

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci
Application of Music Therapy in Speech Therapy Prevention

Anna Srnková

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.
Studijní program: NMgr.
Studijní obor: Logopedie

2024

Odevzdáním této diplomové práce na téma Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V České Lípě, 11.7. 2024

Na prvním místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce, paní doktorce Miroslavě Kotkové, za cenné rady, trpělivost a odborné vedení při procesu psaní práce. Dále děkuji všem respondentům z mateřských škol v Libereckém kraji, kteří se ochotně zapojili do výzkumu a poskytli cenné informace. Velké poděkování patří mé rodině za podporu, trpělivost a pochopení při celém mém studiu. Bez jejich povzbuzení a pomoci by tato práce nevznikla.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na propojení logopedie a muzikoterapie, při logopedické prevenci s kladeným důrazem na sluchové vnímání.

Teoretická část práce se zaměřuje na popis neurologického propojení mezi řečí, sluchem a hudbou a na fungování centrální nervové soustavy. Dále se zaměřuje na logopedickou prevenci u dětí předškolního věku, vývoj řeči, logopedické diagnózy v dětském věku a na sluchové vnímání. Poslední kapitola zahrnuje muzikoterapii, její popis, jaké metody techniky a postupy využívá a také jak lze muzikoterapii využít v logopedii.

V praktické části práce je užito kvantitativního výzkumného prostředku, dotazníku, doplněného o kvalitativní rozhovorové šetření. Hlavním cílem výzkumu je popsat, jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji. Prvním dílčím cílem výzkumu je charakterizovat, jakým způsobem se při logopedické prevenci ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji využívají prvky muzikoterapie. Prvním dílčím cílem výzkumu je zjistit, jak je realizovaná logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji. Druhým dílčím cílem je zjistit jak, a pomocí jakých metod, jsou do logopedické prevence integrovány prvky muzikoterapie pro podporu komunikačních schopností dětí ve vybraných mateřských školách. Posledním, třetím dílčím výzkumným cílem je zjistit, jak se logopedická prevence ve vybraných mateřských školách zaměřuje na rozvoj sluchového vnímání, a identifikovat účinné prvky muzikoterapie pro tuto oblast.

KLÍČOVÁ SLOVA

řeč, sluch, logopedie, muzikoterapie, sluchové vnímání, neurologie

ABSTRACT

Diploma thesis focuses on the integration of speech therapy and music therapy in speech therapy prevention with an emphasis on auditory perception.

The theoretical part describes the neurological interconnection between speech, hearing, and music, and functioning of the central nervous system in this context. It also addresses preschool speech therapy prevention, speech development, diagnoses of speech disorders in childhood age and auditory perception. The final chapter covers music therapy, its methods, techniques, and applications within speech therapy.

The practical part utilizes a quantitative research tool, a questionnaire supplemented by qualitative interviews. The main research goal is to describe how music therapy elements are utilized in speech therapy prevention focusing on auditory perception in selected kindergartens in the Liberec region. The first sub-goal is to characterize the integration of music therapy elements in speech therapy prevention in these kindergartens. The second sub-goal is to determine how and by which methods music therapy elements are integrated into speech therapy prevention to support children's communication skills in selected kindergartens. The third sub-goal is to explore how speech therapy prevention focuses on developing auditory perception and identify effective music therapy elements for this purpose in selected kindergartens.

KEYWORDS

speech, hearing, speech therapy, music therapy, auditory perception, neurology

Obsah

Úvod	7
Teoretická část.....	8
1 Úvod do neurologie řeči a sluchu	8
1.1 Nervová soustava a její uspořádání	8
1.2 Řeč v kontextu neuroanatomie	9
1.2.1 Řečová dráha a korová centra v mozku.....	11
1.3 Sluch v kontextu neuroanatomie	13
1.3.1 Sluchová dráha a korová centra v mozku.....	14
1.4 Hudba a řeč.....	15
2 Problematika řečové komunikace u dětí předškolního věku.....	17
2.1 Vývoj dětské řeči.....	17
2.1.1 Předřečová stádia vývoje řeči.....	18
2.1.2 Vlastní vývoj řeči	18
2.1.3 Jazykové roviny řeči.....	20
2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí	22
2.2.1 Narušení vývoje řeči.....	25
2.2.2 Poruchy artikulace (článkování řeči).....	26
2.2.3 Poruchy plynulosti řeči.....	27
2.2.4 Poruchy zvuku řeči	28
2.2.5 Neurotické poruchy řeči	28
2.2.6 Symptomatické poruchy řeči	29
2.3 Logopedická prevence dětí předškolního věku	29
2.3.1 Roviny logopedické prevence	30
2.3.2 Zajištění logopedické prevence	30
2.3.3 Metody logopedické prevence.....	32
3 Problematika sluchového vnímání dětí	33
3.1 Složky sluchového vnímání.....	34
3.1.1 Naslouchání	34
3.1.2 Figura a pozadí	34
3.1.3 Sluchová diferenciacce.....	35
3.1.4 Sluchová paměť	36
3.1.5 Sluchová analýza a syntéza	37
3.1.6 Vnímání rytmu.....	37

4	Muzikoterapie jako prostředek komunikace.....	39
4.1	Muzikoterapeutické postupy, metody a techniky	41
4.1.1	Hudební improvizace.....	41
4.1.2	Hudební interpretace.....	43
4.1.3	Poslech hudby.....	44
4.1.4	Hudební kompozice	44
4.2	Uplatnění muzikoterapie v logopedii	45
4.2.1	Vybrané logopedické diagnózy v kontextu muzikoterapie	46
4.2.2	Melodicko-intonační terapie.....	48
	Empirická část	50
5	Využití prvků muzikoterapie v rámci logopedické prevence v předškolním zařízení	50
5.1	Cíl výzkumného šetření.....	50
5.2	Metody výzkumného šetření a etické zásady sběru dat.....	51
5.3	Popis a proces sběru dat	53
5.4	Analýzy získaných dat.....	54
5.4.1	Analýza dotazníkového šetření.....	54
5.4.2	Analýza polostrukturovaných rozhovorů	74
5.5	Závěr výzkumného šetření	87
5.6	Doporučení pro praxi.....	92
	Závěr.....	96
	Seznam použitých informačních zdrojů	98
	Seznam příloh.....	102

Úvod

V současné době můžeme pozorovat nárůst počtu dětí v mateřských školách s různým narušením komunikační schopnosti, kvůli kterému je nejčastěji udělen odklad školní docházky. Pokud se terapie nezačíná včas, mohou problémy přetrvávat nebo se stupňovat a mít negativní dopad na proces učení a celkovou kvalitu života dětí. Pro odstranění obtíží je nutná včasná intervence a spolupráce s odborníky i rodinou dítěte, logopedická prevence hraje důležitou roli v tomto procesu. Logopedie je multidisciplinární obor a mezioborová spolupráce nabízí způsob, jak proces terapie obohatit o nové poznatky, ale také jak k dítěti přistupovat více holisticky.

Děti vnímají zvuky již od prenatálního období, pro rozvoj řeči je důležité mít motivaci komunikovat, s čímž nám může pomoci komunikační partner. Tam kde dítě zatím slovům nerozumí, může pomoci i hudba. V této diplomové práci půjde o propojení logopedie a muzikoterapie, konkrétně o obohacení logopedické prevence o prvky muzikoterapie. Muzikoterapeutické aktivity mohou nabídnout dětem komunikační kanál, dostupnější formu sebevyjádření a podpořit rozvoj řeči a sluchu v celkovém rozsahu. Vybraným tématem práce je Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci, přičemž v tomto kontextu bude využíváno prvků muzikoterapie, doplňku logopedického působení.

Hlavním cílem teoretické části práce bude propojit poznatky z oblasti muzikoterapie a logopedie. Teoretická část práce bude sloužit jako podklad pro empirickou část. Budou zde popsáno propojení řečových, sluchových a hudebních dovedností, dále logopedická prevence, vady řeči u dětí, sluchové vnímání a koncept muzikoterapie jako takové.

Hlavním cílem empirické části práce je popsat, jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji. Pro výzkumné šetření bude použito kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu, tedy dotazníkového šetření a rozhovorů s logopedickými preventisty, kteří působí v mateřských školách v Libereckém kraji.

Teoretická část

1 Úvod do neurologie řeči a sluchu

Jako první kapitola diplomové práce byla zvolena ta, která celé téma propojuje. Neurologie nestojí pouze za komunikací, za sluchovým vnímáním, ale také za naším myšlením a zpracováváním i dalších vjemů z našeho okolí.

Nervový systém je komplexní síť propojující naše celé tělo, a tak ani řízení řeči není pouze situováno odděleně v Brocovu a Wernickeovu centru. Touto synergií pak mohou vznikat nové cesty zapamatování, učení se, vnímání, motorického řízení volných pohybů, a tak i možnosti rozvoje komunikace prostřednictvím prvků hudby, která přímo se schopností verbální komunikace nesouvisí.

1.1 Nervová soustava a její uspořádání

Lidskou nervovou soustavu, rozdělujeme na tři hlavní části: centrální nervovou soustavu (CNS), kterou tvoří mozek a mícha; periferní nervovou soustavu (PNS), zahrnující míšní nervy a hlavové nervy; a autonomní (vegetativní) nervový systém, sestávající se ze sympatiku a parasympatiku (Hudák & Kachlík, 2013).

Centrální nervový systém (CNS) je tvořen z míchy a mozku. Mícha je propojena s mozkem, na který navazuje mozkový kmen, zahrnující prodlouženou míchu, most a střední mozek. Nad mozkovým kmenem se nachází mozeček, uložený v zadní lebeční jámě. Dalším oddílem CNS je mezimozek, který přenáší informace do největšího a nejmladšího oddílu – koncového mozku. Koncový mozek lze rozdělit na čelní, temenní, týlní, spánkový a ostrovní lalok (Hudák & Kachlík, 2013).

Periferní nervový systém je nedílnou součástí nervové soustavy, neb by bez něj CNS nemohla fungovat. Hlavové nervy a míšní nervy tvoří periferní nervovou soustavu (PNS). Hlavové nervy jsou pro obor logopedie zvláště důležité, protože všechny mají vztah k řeči, jazyku a sluchu; 7 z 12 hlavových nervů má přímý vztah k těmto komunikačním procesům. Hlavové nervy, které mají přímý vztah k řečové a sluchové funkci jsou:

V. Trojklanný nerv (nervus trigeminus); VII. Lícni nerv (nervus facialis); VII. Sluchový/Sluchově-rovnovážný nerv (nervus vestibulocochlearis); IX. Jazykohltanový nerv (nervus glossopharyngeus); X. Bloudivý nerv (nervus vagus); XI. Přídavný nerv (nervus accessorius) a XII. Podjazykový nerv (nervus hypoglossus). Míšni nervy jsou spojeny s míchou a vycházejí z ní dvěma kořeny. Celkem existuje 31 párů míšních nervů, z nichž 8 je krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 1 kostrční. Tyto nervy přenášejí jak senzoričké, tak motorické informace a inervují různé části těla v souladu s míšními segmenty (Love & Webb, 2009).

Centrální nervový systém (CNS) a periferní nervový systém (PNS) dává vzniknout **vegetativnímu nervovému systému** (VNS), jak bylo uvedeno výše, který reguluje tělesné funkce, do značné míry bez našeho vědomí. Patří do nich například funkce rozšiřování zornic, frekvence dýchání, trávení, sexuální vzrušení a močení. Dělí se na sympatikus a parasympatikus. Sympatický nervový systém aktivuje reakce „boj nebo útěk“ při stresu a vychází z hrudní páteře. Připravuje tělo na zátěž, zrychluje činnost srdce, zpomaluje trávení, zrychluje dýchání. Naopak, parasympatikus zajišťuje stav odpočinku, obnovy a péče, včetně procesů jako je trávení a látková výměna. Slouží k obnově energie, zvyšuje činnost střev a slinění, kontroluje svalové kontrakce, a vychází z hlavy a oblasti kosti křížové (Verny, 2023).

1.2 Řeč v kontextu neuroanatomie

V procesu zpracování řeči a při komunikaci jsou důležité všechny části nervové soustavy, ale hlavním prvkem je CNS. Její nejdůležitější části jsou **mícha**, která je důležitá v realizaci jednoduchých reflexů a usnadňuje komunikaci mezi periferními částmi těla a centrální nervovou soustavou na úrovni senzoričké i motorické. **Mozkový kmen (prodloužená mícha, most a střední mozek)**, který navazuje na míchu umožňuje vykonávání složitých reflexů a reguluje automatické a nevědomé funkce organismu, jako je dýchání, tepová frekvence, dechová frekvence a polykání. Obsahuje senzoričká i motorická jádra jednotlivých hlavových nervů a propojuje další části centrální nervové soustavy s mozečkem. **Retikulární formace**, součást mozkového kmene, je zásadní v aktivaci a inhibici centrální nervové soustavy. Toto centrum má důležitou funkci

v provádění pro život důležitých a obranných reflexů. Zodpovídá také za reflexní činnost hlavových nervů, a funguje jako koordinátor jejich činnosti. **Thalamus, součást mezimozku**, hraje klíčovou roli při integraci smyslového vnímání tím, že rozhoduje, které podněty budou předány do mozkové kůry k dalšímu zpracování. Dále se podílí na programování pohybových vzorců podle stimulů z kůry mozkové a spolupracuje s motorickými okruhy bazálních ganglií. Thalamus má též významnou úlohu v procesu vnímání bolesti. **Kůra mozková** se anatomicky dělí na tři hlavní části. První je paleocortex, tvoří pouze 1% plochy mozkové kůry a je známý jako „čichový mozek“. Jedná se o část fylogeneticky nejstarší. Druhý je archicortex, tvoří přibližně 4 % mozkové kůry a je hlavní součástí limbického systému. Má silné synaptické vztahy s paleocortexem a neokortexem, a ovlivňuje emoční prožívání. Třetí je neokortex, největší část mozkové kůry, zabírá asi 95 % její plochy. Je fylogeneticky nejmladší a je sídlem vyšších nervových funkcí, jako je vědomí, paměť a volní motorika. (Frič et al., 2016; Hudák & Kachlík, 2013)

Mozkovou kůru můžeme dělit také i jiným způsobem a zaměřit se přitom na komunikaci, řeč a vnímání zvuků. Dle Hudáka a Kachlíka (2013) se funkčně může rozdělovat mozková kůra i takto: primární a sekundární motorické, senzitivní a sensorické; terciární asociační oblasti – insulární, limbické a řečové oblasti.

Funkce jednotlivých oblastí mozkové kůry se dělí podle stupně jejich specializace: **primární oblasti** mají definovanou funkci jasně, jako je například uvědomování jednotlivých zvuků a tónů; **sekundární oblasti** analyzují komplexní vnímání z jednotlivých smyslových aparátů, jako je například analýza složitých zvuků a lidského hlasu; **terciální asociační oblasti** propojují zjištěné informace se zbylými oblastmi kůry mozku. Například slyšený zvuk se stane součástí funkce orientace v prostoru a také plánování pohybu k vyhledání daného zvuku; **insulární** oblasti se zapojují do chuťového a čichového vnímání, regulace imunitních odpovědí, svalových pohybů při dýchání a řeči, vnímání pohybu a polohy hlavy; **řečové** oblasti zahrnují Brocovo motorické centrum řeči, které má podíl na tvorbě psaného projevu, vět a slov, a Wernickeovo sensorické řečové centrum, které umožňuje porozumění psaného a slyšeného textu (Frič et al., 2016).

Další významnou částí CNS jsou **bazální ganglia**, která jsou souborem neuronů umístěných hluboko v mozku. Jejich funkce zahrnuje: přijímání signálů z primární motorické kůry, regulace svalového napětí a koordinace pohybu v synergii s potřebami těla. **Hypothalamus** je centrálním regulátorem autonomního nervového systému a hypofýzy. Jeho funkce jsou: udržování vnitřní stability těla, včetně teploty, příjmu potravy a emocí, vše se děje prostřednictvím parasymptiku a sympatiku. **Limbický systém**, který zahrnuje struktury v různých částech mozku, ovlivňuje emoce, chování, paměť a motivaci. Reguluje stálé vnitřní prostředí těla (homeostázu), působí také na autonomní i somatický nervový systém, a to zejména prostřednictvím spojení s hypothalamem a hypofýzou. **Mozeček** má funkce: regulaci motoriky, koordinuje rychlé a přesné pohyby svalů a podílí se na motorické paměti. Je propojen komunikačním kanálem s mozkovým kmenem, přijímá informace potřebné pro koordinaci pohybů. Do mozečku vedou přímé nervové dráhy z vestibulárního systému a z proprioreceptorů. Mozeček má vliv na neuromotorickou stránku řeči, synergii pohybů a jemnou koordinaci svalů, zásadní pro plynulou řeč. Existují zde specializované oblasti pro motoriku, sluch, hmat a zrak. Poslední částí, která bude v rámci systému zpracování řeči a komunikace uvedena je **corpus callosum**, známý také jako mozkový trámec. Jedná se o seskupení nervových vláken složené z komisurálních vláken umístěných pod mozkovou kůrou. Jeho hlavní funkcí je spojování a umožňování komunikace mezi oběma mozkovými hemisférami, což je klíčové pro koordinaci činností obou částí mozku, např. pro vizuálně-auditivní asociace. Mozkový trámec také propojuje hemisféry mozečku, thalamu a hypothalamu. Představuje největší strukturu bílé hmoty v lidském mozku. Měří cca 10 cm na délku a skládá se z přibližně 200 až 300 miliónů axonů (Love & Webb, 2009).

1.2.1 Řečová dráha a korová centra v mozku

Mozek je centrem pro řeč a jazyk. Během lidské evoluce se v mozku vyvinulo specifické uspořádání nervových struktur a procesů, což vedlo k vytvoření lidského komunikačního nervového systému. Schopnost produkovat řeč je na úrovni motoriky zajišťována rozsáhlou kaskádou kortikálních a subkortikálních struktur, které zahrnují mozkovou kůru, subkortikální jádra mozku, mozkový kmen, mozeček a míchu (Love & Webb, 2009).

Volní pohyby svalů jsou řízeny pyramidovým systémem, který zahrnuje kortikospinální, kortikobulbární a kortikopontinní trakty. Tyto tři trakty, společně označovány jako **kortikofugální dráhy**, vycházejí z mozkové kůry. Zprostředkování rychlé motorické reakce je primární rolí **kortikospinálního traktu**. Ten kontroluje pohyby v distálních svalech prstů a končetin. Nervová vlákna kortikospinálního traktu navazují na interneurony, které se zapojují do reflexních oblouků a jader ascendujících senzoriálních drah, což je důležité pro senzomotorické řízení funkcí orálního (řeč) a faryngeálního (polykání) ústrojí. Vlákna **kortikobulbárního traktu** pyramidového systému kontrolují volní pohyby svalů potřebné pro produkci řeči, ale nejsou zapojena do regulace svalů dýchání. Tyto svaly pracují symetricky a spolupracují párově při mnoha činnostech, jako je řeč, polykání, žvýkání a mimika obličeje. **Kortikopontilní trakt** vede z jader mostu do mozečku. Produktem volní motoriky je řeč, která zahrnuje extrapyramidový systém jako primární dráhu pro volní pohyby. Tento systém se skládá z **bazálních ganglií**, které jsou součástí podkorových jader propojených s frontální kůrou a míšními drahami. Bazální ganglia se podílejí na řadě vrozených i naučených pohybových vzorců. Poškození bazálních ganglií může vést k syndromům hypokineticko-hypertonickému a hypertonicko-hypotonickému, které se projevují ztrátou spontaneity ve slovní produkci, narušením verbální fluence a poruchami mluvy (Procházka & Orel, 2021).

Centrální řečová zóna, Perisylvická oblast, která je zodpovědná za jazykové funkce, leží kolem Sylviovy rýhy (sulcus lateralis). Tato rýha odděluje temporální (spánkový) mozkový lalok od frontálního (čelního) a parietálního (temenního) laloku. Do této oblasti patří Brocova a Wernickeho area, gyrus angularis, gyrus supramarginalis a dlouhé asociační dráhy, propojující jazykové oblasti (Love & Webb, 2009).

Receptivními oblastmi, což jsou oblasti zajišťující porozumění a percepci řeči, jsou **Heschlovy závitě**, které se nacházejí také v Sylviově rýze, a Wernickeho oblast, která navíc umožňuje schopnost číst. Hlavní oblastí pro řečovou expresi je Brocova oblast, kde probíhá motorická část řeči, a součástí je Exnerova oblast, která má význam pro psaný projev (Procházka & Orel, 2021).

1.3 Sluch v kontextu neuroanatomie

Sluch hraje důležitou roli v komunikaci a výrazně ovlivňuje rozvoj abstraktního myšlení a řeči. Ucho je citlivým sensorickým orgánem schopným vnímat zvuky. Zvuk sestává z mechanického vlnění prostředí a pro člověka je vnímatelný v rozsahu frekvencí od 16 Hz do 20000 Hz. Charakteristiky zvuku zahrnují jeho frekvenci, výšku, barvu a trvání. Zvuk může být harmonický nebo neharmonický, přičemž každý harmonický tón je složen ze základní frekvence a vyšších harmonických tónů (Novák, 1999).

Aby bylo možné smyslově vnímat auditivní informaci, je k tomu nutné celé schéma procesů, které se na tomto vjemu podílejí. Podélné vlnění vzduchu nejprve projde přes ušní boltec, do vnějšího zvukovodu, který končí na napjaté membráně zvané ušní bubínek. Na vnitřní ploše bubínku je připojena rukojeť kladívka, první ze sluchových kůstek středouší. Sluchové kůstky (kladívko, kovádlíka, třmínek) jsou nejmenšími kůstkami v lidském těle a nachází se v dutině naplněné vzduchem, ve středním uchu. V této dutině se dále nachází otvor do Eustachovy trubice, která propojuje střední ucho s nosohltanem, sloužící k vyrovnávání tlaku ve středouší. Součástí středního ucha jsou také svaly třmínku a napínač bubínku. Před vstupem do oválného okénka zesiluje systém středoušních kůstek intenzitu vibrací. Zde jsou vibrace přeneseny do vnitřního ucha, konkrétně do kostěného labyrintu kosti skalní. Uvnitř labyrintu se nachází cochlea (hlemýžď) a vestibulum (rovnovážné ústrojí). Kapaliny endolymfa a perilymfa se podílí na přenosu zvuku. Tyto kapaliny vyplňují hlemýžď a jeho okolí (nemísí se díky epitelové membráně), umožňují přeměnu vibrací na nervové impulzy. V blanitém hlemýždi se nachází Cortiho orgán s vláskovými buňkami. V Cortiho orgánu probíhají vlákna VIII. hlavového nervu, nazývaná ganglion spirale cochleare (spirální ganglion hlemýžďe). Tato vlákna tvoří základní neurony sluchové dráhy, které se dále napojují na vláskové buňky a zprostředkovávají jejich aferentní inervaci. Vláskové buňky rozdělujeme na vnitřní a vnější, v poměru 1:3. Vláskové buňky vnitřní mají tu schopnost, že dokážou zachytit různou frekvenci zvuku. Aferentní sluchové informace z vláskových buněk se nejprve dostávají do kochleárních jader mozkového kmene, do retikulární formace a talamu. Zde se dále šíří do korových oblastí, včetně Heschlových závitů, asociačních oblastí, Wernickeho

centra a dalších částí mozku. Cortiho orgán je také inervován eferentně. Je předpokládáno, že tyto eferentní dráhy, které inervují hlemýžď, spolupracují a umožňují selektivní slyšení. To znamená, že ucho dokáže zaměřit pozornost na určitý sluchový vstup, a potlačit zvukové pozadí nebo jiné podobné vstupy, jako je například paralelní hovor (Merkunová & Orel, 2008; Love & Webb, 2009).

1.3.1 Sluchová dráha a korová centra v mozku

Sluchová dráha je tvořena ze 4 neuronů. Bipolárními buňky tvoří první neuron, jejich tělo se nachází v ganglionu cochleare. Dendrity těchto buněk začínají v Cortiho orgánu u báze vláskových buněk, reagující na vlnění endolymfy. Axony těchto buněk tvoří nervus cochlearis a pokračují dál jako nervus vestibulocochlearis a končí v mozkovém kmeni. Zde jsou přepojeny na druhý neuron, nucleus cochlearis. Axony druhého neuronu tvoří lemniscus lateralis, převážně se kříží na protilehlou stranu a pokračují do mezimozku do coliculus inferior. Zde jsou přepojeny na třetí neuron a směřují do corpora geniculata medialis thalamu. Následuje poslední přepojení na čtvrtý neuron, tvořící radiata acustica a směřují do primární sluchové oblasti, Heschlovy závitě, oblast 41, 42 spánkového laloku (gyrus temporalis transversus). Následná analýza slyšeného signálu probíhá ve Wernickeho oblasti. Neurální struktury Wernickeho oblasti se podílejí na sensorické regulaci řeči a porozumění, ale zároveň slouží jako základ pro formulaci vnitřních lingvistických konceptů. Kromě samotného porozumění zde pravděpodobně vznikají základní koncepty odpovědí, které pak dále zpracovává Brocova oblast. Pro přenos lingvistických informací jsou klíčové asociační dráhy mezi frontálními a temporálními oblastmi, které se podílí na jazykových funkcích (Love & Webb, 2009).

Za konkrétnější propojení sluchu a řeči můžeme považovat fasciculus arcuatus, což je dlouhá subkortikální spojnice mezi Wernickeho a Brocovou oblastí, kde probíhá motorické programování artikulace. Tento trakt umožňuje obousměrný přenos informací mezi oblastmi, zásadní pro funkci krátkodobé sluchové pracovní paměti, konkrétně fonologické smyčky. Fonologická smyčka slouží k ukládání zvukové a slovní informace do paměti a jejímu opakování. Pro udržení informací ve fonologické smyčce je důležitá subvokální artikulace, která se projevuje jako vnitřní hlas v hlavě, například při opakování

slyšeného nebo při čtení v duchu. Fonologická smyčka hraje důležitou roli v kontextu vývojových poruch jazyka, vývojových poruch učení a poruch pozornosti. Pro správné smyslové vnímání a kvalitní komunikační výstup člověka jsou přínosné všechny struktury CNS. Zvláště důležité jsou mozeček, limbický systém a retikulární formace, které mají vliv na různé aspekty vnímání a chování. **Stimulace smyslového vnímání, konkrétně sluchu, může efektivně ovlivnit právě tyto struktury, to hraje roli zejména při rehabilitaci poruch komunikace na různých úrovních.** Naše smysly představují významný rehabilitační zdroj a mohou být využity k rehabilitaci některých částí nebo struktur centrální nervové soustavy. Díky plasticitě mozku mohou vznikat nové nervové spoje v CNS (Frič et al., 2016).

1.4 Hudba a řeč

Charakter informace, kterou přijmeme vnímáním hudby a řeči se značně liší, přesto existují podobnosti a překryvy v jejich neurálním zpracování. Obě jsou časově organizovány a mají svá pravidla a struktury. Způsoby, jak mozek zpracovává a integruje struktury hudby a řeči, vykazují podobné neurální reakce. Stejná oblast v mozku, Sylviova rýha, je aktivována při zachycení hudebních i mluvených podnětů, což nás odkazuje k existenci auditivně-motorického rozhraní. Pacienti, kteří jsou po mozkové příhodě, a došlo u nich k poškození oblastí mozku, které jsou odpovědné za řeč, dokázali znovu nalézt rytmus a tón řeči právě díky hudebně orientovanému přístupu. Přestože neexistují jednoznačné důkazy o tom, zda jsou tyto dvě oblasti oddělené nebo spolupracují, odborná literatura jasně vymezuje, že mezi mluveným slovem a hudbou existuje v mozku vztah (Pitt, 2020).

U dětí s poruchami řeči a jazyka dochází k postižení prozodických faktorů řeči (tempo, tón hlasu, pauzy, melodie, rytmus řeči) a hudebního vnímání současně. Vnímání hudby a fonologické povědomí (dovednosti a koncepty zvuků a fonémů v mluveném slově) jsou propojeny s auditivním vnímáním, které je zapotřebí u mladších dětí, když se začínají učit číst. Říkaneky byly identifikovány jako prostředek ke zlepšení fonologického uvědomování. Bylo zjištěno, že hudba může pozitivně ovlivnit vnímání, porozumění a napodobování zvuků řeči. Rozvoj pasivní slovní zásoby a vnímání fonémů se začíná objevovat již u dětí ve věku 12 měsíců. Dětem v mateřské škole, které se účastnily čtyřměsíční hudební výuky, se

zlepšila fonematická segmentace hlásek, ve srovnání s kontrolní skupinou dětí, které si tímto kurzem neprošly. To naznačuje, že dovednosti segmentace mohou být přenositelné do učení čtení, právě kvůli tomu, že pozitivně ovlivňují složky sluchového vnímání. Osmileté děti, které byly součástí hudební třídy, byly výrazně lepší v identifikaci řečových segmentů než děti, které navštěvovaly výtvarnou třídu. Vznikající gramotnost a vnímání hudby u dětí, podporováno hudebními aktivitami, ovlivňuje sluchové vnímání, fonologickou paměť a metakognitivní procesy, což jsou klíčové faktory pro rozvoj jazykových schopností (Pitt, 2020).

2 Problematika řečové komunikace u dětí předškolního věku

Kejklíčková (2016) uvádí, že v současnosti zaznamenáváme výrazný nárůst řečových poruch u dětí. Odborníci se shodují, že významnou roli v tomto hraje rozšíření komunikačních možností prostřednictvím internetu, který nabízí velké množství her a zábavy. U starších dětí je také patrný vliv na komunikaci prostřednictvím psaných zpráv, což jí výrazně omezuje v reálném životě. Aby toho nebylo málo, tak internet a televize zabírají velkou část volného času i rodičů a příbuzných, což vede ke snížení množství rozhovorů v rodinném prostředí a pozornosti, které se dítěti dostává. Je nezbytné věnovat této problematice pozornost z různých perspektiv a oborů, zejména ze strany zdravotnictví, školství a rodiny.

Z hlediska logopedie u správného vývoje dětské řeči je třeba věnovat zvláštní pozornost období, kdy mnoho dětí zažívá větší či menší potíže. Toto období nastává kolem třetího roku života, tedy v přechodu z fáze konkrétního myšlení do fáze, kdy se začíná formovat myšlení abstraktní. V této době jsou na dětskou řeč kladeny značné požadavky z okolí, které používá dospělou, vyspělou řeč, zatímco ta dětská je ještě nevyzrálá a neustálená. Ne každé dítě dokáže tento nepoměr snadno překonat. V úvahu je třeba brát několik faktorů: samotné dítě, jeho sociální prostředí a komunikační náročnost okolí (Kutálková, 2009; Sovák, 1984).

Pro pochopení příčiny vzniku komunikačních deficitů u dětí je třeba vědět, jak probíhal vývoj řeči u daného dítěte a vhodně určit o jakou diagnózu se jedná. Proto bude v následující části kapitoly vymezen intaktní vývoj dětské řeči, nejčastější diagnózy narušené komunikační schopnosti dětského věku, sluchové vnímání, které má přímou souvislost s vývojem řeči a v neposlední řadě také formy předcházení vzniku těchto vad.

2.1 Vývoj dětské řeči

Lidské řeči předcházela dlouhá cesta v rámci vývoje mnoha živočišných druhů. Fylogeneticky se nejprve začaly objevovat zvuky, které sloužily k projevení libých a nelibých pocitů, případně k projevení reakce útoku nebo útěku, tedy složka projevovala. Tyto projevy jsou ve své podstatě spontánní a jsou přítomny i přes to, že není nikdo jiný

nablízku. Vyšším stupněm a další etapou, byly zvuky účelové, záměrné. Ty se vyskytují zcela běžně i ve zvířecí říši, a dává se pomocí nich najevo například přítomnost nějakého nebezpečí, za účelem vyvolání reakce (vybavovací složka). Třetím stupněm je složka dorozumivací (komunikační), pro člověka charakteristická, kdy jde o vydávání zvuků za účelem sdělení informace někomu jinému, a zpracování zvuků za účelem přijetí informace od druhých (Kutálková, 2009; Sovák, 1984).

2.1.1 Předřečová stádia vývoje řeči

Řeč se vyvíjí v souladu s vývojem mozkových funkcí a začíná už od narození. Tento vývoj nazýváme ontogenezí. Lidský hlas je již po prvním nádechu reflexně doprovázen křikem (pláčem). Je to tedy první fáze řečového vývoje, nazývaná **období křiku**. Tento projev ještě nemá ze strany dítěte signální význam, což se po šestém týdnu mění, a dítě začíná do jisté míry s jeho pomocí vyjadřovat nelibé pocity. Následuje **období broukání** (2.-4. měsíc po narození), kdy se již hlas zjemňuje a s pomocí měkkého hlasového začátku dítě vyjadřuje i libé pocity, kdy si spokojeně brouká. Plynule na to navazuje **období žvatlání**, které je převážně pudové a spontánní. Dítě opakuje při tvorbě hlasu pohyby jako u sání a polykání, vznikají tak zvuky, kterým se může říkat *dětské zvuky*. Funguje zde již sluchová kontrola (u slyšících dětí), která dává možnost vzniknou dalšímu stupni vývoje, kterým je **období opakování**. Dítě napodobuje a svým vlastním žvatláním se snaží vytvořit hlásky své mateřské řeči. Opakuje jednoduché slabiky – *mama, tata*, využívá modulace hlasu, melodie, rytmu, výšky a síly, tzv. prvních *múzických faktorů* mluvy. Po desátém měsíci je již dítě ve fázi, kdy začíná rozumět tomu, co slyší – **období rozumění**. Porozumí, kdo je táta, co má dělat, když se mu ukáže „paci-paci“, ale významová slova ještě netvoří. V tomto období je důležité dítě přiměřeně stimulovat (ne přehnaně) a zajistit mu dostatečný kontakt s okolním prostředím. Pomoci, v tomto případě, může i mimika a gestika (Kejklíčková, 2016; Klenková, 2006).

2.1.2 Vlastní vývoj řeči

Po období rozumění řeči následuje vývoj vlastní řeči, je to kolem 1. roku života dítěte. Tyto fáze se prolínají, neznamená to tedy, že by dítě přestalo používat předřečové prostředky

vyjadřování. Zatím se učí používat jednoslovné věty, kterými vyjadřuje své přání a pocity, ale např. večer před usnutím stále žvatlá nebo vyjadřuje svou nelibost pláčem, jedná se o období **emocionálně-volní**. Spojováním zvuku s konkrétním předmětem se dítě učí pojmenování a dostává se tak do stádia **asociačně-reprodukčního**. Toto se však děje až po vytvoření určitých asociačních areí v mozku, není tedy vhodné děti nutit opakovat nějaká slova, protože ještě jednoduše nechápou jeho význam. Nejprve si spojí slyšené zvuky s odpovídajícím předmětem nebo osobou, a teprve potom je dokážou vyslovit spontánně. Projdou si v tomto procesu dvěma prahy, prahem porozumění a prahem proslovení. Okolo 3. roku života dítěte nastupuje fáze **logických pojmů**. Pojmy, které měly doposud pouze konkrétní charakter, přecházejí do obecnějšího významu slova, „pes“ již neznamená jen „náš Puňťa“, ale je to kterýkoliv jiný pes, a použije se pro obecné označení takového zvířete. Mezi 3. a 4. rokem věku dítěte, kdy mají slova již určitý význam, nastává ve vývoji řeči **období intelektualizace**. Obsah se neustále zpřesňuje, zkvalitňuje, osvojují se pravidla gramatiky a člověk se učí novým pojmům, to pak pokračuje i po celý zbytek života (Klenková, 2006; Sovák, 1984).

Velmi důležitým obdobím pro rozvoj řeči je věk do šesti až sedmi let, přičemž nejrychlejší pokroky jsou zaznamenány mezi třemi až čtyřmi lety. Raný vývoj řeči je ovlivněn a podmíněn **motorikou mluvních orgánů, hrubou a jemnou motorikou, schopností zrakového a sluchového vnímání a také vlivem sociálního prostředí** (Bednářová & Šmardová, 2008).

Slovní zásoba postupně narůstá, v roce a půl má dítě ve svém pojmovém slovníku asi 50 pojmů, ve dvou letech je to již 400, ve 3 letech disponuje 1000 výrazů a v 6 letech umí v průměru 3 500 slov. Tato slovní zásoba neroste u všech dětí stejně, ale všechny děti mají touhu po komunikaci. S narůstajícím věkem se učí více a více slov, a dokážou tvořit vlastní logická pojmenování (např. „já jsem tě předjedl“, ve významu „snědl jsem vše dříve než ty“). Výřecnost dítěte, ale nesouvisí s jeho inteligencí, je dána spíše jeho povahou. Pokud se u dítěte objevují potíže ve vývoji řeči, je například opožděný nebo dítě nedokáže vyslovit nějaké hlásky dlouhodobě, je třeba odborného vyšetření sluchu, nervové soustavy a inteligence. Do první třídy by mělo dítě nastoupit již s průměrně vyvinutou slovní zásobou,

řečovými schopnostmi a s normální výslovností. Každopádně řeč se v průběhu života mění a dovyvíjí, tuto skutečnost je třeba brát v potaz (Kejklíčková, 2016).

Vývoj realizace výslovnosti hlásek můžeme rozdělit na tři okruhy, samohlásky (vokály), dvojhásky (diftongy) a souhlásky (konsonanty). Nejdříve probíhá upevňování samohlásek, první z nich je /a/, které si dítě upevňuje např. ve slovech /mama/, /tata/, další samohlásky se upevňují až později, jelikož je potřeba více času pro zafixování jejich fonetické rezonance, jsou to /e/, /i/, /o/, /u/. Dále probíhá upevňování dvojhásek, které se nejprve daří realizovat na konci slov. Ze začátku dítě používá prodlouženou formu samohlásky /á'ó/ a poté přejde na užití dvojhásky /au/ i na začátku slov. Souhlásky jsou nejobtížnější, dítě si zafixuje nejdříve hlásky závěrové, dále se přesouvá na užití úžinových, poté sykavek, polozávěrových a naposledy se učí kmitné hlásky. V jednom roce si osvojí m, b, p, a, e, i, o, u, t, d, n, j a dorozumívá se pomocí jednoduchých pokynů; ve dvou letech již tvoří jednoduché věty s užitím dalších hlásek a dvojhásek jako jsou: k, g, h, ch, ou, au, v, a f. Dítě ve třech letech dokáže používat věty, základy gramatiky a ptá se „Proč?“, upevňuje si hlásky d, t, n, l a užití bě, pě, vě, mě. Ve čtyřech letech se dokončuje osvojení d', t', ň, a začíná se s upevňováním č, š, ž; slovní zásoba se zpřesňuje a s tím i použití gramatických pravidel. Do šesti let dítě zvládá c, s, z, r a ř; postupně začíná ovládat kombinace mezi jednotlivými hláskami, chápe a dokáže reprodukovat složitější děj (Dlouhá et al., 2017; Škodová & Jedlička, 2003)

2.1.3 Jazykové roviny řeči

Pro lepší srozumitelnost a přehlednější možnosti diagnostiky a terapie můžeme definovat čtyři jazykové roviny. Pokud mluvíme o narušené komunikační schopnosti, vždy je alespoň jedna z nich narušená. Ve vývoji řeči neexistuje přesný časový rámec pro rozvoj jednotlivých rovin, protože tyto roviny se vyvíjejí současně a vzájemně se prolínají.

Foneticko-fonologická rovina je zaměřena na schopnost sluchového rozlišování hlásek mateřského jazyka a na jejich správnou výslovnost. Tato dovednost se začíná formovat už v kojeneckém věku, a dítě by mělo umět rozlišit všechny hlásky kolem šestého roku, nejpozději však do sedmého až osmého roku. Správná výslovnost je úzce spjata

se schopností rozlišovat hlásky. Dítě musí rozpoznat nejen jednotlivé hlásky, ale také rozdíl mezi jejich správným a nesprávným zněním. Nejdříve zvládne jednodušší hlásky a postupně se učí vyslovovat ty složitější. Do pěti let je nesprávná výslovnost považována za fyziologickou, tedy odpovídající věku. Od pěti do sedmi let je to prodloužená fyziologická norma, kdy je již potřeba odborné péče k dosažení správné výslovnosti. Po sedmém roce života je spontánní úprava výslovnosti méně pravděpodobná a logopedická terapie je náročnější a méně úspěšná než v mladším věku dítěte. Vývoj výslovnosti dítěte však ovlivňují různé faktory, které jsou vnitřní i vnější. Jedná se o vyzrálost fonemického sluchu, podnětnost společenského prostředí, obratnost mluvidel, mluvní vzor dítěte, či úroveň intelektu. Odborníci se ve vymezení neshodují, a tak nemůžeme tento věkový rozptyl považovat za dogma. Někteří tvrdí, že věková hranice je ve 4 letech, a jiní ji vidí až v 7. roce věku dítěte. Pokud obtíže dítěte přetrvávají, mělo by se dostat do péče odborníků, aby byl daný problém podchycen ještě před nástupem do povinné školní docházky (Bednářová & Šmardová, 2008; 2010; Klenková, 2006).

Lexikálně-sémantická jazyková rovina zahrnuje porozumění běžnému hovoru, instrukcím, pojmům, výkladu, sdělením a vyprávění. Patří do ní také úroveň vyjadřovacích schopností, což zahrnuje aktivní slovní zásobu, dále pak schopnost souvisle a smysluplně pojmenovat to, co dítě vnímá, co si myslí, a co prožívá. Zahrnuje také schopnost definovat pojmy, popsat obrázek, určitou událost či situaci, samostatně vyprávět, pochopení a užití nadřazených a podřazených výrazů, synonym (slov podobného významu), antonym (protikladů) a homonym (slov stejně znějících, ale významově odlišných). Slovní zásoba je nejen aktivní, ale také pasivní, ta se rozvíjí okolo 10. měsíce věku. Do dorozumívání patří také schopnost užití mimiky a gestiky (Bednářová & Šmardová, 2008; 2010; Klenková, 2006).

Morfologicko-syntaktická rovina řeči se specializuje na používání různých slovních druhů, skloňování a časování, stejně jako na tvorbu vět a souvětí. Po čtvrtém roce věku dítě obvykle zvládá všechny slovní druhy a mluví v celých větách. Neobratnosti v tvarosloví a větosloví jsou do čtyř let považovány za normální, jedná se tedy o fyziologický dysgramatismus. Pokud však přetrvávají ve větší míře i po tomto věku, mohou naznačovat pomalejší vývoj řeči nebo celkového mentálního vývoje, poté můžeme hovořit o narušeném vývoji řeči. Tuto rovinu lze zkoumat až od 1. roku věku dítěte, od zahájení

vývoje vlastní řeči. První slova dítě neohýbá, nečasuje a používá je stále v jednom tvaru, až později pomocí toho, co slyší začíná gramatická pravidla uplatňovat a používá je i ve větách (Bednářová & Šmardová, 2008; 2010; Klenková, 2006).

Pragmatická rovina řeči se zaměřuje na její praktické použití v sociálních situacích. Zahrnuje schopnosti, jako je vyžádání nebo sdělení informace, vyjadřování vztahů, prožitků, pocitů a událostí. Patří sem také regulační funkce řeči, kde dítě jejím prostřednictvím dosahuje svých cílů a dokáže usměrňovat sociální interakce. Další funkcí je tvorba dialogu, což zahrnuje střídání rolí mluvčího a posluchače a udržování tématu rozhovoru. Tato rovina zahrnuje také používání prvků neverbální komunikace, jako je gestikulace, mimika a udržení očního kontaktu. Ve dvou až třech letech dokáže dítě pochopit svou roli v komunikačním procesu a náležitě se přizpůsobit dané situaci. Patří sem také užití komunikačních vzorců, které dítě napodobuje od svého okolí. K porozumění významu sdělení dochází intuitivně a často ještě dříve, než dítě chápe konkrétní obsah slov či vět (Bednářová & Šmardová, 2008, 2010; Klenková, 2006).

2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí

Lechta definuje narušenou komunikační schopnost (NKS) takto:

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ (2003, s. 17).

Při vymezení narušené komunikační schopnosti je důležité zohlednit různé jazykové roviny. Pokud jde o formu interindividuální komunikace, narušení se může týkat jak její grafické (neverbální), tak mluvené (verbální) podoby. V komunikačním procesu může dojít k narušení buď expresivní složky (produkce řeči) nebo receptivní složky (porozumění řeči). Toto narušení komunikačních schopností může být trvalé, což je běžné u závažnějších orgánových poškození nebo přechodné, například u většiny případů dyslálie. Kvůli možnosti nápravy používáme termín „narušení“ místo „postižení“, jelikož u postižení se úplná náprava obvykle neočekává (Lechta, 2003).

Poruchy řeči dělíme na vývojové (vrozené) a získané, různé aspekty řeči mohou být narušeny v obou případech, jsou to: porozumění, artikulace nebo motorická realizace řeči, plynulost, prozódie (intonace apod.) a pragmatika (samotné užití řeči). Porucha řeči může být součástí jiných psychických či neurologických poruch, kromě samostatných syndromů. Jsou to například poruchy artikulace v důsledku postižení orální motoriky u dětské mozkové obrny (DMO) nebo u jiných neurologických onemocnění, poruchy artikulace u rozštěpu patra, poruchy užití řeči u pervazivních vývojových poruch a další. Narušení řeči může být úplné nebo částečné a daná osoba si ho nemusí, ale může uvědomovat a může vzniknout na základě orgánového nebo funkčního poškození (Říčan & Krejčířová, 2006; Lechta, 2003).

Klasifikace narušené komunikační schopnosti je v současné literatuře uváděna dle symptomatologie neboli projevů typických pro dané narušení. Lechta (2003) ji člení takto: vývojová dysfázie; afázie; mutismus; rinolalie, palatolalie; narušená plynulost řeči; narušené článkování řeči; narušená grafická stránka řeči; symptomatická porucha řeči; hlasové poruchy; kombinovaná porucha a vada řeči.

Možností členění NKS je více, Kejkličková (2016) vymezuje oproti Lechtovi přímo poruchy řeči vyskytující se u dětí. V první kategorii jsou poruchy vývoje dětské řeči, a k nim řadí opožděný vývoj řeči (OVŘ) prostý a OVŘ se zřetelnou příčinou, tedy: při poruchách sluchu; při poruše mluvidel; při poruše intelektu; při poruchách jemné motoriky; při onemocnění CNS, které dále rozděluje na afázii, vývojovou dysfázii, získanou afázii s epilepsií, dysartrii, vývojovou dysartrii, fetální alkoholový syndrom a poruchy vývoje řeči při DMO; pod OVŘ se zřetelnou příčinou ještě náleží OVŘ při nedostatku řečových impulzů nebo negativních vlivech z okolí a OVŘ při těžké poruše zraku. Druhou kategorií jsou pervazivní vývojové poruchy (autismus, poruchy autistického spektra), třetí kategorií mutismus a elektivní mutismus, čtvrtou myasthenia gravis, pátou poruchy plynulosti řeči do kterých řadí koktavost a breptavost; šestou kategorií jsou poruchy zvuku řeči do kterých náleží poruchy hlasu a poruchy článkování mluvy (dyslalie); sedmou kategorií jsou genetické syndromy spojené s poruchami řeči, osmou jsou různé formy jazykových poruch u dětí a devátou kategorií jsou specifické jazykové poruchy.

Děti s narušenou komunikační schopností potřebují kvalitní péči, a té mohou dosáhnout, pokud se jim dostane co nejpřesnější diagnostiky a vhodné terapie. **Diagnostika** může vést k nejvhodnějšímu výběru intervenčních metod a jejich následné aplikaci, vhodnému výběru strategie terapie a přesnějšímu určení prognózy, proto je na začátku určení správné diagnózy tak klíčové. Diagnostika se zabývá určením, zda se vůbec jedná o narušenou komunikační schopnost, a ne o fyziologický jev či přijatelnou odchylku; a také určením o jaký konkrétní druh, typ nebo formu NKS jde. Dále se zaměřuje na zjištění příčiny NKS a na určení doby vzniku. Stanoví se, zda jde o narušení trvalé nebo přechodné; vrozené či získané; zda se jedná o symptomy jiného poškození, které dominuje nebo o narušení komunikačních schopností dominující v celkovém obraze. Diagnostika také dokáže stanovit, zda si jedinec své narušení uvědomuje či nikoliv a o jaký stupeň narušení se jedná. **Metodami diagnostiky** NKS mohou být pozorování, diagnostické zkoušení, explorační metody (rozhovor), metody testové, metoda kazuistiky, rozbor výsledků činnosti a v neposlední řadě mechanické a přístrojové metody. **Terapie** si klade za cíl v nejširším slova smyslu zmírnit nebo úplně eliminovat či překonat NKS. V některých velice těžkých případech je úspěchem alespoň prolomení komunikační bariéry. Terapie se primárně soustředí na rozvoj komunikačních kompetencí a schopností, na jejich zkvalitnění a zlepšení v nejširším možném pojetí. **Metodami terapie** mohou být metody stimulační, které se uplatňují při nerozvinuté či opožděné funkci řeči; metody korigující, používané při vadné funkci řeči; a metody reedukující, které pomáhají obnovit ztracené či poškozené řečové funkce. Metoda označuje cestu k cíli, terapie je způsob, kterým lze cíle dosáhnout. **Formy terapie** mohou být individuální, skupinové intenzivní i intervalové. Samotné členění terapie se poté označuje dle použité techniky – rodinná, ergoterapie, dramaterapie, muzikoterapie apod. Výběr dané strategie se odvíjí od druhu a stupně narušené komunikační schopnosti (Lechta, 2003, 2005).

V následující části budou vymezeny a popsány nejčastější poruchy řeči, se kterými se můžeme setkat u dětí (Kejklíčková, 2016; Klenková 2006; Lipnická 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

2.2.1 Narušení vývoje řeči

Vývoj řeči u dítěte není izolovaným procesem, ale je ovlivňován mnoha vnitřními a vnějšími faktory. Mezi vnitřní faktory patří zejména vývoj vnímání, myšlení a motoriky, nadání pro řeč, vývoj sluchového a zrakového systému. Z vnějších faktorů je nejdůležitější kvalita interakcí s blízkými osobami v rodině, ale také celkový vliv prostředí a množství podnětů. Narušený vývoj řeči má dopad na psychický vývoj dítěte. Tento vliv závisí na závažnosti poruchy a na schopnosti okolí poskytnout dítěti potřebnou podporu. Narušený vývoj řeči může různou měrou negativně ovlivnit utváření osobnosti dítěte, kvalitu jeho sociálních kontaktů, úspěšnost ve školním prostředí a výběr volnočasových aktivit (Klenková, 2006; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Opožděný vývoj řeči (prostý) diagnostikujeme, když dítě ve třech letech ještě nemluví nebo používá mluvenou řeč mnohem méně než ostatní děti v jeho věku. Přitom má dítě normální porozumění mluvené řeči a netrpí žádným intelektuálním deficitem, či nezaostává v jiné oblasti. Nejčastějšími příčinami bývají dědičnost, opožděné vyžívání CNS, lehká porucha sluchu nebo nedostatečně podnětné komunikační prostředí v rodině. Příznaky zahrnují opoždění v řečovém projevu, které lze zlepšit vhodným výchovným přístupem a podporou. Pokud je výchova a ostatní podmínky příznivé, vyjadřování dítěte se rozvine na očekávanou úroveň. Jestliže dítě ve třech letech vůbec nebo téměř nemluví, je vhodné se poradit s odborníkem (logopedem), který spolu s dalšími specialisty (neurologem, foniatrem apod.), dokáže vyloučit jiné závažnější příčiny stávajících řečových obtíží dítěte (Lipnická, 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Dítě s vývojovou dysfázií neboli se specificky narušeným vývojem řeči má obtíže, které se projevují neschopností naučit se komunikovat slovně (verbálně), i když podmínky pro rozvoj řeči jsou dostatečné. U dítěte se nevyskytuje žádná závažná porucha sluchu, inteligence je přiměřená, žije v dostatečně podnětném prostředí, nevyskytují se u něj žádné závažné psychiatrické či neurologické nálezy. Příčiny této vývojové poruchy řeči nejsou zcela jasně definovány, ale předpokládá se, že může jít o drobné difuzní poškození mozku, které ovlivňuje vývoj kognitivních funkcí, k němuž došlo v pre, peri či postnatálním stádiu. Dědičnost zde může také hrát roli. Diagnóza se obvykle stanovuje až po třetím roce života.

Projevy se objevují v narušení expresivní i receptivní složce řeči, ale také v nejazykových oblastech. V jazykové oblasti dochází k obtížím s porozuměním mluvené řeči a později i psané. Dále může být zasažena produkce řeči, kdy má dítě potíže s pojmenováváním věcí, správnou gramatikou a tvorbou souvětí. V nejazykové oblasti může být narušena motorika, sluchové a zrakové vnímání, paměť, orientace v prostoru a čase, kresba a lateralizace. Konkrétní kombinace obtíží a jejich závažnost může být velmi variabilní. Diferenciální diagnostika nám pomáhá vyloučit přítomnost jiné příčiny obtíží, což může být OVR, dyslalie, sluchová vada, mentální retardace, mutismus, autismus či Landau-Kleffnerův syndrom (Klenková, 2006; Lipnická, 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

2.2.2 Poruchy artikulace (článekování řeči)

Narušení článekování řeči (dříve dyslalie) se projevuje nesprávnou výslovností jedné hlásky nebo skupiny hlásek mateřského jazyka, kdy výslovnost ostatních hlásek není narušena. Jedná se o nejčastější narušení komunikační schopnosti, které ovlivňuje foneticko-fonologickou rovinu jazyka. Na fonetické úrovni mohou děti vynechávat, zaměňovat nebo nesprávně vyslovovat hlásky. Na fonologické úrovni dochází ke spojování hlásek do vyšších celků, jako jsou slabiky a slova. Fyziologická (přirozená) dyslalie se objevuje u dětí do pěti let věku a je v tomto období běžné, že děti nesprávně reprodukuji slyšená slova. Prodloužená fyziologická dyslalie není patologickým jevem, jak hovoří odborníci, pokud se vyskytuje u dětí do věku sedmi let. Pokud po sedmém roce obtíže s nesprávnou výslovností přetrvávají, jedná se o pravou dyslalii. V tomto věku se artikulacní vzorce zafixovávají, a proto je od tohoto období náprava výslovnosti náročnější a zdouhavější. Hlásku, kterou dítě vyslovuje chybně nebo jí nedokáže vyslovit může vynechávat nebo nahrazovat jinou hláskou. Pokud dítě při nástupu do školy špatně vyslovuje více hlásek, je důležité posoudit, jak tato porucha ovlivní jeho školní připravenost. Logopedická intervence se zvláště doporučuje dětem, které v posledním roce před školní docházkou tvoří hlásky na nesprávném místě nebo jiným způsobem, aby došlo k odstranění obtíží (Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Dysartrie je termín používaný k označení poruchy artikulace, která vznikla v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy (CNS) a negativně ovlivňuje koordinaci

mluvních orgánů. Tato porucha se často vyskytuje například u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Může se projevat jako mírné artikulační obtíže, které neovlivňují porozumění řeči, až po úplnou neschopnost motoricky uskutečnit artikulační záměr, kdy dítě chce vyslovit určité slovo, ale zvuk, který vydá, je zcela odlišný (Kejklíčková, 2016; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

2.2.3 Poruchy plynulosti řeči

Normální mluva má určité tempo řeči, intonaci a rytmus a je celkově plynulá. Pokud je artikulace setřelá, mluva překotná až nezřetelná mluvíme o breptavosti. Pokud je mluvní projev sekáný, křečovitý, s přítomností různých spasmů a opakování, s doprovodem dalších nepřírodných pohybů těla, jedná se pravděpodobně o koktavost (Kejklíčková, 2016).

Koktavost je porucha, která se vyznačuje typickým nedobrovolným přerušováním řeči, její plynulosti a protahováním prvních slabik a hlásek. Jde o generalizovanou poruchu koordinace svalových skupin zapojených do motorické realizace řeči. Kritické období č. 1 se objevuje mezi třetím a čtvrtým rokem života dítěte, kdy dítě začne mluvit ve větách a jeho artikulace nedokáže držet krok s rychlostí myšlenek. Kritické období č. 2 nastává při nástupu do školy. Výskyt koktavosti je častější u chlapců, a je spojen s dozráváním CNS. Samotné zadržávání je pouze vrcholem ledovce. Pod povrchem se skrývají okem neviditelné příznaky, které mohou mít hluboký dopad. Tyto příznaky zasahují jak fyzické projevy, tak i psychiku člověka. Mnoho lidí si neuvědomuje, že lidé s koktavostí často mohou prožívat stud a strach. Mezi nejčastější příčiny koktavosti můžeme zařadit dědičnost, negativní vliv prostředí, orgánové příčiny, psychická traumata nebo poruchy metabolismu. V mnoha případech však nelze jednoznačně říct konkrétní příčinu. Koktavost se podle převažujících projevů dělí na **tonickou**, charakterizovanou zvýšeným napětím před vyslovením slova nebo věty; **klonickou**, projevující se nekontrolovatelným opakováním slabik; **tonoklonickou**, kde opakování slabik předchází zvýšenému napětí. Doprovodným jevem mohou být grimasy, kývání tělem, mrkání a vyhýbání se očnímu kontaktu (Dezort, 2024; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Breptavost (Kolesová, 2024) byla dříve vnímána jako neuróza řeči, ale nyní je klasifikována mezi poruchy narušené plynulosti řeči. Breptavost se vyznačuje extrémně zrychleným tempem řeči, které často vede k nesrozumitelnosti. Typické pro tuto poruchu je vynechávání slabik a částí slov ve spontánním projevu. Současné výzkumy ukazují, že lidé s breptavostí často vykazují abnormální výsledky na EEG. Vztah mezi breptavostí a LMD (lehkou mozkovou dysfunkcí) byl potvrzen u malých dětí. Jedněmi z dalších příznaků může být narušené dýchání, hlasové poruchy a také dysmúzie. Překotná řeč znesnadňuje artikulaci, a to vede ke špatné výslovnosti, nejvíce je to patrné v dlouhých větách.

2.2.4 Poruchy zvuku řeči

K této poruše dochází na základě zvýšení nebo snížení nosní rezonance, díky nefunkčnímu patrohltanovému uzávěru, či jiným abnormalitám v této oblasti. Porucha nosní rezonance je pojem, který označuje otevřenou, zavřenou nebo také smíšenou huhňavost (Lipnická, 2013).

Rinolalie (zavřená huhňavost) postihuje artikulaci a zvuk řeči. Charakteristická je deformace zvuku hlásek, což je způsobeno nesprávnou funkcí patrohltanového uzávěru nebo zmenšeným objemem rezonančních dutin. Projevuje se zvýšenou nebo sníženou nosovostí, kdy hlásky m, n, ň, zní jako b, d, ď. Příčinou snížené nosovosti je zmenšení prostoru v rezonančních dutinách, jako důsledek zvětšení nosní mandle nebo chronické rýmy či zduření sliznic při zánětu (Lipnická, 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Palatolalie (otevřená huhňavost) je jedna z nejtěžších a nejnápadnějších forem narušení komunikačních schopností, která je primárně způsobena vrozenou vývojovou vadou, jako je rozštěp rtu a patra nebo jen rozštěp patra. Projevuje se zvýšenou nosovostí (hypernazalitou), z důvodu spojení nosní a ústní dutiny (Lipnická, 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

2.2.5 Neurotické poruchy řeči

Mutismus je charakterizován absencí nebo ztrátou schopností verbální komunikace, která není způsobena poškozením CNS. Tento stav obvykle vzniká jako neurotická reakce

na nějaký mimořádný, silný zážitek nebo jako projev psychotického, akutního onemocnění. Může se objevit náhle po těžkém traumatu nebo jako odezva na přetížení, těžké stresové situace či nevhodný styl výchovy, vzniká na základě zvýšené citlivosti dítěte na okolní projevy. Tento stav zesiluje nevhodnými reakcemi okolí. Vyskytuje se nejčastěji v předškolním věku, přičemž je mírně častější u dívek. **Totální mutismus** se týká nemluvnosti ve všech situacích, **elektivní mutismus** je specifický, na rozdíl od totálního mutismu tím, že se projevuje také ztrátou schopností mluvit, ale je přítomný pouze za určité situace, či v přítomnosti určité osoby (Lipnická, 2013; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

2.2.6 Symptomatické poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost se v tomto případě vyskytuje u dětí jako následek jiného postižení, onemocnění nebo poškození. Symptomatické poruchy řeči jsou nejčastěji přítomny u dětí s mentální retardací, se zrakovým nebo sluchovým handicapem, mozkovou obrnou, epilepsií, ADHD nebo poruchami chování. Sekundárně opožděný vývoj řeči nastává tedy ze zřetelné příčiny. Primární příčinou mohou být přímo dědičná onemocnění, např. hluchota; dále ke vzniku symptomatické poruchy řeči může vést kombinace dvou i více primárních příčin, jako je např. slepota, spojená s negativním vlivem prostředí; v neposlední řadě k jejímu vzniku mohou vést druhotné projevy primární příčiny, jako je mentální retardace, která negativně ovlivňuje komunikační schopnost (Klenková, 2006; Lipnická, 2013).

2.3 Logopedická prevence dětí předškolního věku

V předškolním období se projevují různé typy poruch komunikace. Pokud nejsou řešeny řádně a včas odborníky, mohou negativně ovlivnit rozvoj osobnosti dítěte. Proto by měla být odborná péče poskytnuta dětem včas. Významnou roli v této problematice sehrává právě logopedická prevence v mateřských školách (Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Preventivní opatření v mateřské škole zahrnují aktivity učitelů a odborných zaměstnanců, které jsou zaměřeny na včasné předcházení nebo minimalizaci vzniku nežádoucích projevů

u dětí, například nemocí, poruch, deficitů a také úrazů. To zahrnuje identifikaci, hodnocení a řešení rizikových faktorů, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života nebo též vzdělávání dětí. Do preventivních aktivit mateřské školy náleží péče o narušenou komunikační schopnost dětí. Ta se rozčleňuje do tří rovin, prevence primární, sekundární a terciární (Lipnická, 2013).

2.3.1 Roviny logopedické prevence

Primární logopedická prevence v mateřské škole může být dle Lechty (2003) a Lipnické (2013) nespecifická nebo specifická, se zaměřením na předcházení narušené komunikační schopnosti (NKS) v celé populaci dětí od nejranějšího věku, a to prostřednictvím vhodné stimulace v rodině (propagace vhodných metod péče o dětskou řeč) a efektivním vzděláváním v mateřských školách (v oblastech možných rizik vzniku NKS). Jejím cílem je také eliminovat situace, které by mohly vést právě ke vzniku narušení komunikačních schopností dětí, zahrnuje osvětové a poradenské aktivity.

Sekundární prevence je cílena na rizikovou skupinu dětí, u nichž hrozí narušení komunikačních schopností, kvůli negativním vlivům. Tomuto problému se snažíme předcházet, již v počátečních stádiích. Například u dětí s vývojovou neplynulostí se snažíme zabránit rozvoji koktání, a u dětí z nepodnětného sociálního prostředí se zaměřujeme na prevenci rozvoje opožděného vývoje řeči (Lechta, 2003; Lipnická, 2013).

Terciární prevence je směřována dětem, u nichž se již projevila narušená komunikační schopnost. Jsou jim poskytovány odborné aktivity, které mají nejen terapeutický, ale též výchovně-vzdělávací přínos. Tyto činnosti předcházejí vzniku dalších negativních následků NKS v rozvoji osobnosti dítěte, a zabraňují opakování problémů. Zde je již velice markantní prolínání prevence a logopedické terapie, které jsou v tomto procesu neoddělitelné (Lechta, 2005; Lipnická, 2013).

2.3.2 Zajištění logopedické prevence

Logopedická prevence spadá pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, a je realizována logopedickými preventisty, logopedickými asistenty a speciálními

pedagogy. Logopedický preventista bývá pedagog v mateřské škole, který absolvoval kurz logopedické prevence. Zaměřuje se na rozvoj komunikačních schopností dětí předškolního věku. **Logopedický asistent**, který absolvoval bakalářské studium speciální pedagogiky, zaměřené na poruchy komunikace, vykonává svou roli pod vedením speciálního pedagoga (MŠMT) nebo klinického logopeda (MZ). V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí může působit i bez supervize. **Speciální pedagog**, který absolvoval magisterské studium speciální pedagogiky a úspěšně složil státní závěrečnou zkoušku z logopedie, se specializuje na poruchy řeči a učení, může pracovat ve speciálně pedagogickém centru, základní a mateřské škole a v logopedické třídě. Dále může působit v pedagogicko-psychologické poradně (Škodová & Jedlička, 2003).

Logoped v mateřské škole, který má kvalifikaci k výkonu této profese, se soustředí na terapii, diagnostiku, a prevenci poruch komunikace, což má své jasné benefity. Hlavním plusem je možnost individuálního přístupu v prostředí, které je dítěti známé a pohodlné, a kde se cítí emocionálně dobře. Dále je výhodou úzká spolupráce logopeda a učitele přímo v mateřské škole, což umožňuje společné diskuse a aplikaci potřebných metod pro rozvoj komunikace dítěte. Logoped může také informovat učitele a rodiče, vysvětlit jim zprávy a doporučení od odborníků, kteří se podílejí na diagnostice a terapii dětí s NKS v poradenských nebo klinických zařízeních. Tato forma logopedické péče je pro rodiče obzvláště výhodná, jelikož se nemusí omlouvat ze svého zaměstnání či cestovat, aby navštívili logopedickou poradnu se svým dítětem. Prevence logopedických obtíží zahrnuje i lékařskou péči, a její nedílnou součástí jsou také vhodné výchovné postupy a přístupy jak v rodině, tak v mateřské škole. Důležitou součástí logopedické prevence v mateřské škole jsou logopedická depistáž a logopedické poradenství (Lipnická, 2013).

Na logopedické prevenci se může svým vlivem podílet i učitel v mateřské škole. Ten odhaluje schopnosti a možnosti, díky kterým lze u dítěte nastavit vhodný komunikační proces. Uplatňuje specifický přístup k dítěti, vede s ním rozhovor, může se účastnit hry a sledovat jaké má řečové dovednosti v rámci dané aktivity, svým zájmem může zvyšovat komunikační zdatnost dítěte, na dítě nespěchá a pobízí ho ke komunikaci (Lipnická, 2013).

2.3.3 Metody logopedické prevence

Logopedická prevence se může obracet na určité strategie nebo metody, díky kterým se dá pracovat s narušenou komunikační schopností ze všech tří rovin prevence. Dle Lipnické (2013) se jedná o **metody, které podporují rozvoj slovní zásoby; metody, které rozvíjí správnou výslovnost, srozumitelnost a zřetelnost řeči; metody, které rozvíjí porozumění, souvislé vyjadřování a povědomí dítěte o gramatice.**

Rozvoj slovní zásoby probíhá u dítěte již od narození, můžeme ho podpořit tak, že dítě vedeme při rozlišování a určování různých věcí a činností. Dítě má pojmenovat předměty nebo naopak ukázat ty, které my pojmenujeme. Za správné pojmenování dostává náležitou zpětnou vazbu. Dále můžeme po dítěti chtít, aby pojmenovalo předměty, které mají něco stejného, na základě společného znaku pak může vytvářet skupiny a obohacovat svou slovní zásobu. K pochopení významu slov může přispívat i užití antonym, synonym a homonym. Základním stavebním kamenem metod pro rozvoj správné výslovnosti či srozumitelnosti řeči jsou metody řečové přípravy. Dítě se naučí zhluboka dýchat, pracovat s bránicí a s kapacitou plic. Pro podporu artikulace můžeme používat prvků pantomimy, jako je např. olizování rtů jako kočička. Napodobování zvuků také napomáhá ke správné výslovnosti, např. bzučení jako včela nebo syčení jako had. Smyslová koordinace je dalším z faktorů, které podporují rozvoj řečových dovedností, nýbrž se díky stimulaci pohyblivosti těla stimuluje také obratnost mluvních orgánů. Hry zaměřené na rytmus a pohyb přispívají ke správnému frázování slov. Pomocí rýmů se učí rozlišit, zda se jedná o stejné nebo jiné znění na konci slov. Rozvíjení porozumění, vyjadřování a gramatické stavby vět a slov vede dítě k aktivnímu poslouchání, formování myšlenek, a to se pak dokáže lépe orientovat v dialogu. Verbální produkci stimuluje také zpívání a tanec, vyprávění, instruovaná činnost, komentování denních aktivit, popis předmětů, dětské říkanky, hádanky, dramatizace a žert. Pro rozvoj dětí v mateřské škole je klíčové zařadit také čtení pohádek a povídání si o přečteném (Lipnická, 2013).

3 Problematika sluchového vnímání dětí

V této kapitole se zaměříme na důležitost sluchového vnímání, nejedná se však o problematiku, která je přímo spojena se sluchovým handicapem (vrozenou nebo získanou vadou, převodní nebo percepční), nýbrž s poznatky, které můžeme využít při nácviku intaktního slyšení právě u dětí s narušenou komunikační schopností.

Sluchové vnímání se začíná vyvíjet již v prenatálním období. Od pátého měsíce těhotenství plod vnímá zvuky z vnějšího i vnitřního prostředí, které jsou modifikovány amniovou tekutinou. Od šestého měsíce plod reaguje na různé zvuky, jako jsou hlasy známých osob nebo hudba, diferencovaným pohybem. Dítě reaguje na zvuky po narození nediferencovanou pohybovou reakcí. Později se začínají rozlišovat reakce na příjemné a nepříjemné zvukové podněty. Od třetího týdne po narození začíná vykazovat aktivitu, která napomáhá lepšímu vnímání lidského hlasu. Vývoj sluchového vnímání postupně směřuje ke zlepšení ostrosti rozlišování zvuků. Tento vývoj je předpokladem pro postupné zlepšování schopnosti rozumět řeči, začínající s globálním vnímáním řeči a postupně se diferencujícím do rozlišování jednotlivých slov, slabik a hlásek. Životní styl dnešní doby není příznivý pro rozvoj této schopnosti. Děti jsou často vystaveny velkému množství hluku, který může dosahovat v některých rodinách značné intenzity. Přirozenou reakcí organismu dítěte je pak „zavírání uší“, což vede k postupné ztrátě schopnosti slyšet. Tímto způsobem se snižuje nejen rozvoj citlivosti k jemnějším zvukům, ale i schopnost naslouchat okolním podnětům, zejména lidské řeči (Zelinková, 2003).

Většina z nás není běžně vystavena širokému rozsahu slyšitelných zvuků; v podstatě jsme na „zvukové dietě“. Co ucho neslyší, to hlas nedokáže vytvořit. Proto je důležité naučit se vnímat a slyšet i frekvence, které běžně nevnímáme v průběhu dne. Kromě schopnosti naslouchat je také důležité trénovat schopnost slyšet koncentrace a slyšení celé škály tónů. Cílem je, naučení se vnímání celého spektra, nikoli jen určité část. Tuto schopnost je třeba trénovat. Například děti mohou začít cvičením, kdy se pokusí určit, zda se zvuk pohybuje nahoru nebo dolů v tónu. Další cvičení mohou zahrnovat rozpoznávání hudebních nástrojů nebo různé varianty zaměření se na procvičování sluchového vnímání. Úkoly lze postupně zvyšovat podle stupně rozvoje sluchové percepce (Gerlichová, 2021).

3.1 Složky sluchového vnímání

Pro zkoumání sluchového vnímání jako základu pro rozvoj řeči, a k tomu později náležitému čtení a psaní je klíčové pochopení fonemického uvědomování. Tato úroveň zahrnuje schopnosti jako: „naslouchání; rozlišování figury a pozadí; sluchová analýza – rozklad slova na hlásky (slabiky); sluchová syntéza – skládání hlásek (slabik) do slov; sluchové rozlišování (sluchová diferenciacce, fonemický sluch) – rozpoznávání délky, měkčení, záměna; sluchová paměť (krátkodobá, dlouhodobá); vnímání rytmu“ (Brichtová, 2020, s. 1).

3.1.1 Naslouchání

Schopnost **naslouchat** souvisí úzce s vývojem řeči, s koncentrací pozornosti i schopností rozlišit figuru a pozadí. Před nástupem do školy je zásadní, aby dítě bylo schopné pozorně poslouchat pohádky, příběhy a vyprávění. Rozvoj této dovednosti je silně ovlivněn rodinným prostředím a přístupem k němu. Ve škole je schopnost naslouchat potřebná pro školní práci, protože dítě musí být schopné porozumět výkladům učitele, které přicházejí k němu hlavně sluchovou cestou. Oslabení schopnosti naslouchat se může projevat u dítěte předškolního i školního věku jako: nezájem o čtené pohádky a příběhy, nezájem o vyprávění, potíže s nasloucháním instrukcí a pokynů, potíže s nasloucháním výkladu, obtíže v komunikaci a neschopnost vyslechnout druhého (Brichtová, 2020).

Trénink naslouchání může zahrnovat různé aktivity, jako je například určování předmětů dle jejich zvuku (mačkání papíru, cinkání klíčů). Dále se může trénovat rozlišováním různých hudebních nástrojů, zvuků zvířat, dopravních prostředků a dalších sluchových vjemů. Pomocť může i určování délky trvání zvuku, intenzity (hlasitosti) zvuku, rozpoznávání písni dle jejich melodie, poslouchání nahrávek, vyprávění a práce s dalšími zvukovými materiály. Tyto aktivity mohou napomáhat lepšímu porozumění zvukovým podnětům v jejich okolí (Válková, 2011).

3.1.2 Figura a pozadí

Figura a pozadí jsou pojmy, které popisují zaměření pozornosti na určité zvuky a oddělení jich od ostatních zvuků v okolí. Když se soustředíme na rozhovor s někým, vnímáme hlasy

jako figuru a ostatní zvuky, jako je například hluk aut z ulice, považujeme za pozadí. Děti, které mají oslabenou schopnost rozlišovat mezi figurou a pozadím, mají potíže s tím, aby vyzdvihly požadované zvuky a věnovaly jim pozornost. Jsou označovány za nesoustředěné, protože mají problém zachytit požadované informace ze svého okolí, zatímco mohou být snadno vyrušovány jinými zvukovými podněty. Projevem oslabení této schopnosti může být potíž se soustředěním na mluvené slovo, snadná vyrušitelnost jinými zvuky, a obtíž při zachycení instrukcí a pokynů od dospělých (Bednářová & Šmardová, 2008; Brichtová, 2020).

Trénink na rozlišování figury od pozadí může probíhat v rámci komplexního akustického prostředí tak, že vytvoříme nebo nahrajeme dva až tři různé známé zvuky zároveň. Dítě potom určuje, jaké jednotlivé zvuky uslyší, například šustění papírem nebo cinkání klíči. V hlučném prostředí pak dítěti tichým hlasem sdělujeme informaci, kterou má zopakovat nebo mu dáváme instrukce, které by mělo vykonat. Cílem tohoto cvičení je, aby dítě zvládlo soustředit pozornost na obsah sdělení i v obtížných podmínkách (Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

3.1.3 Sluchová diferenciac

Sluchová diferenciac (rozlišování) je klíčová pro správný vývoj řeči, vývoj výslovnosti a později i pro úspěch ve škole, zejména při psaní a čtení. Dítě musí být schopno rozlišit jednotlivé hlásky, jako jsou sykavky (c, s, z, č, š, ž), tvrdé (t, d, n), měkké (ď, ť, ň), znělé a neznělé souhlásky, a krátké a dlouhé samohlásky. Později pak určit správné pořadí písmen ve slově nebo rozlišit podobně znějící slova (myška – liška, pes – les). Správné rozlišování slabik jako „di-ti-ni“ nebo „dy-ty-ny“ výrazně ovlivňuje použití gramatických pravidel a volbu správného tvaru u podstatných a přídavných jmen. Rozlišování dlouhých a krátkých samohlásek souvisí s vnímáním rytmu. Oslabení této schopnosti se mohou projevovat jako chyby v měkčení a v délkách u psaného projevu, záměny znělých, neznělých souhlásek a sykavek ve psaném projevu, záměny měkčení při čtení a jako nesprávná výslovnost (Brichtová, 2020).

Trénink sluchové diference lze provádět skrz jednoduché hry jako je například slovní fotbal, kdy se dítě učí určovat první a poslední hlásku nebo slabiku ve slově. Dále lze trénovat skrz sluchové pexeso, kdy se do plechovek nasype různý obsah, a vytvoří se několik obsahově stejných dvojic, dítě potom hádá, zda jsou zvuky stejné nebo jiné, popřípadě s předešlou zřakovou kontrolou, může přímo hádat o jakou surovinu se jedná. Další hra na trénink sluchové diference může probíhat tak, že dáme dítěti instrukci: „Podej mi plyšáka, který začíná na slabiku *me*.“ A dítě jde a přinese medvídko. Takto se to dá opakovat s dalšími různými předměty, než to dítě přestane bavit. Při práci s obtížným rozlišováním tvrdých od měkkých slabik, využijeme hmatové a zřakové opory. Pro hmatovou a zároveň zřakovou oporu se používají dvě různé kostky: tvrdá (dřevěná) a měkká (molitanová). Na každé kostce jsou vypsány tvrdé a měkké slabiky. Dítě zmáčkne příslušnou kostku podle toho, o jakou slabiku se jedná a ihned dostane zpětnou vazbu skrz hmatový vjem, což mu pomáhá při správném rozlišování tvrdých a měkkých slabik (Motlová, 2024; Válková, 2011).

3.1.4 Sluchová paměť

Sluchová paměť je základem pro schopnost dítěte zachytit včas instrukce a zapamatovat si je v pořadí, ve kterém je má vykonat, a je i důležitá při výkladu učitele ve škole. Projevuje se oslabením a obtížemi v učení básniček nebo textů nazpaměť, neschopností vyslechnout si a zapamatovat si pohádky, příběhy nebo výklady bez zřakové opory, mohou vznikat i obtíže s jejich vyprávěním či reprodukcí. Dále může docházet k obtížím se zachycením a zapamatováním si instrukcí, slyšených slov nebo vět. Oslabená sluchová paměť se může projevit i v písemném projevu, jako jsou diktáty nebo matematické úkoly, kdy dítě bez vizuální pomoci chybí nebo vynechává částečně informace (Bednářová & Šmardová, 2008; Bednářová & Šmardová, 2010).

Sluchová paměť, tedy schopnost zopakovat a zapamatovat si, co jsem slyšel, se dá **procvičovat** skrze učení a opakování básniček, rytmizování krátkých textů, hraním tiché pošty nebo hrami s pohybovou oporou (Kolo, kolo mlýnský). Můžeme ji u dětí trénovat i tak, že s nimi budeme rozvíjet větu, každé dítě ji zopakuje a na konci si přidá vlastní slovo

a takhle to jde po kruhu dál (Šla jsem na procházku a do batohu jsem si dala...) (Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019; Motlová, 2024).

3.1.5 Sluchová analýza a syntéza

Sluchová analýza nám slouží k rozlišování každého slova na hlásky. Uvědomíme si jednotlivé slabiky a následně jednotlivé hlásky, ze kterých slovo složíme. Pokud si dítě nezvládne uvědomit jednotlivé hlásky ve slově, může ho napsat zkomoleně nebo může vynechávat písmena a tvořit další chyby. **Sluchová syntéza** funguje opačně, z hlásek se stává dané slovo. Z hlásek potřebujeme při čtení složit slabiku a ze slabik slova. Jestliže má dítě obtíže ve skládání písmen do slabik, těžce slabikuje a hláskuje souhláskové shluky, čtení je pro něj pomalé a namáhavé, což ztěžuje vnímání obsahu čteného textu. Podobně je tomu u psaní. U dětí předškolního věku však stačí pouhé rozkládání slov na slabiky a skládání slabik do slov. Vše jde ruku v ruce s nácvikem rytmizace (Brichtová, 2020; Motlová, 2024).

Trénink sluchové analýzy a syntézy probíhá hravou formou. Dospělý s dítětem mluví jako roboti a to, co si povídají slabikují, mohou toto cvičení doplnit o různé pohyby, které roboti dělají. Dále lze trénink doplnit tak, že dítě určuje, co vidí na obrázku a následně u toho slova určí první písmeno. Může vytleskávat slova na slabiky a do toho počítat, kolikrát tlesklo. U starších dětí se může používat už rozklad slov na hlásky (většinou tři až čtyřpísmenných slov), které mají za úkol určit o jaké slovo se jedná (Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019; Motlová, 2024).

3.1.6 Vnímání rytmu

Vnímání rytmu je nedílnou součástí lidské přirozenosti a provází nás každodenními aktivitami, můžeme ho vnímat jako tlukot srdce, cirkulace krve, dech, tikot hodin nebo jako součást hudebních a pohybových aktivit. Krom hudební výchovy může tedy pronikat i do dalších oblastí. V matematice pozitivně ovlivňuje chápání číselných řad a násobků, a ovlivňuje čtení i psaní. Má také významný vliv na rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek a na rozvoj sluchové paměti. Oslabení vnímání rytmu se může projevat jako obtížné učení se básniček a říkanek, problémy se zvládnutím rozpočítadel a rytmizací,

oslabený jazykový cit, potíže s tleskáním nebo jiným vyčleňováním slabik ve slovech (Bednářová & Šmardová, 2008; Motlová, 2024; Válková, 2011).

Tréning vnímání rytmu je nejlepší provádět přirozenou formou, skrz říkanky a písničky, které jsou ideálně spojeny s pohybem jako je dupání, tleskání nebo pískání. Dítě si vyslechne dvě rytmická uskupení a určí, zda jsou stejná nebo jiná. Rytmickou skupinu lze poté reprodukovat nebo určit, jak jí můžeme graficky zapsat. Tento rytmus můžeme reprodukovat v různých obměnách například na záda kamaráda, dupáním nebo chůzí v daném rytmu (Bednářová & Šmardová, 2008; Motlová, 2024; Válková, 2011).

4 Muzikoterapie jako prostředek komunikace

Již od pradávna byla hudba využívána lidmi a fungovala jako cesta k vyjádření vlastních emocí, fyzického i mentálního stavu, pro přechodové rituály atd. Pomáhala dokreslovat různé situace, anebo sloužila jako prostředek relaxace a zábavy. Svět je rozčleněn na různé etnické a národnostní skupiny, s určitou politickou příslušností, které také mohou směřovat k mnoha náboženstvím, nicméně to, co je propojuje je právě inklinace k užití zvuků a hudby.

Hudba je nedílnou součástí lidské přirozenosti a zároveň má fylogenetický význam pro evoluci jazyka. Jazyk a hudba jsou spojeny ve zlepšování důležitých sociálních funkcí, jako jsou komunikace, spolupráce a sociální soudržnost. V posledních letech se objevuje stále více důkazů o tom, že hudba a hudební terapie mohou zlepšit dovednosti komunikace (a nejenom) u různých neurologických poruch. Jedním z pravděpodobných důvodů, proč zvuk a hudba mohou být ve svém propojení racionálně využívány, je možnost stimulovat oblasti mozku zapojené do emocionálního zpracování a motorické kontroly, jako je fronto-parietální síť. Aktivitě související s hudbou, například zpěv, mohou aktivovat oblasti částečně překrývající se s oblastmi zapojenými do produkce řeči. V poslední dekádě vzrostl zájem o porozumění mechanismům produkce řeči a poslechu hudby a o to, jak může zpracování hudby přispět k rehabilitaci pacientů s komunikačními deficity (Leonardi et al., 2018).

Muzikoterapie patří do kategorie tzv. expresivních terapií, což znamená, že pracuje s uměleckými prostředky, jež mohou být hudebního charakteru, dramatického, literárního, výtvarného nebo pohybového. Dle těchto prostředků, kterých je využíváno se dělí na jednotlivé art terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie. Pojem muzikoterapie se překládá jako „léčení“ nebo „pomoc“ člověku „hudbou“. Vedle pojmu muzikoterapie se rovněž používá jeho český překlad – hudební terapie (Kantor et al., 2009).

Muzikoterapii není úplně jednoduché definovat, nicméně ji můžeme chápat v užším a širším významu. V užším smyslu lze muzikoterapii popsat jako konkrétní léčebnou

psychoterapeutickou metodu, která využívá specifické hudebně-komunikativní prostředí, a to jak aktivní, tak receptivní, za účelem dosažení terapeutických efektů při léčení neuróz, neuropsychiatrických onemocnění a psychosomatických poruch v souladu s psychopatologickými zákonitostmi. V současné době se většina zemí přiklání spíše k širšímu pojetí muzikoterapie. Toto pojetí zahrnuje integrování zkušeností s terapeutickým použitím hudby v různých oborech pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogika, neurologie, fyzioterapie, porodnictví, ošetrovatelství, paliativní péče a další oblasti (Kantor et al., 2009).

Adekvátním překladem pojmu muzikoterapie z tohoto hlediska nebude pouhé „lечение hudbou“, ale spíše „*pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy*“. V mnoha zemích, kde bylo dříve upřednostňováno užší pojetí muzikoterapie, dochází k jejímu osamostatňování od psychoterapie a k rozvoji muzikoterapie jako samostatné profese. Tato transformace zahrnuje integraci a aplikaci poznatků z mnoha jiných oborů. Muzikoterapie se tak stává nezávislou, mezinárodně uznávanou profesí, která je rovna tradičním medicínským postupům (Kantor et al., 2009).

Svět se neustále mění a s ním i obor muzikoterapie. Je zjevné, že i přes to, že mnoho odborníků pracuje s určitou cílovou skupinou, rostoucí důležitost má multidisciplinární přístup. V oblasti muzikoterapie je spolupráce a výměna zkušeností mezi praktikujícími muzikoterapeuty a výzkumníky z příbuzných oborů klíčová. Tato spolupráce může pozitivně ovlivnit zdraví jednotlivců, skupin, komunit a celé společnosti (Gerlichová, 2021).

Kvality hudby jako jsou terapeutické a socioterapeutické formy využití, byly u mnoha kultur vždy důležité při tvorbě, interpretaci a vnímání hudby. U nás však dochází k nadměrnému estetizování hudby. Často se zaměřujeme na to, kdy, jak a proč je hudba krásná, a nezohledňujeme, zda, kdy a jak může léčit jednotlivce, skupiny a vztahy. Občasné zaměření se na tento aspekt by nám mohlo přinést prospěch. Je důležité zkoumat, kdy, jak a proč hudba snižuje psychické napětí, zlepšuje koncentraci a pozitivně ovlivňuje různé procesy v těle. V naší kultuře se mnoho lidí neangažuje v aktivním hraní hudby nebo zpěvu. Mnozí nejsou zapojeni do žádné hudební činnosti, protože si myslí, že by neměli hrát nebo zpívat, pokud nejsou v dané činnosti dostatečně dobří a zkušení. Někteří

se dokonce cítí špatně, protože v dětství slyšeli, že nemají talent na hudbu. Tento nedostatek zapojení do hudebního tvoření ještě umocňuje fakt, že děti jsou v raném věku posílány do škol, kde se od nich očekává, že budou sedět v klidu a mlčet, i když studie ukazují, jak je pro ně důležitý pohyb. Každé dítě má bohatý tvořivý potenciál, a pokud není zraněno necitlivou kritikou, je schopno tento potenciál plně rozvinout, což mu přináší radost, zdravé sebevědomí a uspokojení (Šimanovský, 2011).

4.1 Muzikoterapeutické postupy, metody a techniky

Muzikoterapeutické postupy, jsou způsoby, jakými lze muzikoterapeutické metody použít. Muzikoterapeutické metody jsou pak používány pro intervenci, diagnostiku a vyhodnocení muzikoterapeutického procesu. Tyto metody jsou celkem čtyři: hudební improvizace, hudební interpretace, receptivní muzikoterapie (poslech hudby) a kompozice. Každá muzikoterapeutická metoda má své vlastní techniky, které specifikují použití hudby v jejím rámci (Kantor et al., 2009; Gerlichová, 2021). V následující části kapitoly budou vymezeny tyto metody a k nim jejich příslušné techniky.

4.1.1 Hudební improvizace

Hudební improvizace zahrnuje svobodnou a kreativní tvorbu hudby pomocí hry na tělo, na hudební nástroje a zpěv. Tato metoda je velmi účinná, protože dokáže vyvolat hudební reakce i u klientů s těžkým postižením (Nordoff & Robbins, 1997).

Terapeut má za úkol vytvořit emocionálně příznivé prostředí, které klienta motivuje a podporuje v hudebním vyjadřování (Kantor et al., 2009).

Improvizace může být různě strukturovaná, od připravené až po nepřipravenou. Terapeut se může zapojit do improvizace klienta všemi možnými způsoby, například poskytováním instrukcí nebo ukázek, hraním nebo zpěvem doprovodu, který klienta vede nebo podporuje, či prezentováním hudebních i nehudebních námětů (Bruscia, 1998).

Klient může prostřednictvím hudební improvizace prozkoumávat a vyjadřovat pocity, které je obtížné verbálně sdělit. Terapeut se snaží pochopit jeho improvizaci na základě vjemů,

kteřé v něm hra vyvolává, což představuje druh hudební empatie, vyžadující citové naladění na klientovu improvizaci. Improvizace může být doplněna diskusí s klientem. V hudbě improvizace odráží stav mnoha tělesných i psychických procesů, včetně pozornosti, percepce, motoriky a dalších. Tento princip je zvláště využíván ve speciálně pedagogických a medicínských modelech (Kantor et al., 2009).

Kantor & Weber (2009) vymezují následující nadřazené pojmy technik, pod které řadí již konkrétní techniky. **Techniky empatie** obsahují: imitování, zařazování, synchronizování, vyvolávání energie, přehánění, reflektování; **techniky strukturování** obsahují: rytmické kotvení, tvarování, tonální centrování; pod **techniky vyvolávání** spadá: opakování, modelování, vytváření prostoru, prohazování, prodlužování, dokončování; **techniky navázání důvěry** jsou: sdílení nástrojů, propojování, darování, mluvení k sobě samému; **techniky přesměrování** jsou: uvedení změny, modulování, rozlišování, zesilování, zklidňování, reagování, přerušování, užívání analogií; **techniky procedurální** obsahují: přesouvání, umožňování, pozastavení, experimentování, ustupování, dirigování, nacvičování, referování, poslech vlastní nahrávky, působení, vystupování; **techniky vztahování** jsou: párování, symbolizování, volné asociace, vzpomínání, fantazírování, projekce, vyprávění příběhu; **techniky práce s emocemi** obsahují: přechod, zdvojnásobení, držení, protiklad, integrování, řazení, štěpení, hraní rolí, převádění, kotvení; součástí **diskuze v terapii** jsou techniky: vztahování se, objasňování, sondování, interpretování, zpětné informování, zpracovávání, konfrontace, posilování, odhalování a shrnování.

Pro upřesnění a nastínění povahy práce s technikami improvizace, je zde vybrána jedna z nich a popsána, je jí rytmické kotvení, které náleží pod techniky strukturování.

Rytmického kotvení využívá terapeut tak, že klientovi zajišťuje stálé tempo (nejčastěji za použití ostinata – opakování určitého motivu), tím dodává strukturu do jeho improvizace a podporuje jeho hru. Klient se pak cítí více jistě, stabilně, v bezpečí a v kontaktu s realitou (Gerlichová, 2021; Kantor et al., 2009).

Cílem hudební improvizace může být zavedení neverbálního komunikačního kanálu, nabídnutí možnosti sebevyjádření, propracovávání se od neverbální komunikace k verbální,

vytváření prostoru k vnímání vlastní identity, vnímání sebe sama ve vztahu k ostatním (ve skupinové nebo komunitní muzikoterapii), vybudování prostoru pro sdílení, rozvíjení sociálních dovedností, svobodně se projevit a oddat se hře, rozvíjení a stimulování smyslů, vnímavosti, trénink kognitivních dovedností a další (Gerlichová, 2021).

4.1.2 Hudební interpretace

Při hudební interpretaci klient přehrává nebo zpívá již předem vytvořenou hudební sekvenci, případně reprodukuje různé hudební formy, které slouží jako vzor. Tato metoda zahrnuje také strukturované hudební hry a aktivity, kde klient hraje určité role nebo se chová dle předchozího určení. Nejde tedy jen o prostou reprodukci skladeb, ale hudební interpretace může být i velmi tvůrčím procesem. Omezení spontánnosti, které tato metoda přináší ve srovnání s hudební improvizací, má své výhody. Klienti se tak mohou zapojit do hudebních situací, které by bez předem připraveného plánu nebyli schopni sami vytvořit (Kantor et al., 2009).

Cíle hudební interpretace mohou být různé, například zlepšení funkce paretické končetiny (horní), po nějakém úraze nebo mozkovém onemocnění, trénink jemné motoriky, cvičení pozornosti, zlepšení paměťových schopností, zvýšení komunikačních schopností (Gerlichová, 2021).

Bruscia (1998) uvádí variace využití hudební interpretace, mezi které řadí vokální interpretaci, hudební produkci, instrumentální interpretaci, hudební hry, aktivity a dirigování. Tyto aktivity mohou probíhat individuálně, skupinově, může se při nich využívat hry na tělo, na hudební nástroje, zpěvu a dalších výrazových prostředků. Mohou probíhat za přítomnosti publika či bez něho.

Zpěv písní představuje nejběžnější formu **vokální interpretace** využívanou v různých oblastech klinické praxe. U lidí s poruchami řeči napomáhá ke zlepšení artikulace, rytmu řeči a kontrole dechu. Osobám s mentálním postižením zprostředkovává možnost k rozšíření slovní zásoby a zapamatování si nových informací, což se využívá hlavně při výuce, při zvládání sekvenčních úkolů a osvojování nových pojmů. Klíčové je, aby klienti

dobře rozuměli textu písně. **Instrumentální interpretace** zahrnuje hru překomponovaných skladeb, na skupinových i individuálních lekcích, s použitím hudebních nástrojů. Tyto aktivity podporují klienty v reprodukci strukturovaného hudebního materiálu, často s použitím notového zápisu. Vedou k rozvoji sebedisciplíny, schopností řídit se pokyny, dovedností empatie a imitace. Úspěšné zvládnutí skladby nebo melodie poskytuje klientům jasnou zpětnou vazbu o dosažených výsledcích, na rozdíl od improvizace, kde taková zpětná vazba není tak zřejmá. Během **hudební produkce** se klient aktivně zapojuje do plánování a realizace různých druhů hudebních vystoupení, jako jsou hudební hry, dramata nebo recitály. Příprava a zkoušky zahrnují instrumentální, vokální i pohybové aktivity dle schopností a preferencí klientů. Publikum může tvořit nejen široká veřejnost, ale také pacienti, zdravotnický personál nebo členové terapeutické skupiny (Kantor et al., 2009).

4.1.3 Poslech hudby

Kantor & Weber (2009) uvádějí, že při procesu poslechu hudby klient naslouchá a reaguje na danou hudební produkci, která může být reprodukována, živě hraná, vokální nebo instrumentální. Poslech se zaměřuje na emocionální, intelektuální, tělesné, estetické či spirituální aspekty. Působí na rozvoj naslouchání, evokování reakcí těla, relaxaci nebo stimulaci klienta, rozvoj motoriky nebo sluchu, podporu paměti a na další oblasti. Hudba může vyvolávat určité vzpomínky a poskytuje přímý kanál do nevědomí, může k tomu dojít i neplánovaně.

Součástí receptivní metody je muzikoterapeutická relaxace, která může mít různé cíle, například uvolnění napětí, zaměřená imaginace nebo zaměřená vizualizace. K uvolnění napětí dochází za poslechu hudby a použití dechu, či při tělesných relaxačních cvičeních. Imaginace a vizualizace se může zaměňovat. Imaginace stimuluje celý fantazijní svět a vizualizace konkrétně působí na představu reálných aspektů našeho života (Gerlichová, 2021).

4.1.4 Hudební kompozice

Bruscia (1998) hudební kompozici definuje jako tvůrčí proces vytváření skladeb a textů nebo jako instrumentální tvorbu písní či jiného hudebního produktu. Na tomto procesu

se aktivně podílí sám klient. Nemůžeme tedy hovořit o metodě kompozice, pokud terapeut komponuje za klienta. Terapeut obvykle přebírá pouze odpovědnost za technické aspekty kompozičního procesu, a umožňuje klientovi pracovat podle jeho schopností; například klient může vytvářet melodii a terapeut se soustředí na harmonii.

Realizace této techniky může vést ke zprostředkování jedinečných zážitků, objasnění myšlenek, sebevyjádření, uklidnění a uspokojení, k rozvoji sebevědomí a jako klientův osobní důležitý motiv po velmi dlouhý čas (Gerlichová, 2021).

4.2 Uplatnění muzikoterapie v logopedii

Uplatnění muzikoterapie v logopedii je v posledních letech stále více aktuální. Muzikoterapie se stala jednou z přitažlivých alternativních forem, které zaujaly pozornost mnohých odborníků. Spolu s dalšími terapeutickými a formativními přístupy ovlivňuje směřování speciálně pedagogické intervence, někteří autoři ho označují za nové paradigma české speciální pedagogiky (Valenta & Müller, 2003).

Tento trend však není nic nového. Spíše reflektuje situaci ve většině západních zemí, kde jsou expresivní terapie již několik desetiletí běžnou součástí péče o osoby se speciálními potřebami (Smeijsters & Vink, 2003).

Jak uvádí Gerlichová (2021), hudba je univerzálním jazykem lidstva, a proto se přímo nabízí propojení a spolupráce mezi muzikoterapeuty a logopedy. Mnoho badatelů zdůrazňuje, že pro rozvoj hudebnosti a řeči je třeba zlepšovat a trénovat sluchové vnímání, rytmické schopnosti, hlasové dovednosti a podobně. U osob, které nemohou komunikovat verbálním způsobem, je nezbytné zahájit používání alternativních či augmentativních forem komunikace. Komunikace je důležitá v každodenním životě a omezení řečových schopností znemožňuje úkony jako nakupování, telefonování aj. Muzikoterapeutickým cílem může být zlepšení srozumitelnosti řeči nebo rozšíření schopností neverbální komunikace pomocí hry na hudební nástroj, pantomimy, hry na tělo, pohybů, gestikulace, mimiky a očního kontaktu. Závažné poruchy komunikace mohou mít mnoho různých příčin a forem. Potíže mohou nastat ve všech složkách komunikace, tedy jak ve vyjadřovací složce řeči, tak ve vnímání

a přijímání řečových signálů. Jakým způsobem lze tedy užít muzikoterapii u logopedických diagnóz bude vymezeno v následující části podkapitoly.

4.2.1 Vybrané logopedické diagnózy v kontextu muzikoterapie

Afázie je jednou z nejznámějších logopedických diagnóz, kde se může užití prvků muzikoterapie osvědčit. Osoby trpící afázií mají často potíže s mluvenou řečí, nicméně zpěv je u nich zachován. Děje se tak z toho důvodu, že zpěv není přesně lokalizován v daných centrech jako řeč, a jeho neurologické propojení sahá i do jiných oblastí. Díky neuroplasticitě mozku, se tak i tito lidé mohou vrátit zpět do běžného života a naučit se znovu komunikovat se svým okolím. Dobře se v tomto procesu uplatňuje trénink výslovnosti spojený se zpěvem, který souběžně působí pozitivně na dech, hlas, ale také na artikulaci a slovní zásobu (Gerlichová, 2021; Leonardi et al., 2018).

Pokud máme v péči osobu s **dysartrií**, bude užití muzikoterapie znovu na místě. Jde o poruchu artikulace, respirace a fonace, která je zapříčiněna lézí CNS, a to konkrétně oblastí, která zodpovídá za inervaci orofaciálního svalstva (Klenková, 2006). Jak uvádí Gerlichová (2021), u těchto případů je dobré se zaměřit na dechová cvičení a dech obecně, rytmizaci řeči, na užití zpěvu jako podpůrného prostředku, a souběžně pracovat na relaxaci mluvidel a zbytku těla.

Dyslalie, jedna z nejčastějších obtíží dětského věku, která se projevuje nesprávným vyslovováním určité hlásky nebo skupiny hlásek, může být důvodem, proč s dětmi začít trénovat různé říkačky a zaměřit se na rytmizaci těchto forem (Kejklíčková, 2016). Samotný nácvik hlásky nebo skupiny hlásek zde můžeme podpořit tréninkem obratnosti mluvidel pomocí zpěvu a správného dýchání (Gerlichová, 2021).

Koktavost (balbuties) má mnoho příčin a projevů. Někdy se může jednat pouze o lehkou formu, jindy je to již komplexní a těžký problém. Gerlichová (2021) uvádí, že výrazně u těchto osob napomáhá užití rytmizace slov, dechových cvičení, která se zaměřují na výdech a nádech, dále pak zpěv a v neposlední řadě nácvik relaxace. Jak uvádí Amos (2023) ve svém článku, hudba, její rytmus a melodie nabízí při zpěvu jedinečnou časovou pravidelnost a předvídatelnost, která má tu možnost pozitivně ovlivnit plynulost řeči,

na rozdíl od spontánní řeči, která zahrnuje neustálé plánování a realizaci, souběžně v reálném čase. V praxi to pro osoby, které koktají znamená možnost předvídat a připravit se na každý zvuk nebo slabiku, což podporuje plynulejší produkci řeči. Při zpěvu mozek aktivuje oblast síť, které se podílejí na zpracování výšky tónu, rytmu a melodii. Tato síť zahrnuje sluchovou kůru, motorické oblasti a pravou hemisféru, které nejsou během běžné řeči tak výrazně aktivní.

Mutismus neboli získaná nemluvnost si žádá individuální řešení dle povahy obtíží a jejich příčin, pomoci může rodinná muzikoterapie i multidisciplinární přístup (Gerlichová, 2021). Výzkumy opakovaně ukazují, že komunikace skrz hudbu, může být způsob, kterým mohou děti se selektivním mutismem překonat svou úzkost. Zpěv je pro některé děti důležitým nástrojem, pro jiné je až moc spojen s řečovou produkcí. Hlasité hraní na nástroje se jeví jako vhodný komunikační kanál dětí, které byly/jsou tiché, ale potřebují být slyšeny. Hudba jim v tomto případě zprostředkovává cestu k projevu sebe sama a k ventilování vlastních emocí (Jones, Odell-Miller, 2023).

Opožděný vývoj řeči je diagnostikován, když dítě začíná mluvit později, než by mělo (Kejklíčková, 2016). Je potřeba zvolit individuální přístup, dle Gerlichové (2021) lze u těchto dětí aplikovat prvky muzikoterapie jako jsou např. klasické dětské říkanky, doplněné o rozvoj rytmiky, pohyb na čerstvém vzduchu a zpěv.

Palatolálie se vyskytuje u osob s rozštěpem patra a přidružených částí. Většinou se používá terapie skrz zpěv písní, kde se využívá nácviku rytmizace a tréninku výdechu a nádechu (Gerlichová, 2021; Kolektiv autorů projektu WELCOME, 2019).

Rhinolálie je také porucha rezonance, stejně jako palatolálie, nicméně v tomto případě jde o nefunkčnost patrohltanového uzávěru, který je potřeba cvičit. V muzikoterapii se mohou používat aktivní i pasivní metody na zlepšení rezonance, dechové techniky a artikulační cvičení (Gerlichová, 2021; Klenková, 2006).

Tumultus sermonis se projevuje překotným tempem řeči spojeným s velmi špatně srozumitelným mluvním projevem (Klenková, 2006). V muzikoterapii existuje forma cvičení zaměřená na regulaci a správné nastavení mluvního projevu, která funguje

na základě tepových/frekvenčních šablon. Tento model lze zprostředkovat skrz metronom, tleskání nebo hru na nástroj. Je dobré vnést do pravidelných denních činností řád, klid, pracovat více na relaxaci a volit cvičení, která se zaměřují na práci s dechem, rytmem, zpěvem a koncentrací (Gerlichová, 2021).

Vývojová dysfázie je poslední logopedickou diagnózou, která bude v tomto výčtu uvedena. Je zde klíčová intenzivní odborná péče. Jedná se o poruchu CNS, která nedokáže zpracovat řečové signály v mozku a od toho se poté odvíjí problémy spojené s percepcí a reprodukcí řeči. Muzikoterapie zde může hrát podpůrnou roli v celkovém terapeutickém procesu. Skrz hudbu lze vytvořit verbální i neverbální komunikační kanál jak mezi dítětem a terapeutem, tak mezi rodičem a dítětem. Dochází k rozvoji rytmiky, sluchové percepcie a pomoci může i rodinná muzikoterapie (Gerlichová, 2021; Lechta, 2003)

4.2.2 Melodicko-intonační terapie

Propojení muzikoterapie a logopedie můžeme spatřovat například v oblasti terapie afázie. Melodicko-intonační terapie (MIT) je nejznámější zpěvem založenou terapií, kterou v roce 1973 představil Robert Sparks pro anglicky mluvící pacienty. Tato terapie vychází z pozorování, že někteří afatictí pacienti mohou stále recitovat modlitby a zpívat staré písně. Část z těchto pacientů mohla lépe produkovat slova, pokud byla začleněna do populárních písní. Studie ukazují, že hraní hudby může podporovat synaptickou plasticitu v motorickém systému, i u jedinců bez hudebních schopností, a posilovat spojení mezi motorickými a akustickými oblastmi, což vede ke kognitivnímu zlepšení. Metoda zahrnuje intonaci běžných frází pomalu s klepáním levou rukou na každou slabiku. Postupně se přechází od zpěvu k řeči (Leonardi et al., 2018).

Účinnost MIT je vysvětlována pomocí teorie specializace hemisfér v mozku. Zde existují oblasti specializované na konkrétní úkony, což je například viditelné ve fluentním zpěvu u jedinců s koktavostí. V muzikoterapeutické a logopedické praxi se využívá MIT ve formě intonovaného zpěvu běžných vět a slov, které následují přirozené mluvené intonační vzory. Klienti procvičují text s použitím známého nebo snadno zapamatovatelného nápěvu.

Postupně se odstraňuje melodie a klienti se učí samostatně rytmizovat věty, dokud je nakonec nejsou schopni vyslovit bez hudební podpory (Kantor et al., 2009).

Mozeček a bazální ganglia hrají roli v motorickém načasování a ve vnímání, přičemž studie ukazují možné vzájemné působení těchto struktur. Studie také zkoumají rozsah emocí vyvolaných hudbou a přináší nový statisticky založený model devíti emocionálních faktorů. Hudba se ukázala být účinným lékem při různých neurologických onemocněních, včetně Parkinsonovy choroby. Zpívání písní s určitým rytmickým motivem pomáhá pacientům chodit lépe a zlepšovat problémy spojené s tímto onemocněním. Melodic Intonation Therapy (MIT), je prezentována jako účinný nástroj pro rehabilitaci osob s afázií, využívající překrývající se sítě mozku pro mluvení a zpěv. Navíc, protože hudební zážitky jsou zařazeny mezi přirozené prostředky odměn, je možné zavést MIT u afatických pacientů nejen k obnově jazyka, ale také ke zlepšení nálady, která často upadá jako důsledek frustrace pacienta vědomého si svého stavu (Leonardi et al., 2018)

Empirická část

5 Využití prvků muzikoterapie v rámci logopedické prevence v předškolním zařízení

V této kapitole je popsána realizace výzkumného šetření na téma Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci, dále pak metody a proces sběru dat, analýza získaných dat a etické aspekty výzkumného šetření. Postup empirické části práce je zaměřen na dosažení hlavního výzkumného cíle a odpovědí na dílčí výzkumné otázky. Motivem pro výzkumné šetření je ověření teoretických znalostí, získání poznatků o integraci prvků muzikoterapie do logopedické prevence, a vyvození závěrů pro praxi. Tento výzkum by mohl představovat určitý krok směrem k inovativním a efektivním přístupům v logopedické prevenci.

5.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu je popsat, jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji.

Z výše uvedeného cíle byla zformulována hlavní výzkumná otázka (HVO): Jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji?

Hlavní cíl výzkumu byl rozpracován do následujících dílčích výzkumných cílů.

Dílčí cíl 1 (DC1): Zjistit, jak je realizovaná logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji.

Dílčí cíl 2 (DC2): Zjistit jak, a pomocí jakých metod, jsou do logopedické prevence integrovány prvky muzikoterapie pro podporu komunikačních schopností dětí ve vybraných mateřských školách.

Dílčí cíl 3 (DC3): Zjistit, jak se logopedická prevence ve vybraných mateřských školách zaměřuje na rozvoj sluchového vnímání, a identifikovat účinné prvky muzikoterapie pro tuto oblast.

Z uvedených dílčích výzkumných cílů byly zformulovány dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO 1: Jakým způsobem je realizována logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji?

Tato otázka se zaměřuje na detailní popis logopedické prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji, jejím cílem je zjistit, jak zde logopedická prevence probíhá.

DVO 2: Jak, a pomocí jakých metod, jsou do logopedické prevence integrovány prvky muzikoterapie pro podporu komunikačních schopností dětí ve vybraných mateřských školách?

Tato otázka zkoumá, jaké specifické prvky muzikoterapie a hudby jsou používány, jakým způsobem a pomocí jakých metod jsou implementovány pro podporu komunikačních schopností dětí předškolního věku.

DVO 3: Jak se zaměřuje logopedická prevence ve vybraných mateřských školách na rozvoj sluchového vnímání, a jaké prvky muzikoterapie mohou být efektivní při jeho podpoře?

Tato otázka se soustředí na zacílení logopedické prevence na rozvoj sluchového vnímání a zkoumá, jaké konkrétní prvky muzikoterapie mohou být účinné v tomto kontextu.

5.2 Metody výzkumného šetření a etické zásady sběru dat

Pro potřeby této diplomové práce byla zvolena možnost kombinování dotazníkového šetření a rozhovorů, což může být velmi efektivní způsob, jak získat hlubší a širší pohled na zkoumanou problematiku. Tento přístup, označovaný jako smíšený design, může spojit kvantitativní data z dotazníků s kvalitativními poznatky z rozhovorů. Jak uvádí Chrástka

(2007) údaje získané z dotazníkového šetření by měly být objektivizovány pomocí další jiné metody například pomocí rozhovoru.

Dle Gavory (2010) je dotazník způsob získání písemných informací od dotazovaných na předem stanovené otázky. Jedná se o nejfrekventovanější metodu sběru dat díky snadnému zkonstruování otázek. Dotazník sbírá hromadné množství údajů. Pro potřeby tohoto výzkumu se zaměřujeme na oblast Libereckého kraje, konkrétně na mateřské školy. Osoba vyplňující dotazník je respondent, položky dotazníku můžeme označit jako otázky. Každý dotazník musí mít dostatečně konkrétní cíl, proto by se neměla podcenit jeho příprava. Základní problém je třeba rozčlenit do daných podproblémů (okruhů), v tomto nám pomohou dílčí výzkumné otázky. Dotazník by měl obsahovat vstupní část neboli hlavičku, která vysvětlí význam dotazníkového šetření, respondentu seznámí s autorem výzkumu a motivuje ho k pravdivému zodpovězení otázek. Následující část obsahuje samotné otázky. V úvodu se setkáváme se snadnějšími a přitažlivějšími otázkami, střed dotazníku mohou vyplnit náročnější, delší otázky a do samotném závěru můžeme zařadit důvěrnější otázky. Na konci dotazníkového šetření bývá z pravidla poděkování za účast na výzkumu. Otázky dotazníku můžeme rozčlenit dle stupně otevřenosti. Pro potřeby tohoto šetření byly využity tři následující typy: uzavřené otázky, polouzavřené otázky, otevřené otázky. Je vhodné střídání otázek, což může mít pro respondenty osvěžující efekt. Dle instrukcí je také možné některé otázky, které se daného respondenta netýkají, vynechat.

Rozhovor, jak uvádí Gavora (2010), je výzkumnou metodou, která umožňuje mimo sběr faktů také průnik do hloubky problému. Výzkumník dokáže vysledovat z reakcí respondenta směřování rozhovoru a dokáže uzpůsobit posloupnost kladení otázek. V rozhovoru je klíčové navázat přátelský vztah s dotazovaným a vytvořit příjemnou atmosféru. Způsob vytváření otázek je zde velice podobný jako u výše zmiňovaného dotazníku nicméně v průběhu rozhovoru může výzkumník danou otázku také přeformulovat. Můžeme určit tři typy rozhovoru: strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. To nabízí spojení pevně daných otázek pro rozhovor, s možností volnosti odpovědí, a vzniku dalších otázek v průběhu rozhovoru.

Švaříček & Šed'ová (2007) zdůrazňují důležitost přípravy na samotný rozhovor. Je dobré mít předem připravené téma, vycházející z hlavní výzkumné otázky. Rozhovor rozčleňují na úvodní fázi, hlavní fázi a ukončovací fázi. Úvodní fáze by měla obsahovat souhlas s nahráváním, na který se výzkumník zeptá znovu po spuštění nahrávání, a představení projektu. Hlavní otázky tvoří páteř rozhovoru, neměly by být sugestivního charakteru. Následují ukončovací otázky, kterými výzkumník završí celé rozhovorové šetření. Dle Chrástky (2007) má veliký význam přesný záznam průběhu rozhovoru, který poté slouží k dalšímu zpracování a k přesné analýze dat.

5.3 Popis a proces sběru dat

Výzkum byl prováděn na území České republiky, konkrétně v Libereckém kraji, který je výzkumníkovi dobře znám. Z toho důvodu je zde lepší přístup k široké síti kontaktů, což usnadňuje logistiku sběru dat a zvýšení efektivity výzkumu. Tato lokální síť rovněž poskytuje možnost získat potřebné informace a zapojit relevantní subjekty do výzkumného šetření. Pro sběr dat byly použity výpovědi pedagogů působící v mateřských školách v těžce oblasti. Při tvorbě empirické části diplomové práce bylo nejprve využito kvantitativní formy výzkumu, a to dotazníkového šetření. Bylo tak zvoleno z důvodu možnosti sběru většího objemu dat z vybraných mateřských škol. Dotazníkové šetření bylo realizováno v průběhu začátku roku 2024 a celkem bylo osloveno 251 mateřských škol v Libereckém kraji. Adresy byly čerpány z veřejně dostupných e-mailových adres na webové stránce Seznamskol.cz. E-maily byly rozeslány celkem ve dvou vlnách, po 3 týdnech a návratnost dotazníku byla 23,5 % (59 odpovědí) z 251. Z celkového počtu e-mailových adres se nepodařilo odeslat 9 z nich, z důvodu změny e-mailové adresy. Celkem 24 respondentů bylo kontaktováno osobně nebo telefonicky, díky bližšímu kontaktu v rámci Libereckého kraje, konkrétně v okrese Česká Lípa.

Na konci každého dotazníku byla možnost uvedení názvu pracoviště, kde daný respondent působí, pro možnost případného kontaktování a doplnění informací. Tato informace není uvedena ve vyhodnocení dotazníku, slouží pouze pro anonymní zpracování výzkumníkem. Na základě této položky bylo osloveno sedm mateřských škol a celkem tři z nich souhlasily s dalším výzkumným šetřením a účastí na rozhovorech. Vzhledem k obsahu zvoleného

tématu nebylo možné získat z dotazníkového šetření tak detailní informace o způsobu realizace logopedické prevence. Proto byla pro druhou část výzkumu zvolena kvalitativní výzkumná strategie, v podobě polostrukturovaných rozhovorů s logopedickými preventistkami. Při realizaci rozhovorů mohlo docházet k pružnému reagování na odpovědi respondentek, rozhovor mohl být veden v přirozeném prostředí dotazovaných a v důvěrné atmosféře. Po položení všech předem připravených otázek byl i prostor pro doplnění výpovědí.

5.4 Analýzy získaných dat

V této podkapitole bude popsána analýza získaných dat z výzkumné šetření. První část bude obsahovat kvantitativní analýzu dotazníkového šetření a druhá část se bude zaměřovat na kvalitativní analýzu polostrukturovaných rozhovorů.

5.4.1 Analýza dotazníkového šetření

Dotazník sestává celkem z 20 otázek, z čehož je šest otázek uzavřených, devět polouzavřených a pět otázek otevřených. Otázky 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 9., 10. odpovídají na DVO 1, otázky 9., 13., 14., 16., 17., 18., 19. odpovídají na DVO 2 a otázky 11., 12., 15., 20. odpovídají na DVO 3. Z důvodu otevřených a polouzavřených otázek, jsou v textu užívány kódy pro označení přímých výpovědí. Dotazník vyplnilo celkem 59 respondentů, jejich výpovědi jsou označeny písmenem D a číslem 1-59. Vzor nevyplněného dotazníku je k nahlédnutí v Příloze 1.

Otázka č. 1: Jaké jste pohlaví?

První otázka se dotazuje na pohlaví respondentů.

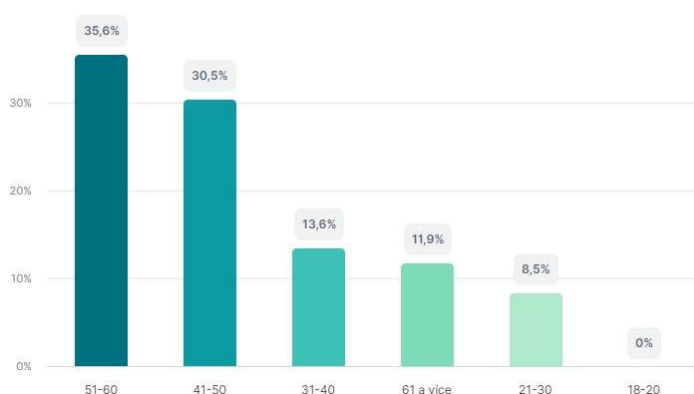
Z celkového počtu 59 respondentů odpovědělo 100 % (N=59) „Žena“ a 0 % (N=0) „Muž“. Z čehož vyplývá, že všichni dotazovaní respondenti v dotazníku jsou ženy. Z toho je tedy zřejmé, že realizace logopedické prevence v Libereckém kraji je vykonávána především ženami.

Otázka č. 2: Která z níže uvedených kategorií zahrnuje váš věk?

Druhá otázka dotazníkového šetření je zaměřena na věk, zde již můžeme užít slovo „respondentek“, z důvodu 100 % zastoupení žen v tomto výzkumném šetření.

V dotazníku bylo uvedeno celkem šest věkových kategorií. Nejvyšší věkové zastoupení má kategorie 51-60 let což odpovídá 35,6 % (N = 21), dále pak 41-50 let v zastoupení 30,5 % (N = 18), 31-40 13,6 % (N = 8), 61 a více odpovídá 11,9 % (N = 7), 21-30 je v zastoupení 8,5 % (N = 5) a kategorie 18-20 nemá odpověď ani jednoho respondenta, tj. 0 % (N = 0). Z grafu č.1 vyplývá, že největší procento zastoupení je ve věku 41-60 let a tvoří většinový vzorek 66,1 %.

Graf č. 1: Věk respondentů (Vlastní šetření, 2024)



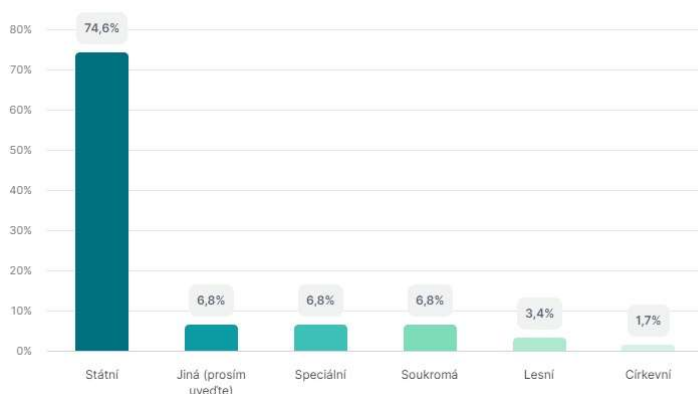
Otázka č. 3: V jaké mateřské škole působíte?

Třetí otázka je zaměřena na druh mateřské školy, ve které logopedická prevence probíhá.

Ze sebraných dat vyplývá, že největší zastoupení v tomto šetření je ve státních mateřských školách, a to ze 74,6 %, viz graf č. 2. Možnost soukromá či speciální mají po 6,8 %, lesní tvoří 3,4 % dat a církevní 1,7 %. Jedná se o otázku s možností výběru „jiná“, zde pedagogové odpovídali konkrétně, celkový počet odpovědí tvoří 6,8 % (N = 4). Byly zde odpovědi jako:

R28: „Firemní dvě a jedna soukromá“; R14: „Montessori“; R44: „Lesní klub a dětská skupina“. Z otázky číslo 3 vyplývá, že převážná většina logopedické prevence probíhá ve státních mateřských školách, což může být dáno jejich početní převahou a dostupností. Přítomnost logopedické prevence v různých typech mateřských škol (soukromých, speciálních, lesních, církevních) ukazuje na rozmanitost vzdělávacích institucí, které se této problematice věnují. Odpovědi v kategorii „jiná“ poukazují na existenci logopedické prevence i v méně tradičních nebo specifických typech vzdělávacích zařízení, jako jsou firemní, montessori mateřské školy, lesní kluby a dětské skupiny.

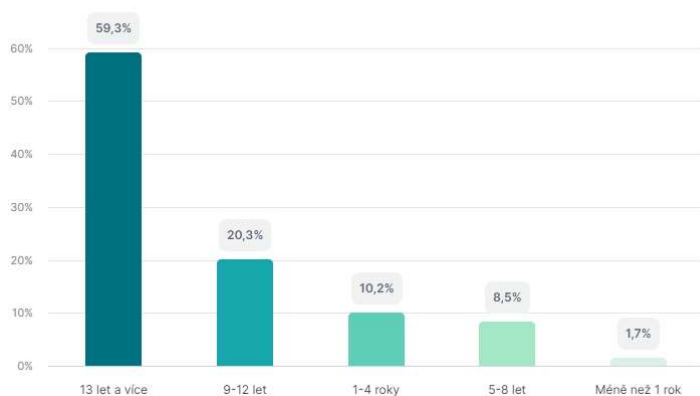
Graf č. 2: Druh mateřské školy (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 4: Jak dlouho již v mateřské škole působíte?

Ve čtvrté otázce je zohledněna doba praxe daného pedagoga ve vybrané mateřské škole, která vychází z 59,3 %, tedy z většiny případů, na dobu praxe 13 let a více, ve 20,3 % případů se jedná o praxi po dobu 9-12 let, praxe 1-4 roky je u 10,2 % případů, 5-8 let praxe je u 8,5 % případů a z 1,7 % respondentů má praxi v mateřské škole kratší nežli 1 rok. Z grafu číslo 3 můžeme předpokládat, že pedagogové, kteří dotazník vyplňovali mají z většiny případů značně dlouhou dobu praxe, a jejich odpovědi mohou být vypovídající v delším časovém horizontu, také mohou mít více zkušeností za dobu svého působení. Přítomnost pedagogů s různou délkou praxe (od méně než 1 roku až po více než 13 let) přináší rozmanité pohledy. Toto může obohatit výsledky šetření, protože zahrnuje názory jak nových, tak velmi zkušených pedagogů.

Graf č. 3: Doba působení (Vlastní šetření, 2024)

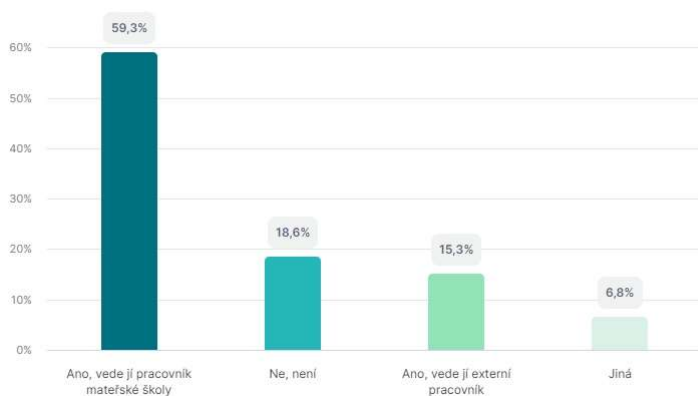


Otázka č. 5: Je ve vaší mateřské škole realizována logopedická prevence?

Otázka pátá se dotazuje na realizaci logopedické prevence, v odpovědích zohledňuje také roli odborníka, který logopedickou prevencí vede a vykonává, viz graf číslo 4.

35 respondentů odpovědělo, že logopedická prevence je v jejich mateřské škole realizována a vede jí samotný pracovník mateřské školy (59,3 %). 11 respondentů odpovědělo, že v jejich mateřské škole logopedická prevence neprobíhá (18,6 %), 9 informantů uvedlo, že je realizována, ale vede jí externí pracovník (15,3 %). Tato otázka obsahovala možnost jiné odpovědi, která přinesla další výpovědi jako např.: D23: „Externí pracovník provádí 1x ročně screening, rodiče i my dostaneme výsledky a doporučení, pracovníci MŠ pomáhají dětem dle jeho doporučení“; D17: „Prevenci vedou kolegyně z MŠ a máme i klinickou logopedku, která dělá nápravu.“; D6: „Máme logopedickou depistáž a každý den se logopedické prevenci věnujeme všichni v týmu...“. Ze sebraných odpovědí vyplývá velká míra zainteresovanosti pedagogů do logopedické prevence, která probíhá celkem v 81,4 % případů.

Graf č. 4: Realizace logopedické prevence (Vlastní šetření, 2024)

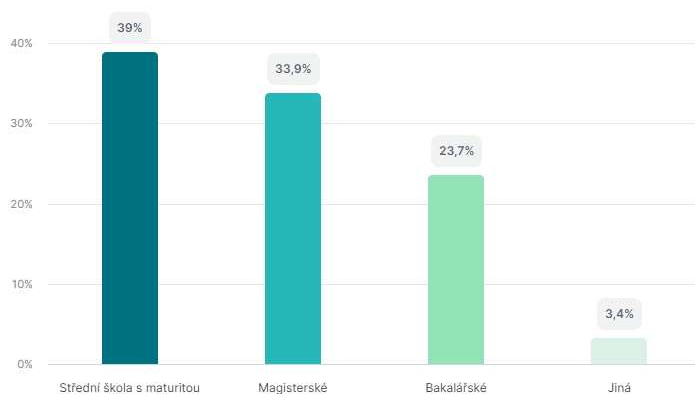


Otázka č. 6: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Šestá otázka v dotazníku se doptává na nejvyšší dosažené vzdělání pedagogů mateřských škol v Libereckém kraji, která má souvislost s poskytovanou péčí, nicméně je zde čistě z informačního hlediska, neb nelze předpokládat, že osoby, které nedisponují vysokoškolským vzděláním nemohou odvádět kvalitní práci, často osoby z praxe mohou mít větší vhled do problematiky nežli osoby s tituly.

Z grafu číslo 5 je patrné, že největší skupina respondentů 39 % (N = 23) má nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou. Následují respondenti s magisterským vzděláním 33,9 % (N = 20) a bakalářským vzděláním 23,7 % (N = 14). Pouze 3,4 % respondentů (N = 2) uvedlo jiný typ nejvyššího dosaženého vzdělání, a to konkrétně VOŠ (Vyšší odborná škola).

Graf č. 5: Dosažené vzdělání (Vlastní šetření, 2024)

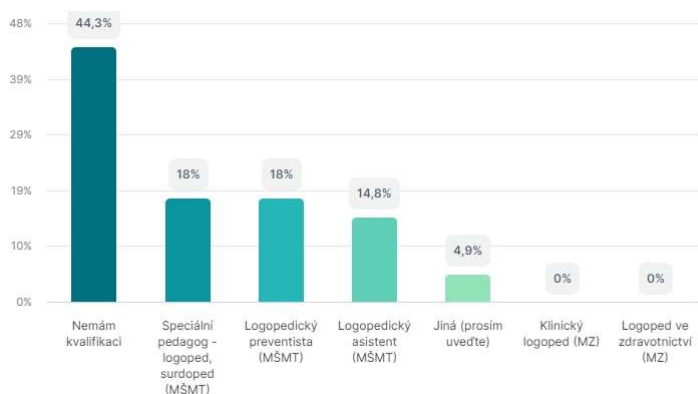


Otázka č. 7: Jakou kvalifikace máte v oboru logopedie?

Pomocí sedmé otázky zjišťujeme profesní způsobilost v oblasti výkonu logopedické prevence v mateřských školách.

Z grafu číslo 6 je zřejmé, že největší skupina respondentů 44,3 % nemá v oboru logopedie žádnou kvalifikaci. Stejný počet respondentů s hodnotami 18 % má kvalifikaci speciálního pedagoga-logopeda a logopedického preventisty. Kvalifikaci logopedického asistenta uvedlo 14,8 % respondentů. Klinický logoped (MZ) není žádný z respondentů, a kvalifikaci logopeda ve zdravotnictví také nikdo neuvádí. Odpověď jiná je zastoupena z 4,9 % a obsahuje odpovědi jako: D2: „Logopedický preventista, ale se starým osvědčením“ a D10: „Speciální pedagog“. Pedagogové v mateřských školách tedy logopedickou prevencí provádí, ale často k ní nemají dostatečnou profesní způsobilost v oblasti logopedie, v některých případech však dochází ke spolupráci mateřské školy s klinickým logopedem nebo jiným logopedickým preventistou, který poskytuje odborné vedení viz otázka č. 5.

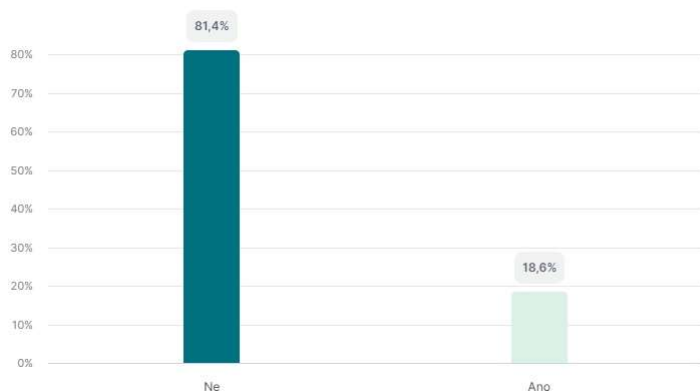
Graf č. 6: Kvalifikace v oboru logopedie (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 8: Absolvovala jste nějaký speciální kurz, seminář nebo školení v oblasti muzikoterapie?

Tato otázka zjišťuje procentuální zastoupení pedagogů s dalším možným absolvovaným vzděláváním v oblasti muzikoterapie, které nemá 81,4 % respondentů a 18,6 % má, konkrétně: D15: „Muzikoterapie s panem Šimanovským; D36: „školení“; D43: „vysokoškolské vzdělání muzikoterapeut“; D16: „absolvent DAMU“; D3: „za ta léta jich bylo mnoho“; D22: „v rámci kurzu logopedického preventisty“; D30: „kurz muzikoterapie“; D14: „Semináře a workshopy muzikoterapie“; D2: „Využití Drumbenu v mateřské škole – Praha“. Z grafu č. 7 můžeme pozorovat vysoký podíl pedagogů bez speciálního vzdělání v muzikoterapii, to může naznačovat potřebu větší dostupnosti a propagace kurzů a školení v této oblasti. Může to také reflektovat obecný trend nebo prioritizaci jiných forem vzdělávání v mateřských školách.

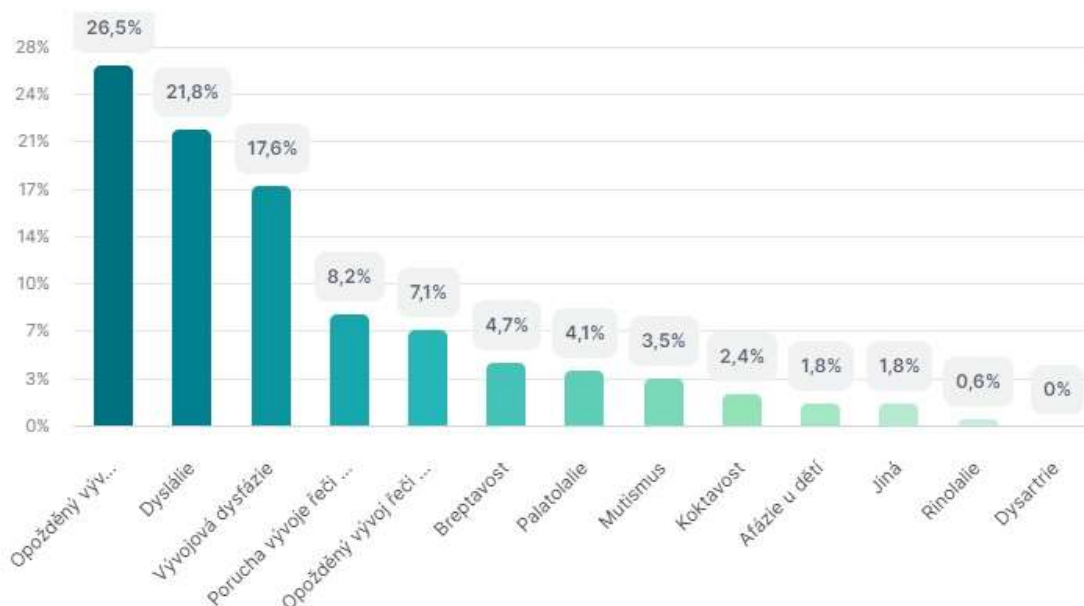
Graf č. 7: Kvalifikace v oblasti muzikoterapie (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 9: S kterými logopedickými diagnózami se ve vaší mateřské škole setkáváte nejčastěji?

Devátá otázka, viz graf č. 8, nám zohledňuje procentuální výskyt konkrétních logopedických diagnóz ve vybraných mateřských školách. Cílem této otázky bylo pouze zřehlednění a zároveň uvedení diagnóz se kterými se v mateřských školách pedagogové potýkají nejčastěji. Převládá zde opožděný vývoj řeči (26,5 %), dále pak odpověď dyslálie (21,8 %), vývojová dysfázie s 17,6 %, porucha vývoje řeči při nedostatku řečových impulzů nebo negativních vlivech z okolí odpovídá 8,2 %, opožděný vývoj řeči při poruchách sluchu/mluvidel/intelektu má 7,1 %. Ostatní závažnější diagnózy se již objevují v hodnotách pod 5 %. Odpověď „jiná“ měla sloužit k uvedení další možné diagnózy, která se vztahuje k poruchám řeči, která nebyla zařazena mezi vybrané diagnózy, ale někteří pedagogové ji nejspíš pochopili jinak, a jako odpověď uváděli, že nemohou diagnostikovat nebo, že nediodnostikují apod. Nicméně toto můžeme vnímat jako pozitivní informaci, že jsou si pedagogové vědomi svých kompetencí.

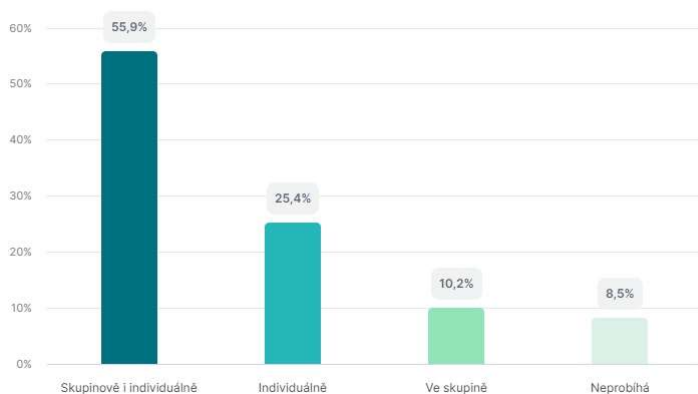
Graf č. 8: Četnost výskytu logopedických diagnóz v mateřských školách (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 10: Jak probíhá logopedická prevence?

Tato otázka se zaměřuje na formu průběhu logopedické prevence. Ta konkrétně probíhá z 55,9 % skupinově i individuálně, individuálně z 25,4 %, pouze ve skupině z 10,2 % a neprobíhá v 8,5 %, viz graf č. 9. Celkově z otázky číslo 10 vyplývá, že logopedická prevence je nejčastěji realizována kombinací skupinových a individuálních přístupů, což poskytuje dětem všestranné možnosti rozvoje komunikačních schopností. Tato různorodost metod může pozitivně ovlivnit jejich schopnost komunikovat a využívat nabyté dovednosti v širším kontextu. Skutečnost, že 8,5 % respondentů uvedlo, že logopedická prevence neprobíhá, naznačuje prostor pro zlepšení dostupnosti a implementace logopedické prevence v některých mateřských školách.

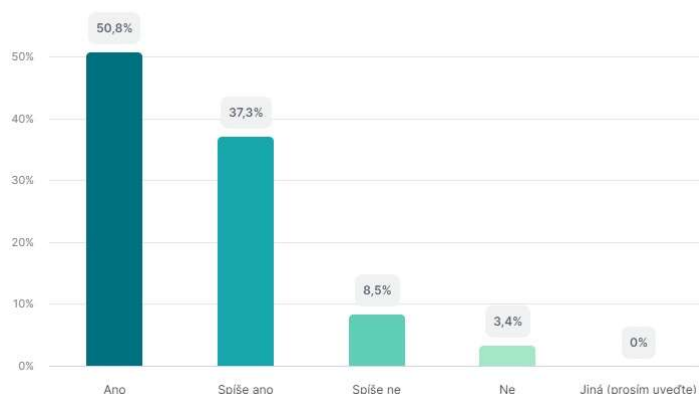
Graf č. 9: Forma průběhu logopedické prevence (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 11: Pracujete s dětmi v rámci logopedické prevence cíleně na rozvoji jejich sluchového vnímání?

Tato otázka zkoumá, zda je při logopedické prevenci zohledňováno sluchové vnímání a zda se pedagogové zaměřují na jeho rozvoj. Z otázky vyplývá, že 50,8 % (N = 30) se na sluchové vnímání v rámci logopedické prevence zaměřuje, 37,3 % (N = 22) respondentů spíše ano, 8,5 % (N = 5) spíše ne a 3,4 % (N = 2) respondentů se na sluchové vnímání v rámci logopedické prevence nezaměřuje vůbec. Data ukazují, že sluchové vnímání je významnou složkou logopedické prevence pro většinu respondentů. Celkem 88,1 % pedagogů uvádí, že se na tuto oblast zaměřují, což naznačuje její důležitost ve vzdělávacím procesu, viz graf číslo 10. Věnování pozornosti této oblasti může přispět k lepšímu porozumění a produkci řeči, což je klíčové pro efektivní komunikaci.

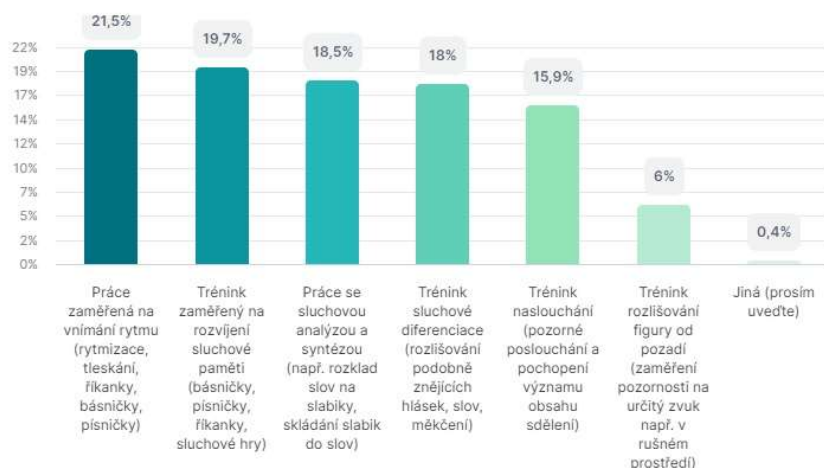
Graf č. 10: Zaměření se na sluchové vnímání v rámci logopedické prevence (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 12: Pokud s dětmi na rozvoji sluchového vnímání pracujete, uveďte prosím, jakým způsobem.

Dvanáctá otázka se specializuje na trénink sluchového vnímání dětí předškolního věku. Je celkem šest definovaných oblastí sluchového vnímání, na které je kladen důraz při logopedické prevenci. 21,5 % (N = 50) klade důraz na vnímání rytmu, dále s dětmi trénují rozvíjejí sluchové paměti a to z 19,7 % odpovědí (N = 46). Práce se sluchovou analýzou a syntézou (např. rozklad slov na slabiky, skládání slabik do slov) je na třetím místě ve využitelnosti v rámci rozvoje sluchového vnímání a užívá jí 18,5 % respondentů (N = 43). 18 % respondentů trénuje s dětmi sluchovou diferenciaci (N = 42), 15,9 % trénuje naslouchání (N = 37), 6 % trénuje rozlišování figury od pozadí (N = 14) a jeden respondent odpověděl jinou možností, odpověď však byla nerelevantní. Z těchto odpovědí v grafu číslo 11 můžeme vyvodit, že pedagogové jsou při své práci specificky zaměřeni na určité složky sluchového vnímání, mají je ve svém povědomí, uvědomují si důležitost práce s nimi a dokážou určit záměr daných aktivit.

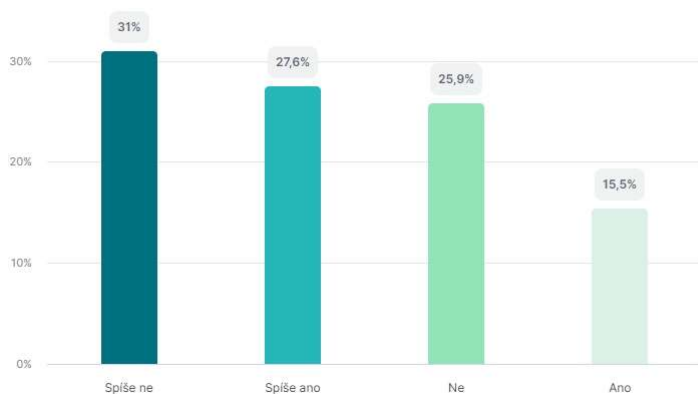
Graf č. 11: Specializace na oblasti práce a trénink sluchového vnímání (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 13: Využíváte ve vaší mateřské škole prvků muzikoterapie v rámci logopedické prevence?

Odpovědi na třináctou otázku jsou prezentovány v grafu č. 12 a zjišťují využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci. Ve většině případů se prvky muzikoterapie nevyužívají, tuto skupinu tvoří 31 % respondentů, nicméně 27,6 % respondentů uvádí, že spíše ano, využívají. Čistě ne, nevyužívají uvádí 25,9 % respondentů a čisté ano je z 15,5 % případů. Celkově bychom mohli říct, že nadpoloviční většina, tedy 56,9 % respondentů prvky muzikoterapie nevyužívá a 43,1 % respondentů je ve své práci používá. To znamená, že přibližně dvě pětiny mateřských škol implementují prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence. Závěry naznačují, že muzikoterapie není dominantním prvkem v logopedické prevenci, i když je využívána ve značné míře.

Graf č. 12: Využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 14: Myslíte si, že užití muzikoterapie/prvků muzikoterapie může přispívat k rozvoji řeči a komunikace u dětí? (Pokud ano, uveďte, jakým způsobem. Můžete zde uvést i vlastní zkušenost z praxe.)

Zde se jedná o otevřenou otázku v dotazníku, která se zajímá o specifické názory pedagogů na využití muzikoterapie a prvků muzikoterapie k rozvoji komunikace a řeči u dětí. Z celkových 59 odpovědí bylo 40 (67,8 %) respondentů pro využití, s tím názorem, že může přispívat k rozvoji řeči a komunikace, celkem 5 respondentů odpovědělo významově, že neví, 13 (27,1 %) respondentů odpovídalo tak, že se daly z kontextu vyvodit sympatie k užití muzikoterapie a uváděli informace z praxe, naopak 1,7 % respondentů nemají zkušenost, či nedokážou posoudit dále danou problematiku, viz tabulka č. 1.

Zde jsou uvedeny některé příspěvky z konkrétních odpovědí vztahující se specificky k rozvoji řeči a komunikace: D20: „Napomáhá vnímání rytmu, melodie, zlepšení koncentrace.“; D3: „Rozvoj sluchového vnímání.“; D15: „Určitě přispívá k rozvoji řeči a komunikaci dětí.“; D6: „Vlastní zkušenosti – rytmizace slov a sousloví, zvukomalebná slova, rozšiřování aktivní slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči, trénink sluchové paměti atd....“; D5: „Určitě ano. Děti se učí nové texty, napodobovat rytmus, vyjadřují hudbou samy sebe.“; D33: „Řeč těla – vyjádření pocitů, pohyb těla do hudby, rytmické hry - dva celky, rozhodování dítěte, zda jsou celky totožné nebo se liší.“; D57: „Rytmizace

a zhudebňování pozitivně zlepšují pochopení, zapamatování.“; D51: „Kvalita a správnost dýchání, uvolnění mluvidel, postavení těla, rytmizace - střídání v rozhovoru.“; D9: „Hudba sama o sobě navozuje u dětí radost, veselost, duševní pohodu, odbourává stres, děti mají pohyb.“; D25: Využíváme při koktavosti a poruše sociální komunikace“; D2: „Učí se zpracovávat melodii, rytmus, orientaci v prostoru a čase.“; D12: „Sluchové vjemy pomáhají při rozlišování hlášek v řeči.“

Hudba a prvky muzikoterapie mají multifunkční přínos pro rozvoj řeči a komunikace u dětí. Napodobování rytmu a práce s melodií nejen zlepšují schopnost vnímání řeči, ale také přispívají k lepším paměťovým schopnostem. Konkrétní oblasti, na které se pedagogové zaměřují zahrnují rytmizaci, práci s melodií hlasu, sluchové vnímání, sluchovou paměť, správné dýchání, uvolnění mluvidel, postavení těla a rozšiřování slovní zásoby. Využití hudby a prvků muzikoterapie zlepšuje nejen řečové dovednosti dětí, ale také podporuje jejich celkový rozvoj a duševní pohodu. Využity mohou být při specifických logopedických intervencích, jako je práce s dětmi s koktavostí nebo jinými poruchami komunikace.

Tabulka č. 1: Vyhodnocení kategorií odpovědí k otázce č.14 (Vlastní šetření, 2024)

Kategorie	Počet odpovědí	Procento (%)
Souhlasné odpovědi	40	67.8
Specifické příspěvky k rozvoji řeči a komunikace	13	27.1
Nevím	5	8.5
Bez zkušenosti nebo specifikace	1	1.7
Celkem	59	100

Otázka č. 15: Myslíte si, že užití muzikoterapie/prvků muzikoterapie může přispívat k rozvoji sluchového vnímání? (Pokud ano, uveďte, jakým způsobem. Můžete zde uvést i vlastní zkušenost z praxe.)

Otázka číslo patnáct zjišťuje osobní pohledy pedagogů na využití muzikoterapie a jejích prvků k rozvoji sluchového vnímání. Druhá polovina otázky se doptává na to, jakým způsobem lze sluchové vnímání pomocí prvků muzikoterapie rozvíjet.

Následující tabulka znázorňuje četnost odpovědí v kategoriích, do kterých byly odpovědi respondentů z otevřené otázky rozřazeny.

Tabulka číslo 2 ukazuje, že 45,8 % odpovědí obsahovalo souhlasnou informaci a tito respondenti se domnívají, že jejich užití může přispívat k rozvoji. Respondenti, 30,5 %, jejichž odpověď spadá do kategorie Specifické příspěvky k rozvoji sluchového vnímání, na otázku „Jakým způsobem přispívají k rozvoji?“ odpovídali následovně: D8: „*Zkoumáním sluchového vnímání a emocí u dětí.*“; D19: „*Vnímají, co je potichu, nahlas. Napodobování zvuku zvířat. Rytmizace – napodobuj, co jsi slyšel.*“; D5: „*Veškeré impulzy pomáhají rozvoji.*“; D56: „*Sluchové hry.*“; D48: „*Vnímání rytmu, melodie.*“; D15: „*Rozlišování zvuků, hudebních nástrojů, sluchová pexesa.*“; D34: „*Rozvoj fonemického sluchu, dlouhá krátká hláska.*“; D9: „*U dětí v předškolním věku se sluch velmi rychle rozvíjí a hudba dokáže rozvíjet cit pro řeč, intonaci, rytmus, cizí jazyky.*“; D20: „*Lépe navazuje vztahy s vrstevníky, nemá problémy s adaptací, dobře zpracovává řečový signál.*“ Dále pak 5,1 % respondentů odpovědělo, že neví, či nedokážou posoudit, do čehož můžeme zařadit i poslední kategorii jiné, 1,7 % případů, s vynecháním odpovědi.

Z odpovědí získaných v této otázce můžeme soudit, že většina respondentů vnímá muzikoterapii jako užitečný nástroj pro rozvoj sluchového vnímání dětí. Přibližně polovina respondentů vidí jasný přínos, další část respondentů uvádí konkrétní metody, jakými lze muzikoterapii využít. Menší část respondentů nemá jasný názor nebo dostatek informací k posouzení přínosu muzikoterapie. Celkově odpovědi naznačují, že pedagogové jsou si vědomi potenciálu využití prvků muzikoterapie pro podporu sluchového vnímání a rozvoje řeči, a mnoho z nich aktivně využívá hudební prvky ve své praxi.

Tabulka č. 2: Kvalifikace v oboru logopedie (Vlastní šetření, 2024)

Kategorie	Počet odpovědí	Procento (%)
Ano	20	33.9
Určitě ano	7	11.9

Specifické příspěvky k rozvoji sluchového vnímání	18	30.5
Nevím	3	5.1
Jiné	1	1.7
Celkem	59	100

Otázka č. 16: Pokud s muzikoterapií nebo jejími prvky pracujete v rámci logopedické prevence, uveďte prosím, jaké hudební nástroje při práci s dětmi používáte.

Tato otázka si klade za cíl zodpovědět, které nástroje jsou při práci s dětmi nejvíce používány, z toho se dá vyvodit o jakou hudbu mohou mít děti zájem, či o jaký druh nástroje. Tato otázka operuje s velkým množstvím nástrojů, proto je zde užito tabulky číslo 3, viz příloha 2, pro větší přehlednění odpovědí.

Nejvíce se využívají dřívka z 77,8 %; dále pak klavír nebo piano z 73,3 %; bubínek z 68,9 %; triangel z 60 %; rolničky z 51,1 %; chrastítka z 46,7 %; činely z 46,7 %; rumba koule z 44,4 %; xylofon z 42,2 %; tamburína z 40 %; Boomwhackers plastové trubky u 33,3 %; flétna v 28,9 % případech; buben ve 28,9 %; kytara 26,7 %; řehtačka a kastaněty z 22,2 %; kalimba z 15,6 %; jiné nástroje jako: carton cajon, Drumben, Orffovy hudební nástroje, kontrabas z 13,3 %; a další hudební nástroje, ty jsou uvedené v tabulce č. 16, všechny mají pod 10 %. V případě dvou respondentů byly nalezeny jiné odpovědi v možnosti „Jiné“, které se vztahují k dalším otázkám a odpovědím a uvádí, že po uvedení seznamu nástrojů a dalších otázek zjišťují následující: D33: „...muzikoterapii provádím, jen nevím, že to má tento název.“; nebo, že pracují s hudebními nástroji, které mají na vliv i na řeč, D37: „...ale není to v době logopedické prevence nebo nápravy.“

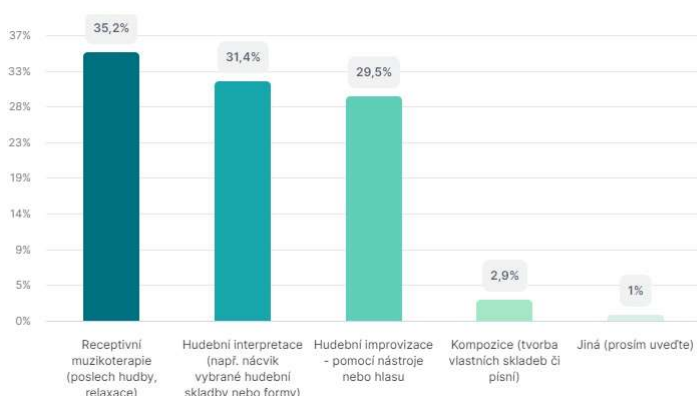
Dřívka, klavír/piano a bubínky jsou nejčastěji používané hudební nástroje při práci s dětmi, což naznačuje jejich oblíbenost a efektivnost v pedagogickém procesu. Široká škála nástrojů, od tradičních (dřívka, klavír) po méně obvyklé (kalimba, Boomwhackers), ukazuje na různorodost v přístupech pedagogů. Někteří pedagogové nemusí být plně obeznámeni s termínem muzikoterapie, přestože její prvky ve své praxi používají. Někteří respondenti zdůrazňují, že hudební nástroje mají pozitivní vliv na řeč a komunikaci, i když je nepoužívají

specificky během logopedické prevence. Celkově odpovědi ukazují, že hudební nástroje jsou běžně využívány v práci s dětmi a hrají roli při jejich rozvoji.

Otázka č. 17: Vyberte, se kterými muzikoterapeutickými metodami pracujete nejčastěji ve vaší MŠ, jako součást logopedické prevence:

Tato otázka nám přibližuje, se kterými muzikoterapeutickými metodami se můžeme nejčastěji setkat v mateřské škole jako součást logopedické prevence. Tato otázka byla koncipována tak, že bylo možné vybrat vícero odpovědí. 35,2 % všech respondentů uvedlo, že využívají receptivní muzikoterapii, kterou může být např. poslech hudby. Dále používají ve své praxi hudební interpretaci neboli nácvik vybrané hudební formy či skladby, a to konkrétně z 31,4 %. Hudební improvizaci využívá 29,5 % respondentů, vlastní písně tvoří 2,9 % dotazovaných a odpověď na možnost „jiná“ je v tomto ohledu nerelevantní. Z tohoto grafu můžeme usuzovat, že se děti v logopedické prevenci setkávají s hudbou nebo je alespoň součástí jiných dalších aktivit v mateřské škole, které mohou pozitivně ovlivňovat řeč. Celkově výsledky ukazují, jak je patrné v grafu č. 13, že v mateřských školách jsou používány různé muzikoterapeutické metody, přičemž poslech hudby, nácvik hudebních forem a hudební improvizace jsou nejčastější. To odráží jak různorodost přístupů, tak i praktičnost a efektivitu těchto metod v práci s dětmi.

Graf č. 13: Muzikoterapeutické metody (Vlastní šetření, 2024)



Otázka č. 18: Pokud s prvky muzikoterapie pracujete, jak se děti po skončení intervence chovají, jak na ně dle vás působí?

Otázka osmnáct je s otevřenou odpovědí a zjišťuje osobní pohledy pedagogů na chování a projevy dětí po skončení intervence, ve které byly využity prvky muzikoterapie. Odpovědi respondentů byly analyzovány a zařazeny do 5 kategorií, následně procentuálně vyhodnoceny.

18 respondentů (30,5 %) odpovědělo na otázku, tak že z jejich výpovědi vyplývá, že se děti po skončení intervence chovají zklidněně a uvolněně, někteří dodávají, že jsou děti více hravé, vnímavější a těší se na další setkání. Další kategorií jsou Pozitivní emoce a radost, zde bylo zařazeno 7 odpovědí (11,9 %). Respondenti dodávají, že jsou děti spokojené, pozitivně naladěné, užívají si to, jsou více napojení na sebe a pohybem vyjadřují své emoce. Další kategorií je Klid a soustředění, kam bylo zařazeno celkem 5 příspěvků (8,5 %), a pedagogové uvádí, že jsou děti klidné, vnímají pocity sounáležitosti a soustředění dětí. Celkem 6 (10,2 %) respondentů uvedlo, že nedokážou posoudit dané téma. Také se zde objevila odpověď, že mimo logopedii hudbu hojně využívají, přijde jim, že je nezbytná pro rozvoj vnímavosti, citů, vyjádření, fantazie, souznění, sdílení, komunikaci, ale také pro matematiku, a že každé dítě reaguje individuálně. Otázku bylo možné přeskočit, a toho využilo 22 respondentů (37,3 %).

Z odpovědí respondentů v tabulce číslo 4 je zřejmé, že hudba má příznivý vliv na chování a psychiku dětí, děti se po skončení intervence chovají odlišně, v pozitivním slova smyslu. Z odpovědí vyplynulo, že děti projevují pozitivní emoce a radost, ale také vykazují vyšší míru soustředění a klidu. Někteří respondenti zdůraznili, že reakce dětí na užití prvků muzikoterapie jsou individuální, a že hudba má širší využití mimo logopedii, přičemž podporuje rozvoj mnoha dovedností. Poměrně vysoký počet respondentů otázku přeskočil, což může indikovat, že ne všichni respondenti mají s muzikoterapií dostatečné zkušenosti nebo si nejsou jisti jejími účinky.

Tabulka č. 4: Konkrétní projevy a chování dětí po skončení intervence využívající prvky muzikoterapie (Vlastní šetření, 2024)

Kategorie	Počet	Procento (%)
Zklidnění a uvolnění	18	30.5
Pozitivní emoce a radost	7	11.9
Klid a soustředění	5	8.5
Nevím/nemohu posoudit	6	10.2
Nezadané odpovědi	22	37.3
Celkem	58	100

Otázka č. 19: Pozorujete u dětí po aplikaci prvků muzikoterapie změny v komunikačních schopnostech, popřípadě jaké?

Pomocí otázky číslo devatenáct se dotazujeme na osobní pohledy a názory respondentů na změny v komunikačních schopnostech dětí předškolního věku po aplikaci prvků muzikoterapie, viz tabulka č. 5.

Tato otázka byla otevřená, a bylo možné jí přeskočit, tak učinilo 40,7 % respondentů. Negativní odpověď, například ve formě: *D21: „Ne, nepozoruji.“* Mělo celkem 13,6 % dotazovaných. Do této kategorie byly zařazeny i možnosti *D40: „Nevím.“* a *D46: „Nemohu posoudit.“*. Pozitivních odpovědí bylo celkem 27,1 %, zde se objevily odpovědi jako: *D14: „...lépe spolupracuje s paní učitelkou“; D17: „používá bohatší a košatější slovník“; D56: „dokáže lépe komunikovat své pocity“; D39: „dochází k potlačení komunikační bariéry, komunikačně je uvolněný, více se socializuje, v klidu vyjádří, co potřebuje...“*. 20,3 % respondentů uvedlo další specifické změny v chování a v komunikačních schopnostech. Odpovědi zahrnují: *D22: „Zpívají si, zapamatují si písničku.“; D2: „Např. pro zlepšení paměti a zapamatování si, básně zpíváme. Obohacujeme slovní zásobu dětí. Spojujeme často hudbu s pohybem, a tím se zlepšuje jejich hrubá motorika a koordinace pohybů. Přes lepší motoriku těla a ruky se zlepšuje i motorika mluvidel.“; D5: „Vypráví si mezi sebou...“*. Nespecifických odpovědí bylo

celkem 3,4 %, kde respondenti nevidí výrazné změny, či pouze částečné. Celkově lze usoudit, že muzikoterapie má potenciál pozitivně ovlivnit komunikační schopnosti dětí.

Tabulka č. 5: Pozorované změny v komunikačních schopnostech (Vlastní šetření, 2024)

Kategorie	Počet	Podíl (%)
Nezadané odpovědi	24	40.7
Negativní odpovědi	8	13.6
Pozitivní odpovědi	16	27.1
Specifické pozitivní změny v chování a komunikaci	12	20.3
Nejednoznačné nebo částečné odpovědi	2	3.4

Otázka č. 20: Pozorujete u dětí po aplikaci prvků muzikoterapie konkrétní změny ve sluchovém vnímání, popřípadě jaké?

Tato otázka se soustředí na konkrétní změny ve sluchovém vnímání po aplikaci prvků muzikoterapie, a na názory pedagogů v tomto procesu.

47,5 % respondentů neodpovědělo na tuto otázku. To znamená, že téměř polovina respondentů neposkytla žádné informace o změnách ve sluchovém vnímání po aplikaci prvků muzikoterapie. 6,8 % respondentů jednoduše odpovědělo „Ano“ bez specifikace. To naznačuje, že někteří respondenti pozorují změny, ale neposkytují žádné detaily. 28,8 % respondentů zaznamenalo konkrétní pozitivní změny ve sluchovém vnímání. Změny zahrnují zlepšení rytmizace, pozornosti, fonemického sluchu, schopnost naslouchat, rozlišování zvuků, soustředěnost a citlivost na zvuky, pozornost, koncentraci. Někteří jsou schopni určit počáteční a konečnou slabiku ve slově a výborně rytmizují. Jeden z respondentů např. uvedl: D2: „*Jsou schopné odlišit vyšší či nižší tón, určit první či poslední hlásku ve slově. Tříbí se jim sluch.*“ a další D5: „*Celkem rychle se vytleskáváním dá naučit slabikování a poté i sluchová diferenciací hlásek.*“ 10,2 % respondentů uvedlo, že nepozorují žádné změny nebo že nejsou schopni posoudit vliv muzikoterapie na sluchové vnímání. 3,4 % respondentů zmínilo, že reakce na muzikoterapii jsou velmi

individuální, což znamená, že u některých dětí může docházet k výrazným změnám, zatímco u jiných nemusí být žádné změny pozorovatelné, viz tabulka č. 6.

Můžeme konstatovat, že byl vysoký podíl nezodpovězených odpovědí, kdy téměř polovina respondentů neposkytla odpověď, podobně jako v předchozí otázce, což může naznačovat buď nedostatek pozorovaných změn, nejistotu ohledně účinků muzikoterapie nebo nedostatek zkušeností. Nicméně významná část respondentů zaznamenala pozitivní vliv muzikoterapie na sluchové vnímání dětí. Pro přesnější určení vlivu muzikoterapie na sluchové vnímání je potřeba další výzkum s podrobnějšími otázkami.

Tabulka č. 6: Pozorované změny ve sluchovém vnímání (Vlastní šetření, 2024)

Kategorie	Počet	Podíl (%)
Nezadané odpovědi (Nic neodpověděli)	28	47.5
Pozitivní odpovědi bez specifikace	4	6.8
Specifické pozitivní změny ve sluchovém vnímání	17	28.8
Negativní odpovědi	6	10.2
Individuální odpovědi	2	3.4

5.4.2 Analýza polostrukturovaných rozhovorů

Polostrukturované rozhovory vznikly pro doplnění dat z dotazníku. Nejprve došlo k plánování a přípravě samotných rozhovorů. Byla zvolena metoda sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, aby bylo možné se doptávat na jednotlivé otázky a pružně reagovat na odpovědi respondentů. Na základě dotazníkového šetření byly zvoleni tři respondenti. Jednalo se o logopedické preventisty, konkrétně ženy, dvě z nich působí ve státní mateřské škole, první z nich má také muzikoterapeutický kurz, na rozdíl od druhé. Třetí respondentka působí jako logopedický preventista v soukromé mateřské škole, kde byla realizována muzikoterapie externistou.

Následně byla vytvořena sada tazatelských otázek (viz Tabulka č. 7 – tazatelské otázky), které se zaměřují na prohloubení a vysvětlení klíčových zjištění z dotazníkového šetření. Schéma polostrukturovaných rozhovorů je uvedeno v příloze 4. Před samotným rozhovorem

došlo k udělení souhlasů s nahráváním, a poté k přepisu samotných výpovědí zaznamenaných na diktafon. Rozhovory byly přepsány do textové podoby. Poté proběhlo první kolo čtení a procházení dat, kde se jednalo o získání přehledu o obsahu a kontextu výpovědí. Dále byly identifikovány významné úseky, které dostaly označení týkající se buď výzkumných otázek nebo vykazující zajímavé informace relevantní k tématu výzkumu. K těmto úsekům byly přiřazeny kódy, které vyjadřovaly myšlenku sdělení. Druhé kolo čtení se realizovalo za účelem vyhledání vztahů mezi kódy. Podobné kódy byly seskupeny do širších kategorií – klíčových témat. Třetí čtení probíhalo z důvodu selekce nejdůležitějších kategorií, odpovídající na výzkumné otázky. Nakonec všechny kódy prošly finální kontrolou, zda pokrývají všechny významné aspekty výzkumu.

V tabulce číslo 7 jsou převedeny dílčí výzkumné otázky do tazatelských otázek, které jsou dále označeny kategoriemi, které vzešly z metody otevřeného kódování polostrukturovaných rozhovorů vedených s respondenty. Jak doporučuje Švaříček & Šedřová (2007), tato tabulka umožní systematicky analyzovat odpovědi z rozhovorů podle jednotlivých tazatelských otázek a klíčových témat, což usnadní vyhodnocení a interpretaci dat. Konkrétní kódy jsou uvedeny u podrobné analýzy kategorií.

Tabulka č. 7: Transformace dílčích výzkumných otázek (Vlastní šetření, 2024)

Dílčí výzkumná otázka (DVO)	Tazatelská otázka (TO)	Klíčové téma – kategorie
DVO 1: Jakým způsobem je realizována logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji?	TO 1: Jakým způsobem a jak často je ve vaší mateřské škole realizována logopedická prevence?	Realizace prevence
Téma: Realizace logopedické prevence v mateřské škole)	TO2: Jakým konkrétním způsobem s dětmi pracujete?	Konkrétní postupy
	TO3: Na jaké další oblasti rozvoje kromě řeči se zaměřujete?	Další oblasti rozvoje

DVO 2: Jak jsou do logopedické prevence integrovány prvky muzikoterapie, a jaké konkrétní metody muzikoterapie jsou používány k podpoře komunikačních schopností dětí předškolního věku ve vybraných mateřských školách? Téma: Integrace muzikoterapie do logopedické prevence	TO4: Jak s dětmi pracujete pomocí hudby?	Využití hudby v mateřské škole
	TO5: Jakou roli hraje při logopedické prevenci hudba, případně využití prvků muzikoterapie?	Prvky muzikoterapie v logopedii
	TO6: Jak se intervence projevuje na chování dětí?	Pozorované projevy u dětí
DVO 3: Jak se zaměřuje logopedická prevence ve vybraných mateřských školách na rozvoj sluchového vnímání, a jaké prvky muzikoterapie mohou být efektivní při jeho podpoře? Téma: Sluchové vnímání a muzikoterapie	TO7: Jakým způsobem se při logopedické prevenci i mimo ni zaměřujete na rozvoj sluchového vnímání?	Sluchové vnímání
	TO8: Jaký je váš názor na využití prvků muzikoterapie pro rozvoj sluchového vnímání dětí?	Názory pedagogů na využití prvků muzikoterapie

Respondenti (nebo jinak nazývaní informanti) a k nim jejich příslušné výpovědi jsou označeny písmenem R, ke kterému je přiřazeno číslo 1–3, dle počtu dotazovaných osob. Tabulka č. 8 charakterizuje výzkumný vzorek logopedických preventistů, kteří souhlasili s účastí na rozhovorovém šetření. Přepis rozhovoru s respondentem R1 je uveden v příloze 5, kde je přiložena také kopie informovaného souhlasu s realizací rozhovorů (příloha 3). Tabulka č. 8 přehledně shrnuje klíčové informace o respondentech, včetně jejich věku, role v mateřské škole, účasti na muzikoterapeutickém kurzu a prostředí, ve kterém byly rozhovory realizovány.

Tabulka č. 8: Vzorek respondentů z rozhovorového šetření (Vlastní šetření, 2024)

Respondent (informant)	Pohlaví	Věk	Role	Muzikoterapeutický kurz	Prostředí realizace
R1	Žena	56 let	Logopedický preventista	Muzikoterapeutický kurz: Využití Drumbenu ve výuce	Osobní setkání v mateřské škole
R2	Žena	72 let	Logopedický preventista	Bez muzikoterapeutického kurzu	Osobní setkání mimo mateřskou školu
R3	Žena	50 let	Logopedický preventista	Bez muzikoterapeutického kurzu	Online setkání

TO 1: Jakým způsobem a jak často je ve vaší mateřské škole realizována logopedická prevence?

Kategorie: REALIZACE PREVENCE

Kódy: průběh, skupinová, individuální, frekvence

Tato kategorie se zaměřuje na způsob realizace logopedické prevence: Jakým konkrétním způsobem probíhá, případně kdy. Zároveň zahrnuje frekvenci realizace: jak často (např. denně, týdně, měsíčně) v mateřské škole prevence probíhá.

Respondent R1 tvrdí, že u nich logopedie probíhá „... každé úterý, když mám ranní, tak po své pracovní době si беру děti, když mám odpolední, tak požádám asistentku pedagoga, aby si sedla na lehárnu a já si jdu dělat logopedii do logopedické třídy, anebo někdy, když mám odpolední, tak chodím o hodinu dřív do práce a беру si děti na logopedii, ale to dělám méně často, protože je zas nechci vytrhnout z jejich činnosti ve třídě, takže pokud možno si je беру spíš po obědě.“ Dále R1 dodává, že prevence probíhá „...někdy skupinově, někdy individuálně, protože někdy tam mám třeba čtyři děti, někdy potřebuji mít opravdu jenom jedno dítě, abych s ním u logopedického zrcadla pracovala a když jich mám víc, tak třeba

jedno dítě se беру k logopedickému zrcadlu, ostatní mají něco za úkol, buď pracuji na koberci nebo pracuji u stolečku, takže jak kdy. “

Respondent R2 uvádí: *„Každý týden, a i přes týden, není to pravidlo, že jenom v pondělí. V pondělí chci, aby mi přinesli notýsky nebo ty materiály, co dostanou. Není to tedy jenom o notýsku, jsou to obrázky, pracovní listy, takže to, co dostávají domů, a v pondělí je přinesou. “*

Respondent R3 zmiňuje, že prevence *„...probíhá v úterý. Mám je od osmi do půl deváté, a probíhá to tak, že si vezmu nějaké děti, který to potřebují. Buď individuálně, nebo si vezmu celou skupinku, maximálně tak půl hodiny a jednou týdně. A buď se zaměříme, že mají děti notýsek od klinického logopeda, tak to mám u sebe a procvičujeme to, co je potřeba. Nebo když mám třeba celou skupinku tak se zaměříme na nějakou konkrétní oblast. “*

Z výše uvedených citací můžeme odvodit, že logopedická prevence probíhá každý týden, někdy i častěji během týdne a konkrétní časy jsou přizpůsobeny pracovní době preventistek. Sezení jsou individuální i skupinová. Zde jsme se dozvěděli o přímé spolupráci s klinickým logopedem, se kterým jedna z preventistek spolupracuje. Při logopedické prevenci využívají různé materiály, notýsky a pracovní listy. Respondentky se přizpůsobují potřebám dětí a jsou flexibilní ve své činnosti, střídají aktivity s dětmi, dle aktuální potřeby.

TO2: Jakým konkrétním způsobem s dětmi pracujete?

Kategorie: KONKRÉTNÍ POSTUPY

Kódy: dechová cvičení, oromotorika, týdenní plán, mimika, Komenského zásady, práce s rodiči

V této kategorii se jedná o zjištění konkrétních postupů používaných při práci s dětmi v rámci logopedické prevence.

Zde odpovídá respondentka R2 specificky: *„Pusinka je sval, jazyk je sval a ty ho musíš rozhybat ten sval. Jo, takže to vyplazování a ta oromotorika a cvičení mimiky, to všechno musím udělat nejdřív. A pak můžu dělat hlásky...nejprve musí vědět, co tohle všechno*

na tom obličejí je, pokud to budou vědět, tak pak se mohou přidávat věci navíc.“ Výpověď zdůrazňuje postupný a systematický přístup k logopedické prevenci, kde základní oromotorické dovednosti a mimika jsou nezbytnou přípravou pro následnou výuku artikulace hlásek. Tento přístup je založen na postupném rozvoji kontrolování svalů a povědomí o jednotlivých částech obličeje, což je nutné pro efektivní řečový rozvoj. Dále ve své výpovědi také zmiňuje důležitost dechové přípravy a dýchání dětí do bránice.

Respondentka R1 tuto výpověď doplňuje o konkrétní práci s dětmi, kde využívá týdenních tematických plánů. *„...když máme zvířátka ze Zoo, tak se soustředím třeba na ta zvířátka a máme pohybovou hru k tomu nebo když máme domácí zvířátka, tak si hrajeme třeba na mňoukavou kočičku. Uděláme si kroužek, jedno dítě je tam mňoukavá kočička, ostatní mají zavřené oči a mají uhodnout, kdo byla tam mňoukavá kočička. Takže vždycky se snažím tematicky.“* A zde zmiňuje také R3 možnost práce s celou skupinou, kdy se konkrétně zaměřují na rozvíjení slovní zásoby a sluchového vnímání: *„...že říkáme nějaká slova a slyšíš první hlásku na začátku, na konci, taková ta klasika, co se podle mě vyučuje všude.“*

Dále Respondentka R2 doplňuje informace o spolupráci s rodiči při logopedické prevenci, a zmiňuje nutnost oslovení rodičů. Pokud bude cvičení bavit rodiče, o to více se jim ho bude chtít doma s dětmi cvičit, což je 90 % veškeré práce, dle jejího tvrzení. *„Máte čas? posadte se, ukážu, co s dětmi cvičit. Takže my jsme u zrcadla všechny tři, jo, a vidím, jak rodiče do toho spadnou do té lekce a jak tu pusy začínají špulit taky jako ty děti, jo. A o tom to je.“* Dále pro úspěšnou logopedickou prevenci zmiňuje Komenského pedagogické zásady, a to konkrétně: jednoduchost, posloupnost a názornost, což je dle ní základ pro pochopení všech cvičení.

Z výpovědí vyplývá, že základní oromotorická cvičení a dechová příprava jsou klíčovými prvky logopedické prevence, které musí předcházet výuce artikulace hlásek. Tematické plány a pohybové hry efektivně podporují rozvoj řečových dovedností dětí a dělají cvičení zábavné a smysluplné. Skupinová cvičení zaměřená na slovní zásobu a sluchové vnímání jsou běžnou součástí logopedické prevence. Aktivní zapojení rodičů a jejich spolupráce jsou důležité pro úspěšnost logopedické prevence, což vyžaduje ukázky a vedení ze strany

logopedického preventisty. Dodržování pedagogických zásad (jednoduchost, posloupnost a názornost) zajišťuje, že cvičení jsou dětem i rodičům srozumitelná a mají kýžený efekt.

TO3: Na jaké další oblasti rozvoje kromě řeči se zaměřujete?

Kategorie: DALŠÍ OBLASTI ROZVOJE

Kódy: rozvoj, jemná motorika, hrubá motorika, sociální dovednosti, spolupráce, pozornost, trpělivost, rytmus, zpívání, hra, senzorické dovednosti

V této kategorii se zaměřujeme na širší oblasti rozvoje, které jsou v práci s dětmi zahrnuty.

Respondentka R2 uvádí: „...měli jsme téma předmatematické představy a hráli jsme si s kostkami. Měli jsme postavit dům, děti udělaly kroužek, doprostřed dostaly kostky vysypaný. Děti seděly v tom kroužku a stavěly, já u toho začal zpívat písničku. A skončili jsme tak, že každý měl krásný dům do výšky nebo doplacata, prostě jak chtěli, a k tomu měli písničku. A naučili se to za 10-15 minut. Tady nemusím sedět a dělat dechová cvičení, rytmická cvičení, hlasová cvičení, já můžu skloubit více věcí dohromady. A o tom ta naše práce je. Že se děti naučí například trpělivosti nenásilnou formou.“

Respondentka R1 toto doplňuje o práci konkrétně s jemnou motorikou: „...bubnujeme, napodobujeme ta zvířátka, řeknu ukažte mi, jak leze pavouk nebo udělejte slona, jak skáče zajíc, takže na tomhle my uděláme i tu jemnou motoriku.“

Respondentka R3 popisuje také využití hrubé motoriky, když děti dupou do rytmu. A také uvádí, že děti dokážou vnímat okolní prostředí pomocí smyslů, jako je sluch, hmat i zrak. Respondentka s dětmi pracuje tak, že s nimi trénuje i spolupráci, například když hrají písničku Holka modrooká. „...domluvíme se, že až budeme zpívat, tak první sloku budou hrát dřívka, a pak až bude další sloka, tak zase se bude bubnovat, a ty děti to musí dodržet a hrát do rytmu.“ Zde můžeme vidět, že se dá trénovat paměť, pozornost najednou a děti interagují se svým okolím a učí se spolupráci.

Logopedická prevence v mateřských školách může zahrnovat širokou škálu oblastí, které jdou nad rámec samotného rozvoje řečových dovedností. Děti trénují jemnou a hrubou

motoriku při napodobování zvířat nebo dupání do rytmu. Trénují sociální dovednosti v interakci s ostatními dětmi při hraní a zpívání písní, to podporuje schopnost spolupráce a komunikace s ostatními. Dále dochází k rozvoji kognitivních dovedností, skrz zapamatování si, jak jdou za sebou sekvence hry na nástroje, musí být pozorné a sledovat pokyny. Dokážou vyřešit problémovou situaci jako postavení domu z kostek dle vlastní fantazie. Sebevědomí získávají při úspěšném plnění úkolů a získávání nových dovedností, učí se zvládat své emoce při hře s ostatními dětmi. V neposlední řadě také trénují sensorické dovednosti, při vnímání podnětů ze svého okolí.

TO4: Jak s dětmi pracujete pomocí hudby?

Kategorie: VYUŽITÍ HUDBY V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Kódy: hudba, hudební nástroje, Orffovy nástroje, Drumben, říkanky, písničky, rytmizace, dechová cvičení, jemná motorika, hrubá motorika

Pomocí této kategorie zjišťujeme, jaké konkrétní hudební aktivity a nástroje jsou používány při práci s dětmi. Jakým způsobem je hudba integrovaná do každodenních činností v mateřské škole. Také jaké konkrétní dovednosti a schopnosti se snaží pedagogové prostřednictvím hudby u dětí rozvíjet.

Respondent R2 reaguje v této kategorii na využití hudby v mateřské škole velice pozitivně. Tvrdí, že hudba je součástí každodenních aktivit a používají jí pořád. *„Konkrétně máme flétny, máme klavír, máme ozvučené trubky, máme různé rytmický Orffovy nástroje, Drumben a to milují. Používáme je i třeba při dramatizaci pohádky, loni jsme měli Dvanáct měsíčků, a když ta Maruška šla sněhem tak jsme to využili a je to úžasný.“* Dále uvádí i jiné možnosti využití hudby: *„Máme flétničky, ty děláme pořád. Máme skupinku, letos pěti dětí. Tady zase začínáme dýcháním, ležíme na zádech, a foukáme – nádech, výdech do břicha s pokrčenýma nohama... Hudbu používáme i třeba při tělocviku...“* Dále pak uvádí, že u nich systémově probíhala muzikoterapie s externistou jeden rok, kde se hlavně zaměřovali na dýchání a rytmizaci. Zde využívali hru na koncovku, kde pracovali s jemnou motorikou: *„...oni dají prstíček do spodu koncovky, při tom TŮ, když ho vyndávají to vyvozuje různé zvuky, například ptáčků, a tam už jsme zase u rytmu a dechu.“*

V případě respondentky R3 používají hudbu hlavně při hudební výchově: „*my jsme vlastně propojení se školou, tak máme hudební výchovu společně. Paní ředitelka hraje na harmoniku, tak zpíváme nebo rozdáme Orffovy nástroje, člověk jim ukáže nějaký rytmus, a oni to opakují po nás.*“

Respondentka R1 doplňuje, že hudbu používají v rámci hudební výchovy, jakou součástí RVP (rámcového vzdělávacího programu), ale také při muzikoterapii, kterou ona vede. Hudbu používá také při práci s dětmi s vadou řeči. „*...my, když se učíme nějaké říkanky, básničky, tak je rytmizujeme nebo ukazujeme. Když máme hudební výchovu, tak si dáváme hudební hádanky. Já jim zahraji na klavír, oni by měli poznat, jaká je to písnička. Potom si tu písničku společně zazpíváme, ale doprovázíme se třeba na nohy, nebo tleskáme. A to zvládají docela hezky.*“ Dále uvádí, jaké další hudební nástroje využívají: „*máme Kinder vajíčka, z nich máme udělaná chřestidla, máme triangl a hlavně Drumbeny, v rámci té muzikoterapie, to je hodně baví. ...Oni tak rádi zpívají u klavíru, i když přijdeme z vycházky a třeba čekáme pět minut ještě na oběd, než nám vychladne Polívka, že je vařící, tak si prostě zpíváme u klavíru.*“

Z těchto výpovědí můžeme konstatovat, že je vysoká míra integrace hudby do výuky a každodenních aktivit v mateřské škole. Práce s hudbou je využívána různorodě, i pro jiné činnosti nežli jen pro hudební výchovu. Je integrována do různých vzdělávacích oblastí, včetně rozvoje jemné a hrubé motoriky, dechových cvičení a rytmizace. Pedagogové vnímají hudbu velmi pozitivně, jako důležitý nástroj pro rozvoj dětí. Hudba je považována za efektivní prostředek pro zlepšení dalších dovedností dětí.

TO5: Jakou roli hraje při logopedické prevenci hudba, případně využití prvků muzikoterapie?

Kategorie: PRVKY MUZIKOTERAPIE V LOGOPEDII

Kódy: Logopedie, prevence, prvky muzikoterapie, hudba, hudební nástroje, plán výuky

Tato kategorie zjišťuje, jak důležitá je hudba a prvky muzikoterapie v procesu logopedické prevence. Konkrétně se zaměřuje na to, jak je hudba používána k podpoře řečového

a jazykového vývoje dětí, jaké hudební aktivity přispívají k rozvoji dalších komunikačních dovedností a jaký je postoj pedagogů na tuto problematiku.

Respondentka R2 a R3 se ve svých výpovědích shodují, při logopedické prevenci a v rámci nápravy hlásek prvky muzikoterapie nepoužívají. R2 tvrdí: „...moc ne. Já nepoužívám ani různé ty drátky a pomůcky, takže nejdřív je potřeba základ, který třeba upevnit u těch dětí. Pak teprve můžu použít hudbu.“ Respondentka R3, toto potvrzuje: „Úplně si nemyslím, v rámci logopedické prevence ne. Logopedii nemáme vůbec zaměřenou na tu hudbu.“

Respondentka R1 tvrdí, že vzhledem k tomu, že vede jak kroužek muzikoterapie, tak logopedickou prevenci, tak tyto dvě oblasti propojuje. „...já jsem dělala logopedickou prevenci právě s Drumbenama. Měla jsem téma lesní zvířata a bylo to fajn... Používáme bubny, používáme jambe, používáme Drumbeny, používáme dřívka a triangl.“ Po skončení rozhovoru mi poskytla materiál, který při práci s dětmi využívá. Je na téma „Lesní zvěř“ a zde se zaměřuje na napodobování zvuků zvířat (sluchová percepce), rozvoj řečových a jazykových schopností, na správné vyslovování, ovládnání dechu, tempa a intonace řeči a také na ovládnání jemné a hrubé motoriky. Součástí tohoto materiálu je i cvičení 1. Vytleskat své jméno - „Já se jmenuji“ (rytmické cítění s použitím hudebních nástrojů); cvičení 7. Zpěv písní „Běží liška k Táboru“ (rozvoj slovní zásoby, výslovnost).

Z výpovědí můžeme konstatovat, že z většiny případů nejsou nevyužívány prvky muzikoterapie při logopedické prevenci. Podle výpovědi respondenty R1 prvky muzikoterapie podporují rozvoj řečových dovedností, sluchové percepce a motorických schopností u dětí. Plán výuky, který poskytla respondentka R1, ukazuje, jakým způsobem integruje hudbu do konkrétních cvičení zaměřených na rytmické cítění, rozvoj slovní zásoby a výslovnost. Celkově lze tedy konstatovat, že respondentky se liší v přístupu k využití hudby v logopedické prevenci, přičemž pouze R1 aktivně využívá prvky muzikoterapie jako součást logopedické prevence

TO6: Jak se intervence projevuje na chování dětí?

Kategorie: POZOROVANÉ PROJEVY U DĚTÍ

Kódy: chování, pocity, pozitivní naladění, zklidnění a relaxace, radost a zábava, interakce s okolím, hudební nástroje, zpívání, básničky, hudba

Zde zjišťujeme jak se děti po skončení intervence, ve které byly použity prvky muzikoterapie, či obecně hudby, cítí a chovají. To může poskytnout náhled na to, jakým způsobem se práce s hudbou projevuje na jejich celkovém psychosociálním rozvoji.

Respondentka R3 pozoruje, „...že vždycky, když máme hudební výchovu, tak oni jsou pak takoví veselí a celý den si pobrukuje a má to na ně pozitivní účinek. ...já neznám dítě, kterému by vyloženě vadilo zpívat nebo říkat básničky. Občas se ve školce vyskytne dítě, které, když se zpívá nahlas nebo děti křičí, tak si zacpává uši, ale je to opravdu úplně minimální. Hudbu oni milují, mají to rádi.“ Respondentka R2 toto potvrzuje a doplňuje, že „...děti to zklidňuje, hudbu používáme i při odpočinku.“

Respondentka uvádí svou osobní zkušenost. „...mají to rádi, i si o to sami řeknou. Jsou radostní, užívají si to. Tančí, zpívají, a třeba řekneme – tak, už poslední písnička – a oni by chtěli dál, fakt je to baví. A i to bubínkování mají hrozně rádi. My na těch bubnech vlastně i cvičíme, schováváme se do bubínku. Jak tam jsou ty dvě díry, tak oni si tam dají ruce, děláme si legraci z toho. Nebereme to všechno vážně.“

Z výpovědí vyplývá, že děti se po hudebních aktivitách cítí veselé a často si celý den pobrukuje. Hudba má na ně celkově pozitivní vliv. Většina dětí má ráda zpívání a recitování básniček, i když občas se najde dítě, které se cítí nepříjemně při hlasitém zpěvu nebo křiku. Hudba má na děti uklidňující účinek a je používána i při odpočinku, což potvrzuje další pozitivní vliv hudební intervence. Děti si hudební aktivity užívají, jsou radostné a tančí, zpívají. Sami si o tyto aktivity říkají a nechtějí přestat, když se blíží konec. Hudební nástroje, jako bubny, jsou mezi dětmi velmi oblíbené, a dokonce jsou součástí jejich cvičení a her, což přispívá k jejich radosti a zábavě. Celkově lze říci, že hudba má na děti velmi pozitivní vliv, zlepšuje jejich náladu, poskytuje zábavu a relaxaci, a podporuje pozitivní sociální a emocionální zkušenosti.

TO7: Jakým způsobem se při logopedické prevenci i mimo ni zaměřujete na rozvoj sluchového vnímání?

Kategorie: SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ

Kódy: zvuky, rozpoznávání zvuků, sluchová diskriminace (rozlišování), rytmus, tleskání, hry, slabiky, sluchové vnímání, jazyková výchova, sluchová paměť, fonematické uvědomování, sluchová pozornost

Uvedená kategorie syntetizuje informace, které se ve výpovědích respondentek zaměřují na způsoby rozvoje sluchového vnímání u dětí, jak při logopedické prevenci, tak i mimo ni. Zjišťuje konkrétní, aktivity nebo cvičení, které respondentky používají k podpoře a rozvoji schopností dětí vnímat zvuky, rozlišovat zvukové podněty, a rozvíjet tak jejich sluchové dovednosti.

Respondentka R3 odpovídá konkrétně se zaměřením již na logopedickou prevenci, kdy mají pokaždé logopedickou prevenci orientovanou na jinou oblast: „...*pokaždé logopedickou chvíli máme jinak, spíš to vyplyne. Třeba v rámci diagnostiky jim říkám slova, a ptám se, jak je slyší. Řeknu slova dříve, třive. Jsou ta slova stejná nebo jiná? Takže porovnávání slov děláme.*“

Respondentka R1 s dětmi konkrétně pracuje i tak, že vytleskávají, určují počáteční písmeno ve slově, poslední písmeno ve slově, kolikrát se tleskne v daném slově, napodobují zvuky a pro děti je to zábava. „...*když máme dopravní prostředky, tak dítě zahouká a druhý má určit, kdo to byl. Takže i tím vlastně rozvíjíme to sluchové vnímání.*“ Dále pak zmiňuje další hry, které s dětmi hrají „...*maminka šla do obchodu a koupila mléko, jogurt, tak děti to mají opakovat. Pak se přidá třetí slovo, čtvrté slovo, a oni by si měli zapamatovat, co všechno ta maminka nakoupila.*“

Respondentka R2 popisuje, jakým konkrétním způsobem se zaměřují na rozvoj sluchového vnímání u dětí předškolního věku. „*Sednu si ke klavíru, ruce dám dozadu, hraji vysoký, nízký, krátký, dlouhý tón a oni určují. Musím mít ruce obráceně, aby to nepoznali, protože jinak to poznají. K tomu přidávám jazykovou výchovu, najdi slovo na tolik slabik, co zahraji. Nebo obráceně, řeknu slovo, zahraji množství slabik a ptám se – je to dobře, není to dobře, vytleskej to dobře. Pak máme ve školce bzučáky na určování délky slabik. Jdeme svačit a popřát nám půjde ten, kdo uslyší svoje jméno. Já zabzučím, nastoupí si, kdo slyší. Poté to*

ještě zopakují a zůstane tam už jen polovina dětí. Zabzučím například jméno Markéta, ten, kdo to není, vytleská svoje jméno a jde si sednout. Ty děti jsou ale už fikany. Zeptám se Tondy, proč jsi tady, vytleskej svoje jméno, ale on řekne Toniček HA! A to je to sluchové vnímání. On ví, že je Tonda, ale teď chci popřát, tak musím být Toniček.“

Z těchto odpovědí můžeme analyzovat složky sluchového vnímání, na které se při práci s dětmi pedagožky zaměřují. Pracují na rozlišování a rozpoznávání zvuků, dále se zaměřují na rytmus a tleskání, kdy určují počet slabik ve slově. Určování počátečního a koncového písmene ve slově můžeme zařadit pod fonematické uvědomování. Dále se zaměřují na trénink sluchové paměti, kdy spojují počet slabik ve slově s hranými tóny na klavír; na sluchovou diskriminaci, pomocí identifikace rozdílů mezi různými zvuky a tóny, do čehož můžeme zařadit hru s bzučákem na určování délky slabik. Další složkou, na kterou se zaměřují, je sluchová pozornost, která se trénuje napodobováním zvuků nebo hrou s bzučákem. Na základě těchto výstupů můžeme konstatovat, že respondentky pracují s dětmi na rozvoji sluchového vnímání prostřednictvím různých interaktivních, hravých a komplexních metod, které pokrývají široké spektrum dovedností potřebných pro efektivní rozvoj sluchové vnímání. Tedy, i když všechny respondentky nezmiňují využití hudby přímo v kontextu sluchového vnímání při logopedické prevenci, z jejich popisu aktivit je patrné, že hudba a prvky muzikoterapie jsou součástí jejich metodiky rozvoje sluchového vnímání.

TO8: Jaký je váš názor na využití prvků muzikoterapie pro rozvoj sluchového vnímání dětí?

Kategorie: NÁZORY PEDAGOGŮ NA VYUŽITÍ PRVKŮ MUZIKOTERAPIE

Kódy: hudba, sluchové vnímání, intervence, souhlasná výpověď

Vytvořená kategorie slouží k popsání využití prvků muzikoterapie pro rozvoj sluchového vnímání u dětí. Zde zjišťujeme, jak respondenti vnímají možnosti a přínosy využití hudby a prvků muzikoterapie pro posílení schopnosti dětí vnímat zvuky, rozlišovat zvukové podněty a efektivně rozvíjet jejich sluchové dovednosti.

Respondentka R1 uvádí, „...určitě se dá hudba k rozvoji sluchového vnímání použít.“. Respondentka R3 si také myslí, že ano, ale přidává „*tím, že nejsem hudebník, mě nenapadá, jakým způsobem bych tu intervenci měla zaměřovat. Ale myslím, že pokud by s nimi třeba paní ředitelka pracovala nějak individuálně, tak by se to dalo.*“. Respondentka R2 uvádí „*Ano určitě, však to je v té práci s hudbou obsaženo.*“.

Všechny respondentky souhlasí s tím, že hudba a prvky muzikoterapie mohou být užitečné pro rozvoj sluchového vnímání dětí. Přesto se jejich přístupy liší v míře a způsobu integrace těchto prvků do logopedické prevence. Respondentka R1 a R2 jsou přesvědčené o přínosech hudby, zatímco Respondentka R3 je otevřená této myšlence, ale potřebovala by více specifického vedení nebo odborné podpory v oblasti muzikoterapie.

5.5 Závěr výzkumného šetření

Data získaná z tohoto výzkumu a závěry z nich vyvozené se vztahují výhradně k výzkumnému vzorku tvořenému respondenty tohoto šetření. Výsledky nemohou být použity k hodnocení využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci ve všech mateřských školách. Platí pouze pro konkrétní skupinu dotazovaných osob a nelze je zobecnit na širší populaci.

Závěry výzkumného šetření odpovídají na dílčí výzkumné otázky (DVO1, DVO2, DVO3).

DVO1: Jak je realizovaná logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji?

Odpověď na tuto dílčí výzkumnou otázku můžeme vyvodit z výpovědí 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 9. a 10. otázky dotazníkového šetření a zároveň z výpovědí 1.-3. tazatelské otázky rozhovorového šetření.

Ze získaných výpovědí můžeme konstatovat, že logopedická prevence je v Libereckém kraji realizována převážně ve státních mateřských školách. Podílí se na ní hlavně ženy, ve věku 41-60 let, s různou délkou praxe, se středoškolským, magisterským i bakalářským vzděláním. Tito pedagogové nemají z poloviny případů v oblasti logopedické prevence

dostatečnou profesní způsobilost nebo se jedná o speciální pedagogy, logopedické preventisty, či logopedické asistenty. Nejčastěji se zde setkávají s diagnózami jako je opožděný vývoj řeči, dyslálie nebo vývojová dysfázie. Logopedická prevence probíhá skupinově i individuálně, což poskytuje dětem všestranné možnosti rozvoje komunikačních schopností, a pozitivně ovlivňuje jejich schopnost komunikovat a využívat nabyté dovednosti v širším kontextu.

Rozhovorové šetření tyto informace doplňuje o konkrétní postupy realizace prevence. Ta probíhá každý týden, někdy i častěji. V některých případech dochází i ke spolupráci s klinickým logopedem. Pro práci s dětmi jsou využívány pracovní listy, notýsky a další materiály. Preventistky realizují oromotorická cvičení a dechová cvičení, která předchází samotné nápravě hlásek. Vše doplňují tematickými plány, pohybovými hrami a skupinovým cvičením, při kterém se zaměřují na rozvoj slovní zásoby a sluchového vnímání. Klíčová je zde spolupráce s rodiči, která je nezbytná pro úspěšnost logopedické prevence. K tomu dále slouží dodržování pedagogických zásad, kdy se postupuje od jednodušších úkolů ke složitějším, cvičení na sebe navazují, to zajišťuje posloupnost celého procesu, a vše je doplněno názornými ukázkami ze strany preventistek. Z výsledků vyšlo, že logopedická prevence není pouze o nápravě hlásek, jak můžeme potvrdit i z teoretických východisek, ale dochází zde k ovlivňování a rozvíjení i jiných oblastí: jemné motoriky, hrubé motoriky, sociálních dovedností, kognice, fantazie, sebevědomí, práce s emocemi a senzorických dovedností.

DVO2: Jak, a pomocí jakých metod, jsou do logopedické prevence integrovány prvky muzikoterapie pro podporu komunikačních schopností dětí ve vybraných mateřských školách?

Odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku můžeme vyvodit z analýzy dotazníkového šetření, konkrétně z 8., 13., 14., 16., 17., 18. a 19. otázky, zároveň na ní najdeme odpovědi z výpovědí na tazatelské otázky TO4, TO5 a TO6.

Z výpovědí z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nadpoloviční většina dotazovaných prvků muzikoterapie v logopedické prevenci nevyužívá a pouze dvě pětiny mateřských škol

tyto prvky implementuje. Logopedické preventistky z většiny případů nemají další speciální vzdělání v oblasti muzikoterapie, nicméně jsou tu i takové, které si muzikoterapeutickým kurzem prošly (např. využití Drumbenu v mateřské škole). To může poukazovat na nedostatečnou propagaci či dostupnost těchto kurzů, ale také na prioritizaci jiných oblastí ve vzdělávání. Dále zde může docházet k tomu, že někteří pedagogové používají prvky muzikoterapie, aniž by termín znali. Nadpoloviční většina dotazovaných považuje prvky muzikoterapie za prostředek rozvoje řeči a komunikace. Někteří respondenti zdůrazňují pozitivní vliv hudebních nástrojů na řeč a komunikaci, i když je nespojují přímo s logopedickou prevencí. Další výpovědi uvádí konkrétní oblasti, na které se při práci s prvky muzikoterapie při logopedické prevenci zaměřují, jsou jimi: rytmizace, sluchové vnímání, sluchová paměť, práce s dechem, uvolnění mluvidel, postavení těla a další. Pro práci s dětmi nejčastěji používají hudební nástroje jako jsou: dřívka, klavír/piano, bubínek, triangel, chrastítka, rolničky, činely, flétny, kytara atd. Z muzikoterapeutických metod pracují nejčastěji s poslechem hudby a s ním spojenou relaxací, s nácvičkou hudební formy a s hudební improvizací. Děti na hudbu reagují individuálně, ale velmi pozitivně. Má dopad na jejich psychickou pohodu, zklidnění a uvolnění. Pomáhá odstraňovat komunikační bariéry, děti používají košatější slovník, více se socializují a lépe komunikují své pocity. Velká většina respondentů se k této rovině nevyjádřila, což může naznačovat, že někteří nemají dostatek zkušeností s muzikoterapií nebo si nejsou jistí jejími účinky.

Tyto informace doplňuje rozhovorové šetření. Zde můžeme potvrdit data sebraná z dotazníkového šetření, z většiny případů nejsou prvky muzikoterapie využívány v logopedické prevenci. Nicméně hudba je integrována do každodenních aktivit a výuky dětí v mateřské škole. Práce s hudbou není omezena jen na hudební výchovu, ale je zařazena do různých vzdělávacích oblastí. Využívá se při rozvoji jemné motoriky, hrubé motoriky, pro práci s rytmizací, při dechových cvičeních, a pedagogové jí vnímají velice pozitivně. Dle jejich názoru se jedná o efektivní prostředek rozvoje dětí. Jedna z respondentek využívá konkrétně prvky muzikoterapie v logopedické prevenci při rozvoji slovní zásoby, výslovnosti a rytmického cítění dětí. Stejně jako z dotazníkového šetření vyšlo i z rozhovorů, že má hudba pozitivní účinek na chování a psychické rozpoložení dětí.

Ty jsou po intervenci veselé, zklidněné a zlepšuje se jejich nálada. Hudba poskytuje prostředek pro zábavu a relaxaci dětí, zároveň posiluje sociální a emocionální citění.

DVO3: Jak se zaměřuje logopedická prevence ve vybraných mateřských školách na rozvoj sluchového vnímání, a jaké prvky muzikoterapie mohou být efektivní při jeho podpoře?

Odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku můžeme vyvodit ze sebraných dat z 11., 12., 15. a 20. otázky dotazníkového šetření a ze 7. a 8. tazatelské otázky rozhovorového šetření.

Logopedická prevence se dle výpovědí z dotazníku zaměřuje na rozvoj sluchového vnímání, které tvoří její významnou složku. Pedagogové se nejvíce zaměřují na vnímání rytmu, rozvoj sluchové paměti, pracují se sluchovou analýzou a syntézou, trénují sluchovou diferenciaci, naslouchání a rozlišování figury od pozadí. Většina respondentů považuje využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci jako úspěšný nástroj pro rozvoj sluchového vnímání dětí. Ne však všemi jsou využívány. Hudba ovlivňuje rozvoj fonemického sluchu, cit pro řeč, intonaci hlasu, cit pro rytmus, pomáhá s navazováním vztahů s vrstevníky a efektivně působí pro podporu a trénink zpracování řečového signálu. Jako účinné se jeví využití rytmizace, rozlišování zvuků, určování první a poslední slabiky ve slovech, určování nižšího a vyššího tónu. Pomocí vytleskávání se dá dostat efektivně ke slabikování, i k sluchové diferenciaci hlásek. Vliv muzikoterapie je u všech dětí individuální, a tak se mohou u některých dětí objevit výrazné změny, zatímco u jiných nemusí dojít k žádným změnám.

Rozhovory potvrzují zaměření logopedických preventistek při práci s dětmi na rozvoj sluchového vnímání. Konkrétně na rozlišování a rozpoznávání zvuků, určování počtu slabik ve slově prostřednictvím rytmu a tleskání, a identifikaci počátečních a koncových písmen ve slově, což spadá pod fonemické uvědomování. Trénují sluchovou paměť spojením počtu slabik se zahránými tóny na klavíru, sluchovou diskriminaci trénují identifikací rozdílů mezi různými zvuky a tóny, a sluchovou pozornost trénují napodobováním zvuků nebo hrou s bzučákem, jak je uvedeno v kategorii „Sluchové vnímání“. Pedagožky používají interaktivní a hravé metody zahrnující hudbu a hudební nástroje, které podporují komplexní rozvoj sluchového vnímání dětí, i když nezmiňují využití hudby pro rozvoj sluchového vnímání přímo v kontextu logopedické prevence.

Z výše uvedených odpovědí na dílčí výzkumné otázky můžeme odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: **Jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji?**

I přes to, že se jeví většině pedagogů využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci jako efektivní nástroj rozvoje řeči a komunikace, ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji se prvky muzikoterapie využívají v rámci logopedické prevence velmi málo. Logopedická prevence je zaměřena mimo jiné i na rozvoj sluchového vnímání, kde logopedické preventistky pracují s rozvojem všech složek sluchového vnímání. Pedagožky používají často hudbu mimo činnosti logopedické prevence, děje se tak v rámci dalších aktivit, které v mateřské škole probíhají. Ty jsou nepřímo využívány pro podporu a rozvoj komunikačních schopností, ale také sluchového vnímání. Hudba rozvíjí i další oblasti, ovlivňuje motorické dovednosti, duševní pohodu, sociální cítění a emocionální cítění dětí, kognitivní schopnosti, ale také slouží jako prostředek relaxace. Nejpoužívanější muzikoterapeutické metody v mateřských školách zahrnují využití hudebních nástrojů, jako jsou dřívka, klavír, bubínek, triangel, chrastítka, rolničky, činely, flétny a kytara. Nejoblíbenějšími muzikoterapeutickými technikami jsou poslech hudby, relaxace, nácvik hudebních forem a hudební improvizace.

5.6 Doporučení pro praxi

Zaměření se na sluchové vnímání v logopedické prevenci je důležitou součástí, protože tvoří základ pro rozvoj řeči a jazyka. Pomáhá při fonematickém uvědomování, což zahrnuje schopnost slyšet a rozpoznávat rozdíly mezi zvuky ve slovech. Děti s potížemi se sluchovým vnímáním často špatně rozeznávají rozdíly mezi písmeny, to může vést k problémům se čtením. Pomocí poslechu a opakování se učí nová slova, čímž rozšiřují svou slovní zásobu, také podporují čtenářské dovednosti. Je to z toho důvodu, že se zlepšuje porozumění a reakce na mluvenou řeč, zároveň jsou tím ovlivněny i sociální interakce a vztahy s vrstevníky. Díky podpoře sluchového vnímání získávají děti větší jistotu v komunikačním procesu. To je důležité pro začlenění dítěte do kolektivu a pro aktivní účast na společenských aktivitách. Individuální přístup k dítěti navíc zvyšuje efektivitu prevence a terapie. Soustředění se na sluchové vnímání v rámci intervence pomáhá identifikovat a řešit vzniklé problémy včas, můžeme tím předcházet vzniku negativních dopadů na vývoj řeči a jazyka. Logopedická prevence, která zahrnuje hodnocení a podporu sluchového vnímání, může významně přispět k celkovému rozvoji dítěte a jeho úspěchu ve školním a sociálním prostředí.

Z výše uvedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že se pro rozvoj sluchového vnímání ve většině případů prvky muzikoterapie v logopedické prevenci nevyužívají. Nicméně z poznatků získaných v teoretické části práce můžeme vyvodit, že kombinace těchto dvou přístupů je velice vhodná. Využití prvků muzikoterapie v logopedické prevenci, do čehož spadají různé metody a techniky, které využívají hudbu a její komponenty (jako je rytmus, melodie, harmonie, zvuky atd.), může podpořit terapeutický proces a celkově přispět k rozvoji komunikačních a řečových schopností dětí, právě díky propojení řečových a sluchových oblastí v mozku.

Díky syntéze získaných dat z empirické části práce a teoretických východisek může být vytvořeno doporučení pro logopedickou prevenci, ve které se užije prvků muzikoterapie pro rozvoj řeči, ale také i pro rozvoj sluchového vnímání dětí předškolního věku. Toto doporučení může sloužit jako inspirace pro praktické využití pedagogy v mateřských školách.

Postupovat by se mělo od jednodušších celků ke složitějším, je vhodné se nejprve zaměřit na správné dýchání, posturu těla, oromotorická cvičení a samotnou stimulaci sluchu jednoduchými vjemy, díky kterým děti nabydou vědomí si vlastního těla a oblastí, na které působíme. Po ujištění, že se děti dostatečně orientují v pokynech a ovládají své tělo, můžeme navázat obtížnějšími úkoly. Do logopedické prevence je také vhodné zapojit rodiče, kteří s dětmi mohou doma dané aktivity trénovat, a tím pomoci dítěti s upevňováním toho, co se naučilo.

Tabulka č. 9: Příklady muzikoterapeutických aktivit pro logopedickou prevenci (Vlastní zdroj, 2024)

Aktivita	Popis aktivity + cíl aktivity	Hudební nástroje/prvky	Časový rozsah
Hudební příběhy s doprovodem	Čtení pohádek nebo příběhů, doplněné o hudební a zvukové efekty pro podporu naslouchání a rozšiřování slovní zásoby.	Zvukové efekty, klavír, koshi, tamburína, dešťová hůl, kalimba	20 minut 1x týdně
Poslech relaxační hudby	Poslech různých melodií, zvuků přírody a relaxační hudby pro zklidnění a pozitivní vliv na psychiku dětí.	Nahrávky přírody, relaxační hudba, výlet do přírody (práce v terénu)	15 minut denně
Hudební identifikace zvuků	Děti identifikují a rozlišují různé zvuky hudebních nástrojů, určují délku a výšku tónu, stejnost nebo jinakost zvuků.	Buben, činely, triangl, flétny, plastové trubky	5 minut 2x týdně
Hledání zdroje zvuku	Děti hledají zdroj zvuku v místnosti, čímž trénují sluchovou pozornost a směrové slyšení.	Skrytý zdroj zvuku (např. mobilní telefon hrající známou melodii)	5 minut 1x týdně

Hudební hádanky a pexeso	Děti hledají dvojice stejných zvuků nebo hádají zvuky pomocí hudebních hádanek, což zlepšuje sluchovou diskriminaci.	Nahrávky zvuků, hudební nástroje, sluchové pexeso	5 minut 2x týdně
Rytmické slabikování	Při určování počtu slabik ve slově děti místo tleskání používají hudební nástroje.	Flétny, bubínky, triangly, xylofon, melodický buben	5 minut denně
Rytmické určování počáteční a koncové slabiky	Pedagog používá buben k označení počáteční a koncové slabiky ve slově. Děti napodobují rytmus na své vlastní nástroje.	Bubny, tamburíny, jambe, kastaněty, chřestidla, drhla	10 minut 1x týdně
Zpívání s dechovým cvičením	Zpěv písní spojený s dechovým cvičením posiluje bránici, zvyšuje kapacitu plic, podporuje správné používání hlasu s měkkým hlasovým začátkem.	Zpěv, dechové nástroje – flétny, koncovky, píšťaly	20 minut 1x týdně
Hudební napodobování	Pedagog hraje nebo zpívá melodii, kterou dítě napodobuje, čímž se trénuje sluchová paměť a fonematický sluch.	Zpěv, xylofon, plastové trubky, koncovka	15 minut 2x týdně
Rytmické napodobování a hry	Děti napodobují rytmus tleskáním nebo hrou na nástroj. Poté spojují rytmus se slabikami nebo slovy, což zlepšuje sluchové vnímání,	Bubínky, dřívka	5 minut 2x týdně

	rytmické cítění a koordinaci těla.		
Rytmus a pohyb	Děti pohybují tělem podle rytmu hudby, dupají, pochodují a zpívají, což trénuje sluchovou paměť, hrubou motoriku a vnímání těla.	Reprodukováná hudba, hra na tělo	15 minut 1x týdně

Závěr

Diplomová práce s názvem Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci se zabývala využitím prvků muzikoterapie v logopedické prevenci v kontextu rozvoje sluchového vnímání dětí předškolního věku v Libereckém kraji. Práce byla rozdělena do části teoretické a části empirické.

Část teoretická byla rozčleněna do čtyř kapitol. První kapitola se zabývala popisem fungování nervového systému v kontextu řeči, sluchu a hudby, zároveň zde byla nastíněna synergie mezi těmito oblastmi. Druhá kapitola byla věnována problematice řečové komunikace u dětí předškolního věku. Byl zde popsán vývoj dětské řeči, narušená komunikační schopnost u dětí a logopedická prevence dětí předškolního věku. Byly zde uvedeny roviny logopedické prevence, metody a zajištění realizace logopedické prevence. Třetí kapitola byla zaměřena na popis problematiky sluchového vnímání a jeho složek. Ve čtvrté kapitole bylo vymezeno téma muzikoterapie jako prostředek komunikace, uplatnění muzikoterapie v logopedii a také metody, techniky a postupy muzikoterapie, které mohou být v terapeutickém procesu uplatňovány.

Poznatky z teoretické části práce byly využity jako podklad pro empirickou část práce, která sestávala z dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů. Motivem výzkumného šetření bylo ověření teoretických znalostí v praxi a získání poznatků o aplikaci prvků muzikoterapie do logopedické prevence. Hlavním cílem výzkumu bylo popsat, jak jsou využívány prvky muzikoterapie v rámci logopedické prevence se zaměřením na sluchové vnímání ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji.

Z výše provedeného šetření můžeme konstatovat, že hlavní cíl výzkumu byl naplněn a zodpovězen. Z provedeného výzkumu vyšlo, že je logopedická prevence ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji realizována převážně ve státních mateřských školách. Aktivně se do ní zapojují hlavně ženy, ve věku 41-60 let s různou délkou praxe a s různou úrovní vzdělání (středoškolské, magisterské, bakalářské). Často tito pedagogové nemají dostatečnou profesní způsobilost v oblasti logopedické prevence nebo se jedná o speciální pedagogy, logopedické preventisty či logopedické asistenty. Je otázkou, čím je

toto způsobeno, ale jednou z možností je vyšší věk pedagogů, kteří v mateřských školách působí a zvyšováním požadavků na jejich vzdělání v tomto oboru. Prevence probíhá skupinově i individuálně, s důrazem na oromotorická a dechová cvičení. Intervence je doplněna o tematické plány, pohybové hry a skupinová cvičení zaměřená na rozvoj slovní zásoby a správné výslovnosti. Logopedická prevence je orientována také na rozvoj sluchového vnímání a jeho konkrétní složky, což vypovídá o komplexnosti intervence. Klíčová pro úspěšnost prevence je spolupráce s rodiči a dodržování pedagogických zásad. Ačkoli pedagogové považují využití muzikoterapie v logopedické prevenci za efektivní nástroj rozvoje řeči a komunikace, ve vybraných mateřských školách v Libereckém kraji je muzikoterapie využívána jen zřídka. To může být zapříčiněno nedostatečnými znalostmi pedagogů v této oblasti nebo dostupností prostředků pro její realizaci. Pedagožky často používají hudbu mimo logopedickou prevenci. Hudba podporuje komunikační schopnosti, sluchové vnímání, motorické dovednosti, duševní pohodu, sociální a emocionální citění a kognitivní schopnosti dětí. Na základě získaných informací byl navíc vytvořen návrh konkrétních příkladů muzikoterapeutických aktivit pro logopedickou prevenci, který by mohl zvýšit frekvenci používání prvků muzikoterapie.

Implementací prvků muzikoterapie do logopedické prevence se podpoří celkový proces rozvoje řeči a komunikace. Hudební aktivity posilují fonematické uvědomování, sluchovou paměť, pozornost a diferenciaci, tedy klíčové dovednosti pro rozvoj komunikace u dětí. Hudba je přirozeným zdrojem odměn, což může dělat celou intervenci pro děti nejen zábavnou a kreativní, ale také výrazně podporovat proces učení. Celkově tak hudba vytváří pozitivní a motivující prostředí pro učení. Toto propojení přináší obohacení k tradičním metodám logopedické prevence, nicméně neslouží k jejímu nahrazení.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Amos, A. (2023). *The enigma of stuttering: an analysis of singing versus speaking*.
<https://abiodynamos.medium.com/title-the-enigma-of-stuttering-an-analysis-of-singing-versus-speaking-91764d132b14>
- Bednářová, J., & Šmardová, V. (2008). *Diagnostika dítěte předškolního věku*. Edika.
- Bednářová, J., & Šmardová, V. (2010). *Školní zralost: Co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Computer Press.
- Brichtová, J. (2020). *Co je to sluchové vnímání*.
<https://www.sluchpostcb.cz/download.php?id=1154>
- Bruscia, K. E. (1998). *Definig music therapy*. Barcelona: Pathway Book Service.
- Dezort, J. (2024). *Koktavost u dětí*. DobráLogopedie.cz. PhDr. Jan Dezort, Ph.D.
<https://www.dobralogopedie.cz/cz/koktavost-u-deti-wp000020.html>
- Dlouhá, O., Krejčířová, D., Nevšímalová, S., Paclt, I., Škodová, E., & Vokřál, J. (2017). *Poruchy vývoje řeči*. Galén.
- Dylevský, I. (2011). *Základy funkční anatomie*. Poznání.
- Frič, M., Kučera, M., Otčenášek, Z., & Ognjenovičová, Z. (2016). *Senzoricko-senzitivní integrace v rehabilitaci poruch řeči a sluchu*. Výzkumné centrum hudební akustiky HAMU.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido.
- Gerlichová, M. (2021). *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Grada.
- Hudák, R., & Kachlík, D. (2015). *Memorix anatomie*. Triton.
- Chrástka, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Grada Publishing, a.s.

Jones, K., & Odell-Miller, H. (2023). *A theoretical framework for the use of music therapy in the treatment of selective mutism in young children: Multiple case study research*. *Nordic Journal of Music Therapy*, 32(1), 4–28.

<https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2028886>

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., Procházka, T., & Grochalová, K. (2009). *Základy muzikoterapie*. Grada.

Kejklíčková, I. (2016). *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Grada

Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Grada Publishing, a.s.

Kolektiv autorů projektu WELCOME: Felcmanová, L., Krčmářová, L., Kropáčková, J., Loudová Stralczynská, B., Šumníková, P., Zemková, J., Kövérová L', Vojtová, Z., Angelov, V., Aleksandrova, T., Kolev, M.V., Matanova, V., & Markova, N. (2019). *Metodika pro práci s dětmi s SVP v předškolním vzdělávání*. RAABE.

https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/a63fb256-a323-4f9e-9e59-2f261c390901/CZ_WELCOME_Metodika-pro-praci-s-detmi-SVP.pdf

Kolesová, E. (2024) *Breptavost*. Logopedieonline.cz.

<https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/breptavost/>

Kutálková, D. (2009). *Průvodce vývojem dětské řeči: Logopedická prevence*. Galén

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

Lechta, V. (2005). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál.

Leonardia, S., Cacciola, A., De Luca, R., Aragona, B., Andronaco, V., Milardia, D., Bramantia, P., & Calabro, R.S. (2018). *The role of music therapy in rehabilitation: improving aphasia and beyond*. *International Journal of Neuroscience*, 128(1), 90–99.

<https://doi.org/10.1080/00207454.2017.1353981>.

Lipnická, M. (2013). *Logopedická prevence v mateřské škole*. Portál.

- Love, R.J., & Webb, W.G. (2009). *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Portál.
- Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Grada.
- Motlová, K. (2024). *Sluchové vnímání*. NOVADIDA. <https://www.novadida.cz/poradna-skolni-zralost/poradna-sluchove-vnimani/>
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1997). *Creative Music Therapy*. New York.
- Novák, A. (1999). *Vývoj dětské řeči*.
- Pitt, J. (2020). *Communicating through musical play: combining speech and language therapy practices with those of early childhood music education – the SALTMusic approach*. *Music education research*, 22(1), 68–86.
<https://doi.org/10.1080/14613808.2019.1703927>
- Procházka, R., & Orel, M. (2021). *Vývojová neuropsychologie*. Grada Publishing, a.s.
- Řičan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada.
- Smeijsters, H., & Vink, A. (2003). Music therapy in the Netherlands. In: *Voices: A world forum for music therapy*.
https://voices.no/community/index.html?q=country%252Fmonthnetherlands_september2003
- Sovák, M. (1984). *Logopedie předškolního věku*. Státní pedagogické nakladatelství v Praze.
- Šimanovský, Z. (2011). *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Portál.
- Škodová, E., & Jedlička, I. (2003). *Klinická logopedie*. Portál.
- Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Valenta, M., & Müller, O. (2003). Psychopedie – teoretické základy a metodika. Parta.

Válková, V. (2011). NÁCVIK SLUCHOVÉ PERCEPCE.

<https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=4845>

Verny, T.R. (2023). Mysl celého těla. BOHEMICA BOOKS.

Zelinková, O. (2003). Poruchy učení. Portál.

Seznam příloh

Příloha 1 – Vzor dotazníkového šetření

Příloha 2 – Tabulka č. 3: Hudební nástroje

Příloha 3 – Informovaný souhlas

Příloha 4 – Schéma polostrukturovaného rozhovoru s logopedickým preventistou

Příloha 5 – Přepis polostrukturovaného rozhovoru s respondentem R1

Příloha 1 – Vzor dotazníkového šetření

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dobrý den, věnujte prosím několik minut svého času vyplněním následujícího dotazníku. Jedná se o výzkum k diplomové práci s názvem „Aplikace muzikoterapie při logopedické prevenci“. Tento dotazník je určen pro logopedy nebo pedagogy, kteří provádí logopedickou prevenci v mateřských školách. Dotazník je vytvořen výhradně pro účely výzkumu a bude zpracován anonymně. Vážím si vašeho času a předem Vám děkuji za vyplnění a pravdivé zodpovězení otázek.

Anna Srnková

1. Jaké jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Která z níže uvedených kategorií zahrnuje váš věk?

- a) 18-20
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) 41-50
- e) 51-60
- f) 61 a více

3. V jaké mateřské škole působíte?

- a) Státní
- b) Soukromá
- c) Speciální
- d) Církevní
- e) Lesní
- f) Jiná (prosím uveďte)

4. Jak dlouho již v mateřské škole působíte?

- a) Méně než 1 rok

- b) 1-4 roky
 - c) 5-8 let
 - d) 9-12 let
 - e) 13 let a více
- 5. Je ve vaší mateřské škole realizována logopedická prevence?**
- a) Ano, vede jí pracovník mateřské školy
 - b) Ano, vede jí externí pracovník
 - c) Ne, není
 - d) Jiná (prosím uveďte)
- 6. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- a) Střední škola s maturitou
 - b) Bakalářské
 - c) Magisterské
 - d) Jiná (prosím uveďte)
- 7. Jakou kvalifikaci máte v oboru logopedie**
- a) Logopedický preventista (MŠMT)
 - b) Logopedický asistent (MŠMT)
 - c) Speciální pedagog – logoped, surdoped (MŠMT)
 - d) Logoped ve zdravotnictví (MZ)
 - e) Klinický logoped (MZ)
 - f) Jiná (prosím uveďte)
 - g) Nemám kvalifikaci
- 8. Absolvoval/a jste nějaký speciální kurz, seminář nebo školení v oblasti muzikoterapie? Pokud ano, prosím uveďte.**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9. S kterými logopedickými diagnózami se ve vaší mateřské škole setkáváte nejčastěji?**
- a) Opožděný vývoj řeči prostý
 - b) Opožděný vývoj řeči při poruchách sluchu/mluvidel/intelektu
 - c) Vývojová dysfázie

- d) Afázie u dětí
- e) Mutismus
- f) Dyslálie
- g) Dysartrie
- h) Rinolalie
- i) Palatolalie
- j) Kóktavost
- k) Breptavost
- l) Porucha vývoje řeči při nedostatku řečových impulzů nebo negativních vlivech z okolí
- m) Jiná (prosím uveďte)

10. Jak probíhá logopedická prevence?

- a) Ve skupině
- b) Individuálně
- c) Skupinově i individuálně
- d) Nepochází

11. Pracujete s dětmi v rámci logopedické prevence cíleně na rozvoji jejich sluchového vnímání?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Jiná (prosím uveďte)

12. Pokud s dětmi na rozvoji sluchového vnímání pracujete, uveďte prosím, jakým způsobem.

- a) Trénink sluchové diferenciacie (rozlišování podobně znějících hlásek, slov, měkčení)
- b) Trénink naslouchání (pozorné poslouchání a pochopení významu obsahu sdělení)
- c) Trénink rozlišování figury od pozadí (zaměření pozornosti na určitý zvuk např. v rušném prostředí)

- d) Práce se sluchovou analýzou a syntézou (např. rozklad slov na slabiky, skládání slabik do slov)
- e) Trénink zaměřený na rozvíjení sluchové paměti (básničky, písničky, říkanky, sluchové hry)
- f) Práce zaměřená na vnímání rytmu (rytmizace, tleskání, říkanky, básničky, písničky)
- g) Jiná (prosím uveďte)

13. Využíváte ve vaší mateřské škole prvků muzikoterapie, v rámci logopedické prevence?

- a) Vyberte jednu odpověď
- b) Ano
- c) Spíše ano
- d) Spíše ne
- e) Ne

14. Myslíte si, že užití muzikoterapie/prvků muzikoterapie může přispívat k rozvoji řeči a komunikace u dětí? (Pokud ano, uveďte, jakým způsobem. Můžete zde uvést i vlastní zkušenost z praxe.)

.....

15. Myslíte si, že užití muzikoterapie/prvků muzikoterapie může přispívat k rozvoji sluchového vnímání? (Pokud ano, uveďte prosím, jakým způsobem. Můžete zde uvést i vlastní zkušenost z praxe.)

.....

16. Pokud s muzikoterapií nebo jejími prvky pracujete v rámci logopedické prevence, uveďte prosím, jaké hudební nástroje při práci s dětmi používáte?

- a) Agogo
- b) Boomwhackers plastové trubky
- c) Buben
- d) Bubínek
- e) Činely
- f) Didžeridoo
- g) Djembe

- h) Dřívka
- i) Flétna
- j) Housle
- k) Chrastítko
- l) Kalimba
- m) Kastaněty
- n) Klavír nebo piano
- o) Koshi
- p) Kovový bubínek
- q) Kytara
- r) Ocean drum
- s) Rolničky
- t) Rotující zvukové vlny
- u) Rumba koule
- v) Řehtačka
- w) Tamburína
- x) Triangl
- y) Ukulele
- z) Xylofon
- aa) Jiná (prosím uveďte)

17. Vyberte, se kterými muzikoterapeutickými metodami pracujete nejčastěji ve vaší mateřské škole, jako součást logopedické prevence:

- a) Hudební improvizace – pomocí nástroje nebo hlasu
- b) Hudební interpretace (např. nácvik vybrané hudební skladby nebo formy)
- c) Receptivní muzikoterapie (poslech hudby, relaxace)
- d) Kompozice (tvorba vlastních skladeb či písní)
- e) Jiná (prosím uveďte)

18. Pokud s prvky muzikoterapie pracujete, jak se děti po skončení intervence chovají, jak na ně dle vás působí? (Uveďte zde prosím svou zkušenost z praxe.)

.....

19. Pozorujete u dětí po aplikaci prvků muzikoterapie změny v komunikačních schopnostech, popřípadě jaké?

.....

20. Pozorujete u dětí po aplikaci prvků muzikoterapie konkrétní změny ve sluchovém vnímání, popřípadě jaké?

.....

Příloha 2 – Tabulka č. 3: Hudební nástroje

Odpověď	Počet	Podíl
Dřívka	35	77,8 %
Klavír nebo piano	33	73,3 %
Bubínek	31	68,9 %
Triangl	27	60 %
Rolničky	23	51,1 %
Chrastítko	21	46,7 %
Činely	21	46,7 %
Rumba koule	20	44,4 %
Xylofon	19	42,2 %
Tamburína	18	40 %
Boomwhackers plastové trubky	15	33,3 %
Flétna	13	28,9 %
Buben	13	28,9 %
Kytara	12	26,7 %
Řehťačka	10	22,2 %
Kastaněty	10	22,2 %
Kalimba	7	15,6 %
Jiná	6	13,3 %
Djembe	4	8,9 %
Ukulele	3	6,7 %
Ocean drum	3	6,7 %
Koshi	3	6,7 %
Didžeridoo	3	6,7 %
Kovový bubínek	2	4,4 %
Housle	1	2,2 %
Rotující zvukové vlny	1	2,2 %
Agogo	1	2,2 %

Zdroj: Vlastní šetření

Příloha 3 – Informovaný souhlas



PEDAGOGICKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely diplomové práce XY

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce XY s názvem XY. Cílem výzkumu je XY.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním.
Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby diplomové práce, jinak nikomu až na anonymní části citované v textu práce, která bude volně dostupná online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/ a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Příloha 4 – Schéma polostrukturovaného rozhovoru s logopedickým preventistou

Jakým způsobem a jak často je ve vaší mateřské škole realizována logopedická prevence?

Jakým konkrétním způsobem s dětmi pracujete?

Jakým způsobem se při logopedické prevenci i mimo ni zaměřujete na rozvoj sluchového vnímání?

Jak s dětmi pracujete pomocí hudby?

Jakou roli hraje při logopedické prevenci hudba, případně využití prvků muzikoterapie?

Jaký je váš názor na využití prvků muzikoterapie pro rozvoj sluchového vnímání dětí?

Na jaké další oblasti rozvoje kromě řeči se zaměřujete?

Jak se intervence projevuje na chování dětí?

Příloha 5 – Přepis polostrukturovaného rozhovoru s respondentem R1

Označení T: výzkumník, tazatel otázek

Označení R: respondent R1

T: Takže souhlasíte teda s účastí na výzkumu a s nahráváním rozhovoru?

R: Ano, souhlasím.

T: Moje první otázka je, jakým způsobem a jak často u vás probíhá logopedie v mateřské škole?

R: U nás probíhá každé úterý, když mám ranní, tak po své pracovní době si беру děti, když mám odpolední, tak požádám asistentku pedagoga, aby si sedla na lehárnu a já si jdu dělat logopedii do logopedické třídy. Anebo někdy, když mám odpolední, tak chodím o hodinu dřív do práce a беру si děti na logopedii, ale to dělám méně často, protože je zas nechci vytrhnout z tý jejich činnosti ve třídě, takže pokud možno si je беру spíš po obědě.

T: A jak to probíhá skupinově nebo individuálně nebo obojí?

R: Někdy skupinově, někdy individuálně, protože někdy tam mám třeba čtyři děti, někdy potřebuju mít opravdu jenom jedno dítě, abych s ním u logopedického zrcadla pracovala a když jich mám víc, tak třeba jedno dítě si беру k logopedickému zrcadlu, ostatní mají něco za úkol, buď pracujou na koberci nebo pracujou u stolečku, takže jak kdy.

T: No a zaměřujete se právě i na sluchový vnímání v té logopedii, když je tam takhle máš?

R: Zaměřujeme se na sluchový vnímání, tak vytleskáváme, že jo, určujeme počáteční písmena, napodobujeme zvuky, takže i na tohle se zaměřujeme.

T: Jo, a používáte i hudbu, nebo hudební nástroje třeba právě v rámci tý logopedie takhle, že si tam třeba vezmete nějaký nástroje nebo tak?

R: Když tady byla inspekce a byla se podívat, tak já jsem dělala logopedickou prevenci právě s Drumbenama. Měla jsem téma lesní zvířata a bylo to fajn, bylo to hezký, já ti pak klidně ukážu tu moji přípravu na ten den. A jinak používáme bubny, používáme jambe, používáme ty Drumbeny teda, používáme dřívka, triangel, a to je tak asi všechno.

T: Ty jsi říkala, že probíhá i muzikoterapie, a ta probíhá jak často tady u vás?

R: Není to vůbec daný. Někdy jdeš do práce a říkáš si, dneska chci s dětma bubínkovat, dneska budeme bubnovat na jambe, dneska si uděláme Drumbeny, budeme na ně cvičit, a prostě je to takový podle toho, jak já si řeknu, není to nic určeného.

T: ...Myslíš si, že se dá využít tý hudby, v rámci tý muzikoterapie právě na ten rozvoj toho sluchového vnímání?

R: Já myslím, že určitě.

T: A pracuješ s nějakým konkrétním cílem nebo, nebo spíš je to jako zábava pro ty děti?

R: Je to zábava pro děti. Já většinou mám témata, když jdu dělat logopedii s více dětma nebo tu logopedickou prevenci, tak podle toho, jaký máme týdenní plány. Když máme zvířátka ze zoo, tak se soustředím třeba na ty zvířátka a máme pohybovou hru k tomu nebo když máme domácí zvířátka, tak si hrajeme třeba na mňoukavou kočičku, uděláme si kroužek, jedno dítě je tam mňoukavá kočička, ostatní mají zavřené oči a vlastně oni mají uhodnout, kdo byla tam mňoukavá kočička. Takže vždycky se snažím tematicky. Nebo když máme dopravní prostředky, tak dítě zahouká a druhý má určit, kdo to byl. Takže i tím vlastně rozvíjíme to sluchový vnímání.

T: A zkusíš ještě jenom říct, konkrétně, když se vrátíme zpátky do té logopedie, co třeba ještě dalšího v rámci rozvoje sluchového vnímání trénujete?

R: Začáteční hláska, konečná hláska, kolikrát tleskneme, slabikování těch slov... Děti mají slova, teď tady konkrétně dopravní prostředky, takže já si tohle vystříhám všechno, oni mají vlastně slovo, podle toho to mají složit to slovíčko, vytleskáváme, určujeme počáteční písmena, určujeme, který je třetí, čtvrtý a takový a napodobujeme zvuky, že jo, jak dělá

motorka, takže i to je sluchový vnímání. Víím, že jsou takový ty hry, že maminka šla do obchodu a koupila mléko, jogurt, tak děti to mají opakovat. Pak přidáš třetí slovo, čtvrtý slovo. A oni by si vlastně měli zapamatovat, co všechno ta maminka nakoupila.

T: A třeba nějakou rytimizaci s dětmi taky děláte?

R: To rymizujeme pořád. Vlastně my, když se učíme nějaký říkanky, básničky, tak v podstatě rymizujeme nebo ukazujeme. Když třeba mám hudebku, ale říkám, nejsem žádná velká hudebnice, tak jsme si dávali hudební hádanky, já jim zahraju na klavír, oni by měli poznat, jaká je to písnička a potom my si tu písničku společně zazpíváme, ale doprovázíme se třeba na nohy, tleskáme nebo jo, takže to oni se snaží. A to zvládají docela hezky.

T: A při hudebce používat ještě nějaký jiný nástroj než ten klavír a bubny?

R: Máme takový ty vajíčka z těch Kinder vajíček, takový ty chřestidla, máme ten triangel, takže tohle používáme nebo často jim dávám dřívka. Třeba, když se učíme i novou písničku, tak se jí naučíme, ale potom se doprovázejí na ty dřívka, že se rymizuje.

T: A jaký je nejoblíbenější nástroj pro ty děti?

R: Oni rádi zpívají u klavíru, a zpíváme často, i když přijdeme z vycházky a třeba čekáme pět minut ještě na oběd, než nám vychladne polívka, že je vařící, tak si prostě zpíváme u klavíru. Nebo třeba teď, jak máme asistentku pedagoga, tak to je mladá holčina, tak často jim i pouští písničky, že si tady zatancují, zazpívají, takže jako tahle třída je celkem taková, že by je to bavilo

T: A když ty děti tam mají i v tom dni zařazenou hudbu, jak by si řekla, že se potom chovají nebo jak je to ovlivňuje?

R: Oni to mají rádi, oni si o to i sami řeknou, jo, my třeba přesně přijdeme, čekáme na ten oběd, tak si sednou před klavír, tak buď si zpíváme nebo napodobujeme třeba ty zvířátka, že si řekneme, zatleskáme, zamotáme jako kočka, zamňoukáme, mňau, mňau, mňau, nebo zatleskáme, zamotáme jako pejsek, zaštekáme haf, haf, haf, a to mají taky hrozně rádi.

T: Hmm, a jako jsou ty děti potom třeba víc radostný nebo třeba zklidněný nebo naopak...

R: Já bych řekla, že jsou fakt radostný, oni si to užívají, oni tančí, zpívají a třeba řekneme děti, tak už poslední písnička a oni prostě ještě by chtěli dál, jo, že je to fakt baví. A i to bubínkování mají hrozně rádi a my na těch bubnech vlastně i cvičíme, schováváme se do bubínku, jak tam jsou ty dvě díry, tak oni se tam třeba schovají, dají tam takhle ruce. Víš, že si děláme i legraci z toho, že to nebereme všechno tak vážně.

T: Takže si třeba v rámci toho můžete i rozvíjet tu hrubou motoriku, nebo jiný oblasti?

R: Určitě. A jemnou motoriku taky, že jo, bubnujeme, napodobujeme ty zvířátka, ukažte mi, jak leze pavouk nebo slon, jak jde. Jak skáče zajíc, takže na tomhle my uděláme i tu jemnou motoriku. Takže tak. Jinak používáme i míčkování, a to je taky fajn. Uděláme si kroužek, pustíme si relaxační hudbu, zapálíme si svíčky, zatemníme si, a teď vlastně se míčkujeme, oni to mají rádi. A vzájemně se míčkují, nebo v kroužku, tak je to hezký.

T: To je super. Dobře, děkuju moc.