování (Klenková, 2006). Podle Lechty (2003) je diagnostika breptavosti velmi náročná, poněvadž breptavost se vyskytuje jen zřídka, není příliš jasná její etiologie (existují teorie integrity CNS, modely zaměřené na kognitivní pracování a genetiku) a osoby s breptavostí vyhledávají odbornou pomoc jen zřídka.

Získaná neurogenní dysfluence (neplynulost)

Problematiku neurogenní dysfluence dle Lasotové (2021) v současné literatuře lze nalézt jen málokdy. Získaná neurogenní dysfluence je získaná porucha plynulosti řeči, která vznikla na neurologickém základě vlivem difúzních nebo ložiskových lézí. Nemusí se ovšem vyskytovat pouze u dospělých. Pacienty jsou často také děti (Dezort, 2019).

Získaná psychogenní neplynulost (dysfluence)

Termín *psychogenní koktání* Duffy (2019) používá pro poruchu plynulosti řeči, která se typicky objevuje u adolescentů a u dospělých osob, vzniká náhle vlivem psychogenního původu (například vliv traumatické události). Může se objevovat samostatně nebo kombinovaně v souvislosti s jinými psychickými nebo neurologickými poruchami (Guitar, 2014).

2 Diagnostika kocktavosti u dětí předškolního věku

Balbuties jako druh NKS má velký vliv na mnoho oblastí lidského života, a proto včasná, komplexní a přesná diagnostika je důležitou predispozicí pro nastavení vhodné léčby. Na diagnostice kocktavosti se podílejí a navzájem spolupracují celé řady odborníků z oblasti logopedie, neurologie, foniatry, psychologie a dalších vědních oborů. S výsledkem diagnostického vyšetření lze nadále stanovit prognózu a následnou logopedickou intervenci. Při diagnostice kocktavosti je důležité dodržovat několik základních pravidel a pečlivě zohlednit všechny možnosti diagnostiky NKS, aby se získané informace dokázaly, co nejlépe vyhodnotit a využít v následné terapii.

Dle Conture a Curlee (2007) neexistuje jednotný diagnostický postup a není možné hodnotit nejen mluvní projev sledovaného jedince, ale je třeba se zaměřit i na jeho sociální prostředí, a to především na jeho interakci s okolím. Je důležité také zohlednit věk vyšetřované osoby, sledovat okolnosti související se vznikem kocktavosti, analyzovat symptomy kocktavosti, postoj jedince ke komunikaci a jeho projevy narušeného koverbálního chování.

Dle Guitara (2014) patří první setkání k nejdůležitějším okamžikům, poněvadž navázání prvního kontaktu mezi logopedem a klientem je důležitou predispozicí k následné diagnostice a léčbě kocktavosti. Většinou však není v silách logopeda komplexně vyšetřit klienta během jednoho sezení. Diagnostika probíhá pomocí vstupního vyšetření, kontrolního vyšetření, výstupního vyšetření a poté ještě post terapeutického vyšetření (Lechta, 2010).

Mezi nejznámější diagnostické metody balbuties patří **anamnestický rozhovor**, jehož cílem je získání anamnézy a kompletizace specifických anamnestických údajů ohledně prostředí, patogeneze a současného stavu dítěte pro následné postupy v terapii. V předškolním věku se odehrává průběh a strategie terapie bez přítomnosti samotného dítěte, logopeda navštěvují pouze rodiče s využitím **videonahrávky** dítěte nebo jiného záznamu (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Americká nadace věnující se kocktavosti *The Stuttering Foundation* doporučuje provádět vyšetření balbuties co nejdříve, hned po objevení se prvních projevů kocktavosti, hlavně také z důvodu odlišení fyziologické neplynulosti od časných příznaků balbuties (Neubauer a kol., 2018).

2.1 Specifika a průběh diagnostiky

Rodiče jako důležitý spojovník mezi logopedem a dítětem

Rodič by měl být na začátku informován, jaké diagnostické metody budou využity a za jakým účelem se tyto metody používají (Neubauer a kol., 2018). Rodiče by měli přinést co nejvíce materiálů z vývojových období dítěte a podrobně popsat dobu, která předcházela nástupu koktavosti dítěte současně i s prenatální a perinatální anamnézou. Je třeba zjistit, zda se u dítěte nevyskytuje i nějaké jiné přidružené postižení/omezení, jako je specifická porucha učení, ADHD, vývojová dysfázie či dyspraxie (Neubauer a kol., 2018).

Je potřeba se zaměřit při diagnostice nejen na dítě, ale také na rodinné prostředí, kde dítě žije a případně, kde se vzdělává (Kutálková, 2010). Podle Lechty (2010) je velmi důležité se zaměřit na výchovu a styl výchovy, jež uplatňují rodiče. Je třeba vědět, zda rodič dítě nepřerušuje, neskáče dítěti do řeči, nepoužívá nadměrně kritické a korekční poznámky, zda rodič k dítěti hovoří s přímým zrakovým kontaktem a zda se snaží přizpůsobit svůj mluvný projev vývojové úrovni dítěte (Neubauer a kol., 2018).

Vnímání koktavosti očima rodiče

Vzhledem k ústřední roli rodičů v terapeutickém procesu u malých dětí, které koktají, je důležité zhodnotit i pocity rodiče jakožto hlavního komunikačního partnera dítěte. Existuje několik různých skupin rodičů, kteří ke koktavosti jejich dítěte přistupují odlišně. Jedna skupina rodičů může koktavost zlehčovat, jiní rodiče ji naopak můžou přehnaně drammatizovat. Někteří rodiče jsou bezradní a nevědí si příliš rady (Lechta & Králiková, 2011). Spoustu rodičů vnímají koktavost jako velmi citlivé téma. Často se u rodičů objevují úzkosti, špatné sebehodnocení a negativní postoje. Mívají pocity viny, obav a stresu spojené s komunikací jejich dítěte (Langevin et al., 2010). Můžou vnímat koktavost jako jejich osobní selhání, protože mají představu, že za vznikem koktavosti stojí právě oni. Logoped by měl rodiče obeznámit, že jejich chování není příčinou koktavosti a že na pozadí vzniku stojí jiné příčiny. V některých případech je nezbytné, aby se rodiče nebáli vyhledat odbornou pomoc například ve formě návštěvy psychologa. Důležitou informací je skutečnost, aby logoped seznámil rodiče s komunikačními strategiemi, které by rodiče měli využívat během každodenní komunikace s jejich dítětem (Szewczyková, 2018).

Komplexní vyšetření dítěte

U dětí v předškolním věku se hodnotí **spontánní řečový projev**. Dále je nutné vyšetřit fatické funkce, emoce, psychomotorický vývoj i celou škálu sociálních projevů dítěte (Neubauer a kol., 2018). Nesmí se zapomenout ani na vyšetření všech řečových a jazykových rovin (Lechta, 2010). U dětí s koktavostí může klinický logoped využít také rytmiku a intonaci řeči při předříkávání slov či vět z **Heidelberského testu vývoje řeči** (Neubauer a kol., 2018).

U starších dětí se testuje i čtení a psaní, a v důsledku toho se určuje, zda se jedná o profil dyslektický, balbutický anebo dochází k prolínání jednotlivých profilů. U dětí předškolního věku, které ještě neumí číst, se používá popis situačních obrázků, které znázorňují prostředí ulice, rodinné prostředí nebo prostředí mateřské školy (Lechta, 2010).

Z předchozích vyšetření se získá kvalitativní hodnocení (Lechta, 2010). Dále se testuje **frekvence neplynulostí** za jednu minutu (lze zprůměrovat i několik minut) a **počet zopakovaných slov** (častější frekvence 2 slov ze 100 indikuje koktavost). Podle Ripera (Peutelschmiedová, 1994) delší prodleva, než je jedna sekunda, indikuje koktavost. V USA je standardizované hodnocení koktání pomocí softwaru **Stuttering Severity Instrument**, jehož délka je 15 až 20 minut.

Dále je třeba zjistit, zda převládají prolongace nebo repetice a zda dítě používá **interjekce** (vsuvky slabik a slov) a v jakém poměru. Vhodné pro tuto diagnostiku je využití audiozáznamu. Vyšetřuje se také výskyt doprovodných pohybů (pohupování těla, kroucení vlasů, kousání nehtů) nebo zda se dítě záměrně vyhýbá slovům či některým situacím (Neubauer a kol., 2018).

Diferenciální diagnostika

Na diferenciální diagnostice se podílí mnoho odborníků v rámci *interdisciplinární spolupráce* a provádí se celá řada lékařských vyšetření. Odborníci, kteří se podílejí na diferenciální diagnostice, spolu musí spolupracovat, protože by jinak mohlo dojít ke vzniku kombinace diagnóz.

Podle DSM-V (*Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*) je třeba odlišovat koktavost od jiné smyslové vady, fyziologické nemluvnosti, vedlejších účinků léků, Tourettova syndromu nebo verbální dyspraxie a ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou*) (Neubauer a kol., 2018). Odborník může odhalit další neurovývojové poruchy nebo jiná psychiatrická onemocnění, či vyloučit fyziologickou neplynulost (Neubauer a kol., 2018). Je třeba

odlišit koktavost od breptavosti jako jiného druhu narušení fluence řeči (Kejklíčková, 2022).

Důležitým diferenciativně diagnostickým kritériem může být konstantnost příznaků nebo způsob opakování. Konstantnost a nekonstantnost slouží jako diferenční hledisko. Příznaky kolísají v negativním i pozitivním smyslu, v závislosti na zátěžové situaci a na jiných fyziologických faktorech. Při hodnocení symptomatiky je nezbytné vycházet z naprosté preciznosti. Je možné, že některé příznaky, které se posluchači zdají být jako plynulé, ve skutečnosti mohou být neplynulé.

Dle Lechty (2004) se moderní přístupy zaměřují na odlišení fyziologických těžkostí ve vývoji řeči od incipientní koktavosti. Dle **Randollovy-Jehleho normy plynulosti řeči** se diferenciuje incipientní koktavost u dětí předškolního věku od normální neplynulosti, anebo se indikuje začínající koktavost. V jednom slově se může vyskytovat více než jedna neplynulost, proto je zapotřebí použít magnetofonové nahrávky nebo videozáznam. V indikovaných případech incipientní koktavosti se následně doporučuje terapie. Jestliže je již známá NKS, je dále třeba usilovat o co nejpřesnější identifikaci, tedy určení typu, stupně nebo formy NKS (Lechta, 2003).

2.2 Metody a techniky diagnostiky

Odborníci se často setkávají s vysokým procentem případů, které jsou ohroženy recidivou, a také existuje stále velké procento případů, které je rezistentních na jakoukoliv dosud známou formu terapie (Lechta, 2003). Po stanovení diagnózy nastíní specialista terapeutický plán a za účasti kontrolních vyšetření probíhá terapie. Proti očekávání však často chybí právě stanovení diagnózy nebo zjištění etiopatogeneze (původních příčin) NKS. Do celého procesu navíc zasahuje celá řada prolínajících se činitelů a další proměnné (Lechta, 2003).

Moderní trendy v diagnostice koktavosti

Moderní diagnostické přístupy se zaměřují na přímé a přesné měření z hlediska **kvantifikace**, tedy kolikrát se dítě zakoktá za uvedený čas. U nás není celkově přijatá jazyková norma, jež by definovala normální dysfluenci od patologické, jako například u výslovnosti, kde norma vymezena je. Právě v ontogenezi lidské řeči se plynulost mění a v období

krize, fyziologické těžkosti, která nastává kolem 3. a 4. roku, nadále směřuje k plynulosti řeči (Lechta, 2004).

Ve světě existuje několik různých kritérií, která aspirují o rozlišení normální dysfluence od pravé koktavosti. Nejčastěji se používá **Van Riperovo kritérium**. V České republice je rozšířený **balbutiogram**, nástroj vhodný k diagnostice balbuties. Slouží k rychlé orientaci logopeda, který se pomocí přehledného grafického zápisu lépe orientuje. Úkoly jsou seřazené podle náročnosti. Součástí nástroje jsou např. automatické řady, opakování vět, simultánní řeč, dokončování neúplných vět či čtení (Lechta, 2004).

Další hodnoticí metodou je metoda od doktorky Peutelschmiedové. Tato metoda obsahuje formulář (analýza o sto slovech) a grafický záznam, který hodnotí odchylku mluvního projevu od normy. Nelze však tuto metodu aplikovat na děti předškolního věku, poněvadž jednou z podmínek je znalost čtení, a vzhledem k tomu, že zraková opora ulehčuje plynulost, může být diagnostický výsledek zkreslen (Lechta, 2004).

Velká pozornost je věnována i **analýze přidružených symptomů** doprovázejících verbální komunikaci, kde se sleduje i narušené koverbální chování. Lze potom dále potvrdit indikaci z ohrožení koktavosti v řeči do incipientní koktavosti (Lechta, 2004).

Metodika vyšetřování koktavosti

Při podrobné a komplexní metodice vyšetřování koktavosti je třeba zohlednit věk vyšetřované osoby. V předškolním věku je důležité odlišit incipientní koktavost od fyziologické neplynulosti, je potřeba se zaměřit na způsob realizace komunikace, na její formu a dbát přiměřeného chování při komunikaci s balbutikem. Zohledňuje se kvantitativní i kvalitativní analýza symptomů koktavosti a pátrá se po příčinách, aby byl vytvořen co nejkomplexnější obraz plynulosti řeči vyšetřované osoby (Lechta, 2003).

Hodnoticím materiálem může být spontánní mluvní projev, uskutečňovaný prostřednictvím rozhovoru. Může se jednat o specializovaný rozhovor nebo řízený volný rozhovor, kde odborník zjišťuje pomocí přímých i nepřímých otázek nejen příznaky koktavosti, ale může získat i další potřebné informace o vztahu jedince k prostředí a k jeho komunikaci. U dětí se obvykle využívá záznam spontánní komunikace dítěte. Magnetofon nebo videozáznam se zapne, dokud dítě není v místnosti. U dětí školního věku lze použít jako hodnoticí materiál čtení standardizovaného textu o vzorku sta slov. Projevy se zaznamenávají přímo do textu pod neplynulé

slovo. Dále lze využít i verbální stereotypy (vyjmenování dnů v týdnu, počítání do deseti), reprodukování vět (jednoduché věty o třech slovech) nebo dokončování neúplných vět (výběr ze tří jednoduchých variant).

Měřítka a kritéria hodnocení symptomů

Hodnotící škály a stupnice slouží jako součást diagnosticky koktavosti. Vyznačují se konkrétními koeficienty a indexy hodnotící frekvenci výskytu určitých symptomů, a jsou využívány i při diferenciální diagnostice balbuties. Mezi nejvyužívanější škály pro hodnocení se řadí pětistupňová **Rileyova škála**, která mapuje jednotlivé symptomy koktavosti, nebo šestistupňová **Kondášova stupnice**, která slouží k celkovému hodnocení balbuties v rámci balbutiogramu. U kvantifikace při speciálním vyšetření se využívá **Randollův-Jehleho koeficient** a **frekvence koptání za minutu**. Při kontrolním vyšetření se využívá index konzistence, index adaptace a index zlepšení nebo zhoršení (Lechta, 2003).

Balbutiogram

Balbutiogram je komplexní diagnostický nástroj, který kombinuje kvalitativní i kvantitativní metody (Lechta, 2003) a využívá se zejména pro výběr terapeutického postupu (Klenková, 2006). Balbutiogram obsahuje tři roviny lišící se dle věku vyšetřovaného jedince. První rovina hodnotí symptomy balbuties v oblasti respirace, fonace, artikulace a prozodických faktorů. Druhá rovina se zaměřuje na klinický obraz koktavosti, tedy na nadměrnou námahu, psychickou tenzi a dysfluenci mluvního projevu. Balbutiogram ve třetí rovině posuzuje stupně fluence mluvního projevu v odlišných komunikačních situacích, od lehčích situací jako je zpěv nebo šepot po těžší, jako je dialog. Logoped dále pracuje s indexem zlepšení/zhoršení se ve čtení textu za časovou jednotku a počtem dysfluencí při kontrolním nebo předcházejícím vyšetření (Lechta, 2003).

2.3 Diagnostické materiály využívané v zahraničí

V zahraničí existují různé diagnostické testy a škály, které se využívají v rámci diagnostiky balbuties jak u dětských, tak u dospělých osob.

2.3.1 Diagnostické testy

BAB – Behavior Assessment Battery (BAB) (angl. *A Multidimensional and Evidence-Based Approach to Diagnostic and Therapeutic Decision Making for Adults Who Stutter*).

BAB je nejužívanějším diagnostickým testem od amerických autorů Martina Vanryckeghema a Gena J. Bruttenu, který je tvořen souborem několika sebehodnotících testů, jež poskytují údaje o silných a slabých stránkách dítěte, které souvisejí s řečí a jeho potřebami (Dezort, 2019). Baterie se vyvíjela a zdokonalovala po mnoho let a byla testována u klientů po celém světě, a to například ve Spojených státech amerických, v Polsku, Itálii nebo Íránu.

Jednotlivé subtesty BAB

Prvním subtestem je **Speech Situation checklist (SSC)**, který je ještě rozdělen do dvou dalších testů: *Speech Disruption* zaměřující se na přerušování toku řeči a *Emotional Response* hodnotící negativní emocionální reakci spojenou s řečí v různých komunikačních situacích. Dalším subtestem je **Behavior Checklist (BCL)**, který zkoumá copingové strategie dítěte v případě obtíží v řeči a odhaluje konkrétní reakce, které dítě používá ke zvládnutí své dysfluence (Dezort, 2019). Subtest **Communication Attitude Test (CAT)** hodnotí a měří postoj jedince k jeho vlastní řeči (Dezort, 2019).

Subtest CAT, který hodnotí komunikační postoj, může být využit pro různé věkové kategorie. **KiddyCAT** je určen pro děti v předškolním věku, **CAT** je vhodný pro starší děti školního věku a **BigCAT** hodnotí komunikační postoj dospělých.

CAT má za hlavní úkol zjistit nejen pohled klienta na své komunikační schopnosti, ale také pomocí něj lze získat data a posoudit rozdíl v postojích mezi jedinci, kteří vykazují známky balbuties, a mezi těmi, kteří hovoří plynule. Výsledkem je negativní nebo pozitivní komunikační postoj jedince k vlastním řečovým schopnostem (Dezort, 2019).

OASES (angl. *Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*)

OASES je jediný diagnostický nástroj, který se zaměřuje na kvalitu života jedince s koktavostí. Autory diagnostického nástroje jsou J. S. Yaruss a Robert W. Quesal, kteří měli za cíl zhotovit rychlý a jednoduchý test mapující zkušenosti balbutika. Lze jej aplikovat ve třech verzích. **OASES-S (School-Age)** je určený pro děti ve věku 7–12 let. **OASES-T (Teenage)** lze využít u dospívajících ve věku 13–17 let. Třetí verze **OASES-A (Adult)** je užitečná pro diagnostiku kvality života dospělých jedinců od 18 let. Otázky jsou hodnoceny na Likertově škále dle dosaženého skóre pro určitou věkovou kategorii (Dezort, 2019).

SSI-4 (angl. *Stuttering Severity Instrument-4*)

Jedná se o spolehlivý nástroj pro hodnocení koktavosti od profesora Glyndona D. Rileyho. Test se může využít u všech věkových kategorií pro klinické i vyhledávací účely. Měří závažnost koktavosti v několika oblastech: frekvence, trvání, fyzické průvodní jevy a přirozenost řeči jedince. Test se využívá často spíše jako test doplňkový, jenž dokresluje souhrnný obraz balbutika (Dezort, 2019).

2.3.2 Diagnostické škály

The Palin Parent Rating Scales (PPRS)

Diagnostický dotazník PPRS byl vytvořen Sharon K. Millardovou a Stephenem Davidem v roce 2009 v Michael Palin Center v Londýně. Je součástí *Practical Intervention for Early Childhood Stammering – Palin PCI Approach*, který může zmírnit koktavost u předškolních dětí pomocí terapie vedené rodiči. PPRS se nezaměřuje pouze na dítě, ale také hodnotí koktavost z perspektivy rodiče. Poskytuje metodu zkoumání vnímání koktavosti rodiči, dopadu na dítě i na rodiče samotné. Do českého jazykového prostředí se o překlad a adaptaci zasloužil PhDr. Jan Dezort, Ph.D., a v návaznosti na něj dotazník využila Mgr. Sandra Szewczykova ve své diplomové práci *Vnímání koktavosti z pohledu rodiče* (2018).

The Lidcombe Severity Rating Scales

Měření lze provést i pomocí škály uvedené a využívané prostřednictvím **Lidcombe programu**, který se vyznačuje okamžitou zpětnou vazbou na plynulost řeči u dítěte (Laciková, 2002; Škodová & Jehlička a kol., 2007). Škála hodnotí závažnost koktavosti u dítěte a zároveň datuje pokrok dítěte. Graf má devět stupňů, od nuly (žádné koktání) k devíti bodům

(velmi silné koktání). Rodiče fungují jako důležití spolupracovníci. Učí se, jak měřicí škálu využívat a aktivně se naladit na řeč dítěte, a to v průběhu celého dne. Hodnocení pomocí této škály pomáhá sledovat pokroky a upravovat následně terapeutický proces (Onslow et al., 2017).

2.3.3 Srovnání zahraničních výzkumů využívající diagnostický materiál KiddyCAT

KiddyCAT (angl. *Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*)

KiddyCAT je užitečným nástrojem pro včasné odhalení negativních komunikačních postojů. KiddyCAT je nástroj určený pro děti mladší 6 let, který slouží jako pomůcka při odhalování a léčbě koktavosti u dětí, jejichž plynulost v řeči je problematická. Poskytuje obraz aspektů dětského vnímání, jenž souvisí s řečí, které může poskytnout pouze dítě. Vyhodnocení celkového skóre v testu může pomoci logopedovi určit strategie a taktiky léčby, které budou s největší pravděpodobností pro léčbu úspěšné. Při léčbě je potřeba se zabývat změnou postoje, aby se předešlo od negativního sebepojetí a špatného postoje k pozitivnějšímu přesvědčení. Zvláštní klinický význam má zjištění, že dokonce i v tomto nízkém věku děti s koktavostí odhalily výrazně horší postoje související s řečí než jejich vrstevníci (Bloodstein et al., 2021).

Věk dětí

Dotazník KiddyCAT je určen pro děti předškolního věku, tedy pro děti, které dosahují minimálně věku 3 let a nepřesahují věk 7 let (Rafati et al., 2015).

Pohlaví dětí

Srovnání postojů souvisejících s řečí u koktavých a nekoktavých dětí s ohledem na pohlaví neprokázalo žádné statisticky významné rozdíly a lze tedy tvrdit, že pohlaví nemá žádný dopad na rozdílnost v komunikačních postojích (Węsierska & Vanryckeghem, 2014).

Uvědomění si poruchy plynulosti řeči

Mnoho tvrzení dokládá, že děti po dosažení 3 let si uvědomují svůj mluvný projev. U slovinských dětí se zjistilo, že děti již ve věku 3 let vnímají rozdíl mezi plynulou a neplynulou řečí a dávají přednost komunikačnímu partnerovi s plynulou mluvou před komunikačním partnerem s dysfluencí, což může podpořit fakt, že i v tak nízkém věku je přítomné povědomí o koktavosti (Brce & Vanryckeghem, 2017).

Negativní postoj ke komunikaci

Ve Spojených státech amerických byly porovnávány komunikační postoje k řeči u 45 dětí ve věku od 3 do 6 let, které koktaly, s dalšími 63 dětmi, které nekoktaly. Výzkum ukázal, že děti, které koktaly, měly výrazně negativnější postoj ke své řeči než jejich vrstevníci stejného věku, kteří nekoktali (Vanryckeghem et al., 2005). Výzkumy prováděné v Itálii a Polsku došly k obdobnému závěru: předškolní děti, které koktají, již ve věku 3 let vykazují výraznější negativnější postoj k řeči ve srovnání se svými vrstevníky, kteří nekoktají (Vanryckeghem et al., 2015).

Vanryckeghem a kol. v roce 2017 uskutečnili výzkum, který srovnával komunikační postoje slovinských předškolních dětí. Zabývali se otázkou, zda existuje rozdílný komunikační postoj mezi dětmi, které koktají, a mezi dětmi, které nekoktají. Data byla shromážděna na vzorku 49 předškolních dětí, které koktají, a 74 dětí, které nekoktají. Děti byly rozděleny do dvou skupin podle věku: mladší (3–4, 4 let) a starší (4, 5 až 6 let). Výsledky ukázaly, že předškolní děti, které koktají, dosáhly statisticky významně vyššího skóre v KiddyCAT než předškolní děti, které nekoktají. Byla potvrzena hypotéza, že mezi koktavými a nekoktavými dětmi existuje statisticky významný rozdíl v komunikačním postoji (Brce & Vanryckeghem, 2017).

Vývoj negativních pocitů

V současné době není dobře známo, zda existují individuální rozdíly v časovém průběhu vývoje negativních postojů souvisejících s řečí u koktavých dětí. U některých dětí s balbuties se tento postoj může vyvíjet postupně, zatímco u jiných zdánlivě „přes noc“ (Clark et al., 2012).

Validita a reliabilita KiddyCAT

Diagnostický materiál KiddyCAT je vnitřně spolehlivý, má konstrukční platnost a jednotlivé položky testu skutečně hodnotí komunikační postoj dětí (Clark et al., 2012). Je užitečným nástrojem pro včasné odhalení negativního komunikačního postoje u předškolních dětí, které koktají, a pomáhá efektivnější a přesnější diagnostice a následné terapii (Brce & Vanryckeghem, 2017).

Pro úspěšnost diagnostického materiálu se řada zemí snažila o překlad KiddyCAT i do dalších jazyků. Nejen polská verze KiddyCAT dokázala, že je užitečná pro hodnocení a diferenciální diagnostiku koktavosti v raném dětství (Węsierska & Vanryckeghem, 2014), ale také perská verze testu vykazuje přijatelnou validitu a spolehlivost pro hodnocení komunikačního postoje u předškolních dětí, které koktají (Rafati, et al., 2015). Zbývalo ještě zjistit spolehlivost KiddyCAT při opakovaném testování. Za tímto účelem byla nizozemská forma KiddyCAT zadána vzorku 34

koktavých a 42 nekoktavých dětí ve věku od 3 do 6 let při dvou různých příležitostech. Po prvním testování byly děti opět testovány v rozmezí jednoho týdne až 12 dní. U obou skupin účastníků výsledky prvního a druhého provedení testu významně korelovaly a průměrné výsledky se od sebe statisticky významně nelišily. Opakovaná administrace testu odhalila, že získané výsledky prvního a druhého testu jsou na sobě vysoce závislé a vzájemně předvídatelné a v čase stabilní. Opět se potvrdilo, že skóre dětí, které koktají a které nekoktají, se lišilo ve statisticky významné míře (Vanryckeghem et al., 2015).

U německy mluvících dětí bylo cílem zjistit spolehlivost a popsat referenční údaje KiddyCAT-G, autorizované německé adaptace. KiddyCAT vyplňovaly děti od 3 do 5 let, které nekoktají (CWNS, 150), a děti, které koktají (CWS, 30). Test byl po týdnu opět zadán dílčímu vzorku dětí (CNWS=15, CWS=20). KiddyCAT vykazoval u obou skupin střední až vysoké hodnoty vnitřní konzistence a stejně vysokou spolehlivost při opakovaném testování. Srovnání skupin ukázalo významně vyšší průměrné skóre pro CWS než pro CWNS (Neumann et al., 2019).

Závěr

Současná celková zjištění tedy podporují zařazení KiddyCAT jako součást komplexního přístupu k hodnocení koktavosti v dětském věku. Zdá se, že tato zjištění také pomáhají prohloubit chápání toho, jak postoje a povědomí dítěte a rodičů o koktavosti přispívají k vývoji koktavosti u dětí předškolního věku (Clark et al., 2012).

3 Terapie koktavosti u dětí předškolního věku

Léčba balbuties má dlouhou a inovativní historii. Během posledních stalet se terapií balbuties zabývala medicína, psychologie a především logopedie (Škodová & Jehlička a kol., 2007). Bylo vyvinuto mnoho různých terapeutických metod a některé metody jsou dodnes široce využívány v praxi. Terapie žádá navíc komplexnost, poněvadž vznik koktavosti není ovlivněn jednou příčinou, a proto je někdy obtížné vybrat správný terapeutický postup (Klenková, 2006). Jestliže je primární příčina neznámá, je třeba se specializovat na léčbu symptomů. „Neznáme-li přesnou příčinu plynulosti řeči, nemůžeme ji odstranit, pouze potlačujeme příznaky,“ uvádí Klenková (2006, s. 162). Neexistují však obecně přijaté metody nebo přístupy, jež by byly doporučeny k léčbě koktavosti. U terapie je především hlavním úkolem odstranit všechny příznaky narušené komunikační schopnosti a dosáhnout plynulosti řečového projevu (Lechta, 2003). Terapie zahrnuje logopedickou, psychologickou i lékařskou péči, případně speciální péči od dalších odborníků. Je třeba zmínit, že terapie se nezaměřuje pouze na korekci plynulosti řeči, ale také na celou osobnost, na sociální vztahy a psychické projevy jedince. Podle Kutálkové (2010) je největší procento úspěšnosti u terapie, která je zahájena hned po zaznamenání prvních projevů.

Logoped v terapeutickém procesu

Logoped (terapeut) je nejdůležitějším prvkem v úspěšnosti terapeutického procesu. Nejen balbutik je individuální osobností s různými potřebami a požadavky, ale i každý logoped je jedinečný po profesní i osobnosti stránce, a tak spolu klient a logoped vytvářejí zcela unikátní vztah. Kromě vzdělání, praxe a terapeutických strategií je dle Manninga (Dezort, 2019) důležité pro úspěšného terapeuta schopnost porozumět, povzbudit a vést svého klienta v průběhu celé terapie. Terapeut se nezaměřuje pouze na projevy v oblasti řeči, ale zaměřuje se celkově na osobnost jedince, na jeho postoje a myšlenky. Logoped přijímá klienta takového, jaký je (Guitar, 2014). Manning dále uvádí také důležitou schopnost vcítit se do klienta, posouvat klienta pomocí různých výzev nebo vidět věci v souvislostech a brát zřetel na klientovy potřeby a možnosti, až poté je vhodné začít s terapeutickým procesem (Dezort, 2019).

Terapie je interakce nejméně dvou lidí, kdy nejdůležitější je kvalita vztahu mezi terapeutem a klientem, která ovlivňuje úspěch a výsledek terapie. Terapie bývá orientovaná na korekci příznaků evidentních během verbální komunikace, na změnu postoje ke komunikaci a na změnu přístupu ke stresovým situacím. Měla by být doplněna o metody, které umožní korigovat narušené koverbální chování (Kršňáková, 2006).

Raná intervence může pomoci dítěti k vývoji normální plynulosti a předvídat vývoj chronického problému. Jestliže koktavost začne být napevno ukotvena a dítě si již začalo vytvářet naučené reakce, je požadována koordinovaná léčba (Guitar, 2014). Předškolní věk je zásadním věkem, co se týče vzniku koktavosti, a pokud je zahájena intervence včas s využitím vhodných postupů, je prognóza příznivější (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Některé terapie používané u předškolních dětí lze použít i na balbutiky staršího věku. V opačném případě některé diagnostické materiály nelze využít u mladších dětí, zejména ty, kde jsou prvky čtení a počítačové programy. Je zapotřebí zjistit, ve kterém věku se u balbutika koktavost vyskytla poprvé, poté teprve zahájit terapii, která odpovídá věku jedince s koktavostí (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Rodič jako stěžejní osoba při terapii koktavosti

Poradenství neslouží nejen pro samotného jedince, ale také pro jeho okolí. Rodiče dětí hrají stěžejní roli při terapii koktavosti, a proto jim musí být věnována v procesu dostatečná pozornost.

Je třeba zdůraznit, že chování rodičů není příčinou koktavosti. Pokud si ale dítě myslí, že je jeho koktavost pro okolí rušivá, zkouší mluvit i přes opakovaný neúspěch „plynuleji“, koktavost se snaží skrývat nebo dokonce nemluví vůbec. Tím se zhoršuje koktavost spolu i s pocity dítěte (Geus, 2002). Ward (2017) ve své publikaci *Stuttering and Cluttering* vymezuje stupně neplynulosti vyskytující se při řeči dětí předškolního věku. První stupeň definuje, kdy dítě ještě nekotává ani není v riziku vzniku koktavosti, a pokud se neplynulost objeví, lze ji považovat za obvyklý jev. U dítěte v prvním stupni se nezahajuje terapie. Stejně jako u prvního stupně se v druhém stupni dítě nezakotává, ale může se vykytovat zvýšené riziko koktavosti v rodinném prostředí. Je však potřeba zahájit nepřímý přístup k terapii nebo poskytnout nabídku konzultací. Vždy se uskutečňují tři kontrolní setkání, každé vždy po měsíci (Lechta, 2005). Ve třetím stupni trpí jedinec vyšším počtem opakování, zahajuje se přímá nebo nepřímá terapie. Ve čtvrtém stupni dítě již vykazuje

známky koktavosti a je senzibilní (reaguje) na neplynulosti. Dle Warda v poslední, páté fázi nese dítě pokročilejší symptomy koktavosti, dítě ztrácí oční kontakt a začíná se vyhýbat konkrétním situacím (Ward, 2017).

Formy terapie koktavosti

Terapie balbuties může být z pohledu časových možností ve formě **intenzivní** nebo **intervalové**. Intenzivní terapie probíhá v rámci terapeutických stacionářů a klinik několikrát denně, intervalová probíhá během týdnů až měsíců. Z hlediska zaměření pozornosti na dítě nebo na rodiče existuje dělení na **přímou** a **nepřímou** léčbu. Nepřímá léčba u dětí, které koktají, se zaměřuje na práci s rodiči, aniž by přítomnost dítěte vyžadovala, zatímco přímá léčba se zaměřuje přímo na práci s dítětem (Borbonus & Maihack, 2000; Lechta, 2010).

Při své cestě za lepší plynulostí si může balbutik vybrat **individuální terapii**, která se zaměřuje především na potřeby klienta, jeho změny a pokrok, nebo **skupinovou terapii**, která se liší tím, že balbutik má více možností interakce s ostatními v různých komunikačních situacích. Případně může také docházet do **svěpomocné skupiny**, kterou zprostředkovávají dobrovolná sdružení při pravidelných setkáních, zde se lidé vzájemně podporují, což se týká i podpory pocitu nezávislosti. Dle Peutel-schmiedové (1994) se v současnosti v mnoha zemích upřednostňuje skupinová terapie. Je časově a pro kvalitu interpersonálních vztahů lepší, balbutici mohou pozorovat, jak na jejich neplynulost reagují ostatní. Na druhou stranu, u skupinové terapie mohou zůstat menší změny u balbutiků nepovšimnuty. Optimální je kombinace individuální a skupinové terapie. Mezi nejznámější zahraniční organizace, které nabízejí podporu a pomoc pro ty, kteří koktají, se nazývá *Stuttering Foundation of America (SFA)* založená v roce 1947 nebo *European League of Stuttering Association (ELSA)*. V České republice byla založena organizace *Balbus Olomouc*, což je dobrovolné sdružení členů na základě jejich společného zájmu o problematiku koktavosti (Křšňáková, 2006).

Terapeutické metody

Je třeba rozlišovat terapii a terapeutické metody. Metoda je celý proces, který vede do cíle, technika je konkrétní činnost, kterou se lze do cíle dostat (Hartl & Hartlová, 2000). Terapeutické metody mohou být rozděleny na jednodimenzionální, kdy existuje jeden postup nebo jedna metoda, a vícedimenzionální, kdy se kombinuje více metod (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

3.1 Terapeutické přístupy

V současné době se všeobecně preferují *vícemdimenzionální přístupy*, přičemž se terapeutické těžiště volí podle specifík konkrétního případu (Lechta, 2004). Terapeutické přístupy se dělí na přímé, nepřímé a kombinované. **Přímé přístupy** se vyznačují přímými pokusy změnit řečový projev, soustředí se přímo na řeč dítěte, na produkci jeho řeči a na chování dítěte (Peutelschmiedová, 1994). **Nepřímé přístupy** se využívají u dětí bez přímého tréninku fluence. U ošetření balbutika se zohledňuje i jeho komunikační schopnost, změna jeho postojů ke komunikaci společně s kognitivním zpracováním koktavosti. Nepřímé přístupy se primárně soustředí na prostředí dítěte, na jeho psychomotorický vývoj než přímo na korigování jeho dysfluence. Průlomem v terapii koktavosti u dětí předškolního věku je *Lidcombe program*, který se opírá o přímé přístupy v terapii. Při nepřímém tréninku dysfluence se využívá také muzikoterapie, relaxační jóga nebo terapie hrou. Je třeba, aby se zapojili do procesu terapie i rodiče a naučili se několik pravidel při komunikaci s dítětem. Dále terapeut zhodnotí vlivy prostředí a regulují se faktory, které mohou zvyšovat riziko koktavosti. Kombinované přístupy jsou prolínáním přímých a nepřímých přístupů (Lechta, 2005).

Dva nejvýraznější proudy terapie koktavosti jsou: **terapie tvarování plynulosti** (angl. *fluency shaping therapy*) a **terapie modifikace koktavosti** (angl. *stuttering modification therapy*).

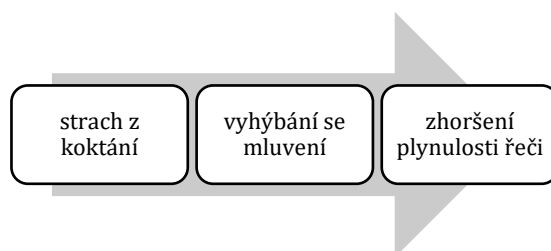
Dle výzkumů jsou terapie modifikace koktavosti i terapie tvarování plynulosti léčebné postupy založené na vědeckých poznatcích zabývajících se „prací založenou na důkazech“ tzv. **evidence-based therapy** (EBP). Obě terapie jsou založené na důkazech, avšak každá z nich hledá důkazy odlišně. Terapie modifikace koktavosti hledá důkazy týkající se výsledku léčby, zatímco terapie tvarování plynulosti se zaměřuje spíše na povahu balbuties. Modelování a sebeřízení jsou společné oběma přístupům a obě terapie vykazují pozitivní výsledky.

Terapie modifikace koktavosti (angl. *stuttering modification therapy*, SMT)

Pravděpodobně nejpoužívanější přístup vytvořil Charles Van Riper (Fraser, 2011), jehož program je podrobně popsán v knize *The treatment of stuttering*. Zaměřuje se na modifikaci momentu koktání na mírnější formu. Směřuje k tomu, aby jednotlivá zakoktání byla cíleně zpracována. Cílem terapeutického přístupu je rozpoznat zakoktání již předem a

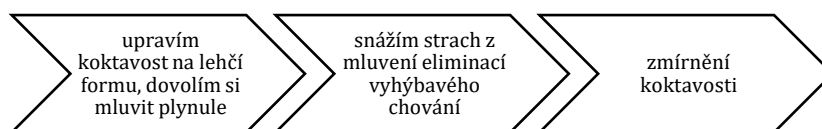
pomocí několika technik ho již před jeho vlastním projevem zpracovat a dokončit kontrolovaně a plynuleji pomocí čtyř etap: identifikace, desenzibilizace, modifikace a stabilizace. Terapie se snaží odstranit negativní pocity a postoje balbutika, redukovat strach z řeči a vyhýbavé chování. Je nevhodná pro balbutiky s vysokou mírou koktavosti a pro balbutiky s nedostatečným vnímáním symptomů (Van Riper, 1973; Ward, 2017). Pravidla jsou následující: pauza před každým zakoktáním slouží k přípravě na nový artikulační pohyb a k vědomé fonaci s tichým a měkkým hlasovým začátkem (hlasivky začínají kmitat s co možná nejmenší amplitudou). Následuje protahování odpovídající samohlásky (zpočátku po dobu jedné sekundy). Hlas je na začátku ztišený a je postupně zesílen do normální hlasitosti (Mlčáková et al., 2021). Schéma terapie modifikace koktavosti viz **Obr. č. 4** a **Obr. č. 5**.

Obrázek č. 4: *Provázanost strachu z koktání a zhoršení plynulosti*



Mlčáková et al. (2021)

Obrázek č. 5: *Význam eliminace vyhýbavého chování*



Mlčáková et al. (2021)

Terapie tvarování plynulosti (angl. *fluency shaping therapy*, FST)

Zakladatelé tohoto proudu Perkins a Curlee (Lechta, 2004) kladou důraz na osvojení plynulosti řeči a redukci neplynulosti v řeči. Využívají pomalé tempo mluvení, rytmizaci, měkký hlasový začátek a opožděnou zpětnou vazbu. Klient se učí mluvit plynule, bez koktavosti, a to v klinických i přirozených podmínkách. Terapie usiluje o navození jistého způsobu plynulé řeči a jeho postupnou fixaci a rozšiřování prostřednictvím operačního podmiňování. Řeč i přechod mezi slovy jsou v první fázi terapie zpomaleny, změní se tempo a přidá se i měkký hlasový začátek, který podpoří dýchání, fonaci a artikulaci. Následně se zkracuje délka promluvy na dvě až pět slabik. Vznikají pauzy, které klient využívá pro hluboký nádech. Malá pozornost je věnována redukci strachu z řeči a vyhubému chování (Lechta, 2005).

3.2 Terapeutické programy

Terapeutických programů je velké množství, každý program má jednotlivé techniky a daná kritéria, která se musí dodržovat (Lechta, 2010).

Preventivní terapie

Terapie se využívá zejména při počátcích koktavosti u dětí, kdy velkou roli hraje okolí, které má vliv na vznik koktavosti, pokud je dítě pod tlakem, jsou symptomy koktavosti zhoršovány. Je-li u dítěte zaznamenána hraniční koktavost, je potřeba začít s preventivní terapií, případně u indikaci incipientní koktavosti je zapotřebí s léčbou pomoci specifické terapie (Lechta, 2010).

Fonograforytmická metoda podle Lechty

Dle Lechty (2004) je terapie účinná pouze když je skloubená s metodami zaměřenými na psychickou tenzi a nadměrnou námahu. Při realizaci Lechta se postupuje tak, že při pomalém rytmickém hovoru integrují paralingvistické procesy s lingvistickými procesy do jednoho a současně se eliminuje začátek časového tlaku. Jejím vlivem by měl jedinec postupně získávat kontrolu nad svým mluvním projevem. Dochází také k synchronizaci pravoemisférových (paralingvistických) a levoemisférových (lingvistických) procesů. Při čtení se využívají všechny jazykové roviny a dochází k propojení pohybu se čtením a rytmikou (Lechta, 2011).

Terapie koktavosti metodou Tarkowského (angl. *The Tarkowski stuttering therapy method*) předpokládá, že balbuties zahrnuje všechny čtyři složky obtíží v několika rovinách, a to v rovině biologické (zvýšené svalové napětí), lingvistické (neplynulosti řeči), psychologické (strach z mluvení) a společenské (komunikační stres z reakce okolí na neplynulost). Pomocí tohoto systémového pojetí se Tarkowského metoda zaměřuje na celou strukturu koktavosti skrze jednoho terapeuta. Celou terapii vede jeden specialista, který kombinuje postupy s využitím řečové terapie, psychoterapie a socioterapie (Tarkowski, 2018).

KIDS program

Program KIDS je určen pro děti od 2 do 6 let. KIDS funguje na bázi osvojování si pozitivní copingové strategie s cílem změnit dysfluenci mluveného projevu prostřednictvím pozitivního vyrovnání se s koktavostí (Dezort, 2019).

LIDCOMBE program

Lidcombe program je v současnosti jedním z nejužívanějších programů pro děti do šesti let věku (Lechta, 2004). Autorem je australský profesor Mark Onslow a kolektiv pracovníků, kteří připravili tento program zejména pro děti předškolního věku s incipientní koktavostí (Škodová & Jehlička a kol., 2007). Lidcombe je evidence-based program opírající se o principy behaviorální terapie, kdy rodiče pomocí operačního podmiňování korigují plynulost řeči dítěte v průběhu dne u běžných činností. Cílem je řeč, ve které je méně než 1 % zakoktaných slabik (Dezort, 2019).

Model DCM (angl. *The Demands and Capacities Model*)

Model, jehož autorkami jsou Marie-Christine Franken a Durdana Putkerde Bruijn, se opírá o teorii rozvoje koktavosti, jejímž těžištěm je to, že existuje nerovnováha mezi požadavky a schopnostmi dítěte zvládat řeč. Dítě má danou kapacitu a navenek z okolního prostředí jsou mu předloženy požadavky, které má splnit. Vznikající nerovnováha může být důvodem, proč se koktavost u dítěte rozvine. Program je vhodný pro děti od 2 do 5 let, a cílem je vytvořit podmínky, ve kterých dítě mluví plynule (Dezort, 2019).

Terapie zaměřená na rodinu (angl. *Family-focused treatment approach*)

Autorem je profesor Scott Yaruss z Michiganské státní univerzity, jenž přijímá rodiče jako nejdůležitější součást terapie, poněvadž rodič je nejlepším komunikačním partnerem, nejlépe zná dítě a jeho potřeby. Terapie se pomocí 6 až 8 sezení zaměřuje na komunikační chování a

postojové reakce, které mohou rodiče a jejich děti projevovat v souvislosti s koktavostí. Tři části terapie jsou určeny pouze pro rodiče. První část je zaměřena na vzdělávání rodičů a poradenství. Logoped se rodiče snaží informovat o tom, co je koktavost, jaké jsou její příčiny, a vytváří prostor pro vzájemné sdílení obav (uskutečňuje se během 2–4 sezení), následuje trénink modifikace komunikace, kdy se rodiče učí strategie jak facilitovat dítě ve vývoji plynulé řeči. Poslední částí terapie je hodnocení, kdy rodič zhodnotí strategii a zvažuje dopad těchto strategií na fluenci řeči u jejich dítěte (Yaruss et al., 2006).

Palin PCI Therapy (Palin Parent-Child interaction therapy)

Autory jsou Frances Cook a Willie Botterill, kteří tento program vytvořili na základě přístupu Leny Rustin využívající kognitivně založený přístup k rané koktavosti v Centru Michaela Palina pro koktavost v Londýně. Je určen pro děti do sedmi let věku. Koktavost je multifaktoriální, a proto dle autorů taková musí být i terapie. PCI terapie se zaměřuje na potřeby jedince, na modifikaci jeho prostředí a na úpravu v interakci rodičů, kteří mohou koktavost vnímat negativně a která u nich vyvolává negativní reakce. Často negativními reakcemi pramenící z koktavosti jsou pocity viny, pocity bezmoci, obavy z budoucnosti nebo strach. Úzkost u rodičů se může přenášet i na dítě, a proto je rodič hodnocen v této terapii jako klíčová osoba při léčbě balbuties (Dezort, 2019).

Další možnosti terapie

Psychoterapie se zaměřuje především na eliminaci vnitřních příznaků koktavosti (především na vlastní vnímání řeči) u všech věkových kategorií a je založena na behaviorálních psychoterapeutických metodách se spoluprací pacienta. Může být dostupná i pro rodiče dítěte s koktavostí (Škodová & Jehlička a kol., 2007).

Pouze jako pomocná metoda slouží **medikamentózní terapie**. Podle Lašťovky (1999; Škodová & Jehlička a kol., 2007) nelze spoléhat na odstranění koktavosti pomocí léků a farmakoterapie, poněvadž tato léčba nevede k dlouhodobému efektu. Podle studie z roku 2010 mají jistý vliv na koktavost léky ovlivňující hladiny neurotransmiteru serotoninu. Porucha serotoninového metabolismu však není příčinou koktavosti. Dodnes se používá lék zvaný Risperidon, který antagonizuje dopaminové D2 receptory a působí proti zpětnému vychytávání serotoninu (Yaday, 2010).

4 Analýza komunikačních postojů dětí s kocktavostí předškolního věku

4.1 Stanovení cílů a výzkumných otázek práce

Výzkumné šetření je uskutečněno formou analýzy komunikačních postojů dětí s kocktavostí předškolního věku s využitím diagnostického nástroje KiddyCAT.

Hlavním cílem výzkumného šetření je získání a analýza dat, jež pomohou přispět k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT do českého jazykového prostředí.

V návaznosti na hlavní cíl výzkumného šetření byly vytyčeny tři **parciální cíle**:

- Získat a analyzovat postoje dětí předškolního věku s kocktavostí k vlastní řeči
- Získat a analyzovat osobní anamnézu dětí s kocktavostí
- Získat a analyzovat rodinné prostředí dětí s kocktavostí

Na základě stanovených cílů byla vymezena **hlavní výzkumná otázka** společně s dílčími otázkami:

HVO: *Jaký postoj zaujímají děti předškolního věku s kocktavostí k vlastní řeči?*

DVO1: *Má pohlaví dítěte vliv na postoj ke komunikaci?*

DVO2: *Má vliv kromě balbuties také jiná vada řeči nebo výslovnosti na komunikační postoj dítěte s kocktavostí?*

DVO3: *Hraje roli, zda se u někoho z členů rodiny vyskytla kocktavost?*

4.2 Metodologie výzkumného šetření

Praktická část bakalářské práce vznikla na základě **smíšeného výzkumu** *kvalitativního* i *kvantitativního* charakteru. Smíšený výzkum definuje Hendl (2016, s. 56) jako „obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie“.

Data potřebná pro vyhodnocení výsledků byla shromažďována pomocí diagnostického materiálu KiddyCAT společně s dotazníkem pro rodiče. KiddyCAT byl vytvořen odborníky M. Vanryckeghem a G. J. Brutton z USA. O přeložení tohoto diagnostického materiálu se zasloužil PhDr. Jan Dezort, Ph.D.

Výzkum se skládá se dvou částí: z **testování**, které je složeno z otázek pro předškolní děti, a **dotazníku** určeného pro rodiče.

Charakteristika vzorku

Respondenty výzkumu jsou děti předškolního věku s balbuties nebo děti, které vykazují známky této NKS, a jejich rodiče. Rodiče byli kontaktováni pomocí sociálních sítí, mateřských škol a logopedických pracovišť. Celkem se výzkumu zúčastnilo 28 dětí a 28 rodičů. Žádné z dětí nebylo vyřazeno z důvodu nesplnění podmínek. Nejmladšímu dítěti byly 3 roky a 7 měsíců, nejstarší dítě mělo 6 let a 5 měsíců. Průměrný věk činil 4,99. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 18 chlapců a 10 děvčat, kdy průměrný věk chlapců činil 5,19 let a průměrný věk dívek byl 4,64 let.

Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v prostředí logopedických pracovišť z oblastí Jihomoravského, Pardubického, Středočeského kraje a Kraje Vysočina. Rodiče nejprve byli seznámeni s celým výzkumem a byl jim předložen informační leták spolu s vysvětlením, jak výzkum bude probíhat. Jestliže souhlasili, byl jim následně předložen dotazník určený pro rodiče. V některých případech rodičům byl odeslán informační leták a dotazník skrz elektronickou komunikaci. Při testování dětí bylo v místnosti, kde se provádělo výzkumné šetření, udržováno soukromí a klid. Děti byly vysvětleny podmínky a průběh testování (*viz podkapitola níže*). Rodiče byli v čekárně.

4.2.1 Test pro děti

Test hodnotící postoj ke komunikaci se skládá z 12 uzavřených otázek, na které dítě odpovídá „ano“, nebo „ne“. Testování není nijak časově omezeno, dítěti je dán potřebný čas pro vyplnění. Součástí testu, jenž hodnotí postoj ke komunikaci dětí, jsou i dva dokumenty: „**Pokyny dítěti zadávané pracovníkem**“ a „**Doporučení pro práci s testem**“.

Pokyny dítěti zadávané pracovníkem

Nejprve je nutné před začátkem testování seznámit dítě s celým průběhem činnosti a vysvětlit mu, že bude odpovídat na různé otázky komunikačního charakteru. Je důležité dítě seznámit s tím, že pokud výzkumník řekne dítěti to, co dítě uzná jako pravdu, dítě odpoví „ano“. Pokud naopak výzkumník řekne něco, co si dítě myslí, že není pravda, dítě odpoví následně „ne“. Součástí testovacího balíčku jsou i dvě cvičné otázky, které dávají dítěti základní přehled o tom, co se bude dít. První otázka se týká toho, zda si dítě myslí, že mluví rychle. Výzkumník se zeptá: „**Mluvíš rychle?**“ Pokud dítě odpoví „ano“, myslí si, že mluví rychle, výzkumník odpoví: „Myslíš si, že mluvíš rychle.“ Pokud dítě odpoví „ne“, výzkumník odpověď zopakuje: „Nemyslíš si, že mluvíš rychle.“ Druhá otázka směřuje k hlasitosti mluvy dítěte. Výzkumník se zeptá: „**Mluvíš nahlas?**“ Jestliže dítě odpoví „ano“, výzkumník zopakuje odpověď: „Myslíš si, že mluvíš moc nahlas.“ Pokud dítě odpoví „ne“, výzkumník odpověď potvrdí: „Nemyslíš si, že mluvíš moc nahlas.“

V případě zopakování odpovědi výzkumník hovoří neutrálním tónem, nepoužívá při zopakování odpovědi formu otázky a potvrdí odpověď dítěte.

Výzkumník seznámí dítě s tím, že se ho zeptá ještě na několik dalších otázek. Dítě opět odpoví „ano“, pokud souhlasí s výzkumníkem, a odpoví „ne“, když to, co řekne výzkumník, pravda není. Výzkumník současně zaznamenává odpovědi dítěte kroužkováním podle toho, jak dítě odpovědělo, aniž by to dítě zaznamenalo.

Výzkumník dále položí před dítě kuličku nebo jiný předmět, které dítě bude při každé odpovědi dávat do jedné z dvanácti dírek plata od vajec. Dítě dostane informaci, že pokud vyplní všechny dírky plata, dostane odměnu. Dítě si uvědomí, že nebude muset odpovídat na otázky do nekonečna. Zároveň je důležité, aby výzkumník držel předmět (kuličku) v ruce a navázal s dítětem oční kontakt.

Doporučení pro práci s testem

Pro lepší spolupráci dítěte se v průběhu zadávání KiddyCAT doporučuje začlenit herní aktivitu, která pomáhá udržet pozornost dítěte a dělá celé testování poutavější a zábavnější.

Některé položky v testu obsahují označení „**obtížné**“ („**těžké**“) a „**snadné**“ („**lehké**“). Výzkumník by si měl prověřit, zda dítě výrazům rozumí například pomocí zavařovacích sklenic se zavřenými předměty uvnitř. Výzkumník požádá dítě, aby jednu ze sklenic otevřelo, a následně se ho zeptá, jestli otevření sklenice bylo snadné nebo obtížné.

Autoři testu doporučují v průběhu testování využívat *pozitivní stimulace*, které povzbuzují dítě k činnosti (např. souhlasné přikývnutí, „dobře“, „OK“).

Při podezření, že dítě odpovídá stereotypně, se po 5. a 10. položce položí jednoduché kontrolní otázky formulované tak, aby dítě odpovědělo protikladně, než jak odpovídalo doposud. První otázka se týká pohlaví dítěte. „**Jsi chlapec?**“ Pokud je dítě dívka a její odpovědi jsou stále „ano“, tak odpověď na kontrolní otázku musí být „ne“. Pokud dítě odpoví „ano“, jeho odpovědi pravděpodobně nejsou validní. Totéž se provede v případě, že dotazovaným je chlapec, kdy kontrolní otázka bude znít: „**Jsi dívka?**“ Druhá kontrolní otázka bude: „**Umíš chodit?**“ Pokud dítě odpovídá pouze „ne“ i v případě kontrolní otázky, potvrdí se tím přítomnost stereotypu.

4.2.2 Dotazník pro rodiče

Součástí KiddyCAT je také „**Dotazník pro rodiče**“, který zjišťuje údaje o dítěti a jeho rodině. Dotazník je jedna z nejpoužívanějších kvantitativních metod, která je vhodná pro sběr velkého množství dat s podrobnými informacemi o širokém okruhu lidí (Giddens, 2013). Dotazník mapuje základní údaje o dítěti: jeho jméno, datum narození, věk a pohlaví. Rodič odpovídá na otázky spojené s jazykovými schopnostmi dítěte (mateřský jazyk, další jazyky), s dosaženým nejvyšším vzděláním a profesí u obou rodičů, s počtem sourozenců a s pořadím dítěte mezi sourozenci. Dále se dotazník ptá na případné další poruchy a vady řeči a další onemocnění. V dotazníku se objevují otázky týkající se koktání členů rodiny a také, jestli si rodič myslí, zda koktá i jeho dítě. Otázky se také týkají průběhu těhotenství, zda bylo rizikové, a porodu, zda probíhal bez problémů.

Součástí výzkumu je „**Informační leták pro účastníky studie**“ s názvem *Jak děti v předškolním věku vnímají svou řeč*. Leták seznamuje rodiče a

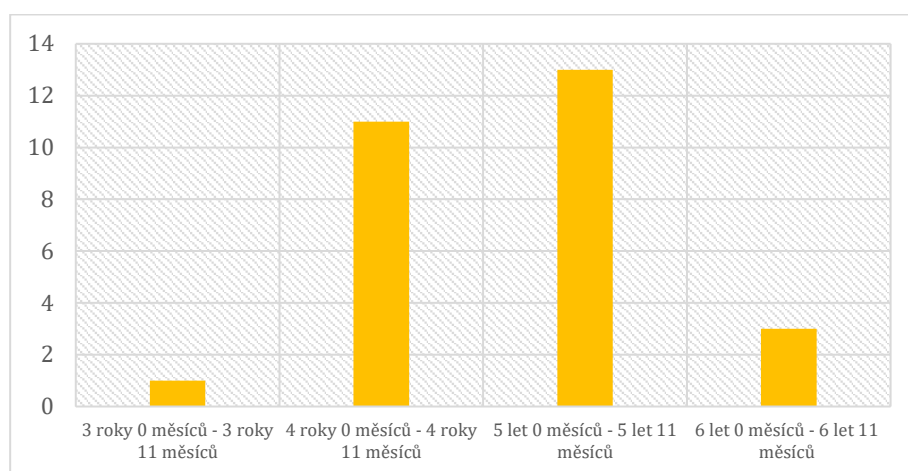
logopedy se studií a jejím přínosem, také informuje o možných rizicích spojených s účastí. Informovaný souhlas je dobrovolný a týká se všech účastníků výzkumu včetně zákonných zástupců dětí, je v souladu s nařízením GDPR. Rodič svůj souhlas s účastí dítěte může kdykoliv odvolat a dítě bude vyšetřováno pouze v případě, že se bude chtít testování zúčastnit a nebude vykazovat známky obav a stresu. Účastníci výzkumu nejsou v žádné fázi výzkumného šetření poškozeni nebo stigmatizováni, ať na úrovni individuální nebo sociální. Respondenti jsou také informováni o dostupnosti výsledků šetření všem osobám, které se na realizaci podílely.

4.3 Analýza dotazníkového šetření

V rámci analýzy dotazníkového šetření jsou rozebírány odpovědi z jednotlivých položek dotazníku pro rodiče, které jsou znázorněny v grafech. V analýze nejsou uvedeny kromě věku a pohlaví dítěte základní informace o dítěti.

Položka č. 1: Věk dětí (v letech a měsících)

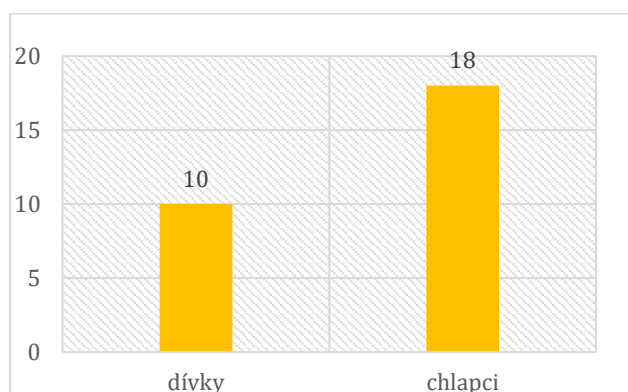
Celkem se výzkumu zúčastnilo 28 dětí, které trpí koktavostí nebo vykazují známky této narušené komunikační schopnosti. Z hlediska věku se výzkumu zúčastnilo 1 dítě v rozmezí od 3 let do 3 let a 11 měsíců, 11 dětí bylo ve věku od 4 let do 4 let 11 měsíců, celkem 13 dětí bylo ve věku od 5 let do 5 let a 11 měsíců a pouze 3 děti byly v rozmezí od 6 let do 6 let 11 měsíců. Výzkumu se zúčastnilo nejmladší dítě ve věku 3 let a 7 měsíců. Nejstarší dítě odpovídalo na testové otázky ve věku 6 let a 5 měsíců. Průměrný věk dětí činil 4,99. Průměrný věk chlapců činil 5,19 let a průměrný věk děvčat byl 4,64 let. V následujícím grafu je uvedeno zastoupení dětí ve čtyřech věkových kategoriích.



Graf č. 1: Věk dětí

Položka č. 2: Pohlaví dětí

Výzkumu se zúčastnilo 18 chlapců a 10 dívek. Pohlaví dětí je zaznamenáno v grafickém znázornění.



Graf č. 2: Pohlaví dětí

Položka č. 3: Je čeština mateřským jazykem dítěte?

Všichni rodiče uvedli češtinu jako mateřský jazyk dítěte.

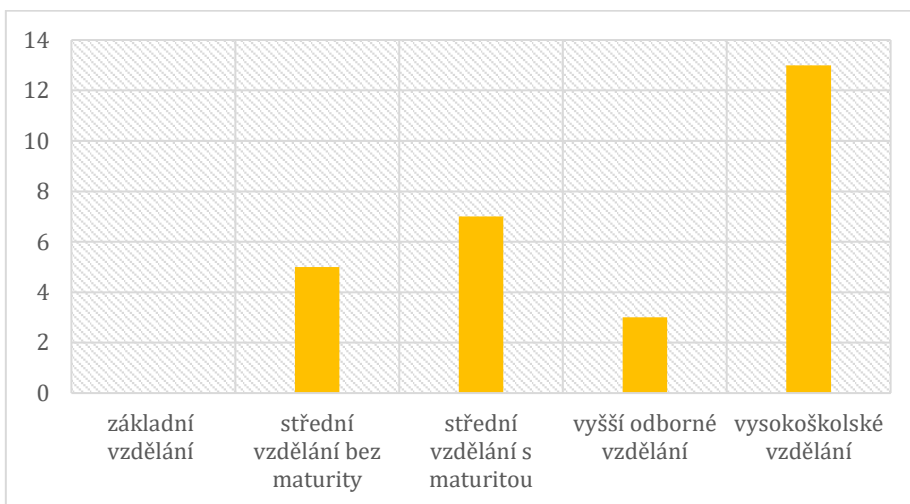
Položka č. 4: Je dítě vychováváno jednojazyčně?

Jednou z položek dotazníkového šetření pro rodiče byla jazyková výchova dítěte. Na výběr byly dvě možnosti, ano/ne. V případě kladné odpovědi byl rodič požádán, aby blíže specifikoval, jakými jazyky dítě mluví. 27 rodičů označilo odpověď „ne“, tedy 27 dětí je vychováváno

jednoязыčně. Jeden rodič odpověděl na otázku jazykové výchovy, že jeho dítě je vychováváno dvouязыčně – v českém i slovenském jazyce.

Položka č. 5: Vzdelání a profese matky

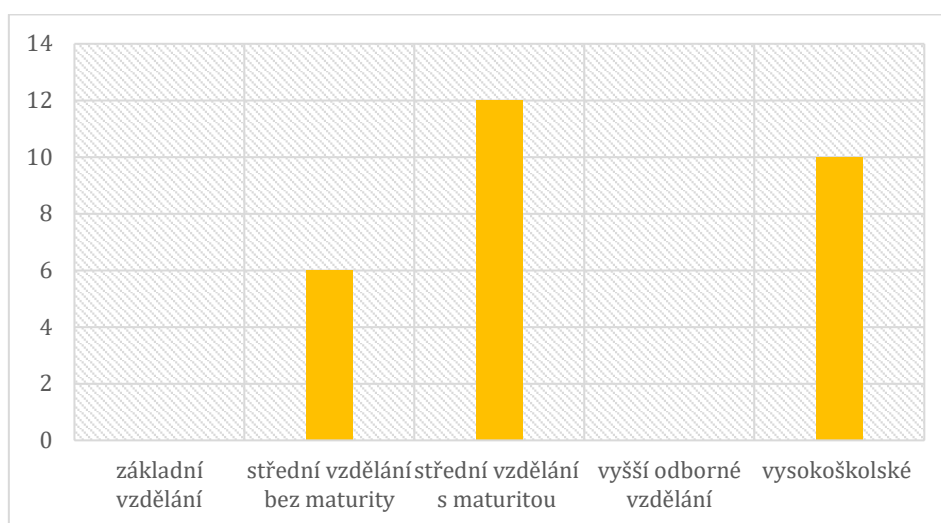
Jedna z položek dotazníku měla za úkol mapovat vzdělání a profesi matky dítěte. V dotazníkovém šetření bylo na výběr celkem z pěti odpovědí, které jsou uvedeny v následujícím grafu. Základní vzdělání nevedla žádná matka, střední vzdělání bez maturity potvrdily 3 matky, střední s maturitou zvolilo celkem 9 matek, vyšší odborné uvedly 3 matky a 13 matek dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Na mateřské dovolené byly dvě matky, 26 matek pracuje na různých pozicích. Odpovědi matek jsou znázorněny přehledně graficky.



Graf č. 3: Vzdelání matky

Položka č. 6: Vzdelání a profese otce

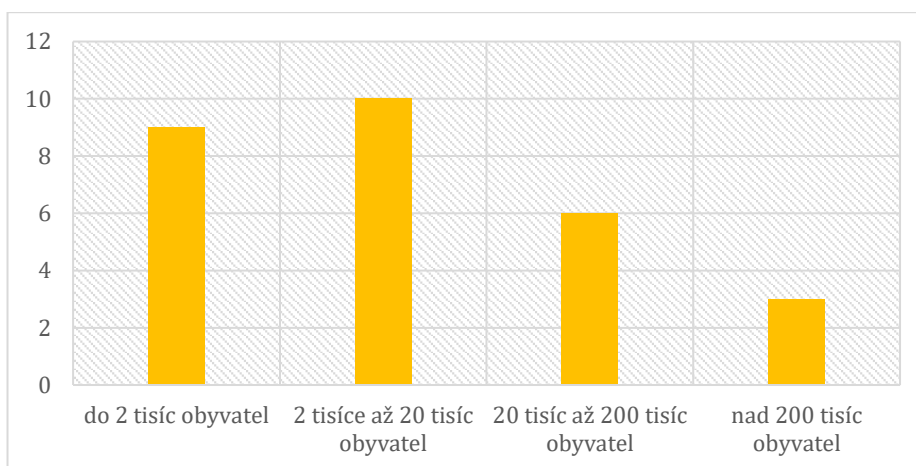
Následující položka se ptala na vzdělání otce. Na výběr bylo opět z pěti možností. Základní vzdělání nevedl žádný z otců, střední vzdělání bez maturity uvedlo 6 otců, středního vzdělání s maturitou dosáhlo 12 otců, vyšší odborné vzdělání neměl žádný otec a 10 otců dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Grafické vyjádření je znázorněno přehledně níže.



Graf č. 4: *Vzdělání otce*

Položka č. 7: *Uved'te, v jak velké obci dítě s rodinou žije*

V následující položce byli rodiče dotázáni, v jak velké obci dítě s rodinou žije. Byly na výběr čtyři možnosti. Do 2 tisíc obyvatel, od 2 tisíc do 20 tisíc obyvatel, od 20 tisíc do 200 tisíc obyvatel a nad 200 tisíc obyvatel. První možnost vybralo celkem 9 rodičů, druhou možnost uvedlo 10 rodičů, od 20 tisíc do 200 tisíc obyvatel vybralo 6 rodičů a poslední možnost, nad 200 tisíc obyvatel, uvedli 3 rodiče. Odpovědi rodičů ukazuje následující graf.



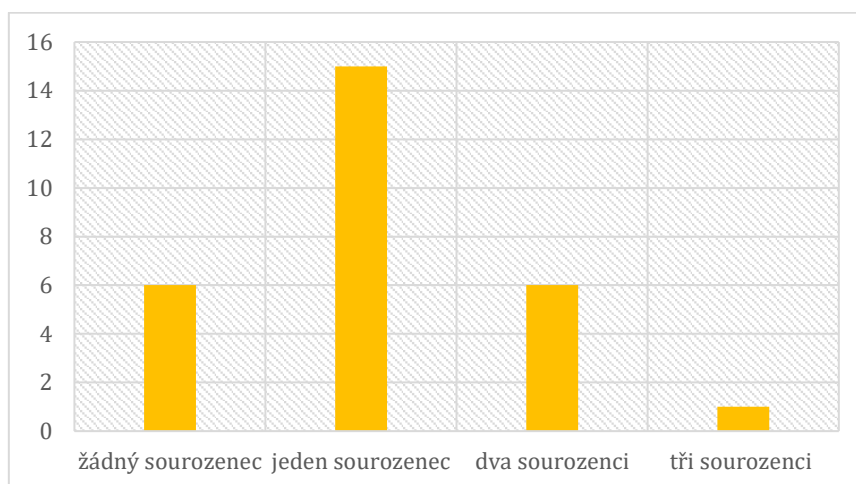
Graf č. 5: *Počet obyvatel v obci, ve které dítě žije*

Položka č. 8: *V jakém rodinném prostředí dítě žije*

V dotazníku rodiče také uváděli, zda dítě žije s oběma rodiči společně v jedné domácnosti, nebo zda jsou rodiče rozvedeni či dítě žije ve střídavé péči (jeden týden tráví s matkou, jeden týden je s otcem). Rodiče si také mohli zvolit kategorii „jiné“. Celkem 27 rodičů zaškrtnulo první možnost, tedy že dítě žije s oběma rodiči. Jeden pár je rozvedený a jejich dítě žije ve střídavé péči.

Položka č. 9: *Počet sourozenců*

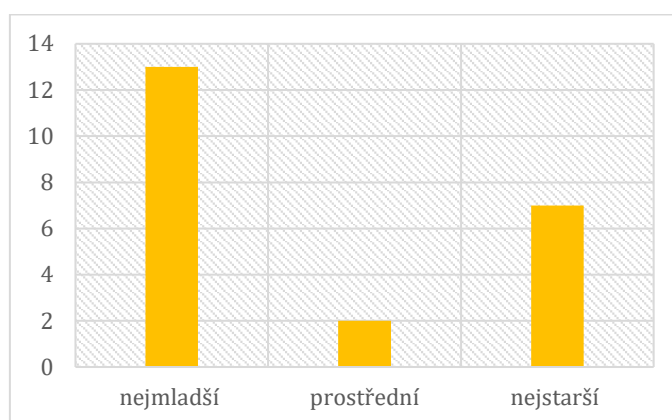
Jednou z položek dotazníku pro rodiče byl počet sourozenců, které dítě s kochtavostí má. Z výzkumu vyplývá, že 6 dětí nemá sourozence. Jednoho sourozence má 15 dětí, dva sourozence má také 6 dětí a 1 dítě má 3 sourozence. Čtyři sourozence neuvědl žádný rodič. V Grafu č. 6 jsou zobrazeny získané odpovědi respondentů.



Graf č. 6: *Počet sourozenců dítěte*

Položka č. 10: *Pořadí mezi sourozenci*

Položka č. 10 navazovala na předcházející otázku. Kromě počtu sourozenců dítěte bylo dále relevantní i jeho pořadí mezi sourozenci. Z celkových 28 dětí bylo 6 jedináčků. Tyto děti nebyly do grafu započítány. Zbylých 22 dětí má sourozence. Prvorozených bylo celkem 7, prostředních 2 a nejmladších dětí bylo celkem 13. Následující graf přehledně prezentuje získaná data.



Graf č. 7: Pořadí mezi sourozenci

Položka č. 11: *Uved'te, zda dítě trpí nějakou závažnější chronickou chorobou, vývojovou nebo smyslovou poruchou.*

Skrz šetření byli rodiče dotázáni, zda jejich dítě trpí nějakou závažnější chronickou chorobou či vývojovou nebo smyslovou poruchou. Jeden rodič zvolil odpověď „ano“ (dítě trpí jednostrannou nedoslýchavostí) a odpověď „ne“ uvedlo zbylých 27 rodičů.

Položka č. 12: *Uved'te, zda byl u dítěte diagnostikován narušený vývoj řeči – vývojová dysfázie.*

Rodiče měli opět na výběr z odpovědí „ano“ nebo „ne“. Celkem 5 respondentů uvedlo, že jejich dítěti byla diagnostikována i vývojová dysfázie.

Položka č. 13: *Má Vaše dítě nějakou vadu řeči nebo výslovnosti?*

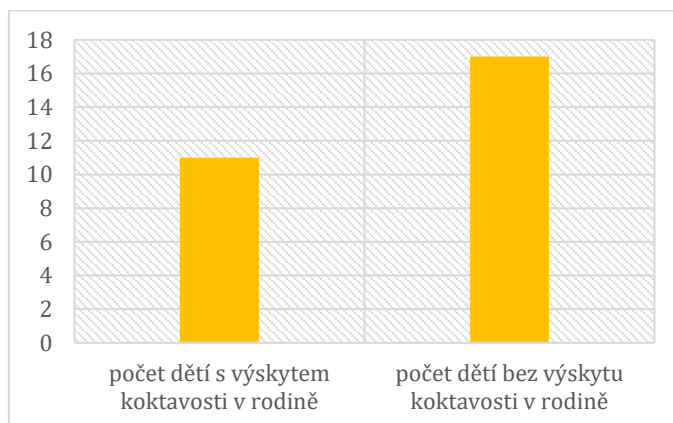
Všichni rodiče uvedli, že jejich dítě má nějakou vadu řeči nebo výslovnosti, všechny děti jeví známky koktavosti.

Položka č. 14: *Chodí dítě v současné době na logopedii?*

Všichni dotazovaní uvedli, že jejich dítě chodí na logopedii.

Položka č. 15: *Vyskytla se u někoho z členů rodiny koktavost?*

Koktavost u někoho z členů rodiny se vyskytla celkem u 11 dětí. Tři rodiče uvedli jako rodinného člena s koktavostí bratra matky, dva respondenti uvedli bratra otce a otce matky. Jeden rodič uvedl otce dítěte jako člena rodiny s koktavostí. Teta jednoho dítěte a bratranec druhého dítěte vykazovali někdy také koktavost. V následujícím grafickém zobrazení jsou uvedena získaná data.



Graf č. 8: Výskyt koktavosti u člena rodiny

Položka č. 16: *Koktá Vaše dítě?*

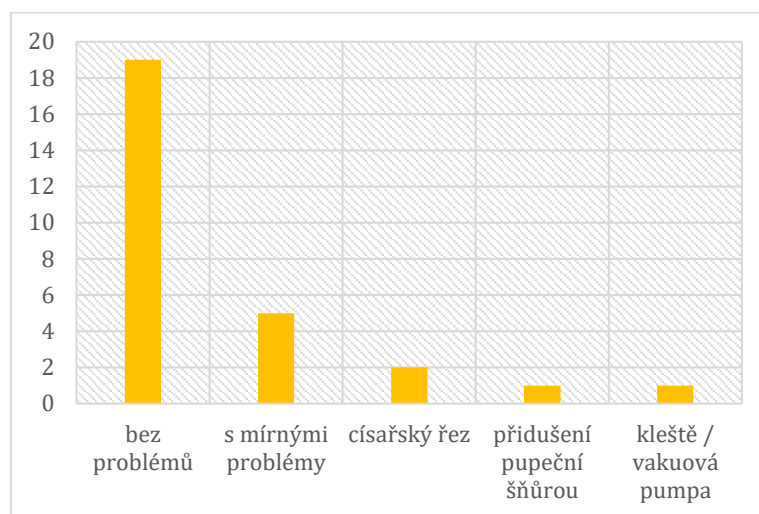
Všech 28 rodičů odpovědělo na položku č. 16, že jejich dítě koktá. Pokud rodič odpověděl „ano“, mohl dále rozvést svou odpověď, proč má podezření, že jeho dítě koktá. Jedna matka do dotazníku napsala, že se konkrétně jedná o mluvený projev dítěte.

Položka č. 17: *Těhotenství probíhalo:*

Při diagnostice balbuties je také důležitý průběh těhotenství matky, které mohlo probíhat bez problémů, nebo mohlo probíhat s problémy, jednalo se tedy o rizikové těhotenství. Celkem 5 rodičů uvedlo, že těhotenství probíhalo s určitými problémy, a to zejména kvůli staršímu věku matky, vysokému tlaku, dehydrataci a nízké váze matky.

Položka č. 18: *Porod proběhl:*

Následující otázka se týkala průběhu porodu. Respondenti měli na výběr z několika variant odpovědí. Odpověď „porod proběhl bez problémů“ zvolilo celkem 19 dotazovaných. „Porod proběhl s mírnými problémy“ vybralo pět účastníků výzkumného šetření. Jeden z dotazovaných vybral možnost „musely být použity kleště či vakuová pumpa“ a možnost „dítě muselo být resuscitováno (kříšeno)“ nevybral nikdo z rodičů. Dva rodiče uvedli jiné problémy, mezi které patřil císařský řez (celkem 2 matky) a přidušení pupeční šňůrou. Jednotlivá zastoupení jsou uvedena také graficky.

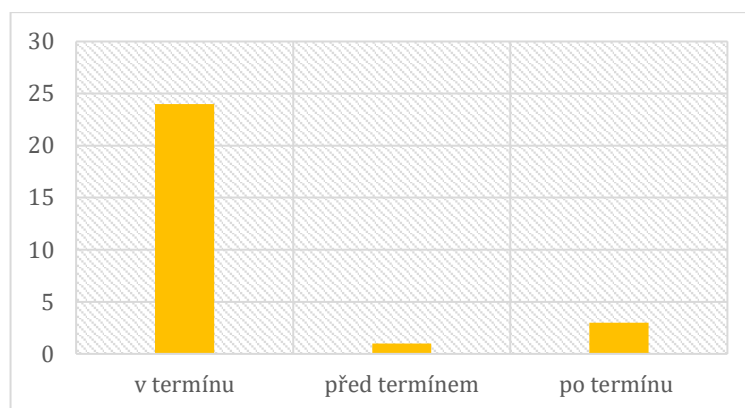


Graf č. 9: Průběh porodu

Položka č. 19: Dítě se narodilo:

V Grafu č. 10 jsou uvedeny odpovědi účastníků studie.

V termínu se narodilo celkem 24 dětí. Před termínem se narodilo 1 dítě, po termínu se narodily celkem 3 děti. V následujícím grafu jsou získaná data přehledně zobrazena.



Graf č. 10: Narození dítěte

Položka č. 20: Uveďte, jaká byla porodní hmotnost dítěte:

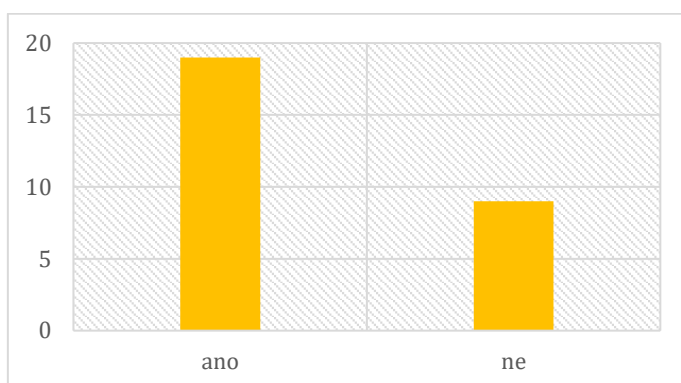
Všichni rodiče uvedli, že porodní hmotnost dítěte byla více než 2 500 g.

4.4 Analýza testových otázek

Diagnostický materiál kromě údajů o dítěti (datum narození, pohlaví, věk) obsahoval také dvanáct otázek, které mapovaly postoj dítěte k vlastní komunikaci. Dítě odpovídalo výběrem z možností ano/ne. Za každou odpověď, která indikovala negativní postoj dítěte k jeho řeči, obdrželo 1 bod. Výsledný součet se mohl pohybovat od nuly až do 12 bodů. Celkově se výzkumu zúčastnilo 28 dětí s různým počtem bodového hodnocení.

Otázka 1 z 12: Mluvíš správně?

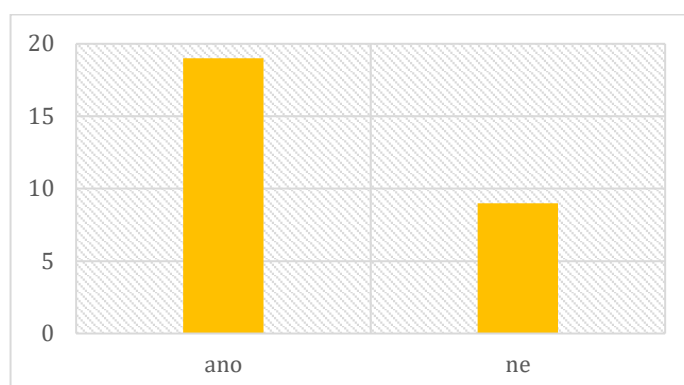
Pokud dítě na otázku „mluvíš správně“ odpovědělo „ano“, nezískalo žádný bod. Pokud dítě odpovědělo „ne“, získalo 1 bod. 11 dětí odpovědělo „ano“ a 17 dětí odpovědělo „ne“. Získané odpovědi jsou přehledně znázorněny v níže uvedeném grafickém zobrazení.



Graf č. 11: Mluvíš správně?

Otázka 2 z 12: Uvážnou Ti občas slova v puse?

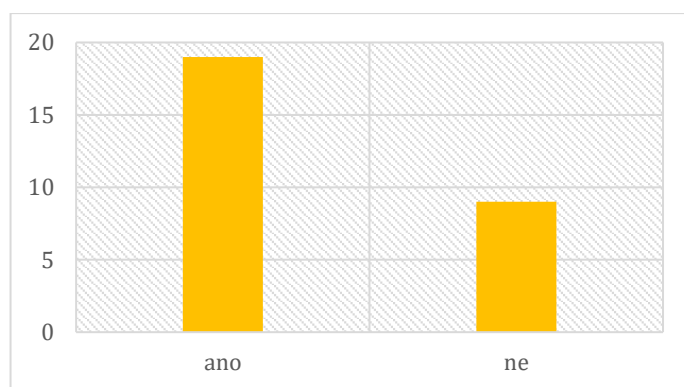
Druhá otázka se týkala toho, zda dítě vykazuje určité problémy při dysfluenci mluvního projevu, tedy zda mu slova, která chce vyslovit, „uvážnou“ v puse. Pokud dítě odpovědělo „ano“ získalo jeden bod, jestliže dítě naopak odpovědělo „ne“, nezískalo žádný bod. 7 dětí neobdrželo bodový zisk, většina, 21 dětí, bod obdrželo. Následující graf znázorňuje jednotlivé odpovědi.



Graf č. 12: *Uvážnou Ti občas slova v puse?*

Otázka 3 z 12: *Myslí si máma a táta, že mluvíš dobře?*

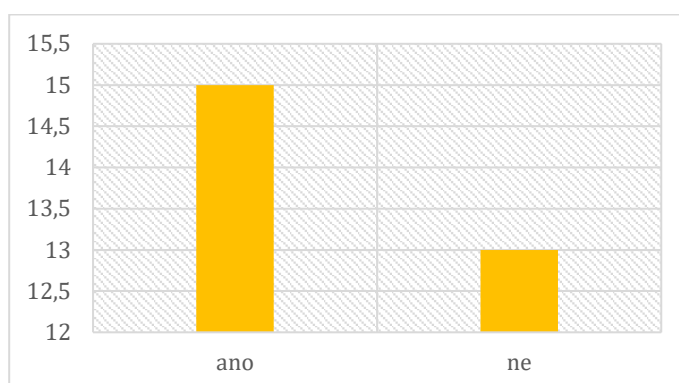
Následující položka se soustředila na to, zda si rodiče dítěte myslí, že mluví jejich potomek dobře. Jestliže dítě odpovědělo na otázku „ano“, byla jeho odpověď hodnocena bez bodu. Pokud dítě odpovědělo „ne“, dítě získalo jeden bod. V následujícím grafickém zobrazení jsou uvedena získaná data. Celkem 19 dětí odpovědělo „ano“, zbývajících 9 dětí odpovědělo „ne“.



Graf č. 13: *Myslí si máma a táta, že mluvíš dobře?*

Otázka 4 z 12: *Pomáhají Ti lidé mluvit?*

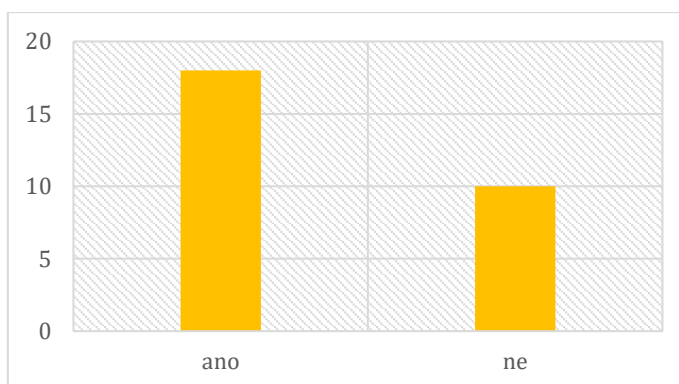
Celkem 15 dětí uvedlo, že jim pomáhají lidé mluvit. Jestliže děti odpověděly „ano“, byly hodnoceny jedním bodem. Pokud odpověděly „ne“, nebyl přičten žádný bod. Grafické znázornění je ukázané níže.



Graf č. 14: *Pomáhají Ti lidi mluvit?*

Otázka 5 z 12: *Je pro Tebe mluvení těžké?*

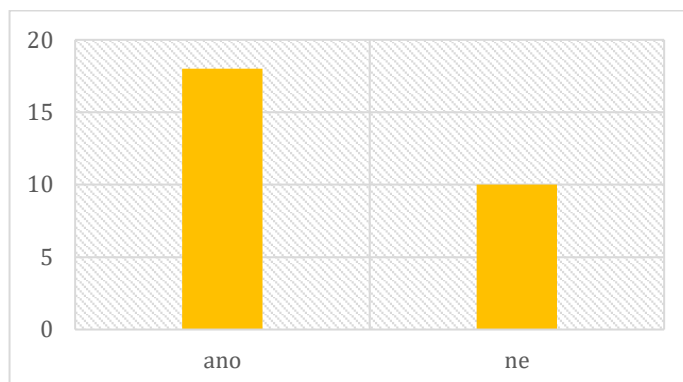
Následující otázka se ptá, zda si dítě myslí, že je pro něj mluvení těžké. Celkem 9 dětí odpovědělo na otázku „ano“, jejich odpověď byla hodnocena jako negativní postoj a byl jim přidělen jeden bod. 19 dětí odpovědělo „ne“ a žádný bod jim přidělen nebyl. Získaná data jsou znázorněna v grafu.



Graf č. 15: *Je pro Tebe mluvení těžké?*

Otázka 6 z 12: *Vyházejí Ti slova z pusy lehce?*

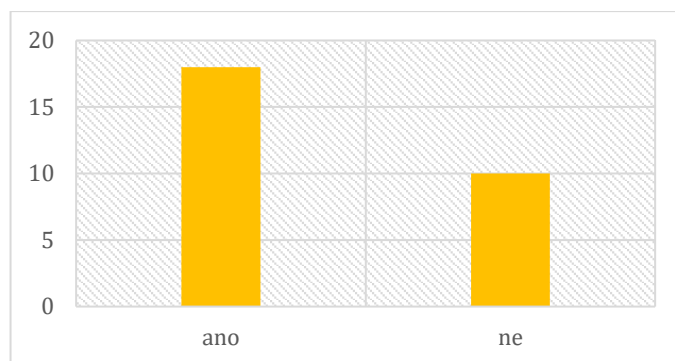
Jedna z otázek šetření se týkala toho, jestli si dítě myslí, zda mu slova vycházejí z pusy lehce. 13 dětí hodnotilo tuto otázku kladně, tedy označily odpověď „ano“, a nebyl jim přidělen žádný bod. Zbývajících 15 dětí odpovědělo na otázku „ne“, tedy se cítily, že jim slova z pusy lehce nevycházejí, jejich odpověď byla hodnocena 1 bodem. Níže uvedený graf ukazuje jednotlivé odpovědi.



Graf č. 16: *Vycházejí Ti slova z pusy lehce?*

Otázka 7 z 12: *Mluví se Ti dobře se všemi?*

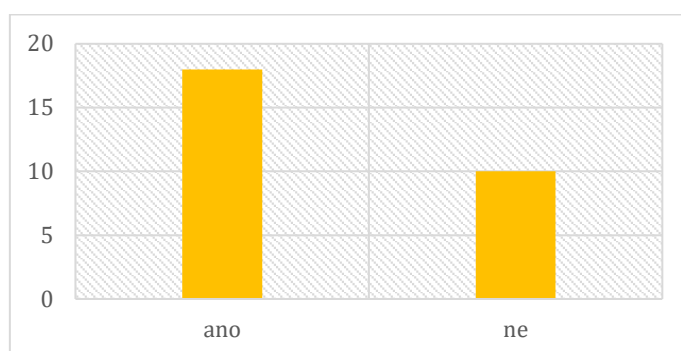
Další otázka testování se soustředila na konverzaci s lidmi, a zda se dítěti hovoří se všemi dobře. 18 dětí zvolilo odpověď „ano“, tedy že se jim mluví dobře se všemi lidmi, zbývajících 10 dětí přisvědčilo, že se jim dobře nemluví se všemi a byl jim přičten jeden bod. Grafické vyjádření je uvedeno níže.



Graf č. 17: *Mluví se Ti dobře se všemi?*

Otázka 8 z 12: *Myslíš si, že mluvení je těžké?*

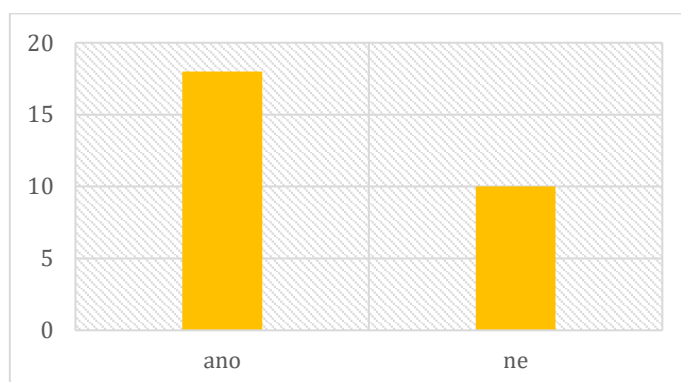
V testování bylo dítě dotázáno, zda si myslí, že je pro něj mluvení těžké. Výsledné odpovědi se nelišily v počtech. Polovina dětí uvedla, že pro ně mluvení těžké je, druhá polovina dětí si myslí, že pro ně mluvení není těžké. V Grafu č. 18 jsou zobrazeny jednotlivé odpovědi.



Graf č. 18: *Myslíš si, že mluvení je těžké?*

Otázka 9 z 12: *Mluvíš rád?*

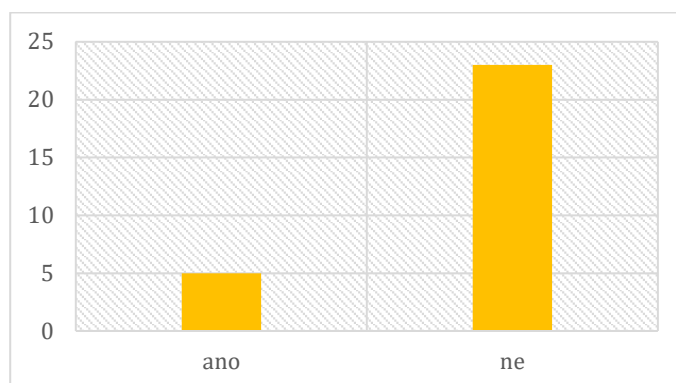
Devátá otázka se soustředila na to, zda dítě mluví rádo. Pokud dítě odpovědělo „ano“, nebyl mu přičten žádný bod. Celkem 13 dětem nebyl žádný bod připočítán. Děti, které odpověděly „ne“, tedy nemluví rády, bylo celkem 15 a byl jim připočten 1 bod. Odpovědi ukazuje graf.



Graf č. 19: *Mluvíš rád?*

Otázka 10 z 12: *Líbí se lidem, jak mluvíš?*

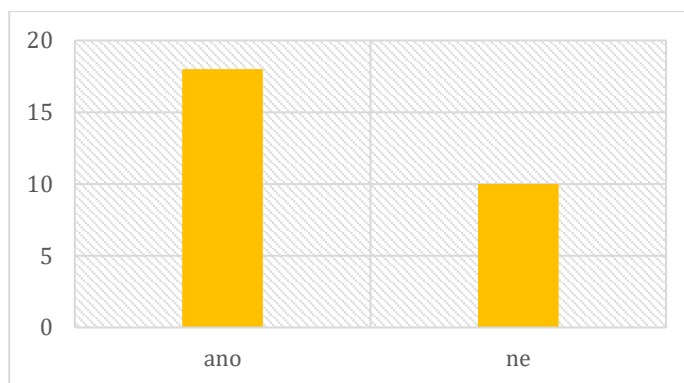
Jedna z testovacích otázek se soustředila na postoj lidí k řeči dítěte. Na otázku: „Líbí se lidem, jak mluvíš?“, odpovědělo celkem 17 dětí „ano“, zbývajících 11 dětí si myslí, že se lidem nelíbí jejich mluva. Dětem, které odpověděly „ne“ byl přičten 1 bod. Graf č. 20 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku.



Graf č. 20: *Líbí se lidem, jak mluvíš?*

Otázka 11 z 12: *Říkají se Ti slova špatně?*

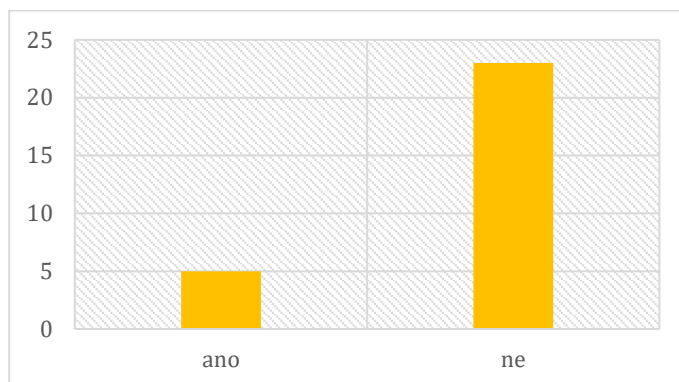
Předposlední testovací otázka se zaměřuje na to, zda se dítěti říkají slova špatně. 18 dětí si myslí, že ano, zbývajících 10 dětí si myslí, že ne a že se jim slova říkají dobře. Jestliže dítě odpovědělo „ano“, byla odpověď hodnocena 1 bodem a byla považována za negativní postoj k řeči. Pokud dítě odpovědělo „ne“, nedostalo žádný bod. Odpovědi dětí ukazuje přehledně grafické znázornění.



Graf č. 21: *Říkají se Ti slova špatně?*

Otázka 12 z 12: *Je pro Tebe těžké říct své jméno?*

Poslední otázka testování se týkala jména dítěte, jestli je dítě schopno jej říct. Pouze 5 dětí odpovědělo „ano“, tedy že je těžké říct své jméno, zatímco 23 dětí odpovědělo „ne“. Děti, které odpověděly kladně, obdržely 1 bod, poněvadž jejich postoj byl hodnocen jako negativní. Pokud dítě odpovědělo „ne“, neobdrželo bod. Výsledky jsou graficky znázorněny.



Graf č. 22: *Je pro Tebe těžké říct své jméno?*

4.5 Analýza výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: *Jaký postoj zauímají děti předškolního věku s koktavostí k vlastní řeči?*

První výzkumná otázka hodnotí postoj dětí předškolního věku s koktavostí k vlastní řeči. Dítě mohlo v testu dosáhnout 12 bodů, avšak žádné dítě toto skóre nezískalo. Výsledky se pohybovaly v rozmezí od 2 do 11 bodů. Průměrné skóre bylo 6,29 bodů, což lze vyhodnotit jako negativní komunikační postoj k vlastní řeči. Nejčastější hodnoty byly 5 a 9 bodů, celkově je získalo 12 dětí, polovina těchto dětí získala 5 bodů, druhá polovina 9 bodů. Žádné dítě nezískalo 0, 1 ani 12 bodů. Z celkového počtu dětí dosáhly 2 bodů 2 děti, 3 bodů 3 děti a 4 bodů 3 děti. 3 děti dosáhly 6 bodů. 7 bodů obdržely 3 děti. Pouze 2 děti získaly celkem 8 bodů. 10 bodů měly 2 děti a pouze 1 dítě obdrželo 11 bodů.

Podobné výsledky s sebou přinesl výzkum z roku 2015 od Vanryckeghem a kolektivu spolupracovníků (Vanryckeghem et al., 2015). V porovnání s výzkumným šetřením uskutečněné v diplomové práci *Příprava diagnostického materiálu u dětí vyvíjejících se typicky* od studentky Natálie Frolkové lze tvrdit, že děti s koktavostí v předškolním věku vykazují negativnější postoj k řeči než jejich vrstevníci, kteří nekoktají. V rámci její studie průměrné skóre všech dětí bez koktavosti činilo 2,5 bodu, což lze vnímat jako celkově pozitivní komunikační postoj dětí k jejich řeči (Frolková, 2021). Výsledky testování dětí s koktavostí jsou znázorněny graficky.

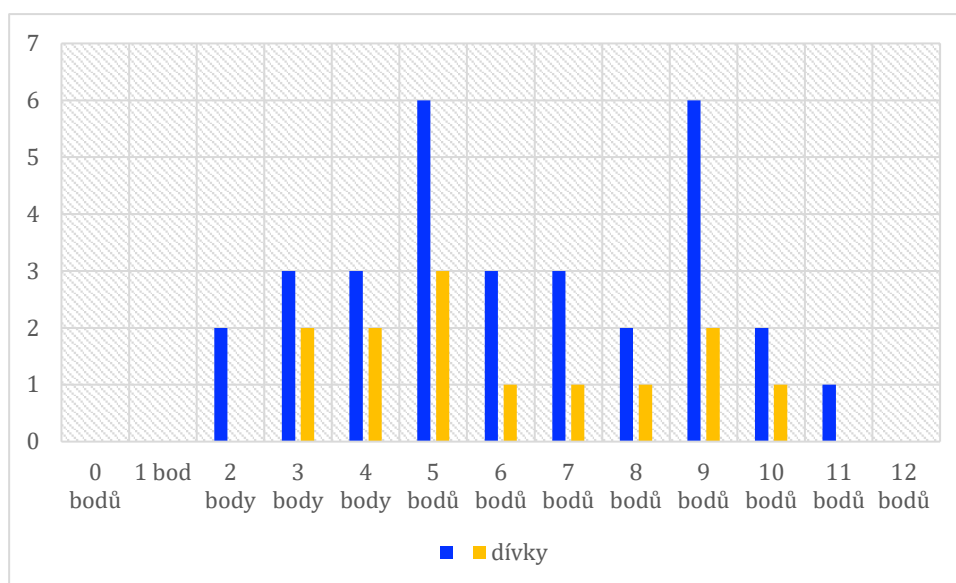


Graf č. 23: *Dosažený počet bodů dětí*

Výzkumná otázka č. 2: *Má pohlaví dítěte vliv na postoj ke komunikaci?*

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jestli má pohlaví dítěte nějaký vliv na negativní postoj ke komunikaci. Chlapců se výzkumu zúčastnilo celkem 18 a dívek 10. Průměrný věk chlapců činil 5,19 let a průměrný věk dívek byl 4,64 let. Skóre získaných bodů se u chlapců pohybovalo v rozmezí od 2 do 11 bodů. U děvčat se skóre pohybovalo od 3 bodů do 10 bodů. Nejčastější hodnoty byly u pohlaví rozdílné. Nejčastější hodnotou u chlapců byla hodnota 9 bodů, kdy tuto hodnotu získali celkem 4 chlapci. Hodnotu 9 bodů získala pouze jedna dívka. U děvčat byla nejčastější hodnota 5 bodů, kterou získala 3 děvčata. Žádné zastoupení u obou pohlaví neměla hodnota 0 bodů ani 1 bod. Dva chlapci získali hodnotu 2 bodů, pouze jedna dívka ji také získala. 3 body měl jeden chlapec a dvě dívky. 4 body získal jeden chlapec a dvě dívky. Hodnotu 5 bodů mělo celkem 10 dětí – 5 chlapců a 5 děvčat. 6 bodů obdržela jedna dívka a dva chlapci. Jedna dívka a dva chlapci získali 7 bodů. Po 8 a 10 bodech dostaly rovnoměrně dvě děti – chlapec a dívka. 11 bodů obdržel jeden chlapec. Žádná dívka nezískala 11 bodů. Žádná dívka ani žádný chlapec neobdrželi plný počet bodů. Celkově lze říci, že pohlaví nemá vliv na koktavost dítěte, což potvrdila i celá řada zahraničních výzkumů (Węsierska & Vanryckeghem,

2015; Clark et al., 2012; Neumann et al., 2015). Ve studii zaměřené na české děti bez koktavosti v předškolním věku se zjistilo, že rozdíl mezi průměrným skórem dívek a chlapců je zanedbatelný, kdy průměrné skóre u dívek činilo průměrné skóre 2,28 bodu a kdy 2,74 bodu získalo v průměru opačné pohlaví (Frolková, 2021). Výsledky testování dětí s koktavostí zobrazuje přehledně grafické znázornění.



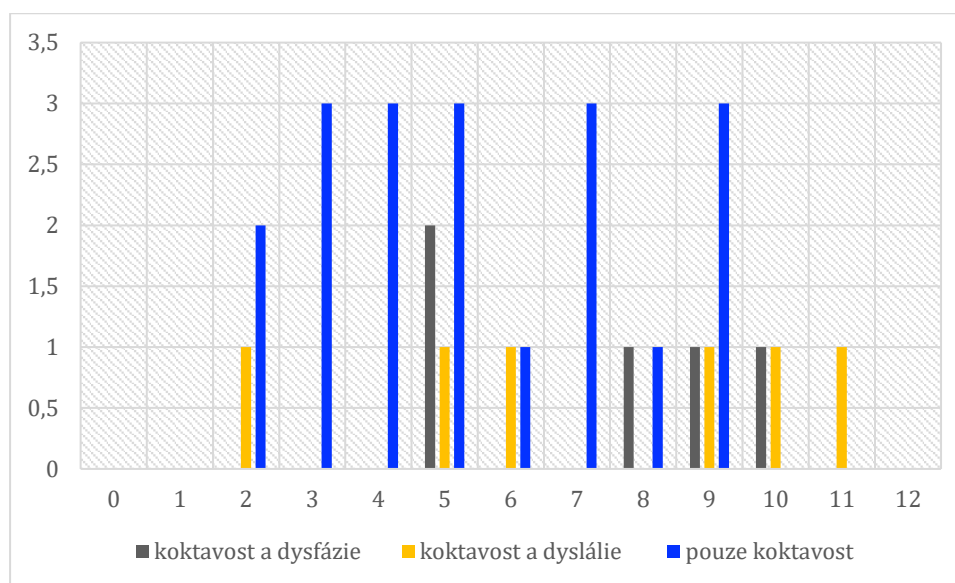
Graf č. 24: Získané body z hlediska pohlaví dítěte

Průměrné skóre chlapců činilo 6,5 bodů. U dívek průměrné skóre činilo 5,45 bodů. Rozdíl je pouhých 1,05 bodů. Získané výsledky ukazují, že by pohlaví nemělo mít významný vliv na výsledky KiddyCAT.

Výzkumná otázka č. 3: *Má vliv kromě balbuties také jiná vada řeči nebo výslovnosti na komunikační postoj dítěte s koktavostí?*

Některé děti kromě koktavosti vykazují i jiné vady řeči nebo výslovnosti. Celkem 5 rodičů v dotazníku uvedlo, že u jejich dítěte byl diagnostikován narušený vývoj řeči neboli vývojová dysfázie. U 6 dětí byla diagnostikována také dyslálie neboli odchylka artikulace. Mezi nejčastější příznaky uvedli rodiče nesprávné vyslovování ostrých a tupých sykavek (c, s, z, č, š, ž) a tvoření hlásek r a ř. Průměrné skóre u dětí s koktavostí a dysfázií bylo 7,4 bodů. U dětí trpící poruchou plynulosti řeči a dyslálie je průměrné skóre 7,1 bodů. Děti, které pouze koktají, dosáhli v průměru 5,3

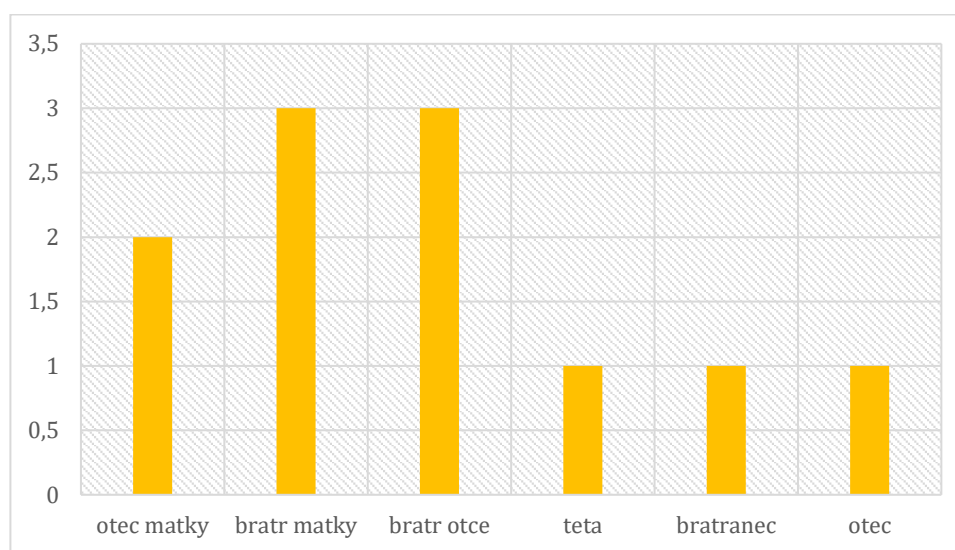
bodů. Na závěr toho výzkumného šetření lze tedy konstatovat, že děti, které mají pouze kóktavost, vykazují v průměru nižší skóre než děti, které mají kóktavost a nějakou další vadu řeči či výslovnosti. Porovnání výsledků se zahraničními výzkumy nelze hodnotit. Žádná ze zahraničních studií totiž dosud nezkoumala vliv vady řeči nebo výslovnosti na komunikační postoj dětí s kóktavostí v předškolním věku. Následující graf ukazuje počet dětí v jednotlivých kategoriích.



Graf č. 25: *Jednotlivé zastoupení dětí s kóktavostí a vadami řeči*

Výzkumná otázka č. 4: *Hraje roli, zda se u někoho z členů rodiny vyskytla kóktavost?*

U 11 dětí z celkového počtu 28 se vyskytla nebo vyskytuje u některého člena rodiny kóktavost. Vyjádřeno v procentech to činí 39,3 %. Lze tedy konstatovat, že u dětí s kóktavostí existuje vysoká pravděpodobnost, že se i v rodině bude vyskytovat kóktavý člověk. Respondenti (rodič) odpověděli v dotazníku, že teta dítěte kóktá (kóktala), další respondent uvedl, že dítě má bratrance s kóktavostí anebo že otec dítěte také kdysi kóktal. Dva rodiče uvedli kóktavého otce matky. Celkem 6 rodičů uvedlo, že bratr matky nebo bratr otce kóktá (kóktal). Výsledky zjištění jsou uvedeny v Grafu č. 26.



Graf č. 26: *Výskyt koktavosti u členů rodiny dítěte*

4.6 Závěr výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo analyzovat postoje dětí předškolního věku s koktavostí pomocí diagnostického materiálu KiddyCAT. Cíle výzkumného šetření se podařilo naplnit, výsledky výzkumného šetření byly analyzovány a dále vyhodnoceny se zodpovězením všech výzkumných otázek. Výsledky studie byly dále porovnány s výsledky zahraničních výzkumů a s prací Natálie Frolkové *Příprava diagnostického materiálu u dětí vyvíjejících se typicky z roku 2021*, která hodnotila komunikační postoje dětí bez koktavosti v předškolním věku.

Šetření se skládalo z testování předškolních dětí s balbuties pomocí dvanácti otázek s odpověďmi „ano“ nebo „ne“. Dále byl při výzkumném šetření použit dotazník, který vyplňovali rodiče a mapoval život testovaného dítěte společně s jeho osobní a rodinnou anamnézou.

Závěrem lze říci, že:

- Průměrné skóre dětí s koktavostí v předškolním věku bylo 6,29 bodů, což je možné vyhodnotit jako negativnější postoj k řeči a odpovědi dětí také potvrzují, že vnímají obtíže s řečí.

- Získané výsledky ukazují, že není signifikantní vliv pohlaví dítěte na výsledky komunikačního postoje v rámci diagnostického materiálu.
- V tomto výzkumném šetření se ukázalo, že děti, které mají balbuties s přidruženou vývojovou dysfázií nebo dyslálií, mají v průměru vyšší skóre než děti, které mají pouze koktavost.
- Celkem 39,3 % dětí ve výzkumném šetření má nebo měla člena rodiny s koktavostí, takže lze říci, že důležitým hlediskem v diagnostice koktavosti u dětí předškolního věku je i dědičnost.

Výsledky studie budou dále sloužit k lepší orientaci v problematice a diagnostice balbuties u dětí předškolního věku a k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT v České republice.

Byly dodrženy všechny pokyny a průběh výzkumného šetření, během kterého se však vyskytly některé bariéry a limity. Bylo potřeba kontaktovat logopedická pracoviště, mateřské školy i rodiče a další odborníky skrze sociální síť a pomocí elektronické pošty. Mnozí oslovení logopedi vůbec nereagovali na zprávy. Problém byl také v nízké návratnosti. Výzkumu se zúčastnilo méně dětí, než původně bylo v plánu, protože řada rodičů z mateřských škol se nechtěla zúčastnit výzkumu kvůli citlivému tématu. Téma balbuties je pro mnoho rodičů velmi citlivé a dotazník se jim jevil příliš osobní. Další bariéru lze vnímat v uzavřených odpovědích, kdy nelze blíže specifikovat, proč dítě právě takto odpovědělo.

Bylo by zajímavé výzkumné šetření zopakovat a porovnat výsledky dětí, které koktají, a dětí, které nekoktají.

Doporučení pro praxi

Děti již ve věku tří let jsou schopny vnímat a hodnotit svou řeč a je velmi důležité u nich rozvíjet kladný vztah ke komunikaci i pomocí vlivu rodiče, který je pro dítě důležitým komunikačním vzorem. Rodič a okolí by měli vytvořit pro dítě podnětné a stimulující prostředí a motivovat dítě k řeči. Je potřeba, aby byla včas u dětí podchycena vada řeči a byla zahájena diagnostika, a v případě nálezu je potřeba ke každému dítěti přistupovat zcela individuálně v terapeutickém procesu za účasti mezioborové spolupráce společně s rodiči. Je důležité se řídit několika zásadami a pravidly, pak jsou dítě, rodič i terapeut na dobré cestě.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala koktavosti u dětí předškolního věku. Hlavním cílem práce byla analýza komunikačních postojů dětí předškolního věku s koktavostí, dílčím cílem bylo přispět k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT do českého jazykového prostředí.

Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. První kapitola vycházela z teoretické základny a byla zpracována pomocí obsahové analýzy z české i zahraniční odborné literatury. Kapitola představovala koktavost jako druh NKS, zabývala se jejími rozlišnými příčinami a proměnlivými příznaky v rámci komplexního klinického obrazu balbuties. V následující podkapitolách byla uvedena přehledná klasifikace společně s dalšími poruchami plynulosti řeči, které je třeba odlišit od koktavosti.

Druhá kapitola přiblížila téma diagnostiky balbuties u dětí předškolního věku. V první podkapitole byla srozumitelně nastíněna specifika z průběhu diagnostického procesu, ve kterém se dbá na komplexní vyšetření dítěte a kvalitní diferenciální diagnostiku. V následující podkapitole byly vysvětleny metody a techniky diagnostiky koktavosti s důrazem na moderní trendy v diagnostice koktavosti, měřítka a materiály hodnocení a byl představen známý diagnostický nástroj balbutiogram. Samostatná podkapitola byla věnována zahraničním diagnostickým materiálům společně se srovnáním zahraničních výzkumů využívající materiál KiddyCAT, který je jako výzkumný nástroj použit v empirické části práce.

Třetí kapitola pojednávala o terapii koktavosti u dětí předškolního věku a kladla si otázku, jakou roli zastává logoped a rodič v terapeutickém procesu. V podkapitole byly znázorněny hlavní terapeutické přístupy a programy, které lze využít v léčbě koktavosti u předškolních dětí.

V závěrečné čtvrté kapitole byl představen výzkum, který analyzuje postoje dětí v předškolním věku s koktavostí. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo získání a analýza dat pomocí smíšeného výzkumu, jenž by pomohl přispět k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT v České republice. Na základně hlavního cíle a parciálních cílů byly vytyčeny výzkumné otázky. Šetření se zúčastnilo celkem 28 dětí společně s 28 rodiči a výsledky byly zpracovány přehledně v grafickém zobrazení. Výzkumné šetření prokázalo, že předškolní děti s koktavostí získaly v průměru 6,28 bodů, což lze považovat za vyšší míru negativního postoje k vlastní řeči. Dále nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi pohlavím

dětí a vyšším skóre v testování. Ukázalo se, že děti s koktavostí, které mají nějakou další přidruženou vadu řeči, vykazují vyšší bodové skóre. Výsledky výzkumného šetření dokazují, že je skutečně důležité, zda se u některého člena rodiny dítěte vyskytla koktavost, protože koktavost u příbuzného dítěte se objevila celkem v 39,3 % případů studie. Cíle bakalářské práce byly tedy naplněny, výsledky byly interpretovány a byly provedeny návrhy pro budoucí šetření a praxi.

Bakalářská práce může být inspirací pro další studenty, rodiče dětí s koktavostí nebo samotné odborníky, kteří se snaží o zlepšení kvality diagnostiky v České republice.

Shrnutí

Hlavním cílem bakalářské práce bylo přispět k adaptaci diagnostického materiálu KiddyCAT v České republice pomocí analýzy postoje dětí předškolního věku s kótvostí společně s dotazníkem pro jejich rodiče.

Bakalářská práce se skládá z teoretických východisek a z výzkumného šetření. Při výzkumu bylo aplikováno kvalitativní i kvantitativní šetření společně s využitím statistické metody. V závěru jsou prezentovány výsledky výzkumu.

Summary

The main aim of the bachelor thesis was to contribute to the adaptation of the KiddyCAT diagnostic material in the Czech Republic by analysing the attitudes of preschool children with stuttering and a questionnaire for their parents.

The bachelor thesis consists of a theoretical background and a research investigation. Qualitative and quantitative research design was applied in the research together with the use of statistical method. In the conclusion, the results of the research are presented.

Literatura a použité zdroje

Asociace klinických logopedů České republiky. (n.d.). *Koktavost*.
<https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--koktavost>

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5. th. ed.). Cengage Learning.

Bloodstein, O., Ratner, N. B., & Brundage, S. B. (2021). *A handbook on stuttering* (7. vyd.). Plural Publishing Inc.

Brce, J.N., Vanryckeghem, M. (2017) Communication Attitude of Slovenian Preschool Children who do and do not Stutter. *Journal of Speech Pathology & Therapy, Vol 2, Issue 1*.
https://www.researchgate.net/publication/315065194_Communication_Attitude_of_Slovenian_Preschool_Children_who_do_and_do_not_Stutter

Clark, CH. E., Conture, E. G., Frankel, C. B., Walden, T.A. (2012). Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT. *Journal of Communication Disorders, 45, 223-234*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22333753/>

Conture, E.G., Curlee R.F. (2007). *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. Thieme.

Sdělení č. 398/2022 Sb. Sdělení Českého statistického úřadu o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) (2022).
https://www.czso.cz/documents/10180/23172255/mkn-10_398_2022_sb.pdf/91537c44-4615-4823-a3f2-6ee002faf0fa?version=1.0

Dezort, J. (2019). *Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči* [Disertační práce, Karlova univerzita]. Digitální repozitář.
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/110552/140080319.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Drayna, D., Kang, Ch. (2011). Genetic approaches to understanding the cause of stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 374-380.
<https://doi.org/10.1007/s11689-011-9090-7>
- Duffy, J. (2019). *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management* (4.vyd.). Elsevier Health Sciences.
- Fraser, M. (2011). *Svépomocný program při koktavosti*. Praha: Portál.
- Frolková, N. (2021). *Příprava diagnostického materiálu u dětí vyvíjejících se typicky* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Závěrečné práce.
https://is.muni.cz/th/dhrnc/Diplomova_prace_Natalie_Frolkova.pdf
- Geus, E. de. (2002). *Někdy koktám: knížka pro děti ve věku 7-12 let*. Brno: Paido.
- Giddens, A. (2013). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* [Online] (4. ed.). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Gulatta, R., Goldberg, S. A. (1995). *Stuttering therapy: an integrated approach to theory and practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016) *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Chang, S., Erickson, K.I., Ambrose, N.G., Hasegawa-Johnson, M.A., Ludlow, Ch.L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage, Volume 39, Issue 3*, 1333-1344.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18023366/>
- Chang, S., Zhu, D.C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain, Volume 136, Issue 12*, 3709-3726.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24131593/>

Klenková, J. (2006). *Logopedie: Narušení Komunikační schopnosti, Logopedická prevence, Logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada.

Kondáš, O. (1983). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada.

Kršňáková, P. (2004). *Cesta z hlubin koktavosti: náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kutálková, D. (2010). *Vývoj dětské řeči krok za krokem (2.vyd.)*. Praha: Grada.

Langevin, M, Packman, A, Onslow, M (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves
Journal of Communication Disorders 43(5):407-23
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20599207/>

Lasotová, N. (2021). Neurogenic disfluency. *Listy klinické logopedie*, 5(1): 4-9.
<https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2021/01/01.pdf>

Lechta, V. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.

Lechta, V. (2004). *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál.

Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup*. Praha: Portál.

Lechta, V. (2011). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.

Lechta, V., Králiková, B. (2011). *Když naše dítě nemluví plynule*. Praha: Portál.

Lejska, M. (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. Michael Palin Centre for Stammering. (n.d.). Resources for SLTS.
<https://michaelpalincentreforstammering.org/resources/for-slts/>

Mlčáková, R., Mikeska, F., Hurtová, V., Tlamycha K. (2021). Vyhýbavé chování v komunikaci dospělých osob s koktavostí. *Listy klinické logopedie*; 5(1): 41-55

Neubauer, K. a kol. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál.

Neumann S., Vanryckeghem M., Tiefenthaller R., Rietz Ch., Stenneken P. (2019). The German Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter (KiddyCAT-G): Reliability and First Reference Data, Volume 3, Issue 2.

https://www.researchgate.net/publication/330480695_The_German_Communication_Attitude_Test_for_Preschool_and_Kindergarten_Children_Who_Stutter_KiddyCAT-G_Reliability_and_First_Reference_Data

Peutelschmiedová, A. (1994) *Etiologie a terapie koktavosti*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.

Peutelschmiedová, A. (2005). *Logopedické minimum* (2.vyd). Olomouc: Univerzita Palackého.

Peutelschmiedová, A. (2005). *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Plexico, L.W., Burrus E. (2012). Coping with a child who stutters: A phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 275-288.

Rafati, M., Shafiei, B., Vanryckeghem, M., Maghamimehr, A. (2015). Translation and Investigation of the Validity and Reliability of the Persian Version of Communication Attitude Test for Preschool Children Who Stutter. *MEIDS*, Vol. 5, Serial No. 11, 58-67.

https://www.researchgate.net/publication/285234880_Translation_and_Investigation_of_the_Validity_and_Reliability_of_the_Persian_Version_of_Communication_Attitude_Test_for_Preschool_Children_Who_Stutter

Rustin, L., Spence, R., Cook, F. (1995). *Management of Stuttering in Adolescence: A Communication Skills Approach*. London: Whurr Publishers.

Szewczyková, S. (2018). *Vnímání koktavosti z pohledu rodiče* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Závěrečné práce.

https://is.muni.cz/th/xnlxi/DP_final.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dszewczykova%26start%3D1

Sovák, M. (1955). *Defektologie speciální pedagogiky-logopedie*. Praha: SPN.

Škodová, E. & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie* (2., aktualiz. vyd). Praha: Portál.

Tarkowski, Z. (2018). Terapie koktavosti metodou Tarkovského. *Listy Klinické Logopedie*, (1), 74-77.

Vanryckeghem M., De Niels, T., Vanrobaeys, S. (2015) The KiddyCAT: A Test-Retest Reliability Investigation. *Cross-Cultural Communication*, Vol. 11, No. 4, 10-16.

https://www.researchgate.net/publication/292328989_Cross-Cultural_Communication_The_KiddyCAT_A_Test-Retest_Reliability_Investigation

Vanryckeghem, M. & Brutten, G. J. (2007). *KiddyCAT Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*. San Diego: CA, Plural Publishing, Inc.

<https://www.semanticscholar.org/paper/KiddyCat%3A-Communication-Attitude-Test-for-Preschool-Vanryckeghem-Brutten/802f9e1307e65dd46926469ea46b2a84ee688b42>

Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., Hernandez, L.M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 307-318.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16246410/>

Ward, D. (2017). *Stuttering and Cluttering*. Psychology Pr.

Węsierska, K., Vanryckeghem, M. (2014) A comparison of communicative attitudes among stuttering and nonstuttering Polish preschoolers using the KiddyCAT. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 193, 278-284.

https://www.researchgate.net/publication/283165712_A_Comparison_of_Communicative_Attitudes_Among_Stuttering_and_Nonstuttering_Polish_Preschoolers_using_the_KiddyCAT

Yaday, D.S. (2010). Risperidone induced stuttering. *General Hospital Psychiatry*, Volume 32, Issue 5, Pages 559.e9-559.e10.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20851282/>

Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistence and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097–1112.

<https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>

Yaruss, J.S., Coleman C., Hammer D. (2006). Treating preschool children who stutter: description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach, 37 (2): 118-36.

[https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006/014\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/014))

Příloha č. 1: INFORMAČNÍ LETÁK PRO ÚČASTNÍKY STUDIE

Jak děti v předškolním věku vnímají svou řeč

Vážení rodiče,
obracíme se na Vás s prosbou o pomoc při výzkumu zaměřeném na postoje předškolních dětí k vlastní řeči. V současnosti probíhá adaptace diagnostického materiálu KiddyCAT: (Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children who Stutter) z anglického jazyka do českého. Tento diagnostický materiál se zabývá postojem dětí předškolního věku k vlastní řeči. Výsledky studie by měly přispět ke zlepšení diagnostiky poruch plynulosti řeči u dětí v České republice. Na studii se podílí v rámci zpracování bakalářské práce studentka Pedagogické fakulty MU v Brně Eva Korečková pod vedením klinického logopeda PhDr. Jana Dezorta, Ph.D.

Stručný popis studie

Testování postoje dětí k vlastní řeči bude probíhat u každého dítěte jednotlivě prostřednictvím zmiňovaného diagnostického materiálu Kiddy-CAT. Diagnostický materiál obsahuje 2 cvičné a 12 testovacích otázek, které se týkají postoje dítěte k vlastní řeči a na které dítě odpovídá pouze „ano“ nebo „ne“. Pro lepší spolupráci dítěte při testování a lepší udržení pozornosti je součástí testování také herní aktivita. Ta spočívá v tom, že dítě za každou zodpovězenou otázku obdrží jednu kuličku, kterou vloží do jedné z dvanácti krabiček. Dítě tak bude vědět, že nebude odpovídat donekonečna a že po každé odpovědi přijde odměna. Testování u jednoho dítěte trvá 10–15 minut.

Součástí výzkumu je rovněž zpracování údajů získaných od rodičů, k tomu slouží arch nazvaný „Dotazník pro rodiče“. Budete-li souhlasit s účastí ve studii, vyplňte, prosím, i přiložený dotazník. Testování bude probíhat v prostorách mateřské školy či jiného zařízení, kam Vaše dítě dochází, po dohodě s personálem a vedením školy. Testování bude provádět studentka PdF MU v Brně Eva Korečková.

Přínos studie

Účastí v této studii aktivně přispíváte k tvorbě diagnostického nástroje, který bude velmi užitečný pro diagnostiku poruch plynulosti řeči dětí předškolního věku v České republice. Účast ve studii nebude mít žádný

bezprostřední přínos pro Vaše dítě, ale přispěje k vývoji obecně užitečného diagnostického nástroje.

Rizika

Účast ve studii je dobrovolná a svůj souhlas s účastí dítěte můžete kdykoli před vyšetřením nebo v jeho průběhu odvolat. Dítě bude vyšetřeno pouze v případě, že bude ochotno se testování účastnit a nebude jevit známky obav, stresu či studu. V rámci sběru dat se Vás budeme tázat na některé osobní údaje o Vašem dítěti. Jde o údaje, které jsou pro vytvoření diagnostického nástroje velmi důležité. Ptáme se i na jméno dítěte, abychom v případě nutnosti mohli dohledat totožnost dítěte, ale neočekáváme, že budeme rodiče za normálních okolností kontaktovat. Všechny sdělené údaje považujeme za důvěrné a nebudou poskytovány nikomu mimo výzkumný tým. Veškeré informace o výsledcích studie budou sdělovány tak, aby nebylo možné identifikovat jednotlivé děti nebo rodiny, které se studie účastnily. Pokud souhlasíte s účastí vašeho dítěte ve studii, vyplňte, prosím, níže uvedené údaje.

Kontaktní údaje

V případě dalších otázek k účasti ve studii se obraťte na koordinátorku studie: doc. PhDr. Ilonu Bytešníkovou, Ph.D.

Pedagogická fakulta MU

Poříčí 7, 639 00 Brno

E-mail: bytesnikova@ped.muni.cz

POTVRZENÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s obsahem textu „Informační leták pro účastníky studie – Jak děti v předškolním věku vnímají svou řeč“, který pojednává o výzkumu prováděném studentkou PdF MU v Brně Evou Korečkovou za účelem zpracování bakalářské práce. Práci vede PhDr. Jan Dezort, Ph.D. Souhlasím s účastí svého dítěte ve výzkumu, který je zde popsán, a s tím, aby údaje z přiloženého dotazníku o mém dítěti byly použity pro výše popsané výzkumné účely. Potvrzuji, že jsem byl/a informována o průběhu studie a považuji poskytnuté informace za dostatečné pro své rozhodnutí o účasti.

.....
Jméno Datum Podpis

Příloha č. 2:

Dotazník pro rodiče

Údaje o dítěti a rodině:	
Jméno dítěte:	Datum narození:
Věk dítěte (v letech a měsících):	Pohlaví dítěte:
Jméno administrátora:	Datum:
Místo administrace testu:	
Je čeština mateřským jazykem dítěte? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud jste uvedl(a) ne, napište, prosím, jaký je mateřský jazyk dítěte:	Je dítě vychovááno jednojazyčně? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud jste uvedl(a) ne, jaký je první jazyk, kterým se na dítě mluví..... Jakým druhým jazykem se na dítě mluví.....
Vzdělání matky:	Vzdělání otce:
<input type="checkbox"/> základní <input type="checkbox"/> střední bez maturity <input type="checkbox"/> střední s maturitou <input type="checkbox"/> vyšší odborné (nástavba, VOŠ) <input type="checkbox"/> vysokoškolské	<input type="checkbox"/> základní <input type="checkbox"/> střední bez maturity <input type="checkbox"/> střední s maturitou <input type="checkbox"/> vyšší odborné (nástavba, VOŠ) <input type="checkbox"/> vysokoškolské
Profese matky (prosím doplňte):	Profese otce (prosím doplňte):
Uveďte, v jak velké obci dítě s rodinou žije:	Dítě žije:
<input type="checkbox"/> do 2 tisíc obyvatel <input type="checkbox"/> 2 tisíce až 20 tisíc obyvatel <input type="checkbox"/> 20 tisíc až 200 tisíc obyvatel <input type="checkbox"/> nad 200 tisíc obyvatel	<input type="checkbox"/> s oběma rodiči ve společné domácnosti <input type="checkbox"/> rodiče jsou rozvedeni a dítě žije ve střídavé péči (jeden týden s matkou, jeden týden s otcem) <input type="checkbox"/> jiné (uveďte jaké):
Počet sourozenců dítěte:	Pořadí mezi sourozenci (1. znamená nejstarší):

LITERATURA A POUŽITÉ ZDROJE

<p>Uveďte, zda dítě trpí nějakou závažnější chronickou chorobou, vývojovou nebo smyslovou poruchou:</p> <p><input type="checkbox"/> ano (uveďte jakou):</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Uveďte, zda u dítěte byl diagnostikován narušený vývoj řeči - vývojová dysfázie:</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>
<p>Má Vaše dítě nějakou vadu řeči nebo výslovnosti?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pokud jste uvedl(a) ano, napište jakou:</p>	<p>Chodí dítě v současné době na logopedii?</p> <p><input type="checkbox"/> ano – proč:</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>
<p>Vyskytla se u někoho z členů rodiny koktavost?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pokud jste odpověděl(a) ano, uveďte prosím u koho:</p>	<p>Koktá Vaše dítě?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pokud jste uvedl(a) ano, proč máte podezření, že koktá?</p>
<p>Těhotenství probíhalo:</p> <p><input type="checkbox"/> bez problémů</p> <p><input type="checkbox"/> bylo rizikové (uveďte prosím důvod):</p>	<p>Porod proběhl:</p> <p><input type="checkbox"/> bez problémů</p> <p><input type="checkbox"/> s mírnými problémy</p> <p><input type="checkbox"/> musely být použity kleště či vakuová pumpa</p> <p><input type="checkbox"/> dítě muselo být resuscitováno (kříšeno)</p> <p><input type="checkbox"/> jiné problémy (uveďte jaké):</p>
<p>Dítě se narodilo:</p> <p><input type="checkbox"/> v termínu</p> <p><input type="checkbox"/> před termínem (uveďte týden těhotenství):</p> <p><input type="checkbox"/> po termínu dítě (uveďte týden těhotenství):</p>	<p>Uveďte, jaká byla porodní hmotnost dítěte:</p> <p><input type="checkbox"/> 2500 g a více</p> <p><input type="checkbox"/> 2500 g-1500 g</p> <p><input type="checkbox"/> 1500g-1000 g</p> <p><input type="checkbox"/> pod 1000 g</p>