MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ A INKLUZIVNÍ PEDAGOGIKY

Diagnostika balbuties – prototyp mobilní aplikace pro balbutiky

Diplomová práce

Brno 2022

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

Vypracovala:
Bc. Eliška Maršíková

Čestné prohlášení

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

V Brně 20. března 2022 ……

Bc. Eliška Maršíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu PhDr. Janu Dezortovi, Ph.D., vedoucímu diplomové práce, a to nejen za cenné rady a podnětné připomínky, nýbrž především za velkou míru trpělivosti, osobní podporu, inspiraci, přátelský přístup a všechen čas, který mi věnoval. Velké poděkování patří rovněž „Motýlovi“ za veškerý čas, který věnoval vývoji aplikace, a také za to, že věřil v její smysl a byl ochoten se na projektu podílet. Velké díky patří také všem účastníkům výzkumného šetření za jejich vstřícnost, ochotu a důležité názory, bez kterých by tato práce nikdy nevznikla. V neposlední řadě upřímně děkuji také rodině a především partnerovi za motivaci, velké pochopení a podporu při psaní diplomové práce i po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod **6**

1 Teoretická východiska **8**

1.1 Komunikace, jazyk, řeč 8

1.2 Narušená komunikační schopnost 13

1.3 Charakteristika dospělosti 19

2 Koktavost **24**

2.1 Vymezení termínu 24

2.2 Etiologie a výskyt koktavosti 27

2.3 Klasifikace a symptomatologie koktavosti 31

2.4 Diagnostika koktavosti v České republice a zahraničí 34

3 Podpora osob s koktavostí **39**

3.1 Terapeutické techniky a doporučení 39

3.2 Mýty o koktavosti 44

3.3 Informovanost o koktavosti 48

4 Výzkumná část **54**

4.1 Formulace cílů a hypotéz 54

4.2 Metodologie výzkumného šetření 54

4.2.1 Časový harmonogram práce 57

4.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku 58

4.3 Analýza dotazníkového šetření 62

4.4 Myšlenka mobilní aplikace 74

4.5 Prototyp mobilní aplikace 75

4.6 Testování mobilní aplikace 85

4.6.1 Informantka č. 1 85

4.6.2 Informant č. 2 86

4.6.3 Informant č. 3 87

4.6.4 Informant č. 4 88

4.6.5 Informantka č. 5 89
4.6.6 Informantka č. 6 90
4.6.7 Informant č. 7 90
4.6.8 Informant č. 8 91
4.6.9 Informant č. 9 91
4.6.10 Analýza aplikace s klinickým logopedem 91
4.7 Závěry šetření a jejich využití v praxi 93
4.7.1 Analýza spokojenosti s diagnostikou koktavosti v České republice 93
4.7.2 Analýza logopedické péče koktavosti v České republice 94
4.7.3 Analýza funkčnosti modelu BALBU 95
Závěr a doporučení pro praxi 101
Závěr 101
Doporučení pro praxi 102
Shrnutí 104
Summary 105
Použité zdroje/seznam použité literatury 106
Seznam tabulek 120
Seznam obrázků 121
Seznam grafů 122
Seznam příloh 123

Úvod

Schopnost komunikovat je jednou z nejdůležitějších lidských schopností, a je tedy i nedílnou součástí života. Pokud se však jedna nebo více rovin jazykového projevu odchyluje od normy jazykového prostředí a zároveň působí inferenčně ve vztahu ke komunikačnímu záměru, pak se jedná o narušenou komunikační schopnost. Dle názoru odborníků je právě koktavost považována za jedno z nejvážnějších narušení komunikační schopnosti. Tématu se v posledních letech věnuje mnoho autorů, i proto je téma koktavosti stále velmi aktuální. I autorku této práce téma velmi zajímá (věnovala se mu už ve své bakalářské práci) a to ji vedlo k rozhodnutí se této oblasti nadále věnovat. Hlavní motivací při výběru tématu byla osobní zkušenost autorky s prací s balbutiky a zkoušení terapeutických technik v terénu.

Práce je rozčleněna do čtyř kapitol. Výzkumnému šetření předcházela analýza odborné české a zahraniční literatury, na jejímž podkladě vznikla teoretická část práce.

První kapitola je věnována komunikaci, dále narušené komunikační schopnosti a charakterizuje též období dospělosti.

Druhá kapitola je zaměřena na vymezení pojmu koktavosti a popisuje její etiologii, výskyt, symptomatologii a klasifikaci. V rámci této kapitoly jsou také shrnuty diagnostické testy, které se používají na území České republiky a v zahraničí.

Třetí kapitola se zaměřuje na podporu pro osoby s koktavostí. Autorka zde uvádí možnosti terapie a doporučení, shrnuje nejčastější mýty o koktavosti. V kapitole je též zmíněna problematika informovanosti, potažmo povědomí laické veřejnosti o koktavosti.

Čtvrtá kapitola je věnována výzkumu. Hlavním cílem práce je, jak již její název napovídá, představit vývoj diagnostické a terapeutické aplikace navržené pro potřeby českého prostředí, a přispět tak ke zlepšení situace. Ve vztahu k hlavnímu cíli byly vymezeny také cíle parciální, které se zaměřují na analýzu spokojenosti s diagnostikou koktavosti v České republice, analýzu logopedické péče o lidi postižené koktavostí v České republice a analýzu funkčnosti modelu *BALBU*.

K dosažení uvedených cílů byla zvolena jak kvalitativní, tak kvantitativní metoda výzkumného šetření. V kvantitativní části bylo využito dotazníku, který byl adresován klinickým logopedům a logopedům v předatestační přípravě.

Druhá část práce, kvalitativní, se věnuje mobilní aplikaci. Ve výzkumné části práce je popsána samotná myšlenka aplikace, zmíněna šíře možností fungování prototypu mobilní aplikace a v závěru je pak popsáno i její testování. Testování bylo provedeno s devíti vybranými balbutiky, a to za pomocí polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Rozhovor proběhl také s klinickým logopedem.

V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a vyhodnoceny cíle práce. Na základě výsledků šetření jsou pak prezentovány návrhy a doporučení pro praxi.

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikace, jazyk, řeč

Schopnost komunikace je jednou z nejdůležitějších schopností člověka vůbec. Bez možnosti komunikovat by žádná společnost nemohla vzniknout, někam směřovat nebo se vyvíjet (Bytešníková, 2007). I podle Maslowovy pyramidy potřeb je komunikace a dorozumívání řazena mezi tzv. potřeby bezpečí a jistoty. Definovat tento pojem však působí značné obtíže, přičemž jednotnou definici postrádá i v České republice. Podle Vybírala (2009) taková definice ani existovat nemůže, jelikož do ní nelze zahrnout všechny aspekty (kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní), všechny potenciální proměnné a možné roviny významu a dopadu mezilidské komunikace. Z tohoto pohledu lze konstatovat, že komunikace je velmi široký a obsáhlý pojem, což má za následek velký zájem ze strany mnoha vědních oborů, jako jsou např. lingvistika, psychologie, politologie, neurologie, biologie, antropologie atp. Každá z uvedených věd se přitom komunikaci snaží popsat ze svého úhlu pohledu (Love & Webb, 2009).

Slovo komunikace původně vychází z latinského „*communem reddere“*, což znamená „učinit společenským“. Hlubší pojetí komunikace pak v českém jazyce označujeme jako sdílení, v latinském původu *„communicare est multum dare“*, přesně přeloženo jako „komunikovat znamená hodně dát“ (Mareš & Křivohlavý, 1995). Podle Klenkové (2006) je komunikace „obecně lidská schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů“ (Klenková, 2006, s. 25). Lechta (2002, s. 13) definuje komunikaci jako „schopnost vědomě užívat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách“. Dvořák (2007) komunikaci ve svém logopedickém slovníku definuje jako přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka. Netradičním způsobem pak o komunikaci hovoří Payer (2001), která tímto slovem označuje všechny způsoby dorozumívání mezi dvěma živými tvory, mezi dvěma stroji, případně mezi živým tvorem a strojem.

Čechová (2012) uvádí, že komunikační proces probíhá mezi komunikátorem a komunikantem, a to v komunikačním kanálu s využitím komunikačního kódu – jazyka.

Vysílaná informace je označována jako komuniké. Výsledkem komunikační činnosti pak jsou komunikáty (texty, promluvy, jazykové projevy atd.) Schneiderová (2003) pak upozorňuje, že v kterékoliv fázi komunikačního procesu se mohou objevit tzv. komunikační bariéry, které jsou výsledkem zkreslení ze strany aktérů či komunikačního kanálu. Hovořit o nich lze v případě, kdy se přijatá informace neshoduje s ideovou genezí komunikátora, kvůli čemuž může dojít ke zúžení, rozšíření či celkové změně původně vyslaného obsahu.

Každá komunikace má svůj smysl, účel a plní určitou funkci. Tyto funkce však nelze přesně vyhranit, neboť se často významově překrývají (Sklenářová, 2013). Mezi hlavní funkce lidské komunikace patří funkce:

1. informovat – komunikant chce předat informaci, oznámit zprávu nebo něco prohlásit;
2. instruovat – komunikační partner se snaží druhého partnera něco naučit nebo mu dát návod, jak se něco dělá;
3. přesvědčit – komunikační partner chce přesvědčit druhého partnera v komunikaci, aby změnil svůj názor, získat jej na svou stranu, ovlivnit jej či zmanipulovat;
4. vyjednat, domluvit se;
5. pobavit – komunikační partner chce rozptýlit sebe i druhého partnera;
6. kontaktovat se;
7. předvést se – vyvolat dojem, prezentovat se (Bytešníková, 2012).

Existuje několik různých způsobů dělení komunikace. De Vito (2008) hovoří o komunikaci intrapersonální, kdy mluvíme sami se sebou, a tak se sami poznáváme a hodnotíme. Během interpersonální komunikace naopak hovoříme s druhými, poznáváme je a oni poznávají nás.

Další způsob mezilidskou komunikaci dělí z pohledu užitých prostředků do dvou rovin, a sice neverbální a verbální. Neverbální (popřípadě též nonverbální, neslovní, mimoslovní komunikace či řeč těla) v sobě zahrnuje širokou oblast komunikačních prostředků, jež jsou neslovní povahy (Tegze, 2003). Je nezastupitelným doprovodným prostředkem verbální (slovní) komunikace a jedná se o prostředek vzájemného pochopení a porozumění. Na konci 80. let 20. století Sovák (1989) uvedl, že neverbální komunikace

probíhá ve většině případů nevědomě, tedy na reflexním podkladě, a proto přímo odráží postoj komunikačního partnera ke komunikaci (Sovák, 1989). Zahrnuje v sobě veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty, a sice gesta, postoje, pohledy, mimiku, tón hlasu či úpravu zevnějšku. Neverbální komunikace je fylogeneticky i ontogeneticky starší a má vysokou výpovědní hodnotu i srozumitelnost (Klenková, 2006). Rimondini (2010) považuje neverbální komunikaci za základní jev a velmi důležitý aspekt chování, a to již od prvního dne života. Tvrdí, že v řeči lze najít neverbální prvky známé jako *„paralanguage“*, mezi které patří kvalita hlasu, emoce, styl mluvení a prozodické rysy, jako jsou například rytmus a intonace. De Vito (2008) jednotlivé typy neverbální komunikace rozebírá podrobněji a přidává k nim také komunikaci prostřednictvím předmětů, času nebo prostřednictvím mlčení. Neverbální komunikace podle něj taktéž posiluje, zdůrazňuje, popírá, nahrazuje nebo ovládá samotné verbální sdělení.

Pojem verbální neboli slovní komunikace vysvětluje Vybíral (2009) jako dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka či jinými znaky znakového systému. Slovní komunikací se rozumí výběr, kombinování a produkce jazykových znaků artikulací či psaním projevu. Verbální komunikaci považuje Rocc (in Rocci & Saussure, 2016) za jednu z nejvíce všepronikajících forem komunikace v lidské společnosti. Lipnická (2013) doplňuje, že do verbální komunikace spadá mluvená řeč a také různé symboly. Jedná se například o Braillovo písmo u nevidomých osob, znakový jazyk u sluchově postižených osob, podpůrné signály a znaky u osob s mentálním postižením. Vymětal (2008) tvrdí, že úspěch lidské komunikace z 55 % závisí na řeči těla, tedy na neverbální složce komunikace, z 38 % na hlasovém kontextu a pouze ze 7 % na verbálním projevu.

Každá mezilidská komunikace se odehrává v určitém prostředí a za určitých okolností, to jest v určitém kontextu. Ten bývá jedinečný a neopakovatelný, takže každá naše komunikace je také jedinečnou a neopakovatelnou událostí (Plaňava, 2005). Jazyk je jedinečný atribut, právě jím se lidé odlišují od ostatních tvorů. Je to klíčový nástroj, který užíváme při formování chápání světa kolem nás, při předávání kultury z generace na generaci nebo při navazování a udržování mezilidských vztahů. Jazyk je nepochybně také klíčem ke vzdělání (Gascoigne, 2006).

Klenková (2006) charakterizuje jazyk jako „soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopnou vyjádřit veškeré vědění a představy

člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jazyk je pokládán za specifickou vlastnost určité přesně vymezené skupiny lidí sdělovat prostřednictvím zvukového, písemného či jiného kódu smysluplné informace. Jazyk podléhá přesným sémantickým, gramatickým, fonologickým a fonetickým zákonům, které jsou platné pouze pro konkrétní jazyk příslušející určité etnické či jiné skupině (Bytešníková, 2007).

Zároveň je důležité si uvědomit, že jazyk se stále vyvíjí, objevují se nová slova a významy, může se měnit také jeho gramatika (Novák, 1999). Podle Čermáka (2011) je jazyk systém, který slouží především jako základní prostředek lidské komunikace. Komunikativní funkci plní každý přirozený jazyk, je to v mozku uložený systém pravidel, jednotek, modelů a konvenčních kolektivních norem k tvorbě promluv, sloužící primárně ke kódování a dekódování sdělovaných informací mnoha druhů a porozumění takovým promluvám, které jsou náplní běžné komunikace. Atkinson (2003) tvrdí, že jazyk je prvotním prostředkem komunikace myšlenek, představuje určitý univerzální prostředek, kdy každá lidská společnost má svůj jazyk a každá lidská bytost, která má normální inteligenci, si osvojuje svůj mateřský jazyk a dále jej běžně používá. Důležitější, než jaký jazyk osoba užívá, je to, jak daný jazyk dokáže využít, jaká je její komunikační kompetence – tedy zda jazyk užívá adekvátně (Bytešníková, 2012). Černý (2008) zmiňuje, že jazyk je též nástrojem myšlení. Jazyk spolu s myšlením je zřejmě tím nejdůležitějším příznakem, jímž se člověk odlišuje od ostatních druhů živočišné říše – zvířatům na rozdíl od člověka chybí artikulace. Přesný počet jazyků na Zemi nebyl zatím zjištěn, odhady se však pohybují mezi 3 500 až 7 000 druhy různých jazyků s tím, že nejvíc uživatelů na světě má čínština následovaná angličtinou a ruštinou. Pro srovnání – čeština je podle počtu uživatelů na 59. místě.

Komunikační funkce má dva základní aspekty, které od sebe nelze oddělit a které vyúsťují z rysů základní komunikační situace, sémantické a pragmatické. Za prvé, když dva jednotlivci komunikují mezi sebou lingvisticky, obvykle mluví o něčem – toto něco nazýváme referenční událostí. Zadruhé, jazyk je však zároveň upravován těmito osobami dle zvláštností okamžité komunikační situace, která zahrnuje to, co jejich partner zná a očekává a jež má bezprostřední kontext (Tomasello, 2014).

Neubauer (2007) rozlišuje následující složky jazykového kódu:

- sémantická složka – zahrnuje význam a rozsah částí jazykového kódu, u verbálního kódu především rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby;
- syntaktická složka – zahrnuje adekvátní strukturu větších celků (tj. stavbu vět a souvětí);
- fonologická složka – týká se abstraktní lingvistické úrovně individuálního zvukového systému, jímž jsme jazykový kód realizovali;
- pragmatická složka – týká se užití jazyka v sociální komunikaci a efektivity jeho užití nebo možností individuálního výběru slov či jiných částí jazykového kódu.

Věda, která jazyk studuje, se nazývá lingvistika neboli jazykověda. Mluvený lidský jazyk je obvykle doplňován a doprovázen gesty, intonací, výrazy obličeje apod., tedy parajazykem, od kterého však odlišujeme znakové jazyky neslyšících (Čermák, 2011). Dle Chleboradové a Kopečného (2019) je smysluplné využití jazyka podmíněno především pamětí, pozorností a intelektovými schopnostmi. Řeč je podle nich využíváním signálů vznikajících respirací, fonací, artikulací a rezonancí. Jak uvádí Kutálková (2012), lidská řeč je vývojově nejmladší funkce ve vývoji člověka jako druhu, a je proto poměrně zranitelná. K vývoji řeči bylo zapotřebí dlouhodobého vývoje lidského druhu – k vývoji dnešního člověka Homo sapiens sapiens uplynulo pět milionů let vývoje od společných předků člověka. Mimo zásadní změny například v anatomii došlo i k postupnému užívání a rozvoji hlasových, poté primitivních řečových signálů. Tento proces je nazýván fylogeneze, z řeckého slova phylon – kmen, zahrnující rovněž fylogenetický vývoj řeči (Kejklíčková, 2016).

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka“ (Škodová, Jedlička et al., 2003, s. 89). Podle Dvořáka (2007, s. 175) pak je řeč „forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace“. Lejska (2003) definuje řeč jako vnější projev myšlení. Považuje lidskou řeč za soubor speciálních zvukově artikulačních symbolů, který přenáší vnitřní informace, má svou gramatiku a vyvíjí se. Udává, že se člověk nerodí s nadáním pro určitý jazyk, nýbrž pouze se schopností přijímat řeč. Chceme-li, můžeme ji popsat jako komunikační jazykovou

činnost jednotlivce. Hovoříme pak o řeči jakožto individuálním způsobu realizace jazyka nebo jazykového systému.

Vztah jazyka a řeči můžeme označit jako vztah prostředku jazykové činnosti a této činnosti, která zahrnuje její produkty a jazykové projevy (Čechová, 2012). Porozumění řeči je lokalizováno v zadní části sluchového centra – ve Wernickeově centru (akustické centrum řeči). Tvorba řeči se uskutečňuje především v tzv. Brokově centru, které je umístěno těsně před motorickým centrem, uloženém v čelním laloku před centrální brázdou (Machová, 2010). Řeč je tvořena zvuky vznikajícími pomocí vzduchu vycházejícím z plic, který v hrtanu rozkmitá hlasivky. Zvuk může mít spoustu podob, zapříčiněných pohyby různých částí úst, jako jsou například jazyk a rty. Tato tvorba a modifikace zvuků je nazývána artikulace (Batshaw et al., 2013). Z komunikačního hlediska má řeč expresivní (motorickou, výrazovou) složku, kterou řeč vytváříme nebo produkujeme, a složku receptivní (percepční, vnímavou), pomocí níž přijímáme řečové sdělení a tomuto sdělení rozumíme (Čechová, 2012).

Dle Neubauera (2018) zahrnuje pojem řečová komunikace tyto dva jevy: produkci řeči, jež začíná motivovaným záměrem mluvícího přes výběr komunikačních prostředků směrem k její zvukové či grafické formě, a recepci řeči, začínající příjmem akustického signálu a optického signálu až po interpretaci rozuměných jevů.

Všichni tvorové mají schopnost určité komunikace a jsou vybaveni komunikační schopností, ovšem pouze lidská bytost je schopna řečové komunikace. Tato schopnost však může být nějakým způsobem narušena.

1.2 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (dále jen „NKS“) je základním pojmem vědního oboru logopedie. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s pojmy *„Störung von Kommunikationsfähigkeit“*, *„gestörte Kommunikationsfähigkeit“* nebo *„Communicative disability“* (Klenková, 2006).

„O NKS člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykového projevu (případně několik rovin současně) odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru“ (Lechta, 2003 sec. cit. Cséfalvay & Lechta, 2013, s. 13).

Klenková (2006) poukazuje na to, že NKS je důležité vnímat komplexně v celé její šíři. V rámci reedukace se nelze zabývat pouze foneticko-fonologickou jazykovou rovinou, tedy zvukovou stránkou řeči, nýbrž je nutné sledovat i ostatní roviny jazykového projevu, tzn. lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou jazykovou rovinu, ve kterých se NKS může taktéž projevovat. Americká psychiatrická asociace používá klasifikaci poruch řeči a jazyka zahrnující řadu kategorií těchto poruch, v nichž zachycuje též různé aspekty narušení s důrazem na jejich vznik v dětství a odlišení od potíží v oblasti komunikace, které souvisejí s jinými závažnými postiženími. Soubor představuje poruchy jazyka projevující se deficity v oblasti slovní zásoby a gramatiky, popisuje fonologické poruchy při narušení fonologického uvědomování a procesu artikulace, pragmatické narušení komunikace, poruchy plynulosti a nespecifikovaná NKS (DSM-V, 2013).

Kejklíčková (2011) uvádí pojem porucha řeči v pojetí výrazné odchylky ve zvukové podobě mluveného projevu, a to jako celku nebo v jeho určitých částech, či v neschopnosti užívat správně mluvu nebo jí správně rozumět. NKS můžeme rozdělit do oblasti symbolických a nesymbolických procesů. Poruchy symbolických procesů mohou být ve zvukové dimenzi, například dysgramatismus, či nezvukové, kam lze zařadit dysgrafii. Poruchy nesymbolických procesů se promítají ve zvukové a nezvukové oblasti. Zástupcem ve zvukové oblasti je například dyslalie. V nezvukové to pak je porucha koverbálního chování (Neubauer, 2001).

V počátcích diagnostiky je nutné nejprve posoudit, jaké úrovně ontogenetického vývoje řeči klient dosáhl. Následuje nastavení terapeutického plánu, který by korespondoval s diagnostickým procesem a školní výukou klienta. Při těžších formách NKS je nezbytné najít vhodné školní zařízení (Neubauer, 2018). Lechta (1995) již v 90. letech 20. století uvádí nejtypičtější dělení vycházející z nejtypičtějších symptomů, přičemž NKS dělí do deseti kategorií následovně:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
- získaná orgánová nemluvnost (afázie);
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
- narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie);
- narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties);
- narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);

- narušení grafické stránky řeči;
- symptomatické poruchy řeči;
- poruchy hlasu;
- kombinované vady;
- poruchy řeči.

V posledních letech se však objevují tendence odklonit v rámci kategorizace pozornost od nejvýraznějších symptomů k etiologickým faktorům vzniku narušení. Neubauer (in Neubauer et al., 2018) tak jednotlivé poruchy třídí následovně:

- poruchy na bázi percepční bariéry;
- poruchy primární funkce orofaciálního traktu;
- motorické řečové poruchy;
- poruchy vývoje individuálního jazykového systému;
- kognitivně komunikační poruchy v dětském věku.

Samotná etiologie NKS je velice pestrá a vymezit přesně jednotlivé příčiny je dost obtížné. Mnoho druhů NKS má totiž multifaktoriální příčiny, jež se navzájem ovlivňují a podílejí na jejich vzniku (Lechta, 2003). Deficity v komunikační schopnosti se mohou projevovat přechodně nebo trvale, mohou být vrozené či získané, vzniknout mohou prenatálně, perinatálně nebo postnatálně (Bezděková, 2008). Lokalizační hledisko uvádí jako příčiny genové mutace, aberace chromozomů, vývojovém odchylky, negativní vlivy prostředí, orgánové poškození receptorů a efektorů (Klenková, 2000).

Pravděpodobně nejčastějším typem NKS je **dyslalie** (Lechta, 1990). Americká asociace ASHA (2019) zmiňuje výzkum, který odhaduje počet dětí s dyslalií ve věku 3 až 10 let ze všech dětí s NKS na 48,1 %. Dyslalie se projevuje na úrovni fonetické a fonologické, nesprávnou artikulací jedné nebo více hlásek. Zároveň lze sledovat projevy i v jiných jazykových rovinách, což znamená v gramatické stránce nebo v uplatňování řeči v sociální oblasti (Klenková, 2006).

Podle Kejklíčkové (2016) může být dyslalie primární NKS jedince nebo vzniknout jako sekundární vada způsobená poruchou sluchu, zraku nebo CNS. Příčiny dyslalie lze dělit na organicky podmíněné a funkční, přičemž u funkčních mluvidla nejsou porušena. V takovém případě dyslalii dále dělíme na motorickou a senzorickou. Motorická dyslalie

spočívá v neobratnosti mluvidel, kdežto senzorická se vyznačuje nesprávným vnímáním a diferenciací mluvních zvuků (Krahulcová, 2013).

Dysartrií se podle Dvořáka (2007) rozumí vývojová nebo získaná porucha hláskování a vyslovování vůbec, přičemž se jedná o poruchu způsobenou bilaterálním poškozením mozku nebo mozkových drah.

„Dysartrie je neurogenně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči“ (Cséfalvay et al., 2013, s. 117).

Při této diagnóze jsou v různé míře narušeny základní modality motorické realizace řeči jako respirace, fonace, artikulace či rezonance. Tato NKS má za následek komplikace v celém procesu řečové komunikace (Neubauer in Škodová & Jedlička et al., 2003). Etiologie dysartrie může být vzhledem k poškození CNS velmi variabilní, a může se tak jednat o různé úrovně zasažení CNS. Z časového hlediska může dojít ke vzniku této NKS v prenatální, perinatálním nebo postnatálním období (Cséfalvay in Lechta, 2003). Typickou kategorií pro předškolní věk je kategorie poruch zvuku řeči, kam patří rinolalie a palatolalie (Klenková, 2006).

Palatolalie je NKS, která vzniká v důsledku orgánového poškození orofaciálními rozštěpy. Název této NKS je odvozen z latinského palatum – patro (Kerekrétiová, 2008). Kolísková (2014) uvádí, že každý rok se v České republice narodí přes 100 000 dětí, z nichž cca 160 má rozštěp v obličejové části. Ve Spojených státech amerických připadá jedno dítě s orofaciálním rozštěpem na 600 zdravě narozených dětí s tím, že orofaciální rozštěp je jedním z nejčastějších postižení (Crowley et al., 2014). S termínem palatolalie se úzce pojí termín velofaryngeální dysfunkce, která se vyznačuje neschopností vytvořit dostatečně silný uzávěr mezi měkkým patrem a svalovinou hltanu tak, aby nebyly ohroženy funkce polykání, dýchání a řeči (Kerekrétiová, 2008).

Rinolalie pak je narušení zvuku řeči, u kterého se vyskytuje přebytečná nosová rezonance či nedostatečná nosová rezonance u okluziv M a N (nosové hlásky) (Lejska, 2003). Vitásková (2005) konstatuje, že v české odborné literatuře se rinolalie dělí nejčastěji na zavřenou, otevřenou a smíšenou. Zavřenou rinolalii můžeme pozorovat tehdy, je-li nazalita patologicky snížená, což znamená, že se zmenší prostor rezonančních dutin. O otevřené rinolalii pak hovoříme tehdy, je-li patologicky zvýšená nosovost,

velofaryngeální mechanismus je nedostatečný nebo je zde nesrostlé patro a vzduch uniká do rezonanční dutiny nosu a nosohltanu (Lechta, 1990).

Vývojová dysfázie se řadí mezi ty NKS, u kterých je příčinou problém v oblasti centrálního nervového systému člověka. Nejčastěji se jedná o nerovnoměrné dozrávání nervových drah či o nápadnou nezralost (Kutálková, 2011). Neubauer, Neubauerová a Nohejlová (in Neubauer et al., 2016) spojují vznik vývojové dysfázie také s postižením vývoje kognitivních funkcí, k němuž došlo následkem vrozeného či raně postnatálního poškození mozku. Dvořák (2007, s. 53) popisuje vývojovou dysfázii jako „narušení vývoje řeči, které se projevuje ztíženou schopností až neschopností verbálně komunikovat, i když podmínky vývoje řeči jsou přiměřené“. U dětí s vývojovou dysfázií můžeme často zaznamenat nerovnoměrný vývoj celé osobnosti, setkáváme se s deficity v oblastech, jako je jemná motorika, grafomotorika, paměť, pozornost či emocionalita (Klenková, 2006).

Afázie náleží mezi získané organické poruchy řečové produkce a porozumění, které vznikají při ložiskovém poškození mozku, a to především jeho korových oblastí, ale také při lézích níže položených oblastí mozku spojených s korovými oblastmi, které participují na jazykových procesech (Cséfalvay, 2007). Dle Neubauera (in Neubauer, 2018) mezi nejčastější specifické symptomy patří dysnomie a parafrázie. Čecháčková (in Škodová & Jedlička et al., 2003) mezi další symptomy řadí parafrázi, kterou Neubauer (in Neubauer, 2018) popisuje jako náhrady určitého pojmu související s obtížným vybavováním. Afázie zasahuje do sociálních vztahů a ovlivňuje kvalitu života pacientů i jejich blízkých, pročež se moderní pojetí afázie zaměřuje nejen na deficity v oblasti lingvistiky, nýbrž také na její psychosociální dopady (Cséfalvay & Košťálová, 2013).

Mutismus je popisován jako psychogenně podmíněná porucha, pro kterou je charakteristická náhlá ztráta artikulované řeči (Johnson & Wintgens, 2016).

„Jako mutismus (lat. *mutus* = němý) se označuje řečová retardace nebo mlčení po ukončeném řečovém vývoji při existující schopnosti mluvení a řeči“ (Hartmann & Lange, 2008, s. 15).

Na vzniku této poruchy se může podílet celá řada příčin. Jedinci nemluví při komunikaci s určitou osobou, v určité situaci či prostředí či při určitém citovém rozpoložení. Mezi příčiny můžeme nejčastěji řadit nestabilní rodinnou situaci, přehnané nároky rodičů na výkon dítěte, hyperprotektivní výchovu, trestání, nejednotnost

ve výchově, osobnostní rysy nebo také neschopnost adaptovat se do kolektivu či prostředí (Bytešníková, 2012). Dále se v souvislosti se vznikem mutismu uvádí zvýšené riziko u dětí s vysokou inteligencí, jedinců se specifickými poruchami učení a častější výskyt je i v případě dvojčat (Smith & Sluckin, 2015).

Poruchy hlasu se řadí mezi druhy NKS a mohou se vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s dysartrií, afázií, balbuties, palatolalií nebo jako součást somatických nebo psychických onemocnění (Kerekrétiová in Lechta, 2003). Porucha hlasu se všeobecně označuje jako dysfonie, úplná ztráta hlasu se pak nazývá afonie (Černý in Neubauer, 2018). Z etiologického hlediska rozdělujeme poruchy hlasu do dvou kategorií: organické a funkční, organické poruchy vznikají patologickým nálezem na hlasovém ústrojí. Příčiny těchto poruch mohou být různé: záněty a nádory hrtanu, poruchy inervace hrtanu, hormonální poruchy nebo úrazy (Jedlička in Škodová & Jedlička, 2003). Mohou rovněž vzniknout na podkladě psychogenní příčiny, kdy se jedná o psychicky podmíněné příčiny, které vyvolávají hlasové poruchy. Psychogenní poruchy hlasu přitom zpravidla vznikají po hysterickém záchvatu (Frostová & Vaniaková, 2000).

Lechta (2008, s. 52) definuje **symptomatické poruchy řeči** jako „narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění“. Mezi nejčastější symptomatické poruchy řeči odborníci řadí NKS u jedinců s mozkovou obrnou, s mentálním postižením, se smyslovým (neslyšící, nevidomí) nebo kombinovaným postižením (Kopečný, 2014). V rámci celkového klinického obrazu může být NKS dominantní nebo může být symptomem jiného postižení či onemocnění, které má u jedince dominantní charakter (Klenková, 2006). V současné literatuře se lze setkat s označením sekundární poruchy komunikace, které místo pojmu řeč užívá širšího pojmu – komunikace (Kopečný & Chleborádová, 2019).

Breptavost neboli tumultus sermonis je porucha fluence řeči, u které je narušena percepce, artikulace a formování výpovědi. V narušení může být kombinována *psychická* (porucha koncentrace pozornosti a chaotičnost myšlení), *lingvistická* (neplynulost řeči a dysgramatismus) a *fyziologická stránka* (dýchací dysrytmie) (Tarkowski, 2003).

Etiologie breptavosti je zakořeněna v dědičnosti. Důležité je vyšetření elektroencefalografické (EEG) a elektromyografické (EMG). Patologický obraz EEG může poukazovat na organický podklad breptavosti (Klenková, 2006). Člověk si toto narušení

neuvědomuje, proto nemá obavy z mluvení. Problém tak má spíše okolí, protože jedinci nerozumí. Terapie se soustředí především na úpravu tempa řeči a na zřetelné vyslovování (Kejklíčková, 2016). Lechta (2011) pak doplňuje, že je důležité pracovat na zvýšení koncentrace pozornosti a dbát na odstraňování obtíží při četbě. Do stejné kategorie NKS patří také koktavost, která je s tumultus sermonis občas zaměňována.

1.3 Charakteristika dospělosti

Život je podle vývojových etap členěn do několika období. Erikson dělí vývoj do osmi fází, ve kterých jedinec řeší určitý konflikt. Těmito fázemi jsou základní důvěra v život proti základní nedůvěře, autonomie proti studu a pochybám, iniciativa proti studu a pochybám, iniciativa proti pocitu méněcennosti, identita proti zmatení rolí, intimita proti izolaci, generativita proti stagnaci a konečně fáze integrity proti zoufalství (Vágnerová, 2000).

Ontogeneze jedince se věnuje psychickým změnám v souvislosti s postupujícím věkem, rozdílům mezi lidmi v určitých obdobích jejich života, zkoumá zákonitosti i souvislosti vzniku a vývoje psychických procesů, jako jsou emoce, vnímání, paměť, pozornost a myšlení. Společně s vlastnostmi člověka se snaží definovat normu a patologii (Thorová, 2015).

Freud (2000) popsal dětský psychosexuální vývoj, v němž jsou nejdůležitějšími hybateli vývoje pud života (sexuální energie, libido) a pud smrti (agresivní energie). Vrozené dispozice pak určují, jakým způsobem se při zrání proměňuje způsob dosahování slasti. Dítě tedy postupně prochází fází orální (slast ze sání a polykání), anální (slast z vyměšování a agrese), falickou (slast z genitální oblasti) a fází latence (dočasný úbytek zájmu o sexuální aktivity), až přechází v pubertě do fáze genitální, která je fází dospělé sexuality. O psychosociální teorii se zmiňuje Cakirpaloglu (2012) a hovoří o tzv. epigenetickém diagramu, jež postihuje fázový vývoj člověka od narození až po stáří. Jedná se o osm epigenetických stadií, počínaje stadiem kojeneckým a pokračující stadiem batolecím, věkem hry, školním věkem, adolescencí, dospělostí, stářím a hlubokým stářím. Epigenetická stadia na sebe navazují a jsou vzájemně propojena.

Pojetí osobnosti jakožto jedinečné individuality má dvě složky. Jednu z nich tvoří vlastnosti, které zahrnují schopnosti, temperament a charakter. Druhá složka pak má v centru zájmu prožívání, tedy Freudovo Já (Helus, 2011).

Dospělého jedince Blatterer (2007) charakterizuje jako osobu, která je schopna být sociálním členem v plném rozsahu, rovným partnerem v interakci a samostatně se rozhodujícím individuem. Palán (2003, s. 9) definuje dospělého jedince, který je „vyspělý a zralý sociálně, citově, biologicky, sociologicky a mentálně a absolvoval minimálně základní vzdělání“. Podle Arnetta (2010) stát se dospělým znamená být soběstačný, odpovědný a nezávislý, a to ve smyslu přijímání následků vlastního jednání a rozhodování se na základě svých vlastních nezávislých úsudků.

V sociologii je na dospělost nahlíženo jako na období, kdy jedinec převezme nové sociální role, mezi které patří například role zaměstnance, role rodiče nebo manželky nebo manžela. Každá role je specifická a vyžaduje učení se novým návykům a zkušenostem (Beneš, 2008).

Dospělost je proces, ve kterém dochází k proměně různých rolí i sociálních dovedností. Je ovlivněn dosavadními zkušenostmi jedince a dospělí lidé se tak stávají účastníky společenského dění (Vágnerová, 2007).

Primárně je dospělost určena věkem či zráním, tedy biologicky. Dochází zde k ukončení změn, které probíhají v adolescenci (Beneš, 2008). Důležitější je však psychosociální vymezení, které je složitější, jelikož proměna není jednoznačně časově lokalizována, což může platit i o tempu tohoto vývoje (Vágnerová, 2010).

Dle Vágnerové (2007) se období dospělosti dělí na:

- období mladé dospělosti (20–40 let);
- období střední dospělosti (40–50 let);
- období starší dospělosti (50–60 let).

Mladou dospělost lze charakterizovat z několika hledisek. Za právně dospělé, resp. zletilé, jsou považovány osoby, které dovršily 18 let věku (§ 30 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů). Vývojová psychologie však pohlíží na dospělost jako na schopnost samostatnosti jedince po stránce ekonomické, jako na osobu vyznačující se sebejistotou s harmonickými vztahy s okolím a připravenou zakládat rodinný život. Jde o období mezi 20–35 lety věku. Odborníci se v této klasifikaci

často různí, příčinou je posouvání hranice dospělosti v posledních desetiletích směrem dozadu (Thorová, 2015). S tím souhlasí i McFedries (2002), který poukazuje na socioekonomické faktory, podle kterých bylo dříve možné dospělost jednoznačněji určit, avšak které již neodpovídají současnosti. Zmiňuje přitom fenomén „kidults“, což je nová sociální skupina, které vyhovuje stav mezi dospíváním a dospělostí natolik, že nestojí o změnu vlastní situace. Karsten (2006) pak vyjmenovává čtyři komplexní úkoly, kterými musí člověk v etapě rané dospělosti projít:

- povoláním – jeho volbou a budováním profesní kariéry;
- výběrem partnera – rozhodováním se pro životního druha;
- partnerstvím a budováním partnerského vztahu;
- rodičovstvím – založením rodiny a později výchovou dětí.

V období mladé dospělosti se jedná o velmi rozmanitou část života. Lidé jsou aktivní a plní vitality, nacházejí se na vrcholu svých sil, a to jak fyzických, tak i psychických (Blatný, 2016). Thorová (2015) upozorňuje na to, že lidé jsou v tomto věku soutěživí, jednají impulzivně, riskují, experimentují, často se přeceňují a chybí jim sebereflexe. O tom svědčí fakt, že s obdobím rané dospělosti se pojí největší riziko kriminálního chování a dopravních nehod.

Střední dospělost začíná podle Blatného (2016) 30. rokem života a končí přibližně 45. rokem. Začínají se měnit proporce těla a ve většině případů dochází ke snižování výšky a k nárůstu hmotnosti. Člověku ubývají síly, což se projevuje nejen na jeho vnějším vzezření, ale také vnitřním vnímáním sebe sama. Dochází také ke smyslovým změnám, jakož i ke snižování vnímání a příjmu informací. Ve 45 letech dochází naopak k vrcholu rozumové činnosti. V tomto období se člověk dostává do tzv. produkčního věku, kdy je pro společnost nejvíce důležitý, kdy žena i muž plní rodičovskou roli. V dnešní době dochází k posunu horní hranice ukončení doby produktivního věku. Ve věku, kdy před dvěma desítkami let ženy končily s porody svých dětí, žena v dnešní době mnohdy rodí své první dítě. Není neobvyklé, když má žena první plánované dítě před třicátým rokem (Vágnerová, 2000).

U těchto žen, které mateřství odkládaly na pozdější dobu z důvodu získání lepší pracovní pozice či kariéry, se může projevit tzv. syndrom „superženy“. Zmíněný syndrom popisuje matku jako dokonalou ženu – atraktivní, společenskou, stále se vzdělávající,

pracující, s vysokými cíli a širokým spektrem zájmů a s tím souvisejících rolí. U takových pak často dochází ke kolizi, vyhoření a vyčerpání (Farková, 2009). Dospělá osoba by v tomto období měla být schopna kompromisu a také vlastní kritiky. Dnešní společnost klade na dospělého člověka vysoké nároky, ať už jde o morální zodpovědnost, nebo samotný život. I přes lidskou individualitu je dospělý člověk mnohem více předvídatelný (Blatný, 2016).

Ve středním věku občas dochází ke změnám v profesní roli. Člověk se většinou nachází na vrcholu profesního postavení, nicméně vnější stimulace v podobě dobrého finančního ohodnocení už ho tolik nemotivuje, a on usiluje více o větší autentičnost a vnitřní spokojenost. Toto bývá spolu se zvoleným cílem příčinou „rozhodnutí změnit svou profesi a začít znovu v oblasti, která se mu jeví jako více vyhovující a která by mohla korigovat dřívější neuspokojivé profesní uplatnění“ (Vágnerová, 2007. s. 197). Na období středního věku bývá občas pohlíženo ze dvou protikladných úhlů pohledu. Toto období bývá častěji označováno jako období častějších krizí oproti věku mladšímu nebo oproti stáří. Opačné hodnocení této fáze bývá charakterizováno jako období poměrně klidné, nebo dokonce „zlaté“, kdy lidé mají více volného času a méně starostí (Langmeier & Krejčířová, 2006). O krizi středního věku se zmiňuje Thorová (2015), která ji vysvětluje jako období negativního emočního stavu vyvolaného škálou určitých podnětů. Jedná se o deprese, pochybnosti, frustrace, smutek a jiné negativní pocity či myšlenky související s procesem stárnutí. Podle Říčana (2004) krizí středního věku není krize vyvolaná vnější událostí, ale naopak událostí vnitřní vývojovou, jež je nutná k přechodu do další životní etapy. Člověk musí nejprve prožít období truchlení nad mládím a možnostmi, které už navždy zůstanou zavřené, a nad sny, které se už nikdy neuskuteční.

Pozdní dospělost je období, kdy se člověk nachází ve věkové hranici od přibližně 45 let do věku 60–65 let. V tomto období se nachází v etapě, jež se nazývá pozdní dospělost. Toto období je často v literatuře popisováno jako období krizí, ale zcela naopak jej v jiných publikacích popisují jako období „zlaté“. V tomto věku se mnozí lidé cítí zdraví a svůj život „prožívají“. Ke zvratu týkajícího se zdraví dochází nejčastěji okolo 60. roku života. V tomto období razantně klesá výkonnost a ubývá svalová hmota. Dochází k dalšímu výraznějšímu poklesu smyslových funkcí a výrazně dochází ke zpomalování reakcí. Dochází také k výraznějším změnám na zevnějšku jedince, kdy přibývají vrásky,

vlasy se zabarvují do šedivé barvy a mnohdy také řídnou. Dochází rovněž ke ztrátě libida, která souvisí se ztrátou potřeby reprodukce. Ke kognitivním změnám řadíme zhoršování paměti a učení se novým věcem bývá výrazně obtížnější. Lidé v tomto věku spoléhají na nabyté zkušenosti a snaží se je využívat. Přibližně na konci tohoto životního období odcházejí lidé ze zaměstnání do starobního důchodu. Jedná se o jednu z nejvýraznějších změn, kterou člověk v tomto věku zažívá (Lengmeier & Krejčířová, 2006).

Podle Hájka et al. (2008) často následuje závažný problém vyplnit mnoho volného času. Jsou na tom lépe ti, kteří se po celý svůj život věnují nějakému koníčku, na který mají teď více času. Říčan (2004) s ním souhlasí a doplňuje, že pro některé jedince je odchod do důchodu vzhledem ke zhoršení kompetencí vysvobozením, pro některé však ztrátou smyslu života.

Schopnosti kognice, jako jsou myšlení a paměť s rostoucím věkem sice klesají, na povrch se však vynořují znalosti, odbornost a moudrost, které působí jako jejich kompenzace (Blatný, 2016).

Shrnutí

Každá mezilidská komunikace se odehrává v daném prostředí, za určitých okolností a v daném kontextu situace. Jedinečným atributem, který nás jako společnost odlišuje od zvířat, je jazyk. Jako klíčový nástroj jej užíváme při formování chápání světa kolem nás, jakož při předávání kultury z generace na generaci nebo při navazování a udržování našich vztahů. Řeč je oproti tomu soubor speciálních zvukově artikulačních symbolů, který se vyvíjí a má svou gramatiku. Člověk se nerodí s nadáním pro určitý jazyk, avšak se schopností přijímat řeč. Pokud se jedna nebo více rovin jazykového projevu odchyluje od normy jazykového prostředí a působí inferenčně ve vztahu ke komunikačnímu záměru, jedná se o narušenou komunikační schopnost. Její etiologie je velmi pestrá, a proto je velmi složité vymezit její příčiny. Deficity v komunikační schopnosti se mohou projevovat přechodně i trvale, mohou vzniknout v prenatálním, perinatálním nebo v postnatálním věku i v dospělosti. Dospělost je specifický proces, ve kterém dochází k proměně různých rolí. Tento proces je ovlivněn dosavadními zkušenostmi jedince a dospělí lidé se stávají účastníky společenského dění. Období dospělosti má tři fáze, jimiž jsou období mladé, střední a starší dospělosti, přičemž každá má své charakteristické rysy.

2 Koktavost

2.1 Vymezení termínu

Koktavost společně s breptavostí řadíme do skupiny narušení plynulosti řeči neboli řečové dysfluence. Tento termín označuje stav, kdy dochází buďto k extrémnímu zrychlení tempa řeči, které vede k její celkové nesrozumitelnosti, nebo je mluva přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí (Škodová, Jedlička et al., 2003). Porucha plynulosti řeči přitom může mít velmi rozmanitý charakter.

Dvořák (2007) fluenci řeči popisuje jako psycholingvistický pojem, který vyjadřuje plynulost slovní výpovědi bez přerušení, tedy nepřetržitý projev bez odchylky a obtíží v plynulém slovním projevu. V případě narušení v plynulosti výpovědi pak hovoříme právě o dysfluenci.

Je nutné si uvědomit, že ačkoliv se koktavost řadí k poruchám fluence, nikdo nemluví za všech okolností stoprocentně plynule (Peutelschmiedová, 2007). S tímto tvrzením souhlasí i Lechta a dodává, že v běžné řeči narážíme na různé neplynulosti, jako jsou hezitace, přestávky, odmlky, pauzy atd. Souhrnně je lze zařadit mezi fyziologické dysfluence (Lechta, 2010). Pro osobu, která koktá, je však rozvinutá forma této NKS vždy závažným jak zdravotním, tak i sociálním problémem vyžadujícím pomoc odborníků (Lechta & Baxová-Šarközyová, 2001).

Nejstarší písemné záznamy o koktavosti jako narušené komunikační schopnosti pocházejí ze starověkého Egypta. Od této doby se odborníci stále snaží přijít na vznik a příčinu koktavosti (Manning, 2001). Lechta (2010) se například zmiňuje o potenciální koktavosti Mojžíše, jež dle něj vyplývá ze Starého i Nového zákona. V 5. století Caelius Aurelinus zavádí řečovou gymnastiku jako terapii koktavosti. O šest století později vydává perský filozof a lékař Avicena dílo Kánon lékařství, v němž poukazuje na důležitost dechových a hlasových cvičení balbutiků.

Manning (2001) uvádí, že se po stovky let věřilo, že anomálie řečového aparátu jsou zodpovědné za produkci odlišných verbálních projevů. V důsledku toho byly na pacientech, kteří koktali, prováděny absurdní operace, jež však nedokázaly snížit množství symptomů koktavosti. V 60. letech 20. století pak Seeman (1955) o koktavosti

hovoří jako o neuróze řeči vznikající již v dětském věku. Má za to, že jde o jednu z nejtrýznivějších neuróz, jelikož se váže na interindividuální styk. Sheenan (1970) ve své publikaci z 2. poloviny 20. století pak tvrdí, že koktavost je porucha sociální prezentace. Dle něj nejde o poruchu řeči, konflikt se naopak týká problému identity. V 80. letech 20. století se odborníkem na koktavost stává Charles van Riper (1982), který tvrdí, že jde o narušení motorické sekvence slova v důsledku jeho narušeného načasování. On sám nedostatečné načasování řeči u koktavých osob přičítal organické tendenci a emočnímu stresu.

Peutelschmiedová (2000) konstatuje, že koktavost je jedna z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti. Na základě různých definic se lze setkat s názory charakterizujícími koktavost nejen jako funkční poruchu plynulosti řeči, ale též s teoriemi, které uvádějí základ tohoto narušení v centrální nervové soustavě. V krajních případech je koktavost spojována se schizofrenií, nebo dokonce s hysterií.

Balbuties leží v průniku hned několika oborů. Stejně jako u ostatních NKS je i zde velmi důležitý transdisciplinární přístup z oborů logopedie, psychologie, foniatrie, neurologie, jazykovědy, speciální pedagogiky a někdy i z psychiatrie (Lechta, 2010). Klenková (2006) míní, že jde o velmi rozsáhlou problematiku, díky níž byl vytvořen podobor logopedie – balbutologie. I zahraniční autoři uvádějí koktavost jako komplexní poruchu, i proto je v literatuře soustavně označována jako multidimenzionální komunikační porucha (Yairi & Seery, 2015). Koktavost se vyskytuje ve všech částech světa, napříč kulturami i socioekonomickými skupinami. Jde o komplexní problém, v anglicky mluvících státech a zemích je označován jako „stummering“, „stuttering“ nebo „dysfluency“ (Kelman & Nicholas, 2008). Ve slovenštině o koktavosti hovoříme jako o „zajakavosti“, v němčině se překládá jako „Stottern“ a v latině „balbuties“. Právě odtud pochopitelně vychází označení „balbutik“, tedy člověk, který koktá (Lechta, 2010).

Dnes ve Spojených státech koktá 30 milionů Američanů. Ve světě pak koktání sužuje a ovlivňuje mnoho důležitých aspektů života téměř každého stého člověka (Guitar & Conture, 2006). Příčina koktání přitom zůstává neznámá, a neexistuje tak žádný známý lék (Yairi & Seery, 2015).

Definice koktavosti má několik velmi důležitých výzkumných, teoretických, klinických i finančních dopadů. Termín balbuties se totiž může vztahovat k určitým

řečovým událostem nebo může znamenat komplexní poruchu. Definice koktavosti, zejména jako poruchy, se ukázala jako obtížný úkol, který dosud nebyl úspěšně splněn. Vzhledem k jeho multidimenzionalitě to však není překvapivé (Yairi & Seery, 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) uvádí koktavost pod kódem F98.5, tedy v kategorii „Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání“. Koktavost je zde definována jako „řeč, která je charakterizována častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči“ (MKN-10, 2008).

Dle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) platného od roku 2013 však „stuttering“ už není oficiální diagnózou. Americká psychiatrická asociace se rozhodla používat název „Childhoot-Onset Fluency Disorder“, který můžeme přeložit jako poruchu plynulosti řeči začínající v dětství (Cohen, 2014).

Koktavost je porucha plynulosti řeči, která je charakterizována přerušením toku řeči. Tato narušení se nazývají „dysfluence“ (Conture et al., 2010).

„Koktavost je mimovolní přerušení v sekvenci motorických aktů potřebných pro verbální projev, přičemž přerušení plynulosti jsou často spojena s fyzickým napětím bránícím efektivnímu a koordinovanému fungování verbálního traktu a celého systému produkce řeči“ (Manning, 2001, s. 17).

Ještě na konci 20. století Bloodstein (1995) koktavost popsal jako vývojový stav, při němž jsou rytmus či plynulost řeči narušeny přerušováním nebo bloky. Kehoe (2006) popisuje koktavost z fyziologického hlediska a tvrdí, že jde o diskoordinaci svalů, kterých je k řeči zapotřebí. Vznik bloku pak popisuje jako děj, kdy balbutik zatne vokální trakt, čímž zablokuje hrtan, a zabrání tak proudění vzduchu do plic. Conture a Walden (2012) pak uvádí koktavost charakterizovanou opakováním slabik a prodlužováním slabik, která obvykle začíná v raném dětství a při níž se většina dětí zotavuje bez léčby. K důležitým faktorům, o nichž se předpokládá, že přispívají k dysfluentnímu vývoji, patří kromě genetické predispozice také osvojování jazyka a emoční reaktivita a regulace. Podle Tarkowského (2018) se koktavost skládá z faktorů lingvistických (neplynulosti řeči), biologických (zvýšený svalový tonus), psychologických a společenských. Guitar (2006) popisuje koktavost jako vysokou frekvenci, popř. dobu trvání přestávek v toku řeči.

Přestávky pak představují opakování zvuků, slabik nebo slov, prodloužení zvuků nebo bloků. Za nejmodernější a nejaktuálnější pojetí se však považuje definice koktavosti, jejímž autorem je Lechta (2010, s. 28): „Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin."

2.2 Etiologie a výskyt koktavosti

Existuje mnoho teorií o etiologiik koktavosti. I přes veliké množství výzkumů však zůstávají příčiny jejího vzniku neznámé. Obecně přijímaným faktem ovšem je, že koktání má mnohostrannou etiologii, která zahrnuje genetickou predispozici spolu s kombinací environmentálních, neurologických, fyziologických, psychologických a naučených behaviorálních aspektů (Ambrose, 2004). Je nemožné identifikovat jediný faktor, který by zapříčiňoval vznik koktavosti, když hned několik podmínek a okolností může souviset s obtížemi spojenými s koktáním. Jedinci, kteří koktají, se s různou mírou úspěchu vyrovnávají s překážkami souvisejícími s vývojem řeči. Ačkoliv může být nástup neplynulé řeči náhlý, koktání se obvykle vyvíjí v průběhu času a následuje nepředvídatelný vzorec. Průměrný věk začátku koktání se však uvádí mezi dvěma a sedmi lety (Conture et al., 2010).

Jedna ze známých teorií vysvětlujících koktavost je teorie cerebrální dominance. Tato teorie vychází z obecně známé skutečnosti, že existují dvě hemisféry mozku, pravá a levá hemisféra. Produkce řeči a jazyka se přitom obvykle utváří v levé hemisféře mozku. Teorie cerebrální dominance tvrdí, že u jedince, který koktá, se oblast pro tvorbu jazyka a řeči nenachází v levé ani v pravé straně mozku, a proto má jedinec problémy s motorickou kontrolou v produkci řeči (Anderson & Shames, 2011). Další verzí této teorie je, že doplňková motorická oblast, jež je používána pro plánování a řazení v řeči v levé hemisféře u těch, kteří koktají, může mít potíže s koordinací souběžných úkolů kvůli svému spojení s primární motorickou kůrou (Webster, 1993, sec. cit. Guitar, 2006).

Howland (2013) se s tímto faktem ztotožňuje a uvádí, že u 60 % lidí, kteří koktají, je základní příčinou právě genetická predispozice. Kehoe (2000, sec. cit. Lechta, 2010) tvrdí, že u balbutiků existuje až třikrát větší pravděpodobnost, že se u jejich blízkých příbuzných vyskytne koktavost, než u lidí, kteří mluví plynule. Yairi a Ambrose uvádějí několik výzkumů, včetně rodinných studií, studií dvojčat a molekulárního výzkumu, jež prokázaly silné důkazy pro genetickou predispozici ke koktání. Ačkoli základní genetické mechanismy nejsou plně objasněny, je přijímáno, že jak nástup, tak přetrvávání koktavosti jsou ovlivněny genetikou. Na základě studií se podle nich očekává, že výskyt koktavosti u příbuzných, rodičů nebo sourozenců bude přibližně 50%.

Jiné studie však ukazují, že v současné době ještě není známo, zda jsou chromozomy, geny nebo pohlavní faktory primárními kauzálními činiteli koktavosti. V případech familiární koktavosti se objevila souvislost s mutacemi genů GNPTAB, GNPTG a NAGPA, jež mutují v 10 % případů; tyto mutace ovlivňují enzymy buněk (ASHA, 2015a).

Sander a Osborne (2019) publikovali článek, v němž zdůrazňují, že koktavost je primárně důsledkem mozkových abnormalit a není chybou klienta nebo rodiny.

Vymlátilová (2006, s. 190) uvedené doplňuje o další z příčin: „Dnes se berou v úvahu tři základní etiologické faktory – dědičnost, drobná mozková poškození nebo drobné odchylky ve vývoji mozku a prostředí se považují za významné v souvislosti s dvěma předcházejícími faktory.“

Poslední vývojovou a environmentální teorií je teorie kapacit a nároků. Tato teorie zdůrazňuje myšlenku, že ke koktání dochází, když schopnosti, které má dítě pro plynulost, neodpovídají požadavkům na řeč. Požadavky mohou zahrnovat nároky, jako je zrychlené osvojování jazyka nebo vystavení dítěte zvýšené rychlosti řeči lidí v jeho prostředí. Schopnosti a nároky dítěte se mohou denně měnit, což má za následek závažnější nebo méně závažnou koktavost v závislosti na schopnostech nebo požadavcích daného dne (Guitar, 2006).

V 80. letech 20. století Sovák (1981, sec. cit. Lechta, 2010) poprvé použil pojem vrozená řečová slabost. Vysvětlil jej jako syndrom, který je způsoben na genetické bázi spolu s dalšími druhy NKS, jež na sebe navazují v průběhu vývoje dítěte. Jedním z nich přitom může být právě koktavost, která v uvedeném příkladu často navazuje na breptavost.

Krňáková (2004) také hovoří o tzv. psychogenně podmíněných příčinách, jež se týkají vnějších vlivů prostředí a neurotických rysů dané osoby. Hovoří tedy o somatogenních příčinách koktavosti, mezi které ona sama řadí např. dědičnost, biologické faktory, morfologické změny ve strukturách centrální nervové soustavy, infekční onemocnění nebo poruchy sluchového ústrojí, k čemuž dodává, že je nepovažuje za možnou příčinu, avšak mohou stav zhoršovat.

Guitar (2006) uvádí různé stresující životní události, které mohou zvyšovat potenciální riziko koktavosti dítěte. Mezi tyto události patří např. stěhování rodiny do nového domu, rozvod, úmrtí v rodině, ztráta práce rodiče, narození dítěte, delší nepřítomnost jednoho nebo obou rodičů nebo změna zaběhnutých zvyklostí z důvodu dovolené, události nebo rodinné návštěvy vyvolávající u dítěte úzkost nebo vzrušení. Koukolík (2012) dokonce tvrdí, že stres má přímý vliv na náš mozek a že v prenatálním období může významně ovlivnit vývoj hipokampu, čelní kůry a až do dospělosti dokáže měnit funkční strukturu amygdaly.

Řepová (2007) považuje za nejčastější příčiny koktavosti dědičnost, vliv okolního prostředí a orgánové příčiny. Kelman a Nicholas (2008) se opírají o nejpravděpodobnější a v praxi nejčastěji užívaný čtyřstupňový tzv. multifaktoriální model. Jedná se o kombinaci komponentů jak fyziologických, tak i řečových a jazykových, psychologických a faktorů prostředí.

Dezort (2019) vytvořil profil tzv. maximálně ohroženého dítěte. Řadí jej mezi rizikové, pokud se jedná o chlapce, jehož rodič koktal, popř. stále koktá. Dítě samotné začalo zadrhávat po dosažení tří a půl let a zadrhává déle než půl roku s tím, že koktavost se nezlepšuje. V jeho projevu se objevují prolongace, bloky, repetice. Dítě je citlivé, snadno se dokáže rozčílit a neumí ovládat své emoce. Ze své koktavosti, kterou si uvědomuje, má strach stejně jako jeho rodiče.

Pro navrhování, vyhodnocování a testování teoretických výzkumných studií jsou potřeba zásadní faktory, a to údaje o incidenci a prevalenci, jež mají nesmírný význam pro teoretické základy koktavosti (Yairi & Seery, 2015). Conture (2001) uvádí nejvíce pravděpodobný věk vzniku koktavosti mezi druhým a pátým rokem života.

Data ukazují prevalenci koktání 0,72 % v populaci. Nejvyšší distribuce se ukazuje mezi dětmi, kde se pohybuje od 1,4 do 1,44 %. Distribuce mezi pohlavími je 2,3 u mužů a 1,0 u žen (De Andrade et al., 2014).

Z přehledu 37 epidemiologických studií koktavosti z několika zemí se odhaduje, že přibližně 1 % světové populace koktá. Podle Národního institutu pro hluchotu a jiné poruchy komunikace je skutečná incidence, tedy počet lidí, kteří během svého života koktají, přibližně 5 %, přičemž nástup koktání je především v předškolním věku (Bloodstein, 1995).

Lechta (2010) s těmito tvrzeními souhlasí a dochází ke zjištění, že v České republice bude nejspíš 100 000 lidí potýkajících se s koktáním a na Slovensku o polovinu méně. Vezmeme-li však v úvahu údaje o incidenci, bude se jednat o 500 000 lidí v České republice a o polovinu tohoto počtu na Slovensku, jež jsou koktavostí ohroženi.

Současně údaje o incidenci a prevalenci spolu s dalšími epidemiologickými informacemi o rozvoji koktavosti v raném věku nám umožňují poskytnout prognózu týkající se rizika, že se u dítěte vyvine chronická koktavost, případně že u dítěte přirozeně vymizí. Víme například, že brzy po nástupu koktavosti je šance na zotavení přibližně 75–80 % nebo vyšší. Po dvou letech koktání však tato šance na zotavení klesne na 47 % (Yairi & Seery, 2015). Cohen (2014) uvádí, že 65–85 % dětí se z koktavosti zotaví a osmý rok považuje za kritický, pokud se do té doby koktání nezlepší, je podle něj vysoce pravděpodobné, že bude nadále přetrvávat.

Yairi a Ambrose (2013) v tomto století provedli sedm velkých studií, z nichž první tři studie se zaměřily na předškoláky o celkovém počtu více než 9 000 účastníků a přinesly průměrnou prevalenci 3,46 %. Další studie, které zahrnovaly více než 150 000 žáků základních a středních škol, poskytly průměrnou prevalenci 0,84 %. Poslední studie byla provedena v Austrálii prostřednictvím telefonických rozhovorů s jednou osobou z každé ze 4 689 rodin s celkem 12 131 členy ve věku od méně než 1 roku do 99 let. Jako jediná ze studií tak pokrývala celé věkové rozpětí. Jak se dalo očekávat, nejvyšší prevalence byla mezi mladšími dětmi (1,4 %), u osob ve věku 51 a více let se prevalence snížila na 0,37 %. Celoživotní prevalence byla 0,72 %.

2.3 Klasifikace a symptomatologie koktavosti

Podle Sandrieserové a Schneidera (2008, sec. cit. Lechta & Cséfalvay, 2013) se zařazuje koktavost dle nejnovější klasifikace WHO (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Zde jsou rozlišovány tři klasifikační úrovně – úroveň tělesných struktur a funkčnosti, úroveň aktivity a participace a úroveň kontextu.

Dvořák (2007) dělí koktavost podle verbálních syndromů, a to na klonickou koktavost, kdy dochází k opakování hlásek, slabik nebo slov, a tonickou koktavost, kdy jedinec protahuje hlásky či slabiky a vyslovuje s nadměrnou námahou, anebo připouští formy tonicko-klonické či klonotonické.

American Academy of Family Physicians (2008) uvádí klasifikaci balbuties na vývojovou, neurogenní nebo psychogenní. Vývojová koktavost, jež je často označována jako nejčastější v populaci a vzniká u dětí ve věku od tří do osmi let. Neurogenní koktavost obvykle vzniká např. při traumatickém poškození mozku či mrtvici. Psychogenní koktavost se vyskytuje pouze u dospělých jedinců trpících různými psychickými potížemi, popř. vystavovaných různým traumatům.

V České republice je nejznámější klasifikace od Lechty (2010), který dělí koktavost do čtyř fází. V první fázi jde o incipientní, začínající koktavost, která se nejčastěji projevuje v raném věku. Druhou fázi označil jako fixovanou koktavost, kdy balbuties přetrvává i po předškolním věku a projevy se zhoršují. Fixovaná koktavost se váže především k období školní docházky. Nejzávažnější je pak koktavost chronická.

V zahraničním pojetí se pak lze setkat rovněž s termínem hraniční koktavost (z anglického borderline stuttering), jež označuje stav kolísající mezi stále ještě plynulou řečí spojenou s fyziologickými neplynulostmi a incipientní koktavostí (Dezort, 2019).

Zatímco děti s hraniční koktavostí nevykazují sekundární chování, děti ve třech dalších stadiích ano. Děti v počáteční fázi koktání zažívají pouze únikové chování kvůli zvýšenému svalovému napětí v produkci řeči. Při středně pokročilém koktání se stále zvyšuje únikové chování a zavádí se vyhýbavé chování, protože děti v této fázi jsou lépe schopny říci, kdy nastane okamžik koktání. Adolescenti nebo dospělí na pokročilé úrovni koktání naopak mají hlubší únikové a vyhýbavé chování, které se časem zafixovalo (Guitar, 2006).

Pokud jde o opakování hlásek či slabik, vkládání zvuků a slov, změnu intenzity hlasu, projevy napětí v řeči či sekundární projevy, mohou tyto představovat např. nervozitu nebo ostýchavost. V takových případech se jedná o závažnější formu koktavosti (Dell, 2004).

Peutelschmiedová (2000) koktavost řadí i podle toho, zda si jedinec poruchu uvědomuje či nikoli. V prvním případě se bude jednat o primární neboli neuvědomované období, jež je často nesprávně spojováno s obdobím věku 3–6 let. To je však silně individuální, jelikož je nutné brát ohled na osobnostní rysy každého dítěte. Druhé, sekundární období, naopak značí již uvědomovanou koktavost.

Podle Klenkové (2006) se dají symptomy koktavosti nalézt ve všech čtyřech jazykových rovinách:

1. foneticko-fonologické – dochází k obtížím s artikulací;
2. lexikálně-sémantické – parafrázie;
3. morfologicko-syntaktické – snaha o co nejkratší věty;
4. pragmatické – dochází k narušení koverbálního chování, v těžších případech se může dotyčný snažit verbální komunikaci se úplně vyhýbat.

Lechta (2010) o koktavosti hovoří jako o složitém a dynamickém syndromu, kde i symptomatika je mimořádně složitá a v některých případech i proměnlivá, kromě jiného i kvůli návaznosti symptomů. Symptomatologii koktavosti uvádí jako triádu projevů – psychické tenze, dysfluence a nadměrné námahy. Podle Řepové (2007) je možné uvést symptomy v oblasti respirace, fonace, artikulace, dysprozodie, embolofrázie či parafrázie.

Podle Schneidera a Kohmäscherové (2019) se symptomy koktavosti mohou dělit na primární, kam patří opakování, prodlužování či bloky, a sekundární, kam spadají reakce na symptomy primární, což může být tzv. únikové chování či snaha dysfluencím předejít. Tyto se mohou projevovat buď změnou projevu (např. šepotem) či substitucí slov.

Dle American Speech-language-Hearing Association (ASHA, 2015b) se koktavost projevuje opakováním hlásek, slabik nebo celých slov, dále se objevují pauzy či bloky v řeči a prodlužování zvuků řeči. Kromě toho může primární příznaky doprovázet doplňkové chování, jako je pokyvování hlavou, obličejové grimasy, nadměrné mrkání, odkašlávání nebo zatínání pěstí.

Kromě poruch řeči vykazují lidé, kteří koktají, často i mimovolní pohyby, mezi které patří např. pozorované neřečové pohyby, mrkání očí, grimasy nebo náhlé výdechy (Bloodstein & Ratner, 2008).

Někteří odborníci tvrdí, že až 80 % symptomů koktavosti zůstává skryto a pouze 20 % je možné slyšet a vidět na veřejnosti. Rozsáhlý výzkum prokázal, že lidé, kteří koktají, jsou často nerudní, napjatí, stydliví, zdrženliví, váhaví, introvertní, nejistí, úzkostliví, pasivní a citliví. Často pak toto zkreslené negativní vnímání veřejnosti vede k ovlivnění různých aspektů života balbutika (Zhang et al., 2009).

Opakované pohyby jsou nejtypičtější na začátku koktání, zatímco fixované polohy jsou obvykle, ne však vždy, posledním chováním, které se projeví (Guitar, 2006). Mohou se objevovat zjevné somatické příznaky, jako je červenání, pocení a třes (Rape & Spence, 2016).

Frekvence i závažnost koktání nejsou konzistentní. Mohou se měnit v závislosti na čase a okolnostech. Conture et al. (2010) používají analogii kyvadla k popisu neslušné řeči ve snaze demonstrovat rozmanitou kvalitu spojenou s koktáním. Dysfluence mohou zcela vymizet na relativně dlouhou dobu, aby se pak náhle vrátily v plné síle.

Podle Lechty (2010) celková klinický obraz koktavosti tvoří průnik symptomů nadměrné námahy, psychické tenze a dysfluence, u nichž dochází ke vzájemnému prolínání. Tyto tři skupiny symptomů se u balbutiků projevují v individuální míře, v různé časové návaznosti a časovém průběhu, v rozličném stupni závažnosti, v různé vzájemné souvztažnosti a rovněž individuálním působením různých zpětnovazebních mechanismů.

Dle mnoha odborníků lze z lingvistického hlediska mezi projevy dysfluentní řeči řadit opakování hlásek, slabik či slov, jejich protahování, bloky řeči, vkládání nadbytečných zvuků, neopodstatněné přestávky či neustálé opravování sebe samého (Góral-Pólrola et al., 2015). Kehoe (2000) však upozorňuje na to, že interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se běžně vyskytují i v řeči intaktních lidí. Naproti tomu, dodává, repetice, prolongace, bloky nebo přerušovaná slova jsou typickým příznakem balbuties.

Když začnou děti koktat, často na to ani nereagují. Po určité době si však dítě nepříjemnost koktání uvědomí a začne na koktání reagovat. Tyto reakce na vlastní koktání

ve spojení s reakcemi ostatních lidí pak mohou ovlivnit vývoj negativních emocí směrem ke koktání samotnému (Yairi & Seery, 2015).

Manning a DiLollo (2007, sec. cit. Neubauer et al., 2018) hovoří o lidech, kteří mají mnohaleté zkušenosti s koktavostí a kteří si sami vyvinuli vlastní strategie pro zvládání každodenních obtíží s dysfluencemi. Takoví lidé už pak jen zřídka vyhledávají pomoc odborníků.

2.4 Diagnostika koktavosti v České republice a zahraničí

V posledních letech se v oblasti balbutologie čím dál více vytvářejí možnosti pro maximální využití kvantifikace během diagnostického procesu. Ve větší míře se pozornost věnuje taktéž analýze tzv. přidružených symptomů, jež v minulosti nehrály takovou roli (Lechta, 2003). Nall (2019) naopak uvádí, že k diagnostice koktavosti není nutné používat žádné testy, jelikož patologie řeči je diagnostikována samotným koktáním. Podle něj by měl klient sám popsat jednotlivé příznaky a logoped toliko zjistit, do jaké míry jej koktavost ovlivňuje, a následně zahájit terapii.

Podle Guitara (2006) by měl být úplným základem diagnostiky podrobný, citlivě vedený rozhovor, který má být zaměřen nejen na symptomy koktavosti, ale také na stresové faktory, jež mohou být spouštěčem koktavosti.

Podle Přinosilové (2004) je velmi důležitá důvěra mezi klientem – balbutikem a logopedem, který jakožto odborník musí od klienta zjistit nezbytné důvěrné informace, například o rodinných dispozicích, anamnéze nebo výskytu NKS. Dále je pro diagnostiku nutné zná t i průběh těhotenství, raný psychomotorický vývoj a nemoci či úrazy z dětství. Neméně důležité jsou také informace o dosavadním průběhu a nynější terapii.

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné balbuties odlišit především od tumultus sermonis. Pokud se totiž k breptavosti připojují nadměrné křeče mluvních orgánů, může z fyziologického hlediska dojít k přeměně na koktavost (Lechta, 2003). Další částí diferenciální diagnostiky je odlišení fyziologické neplynulosti od časných příznaků koktavosti. Tento jev je velmi složité rozlišit, odborníci se však shodují na tom, že nejlepším způsobem je provést předběžnou diagnostiku a nečekat, zda se situace zlepší, či nikoliv (Pospíšilová In Neubauer et al., 2018). Dle Kalinowski a Saltuklaroglu (2006) je možný výskyt balbuties taktéž s Tourrettovým syndromem, poruchami

pozornosti či jinými neurologickými patologiemi. Škodová a Jedlička (in Škodová & Jedlička et al., 2003) upozorňují na rozdíl mezi lékařskou a logopedickou diagnostikou koktavosti. Lékaři sledují především možný výskyt poruch dýchání, popř. možnou faktickou poruchu, jež by vznikla na základě poškození CNS a projevovala se dysfluencí. Na poli logopedie se naproti tomu vychází z definování příznaků, z nichž teprve následně vychází diagnóza a prognóza. Logopedická diagnostika koktavosti vychází z klinického modelu. Vyšetření je komplexní a musí tedy dojít nejen ke kvalitativnímu i kvantitativnímu zhodnocení dysfluence, nýbrž i složky psychické tenze a nadměrné námahy (Lechta, 2010).

V České republice prozatím logopedi nemají domácí standardizované testy v oblasti balbutologie, pročež je nutné brát jako úspěch, že pod záštitou Asociace klinických logopedů ČR jsou k dispozici alespoň nástroje pro jednotlivé komponenty tohoto obsáhlého syndromu (Cséfalvay & Lechta, 2013).

Při kvantifikaci dysfluence se v České republice používají stejná diagnostická kritéria jako v zahraničí, což znamená výpočet frekvencí dysfluence, procenta neplynulých slov, indexu adaptace a indexu konzistence (Lechta, 2003). U některých diagnostických materiálů se vypočítává frekvence zakoktání za minutu, kdy se pak udává procento neplynulých slov (Klenková, 2006).

Například u předškolních dětí zjišťuje logoped počet dysfluencí pomocí popisu situačních obrázků – rodina, na ulici, děti v MŠ. U školních dětí a dospělých je v našem prostředí formou čtení standardního textu v rozsahu 100 slov využíván text Ezopovy bajky „Lev a myš“. Při čtení textu je sledováno procento neplynulostí, kdy hodnota nad dvě slova (2 %) indikuje koktavost (Lechta, 2003).

Při realizaci své řeči musí balbutik často vynaložit nadměrnou fyzickou námahu, která by se dala identifikovat jako narušené koverbální chování. V bratislavském Centru pro dysfluence byl vytvořen *Záznamový arch pro zjišťování projevů narušeného koverbálního chování*. Do archu se v rozsahu pěti stupňů zaznamenávají projevy koverbálního chování v oblasti hlavy, tváře a krku, očí, úst, nosu, rukou, nohou a trupu a též vegetativní příznaky. Závěrem archu je index NaKoCH (narušeného koverbálního chování) (Lechta, 2010).

Pro diagnostiku můžeme využít též *Dotazník orientační diagnostiky situační psychické tenze*, jenž obsahuje 45 otázek a je členěn do sedmi kategorií. Otázky v tomto testu jsou zaměřeny na nejběžnější komunikační situace spojené s mluvenou řečí, jako jsou telefonování, nepříjemný rozhovor, skupinové konverzace, představení se, přednášení nebo komunikace v časové tísni. Klient by měl na pětibodové škále u každé ze situací označit, jak moc je pro něj obtížná (Škrabáková & Lechta, 2005). Další dotazník situační psychické tenze při chronické koktavosti uvádí Majdanová (2012), jejíž dotazník obsahuje 49 otázek zachycujících komunikační situace, kdy je nutné používat mluvenou řeč, např. komunikaci ve dvojici, ve větších skupinách, při žádání o informace, v nepříjemné situaci nebo při telefonování. Dotazník situační psychické tenze je určen pro orientační diagnostiku a kromě psychologů jej mohou používat i logopedi.

Pro určení stupně koktavosti lze využít tzv. balbutiogram, obsahující vyšetření spontánní řeči, simultánní řeči, reprodukci a čtení vět. Dále také zaznamenává dokončování neúplných vět, písničky, básničky a je doplněn o okrajové symptomy, jako jsou např. artikulace nebo dýchání (Klenková, 2006).

V zahraničí je základním pilířem diagnostiky balbuties vždy podrobný anamnestický rozhovor, který je zaměřen na charakter symptomů. Zjišťována je rovněž hereditární problematika, prenatální, perinatální a postnatální vlivy. V neposlední řadě je nutné sledovat výskyt stresových faktorů, které mohou být potenciálním spouštěčem koktavosti (Guitar, 2014).

Tarkowski (2017) uvádí obecný model diagnostiky koktavosti obsahující šest částí. První fáze spočívá v určení symptomů, dále je to zkoumání etiologie, vysvětlení patomechanismů, diferenciální diagnostika, nosologie a v závěru určení závěrečného stanoviska.

Diagnostikou koktavosti a především psychické tenze se zabývá také psycholog anebo psychiatr. Mezi standardizované škály zaměřené na postoj ke komunikaci řadíme např. *Modifikovanou Ericksonovu škálu postojů ke komunikaci – S24 nebo BigCat – Communication Attitude Test For Adults Who Stutter* (Vanryckeghem & Brutten, 2012). Škála S24 je v zahraničí velmi oblíbená mimo jiné i kvůli její jednoduché administraci. Balbutik na 24 předem daných tvrzení odpovídá jednoduše „ano, je to pravda“ nebo „ne, je to lež“ (Lechta, 2010). Jeden z dalších hojně využívaných testů je *Perceptions of Stuttering*

Inventory – PSI. Osoby s koktavostí zde samy hodnotí, zda uvedené projevy (například vyhýbání se) doprovázejí koktavost. Materiál je určen pro dospělé, popř. dospívající (Manning, 2001).

V zahraničí byl rovněž vytvořen diagnostický nástroj *OASES (The Overall Assessment of the Speaker´s Experience of Shuttering)*, jenž umožňuje komplexní hodnocení koktavosti a zjišťuje jeho dopad na balbutika, v čemž je mezi testy jedinečný. Používá se nejen při diagnostice, ale také při následné terapii (Yaruss & Quesal, 2010). Testový materiál existuje ve třech verzích: OASES-A, která je pro dospělé k použití od 18 let; OASES-T jakožto verze pro dospívající ve věku 13–17 let a OASES-S určená pro děti ve školním věku 7–12 let. Varianta pro dospělé balbutiky obsahuje 100 otázek, k nimž se využívá Likertova škála. Administrace i vyhodnocení testu je velmi rychlé, což je taktéž jednou z velkých výhod. Dále je test rozdělen do čtyř částí: všeobecné informace o koktavosti, reakce na koktavost, komunikace v denních situacích a kvalita života (Dezort, 2019). Část s názvem „všeobecné informace“ pokládá otázky, které se týkají toho, jak balbutik vnímá svou vlastní řeč, své znalosti o koktavosti a její terapii. Druhá část zachybuje „reakce mluvčího“, zde se nacházejí otázky týkající se emocí. Třetí část OASES je denní komunikace, jsou zde otázky týkající se úrovně obtížnosti, která je dána nutností nebo touhou mluvit v různých situacích. Poslední, čtvrtá část, je „kvalita života“ obsahující otázky týkající se zasahování koktavosti do života balbutika (Yaruss & Quesal, 2010).

Stuttering Severity Instrument – Fourth Edition (SSI – 4) je materiál, jímž se zkoumá koktavost ve třech oblastech, a to z hlediska frekvence, doby trvání a fyzických příznaků. Výsledné skóre vzniklé součtem určí, jak moc je koktavost závažná. Tento materiál se využívá při hodnocení stupně a závažnosti koktavosti, a to u všech věkových kategorií. Neméně důležitý je pak i pro následnou terapii (Guitar, 2014). Dezort (2019) však upozorňuje na to, že testová baterie se dá použít pouze jako doplňkový materiál, protože se zabývá jen povrchovou stránkou koktavosti a nebere v potaz vnitřní faktory. Je však velice populární jednak díky rychlé administraci, jednak díky jednoduchosti a přehlednosti. Celkový výsledek testu je souhrnem třech částí, a sice frekvence neplynulostí na celkový počet slabik, délky neplynulostí a hodnocení fyzických projevů neplynulosti.

BAB pak je komplexní diagnostický model využívaný pro děti ve školním věku i pro dospělé. Materiál se skládá z testů, jež mohou poskytnout pohled sebehodnotícího balbutika na to, jak se cítí během svého řečového projevu (Brutten & Vanryckeghem, 2006). Jednotlivé části testu jsou zaměřeny na postoj ke komunikaci, emocionální reakce, vlastní narušení řeči a copingové strategie. Test obsahuje tři varianty pro různé věkové kategorie: KiddyCAT pro předškolní děti, CAT pro školní děti a BigCAT pro dospělé. Konkrétně BigCAT byl vytvořen za účelem srovnání postojů mezi balbutiky a lidmi, kteří mluví plynule. Také zkoumá názor balbutiků na svou řeč a verbální schopnosti, k čemuž obsahuje 35 hodnotících položek (Dezort, 2019).

Shrnutí

Kapitola se věnuje fenoménu koktavosti, což je jedna z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti a je předmětem zájmu hned několika oborů. V zahraniční literatuře je uváděna jako komplexní porucha, popř. jako multidimenzionální komunikační porucha. Je charakterizována častým opakováním či prodlužováním slabik a slov, popřípadě pauzami, které narušují tok řeči. Celkově jde o velmi rozsáhlou problematiku, díky níž byl vytvořen podobor logopedie – balbutologie. V další podkapitole je popsána mnohostranná etiologie, jež zahrnuje genetickou predispozici spolu s kombinací environmentálních, neurologických, fyziologických, psychologických a naučených behaviorálních aspektů. Balbuties se mnohdy dělí podle verbálních syndromů, a to na klonickou koktavost, kdy dochází k opakování hlásek, slabik nebo slov, nebo koktavost tonickou, kdy jedinec hlásky či slabiky protahuje a vyslovuje s nadměrnou námahou. Jsou známy také formy tonicko-klonické a klonotonické. Celkový klinický obraz koktavosti pak tvoří průnik symptomů nadměrné námahy, psychické tenze a dysfluence, u nichž dochází ke vzájemnému prolínání. Tyto tři skupiny symptomů se u balbutiků projevují v individuální míře, v různé časové návaznosti a časovém průběhu, v rozličném stupni závažnosti, v různé vzájemné souvztažnosti a individuálním působením různých zpětnovazebních mechanismů. Poslední část kapitoly je věnována diagnostice koktavosti, která vychází z klinického modelu. Vyšetření musí být komplexní a musí dojít ke kvalitativnímu i kvantitativnímu zhodnocení dysfluence.

3 Podpora osob s koktavostí

3.1 Terapeutické techniky a doporučení

„Maximálním cílem terapie koktavosti je její odstranění ve všech třech množinách syndromu koktavosti (dysfluence, psychická tenze, nadměrná námaha)“ (Mlčáková & Vitásková, 2013, s. 66).

Terapie koktavosti je náročnou disciplínou pro odborníky, zejména logopedy a jazykové terapeuty. Naléhavou výzvu na poli logopedie přitom představuje po celá desetiletí (Yarus, Coleman, & Hammer, 2006).

Conture a Curlee (2007) doporučují individuálně upravovat terapeutický plán a motivovat balbutika jak dlouhodobými, tak i krátkodobými cíli, zahrnout do procesu terapie jeho okolí, dbát na dodržování úkolů a udržovat v povědomí klienta, že on sám je hybatelem změny, zatímco logoped je jen průvodce na této cestě. I Lechta (2004) volí terapii podle specifik daného klienta a dodává, že v současné době se preferují vícedimenzionální přístupy.

Časově se terapie často rozdělují na dva typy, a to na intenzivní, kde probíhá jedno či dvě sezení každý den po určitou dobu, a dlouhodobou, zahrnující např. jedno sezení za týden po dobu jednoho roku. Výhodou intenzivní terapie je rychlá změna povrchových struktur řeči. Na druhou stranu je tento typ terapie nedostatečný z pohledu adaptace na změnu v oblasti vnitřních struktur (chování, copingové strategie a emoce). Z toho důvodu se většina odborníků přiklání k upřednostnění dlouhodobé terapie, která pomůže klientovi lépe se přizpůsobit proběhlým změnám (Conture & Curlee, 2007).

Lechta (2010) terapie rozlišuje na individuální, kde je klient sám s logopedem, přičemž každé setkání trvá 30 – 60 minut (u mladších dětí se však doporučují setkání spíše kratší), a skupinovou, kde je zároveň tři až šest balbutiků. Podle Klenkové (2007) je skupinová terapie zcela neopomenutelná a vhodně doplňuje a navazuje na ostatní postupy, protože zahrnuje osobní i skupinový význam (Klenková, 2007). Členové skupiny jsou si zde navzájem i poradci, kteří si sdělují své zkušenosti a pocity z koktavosti v bezpečném prostředí. V důsledku toho jsou účastníci této terapie uvolněnější a snáze se se svými problémy svěřují, protože vědí, že je ostatní dobře pochopí (Guitar, sec. cit. Fraser, 2010).

Obecně vzato jsou terapeutické techniky koktavosti zakotveny v behaviorální a kognitivní psychologii (Ward, 2018). Většina terapeutických postupů vychází z kombinace autosugesce či sugesce s principem relaxačního cvičení. Nepostradatelnou součástí terapeutického týmu je proto klinický psycholog, který může pomoci najít vhodnou cestu (Kršňáková, 2004). Škodová a Jedlička (In Škodová & Jedlička et al., 2003) také poukazují na to, že léčba balbuties by měla být věcí komplexního týmu odborníků, a to klinického logopeda, klinického psychologa, foniatra a popř. učitele a rodiče.

Odborníci rozdělují terapii koktavosti na dva základní směry, a to na *„Fluency Shaping“* a *„Stuttering Modification“*, jež jsou založeny na zdánlivě odlišných teoretických základech a rozlišují se také na základě cílů, postupů a struktury terapie (Guitar, 2006; Shapiro, 2011). V současné době se však čím dál častěji uplatňuje jejich kombinace, a to pod termínem *„integrovaná terapie“* (Guitar & Gillam, sec. cit. Lechta, 2004).

Účelem *Fluency Shaping* terapie je pomoci balbutikům k plynulejší řeči tím, že se změní způsob, jakým je řeč produkována (Blomgren, 2010). Balbutik se v podstatě učí používat nový řečový vzor, učí se také dělat motorické pohyby řeči s menším artikulačním tlakem a spouštět vibrace hlasivek postupným a kontrolovaným způsobem. Předpokladem je, že osoby s koktavostí obvykle používají strategie produkce řeči, které jsou mimo jejich schopnosti ovládat motoriku řeči. Podle Shapira (2011) je spontánní či kontrolovaná plynulost konečným cílem *Fluency Shaping* terapie. Člověk by primárně neměl řešit strach, vyhýbat se nebo ovlivňovat svůj postoj ke koktavosti. Výsledkem této terapie řeči tak je prosazení nového vzoru produkce řeči, který přispívá k plynulé promluvě (Blomgren, 2013).

Mezi techniky v uvedeném terapeutickém proudu spadá pomalé tempo řeči, rytmizace a měkký hlasový začátek. Ramig (sec. cit. Lechta, 2010) doporučuje nácvik lehkého hlasového začátku propojovat s dechovými cvičeními a neprovádět tyto dvě činnosti izolovaně, nýbrž společně. Dále se zde používá DAF, což je terapeutický program využívaný také jako mobilní aplikace, jejíž hlavní funkcí je zpožděná sluchová zpětná vazba. Díky ní uživatel slyší svůj hlas se zpožděním, což ho nutí prodlužovat samohlásky. Dále je užívána technika FAF, kdy balbutik snižuje frekvenci svého hlasu, který v důsledku toho zůstává přirozený a rozpoznatelný. Snížení frekvence tónu hlasu totiž

vyvolá u jedince uvolnění hlasového svalstva a snižuje řečové dysfluence. Balbutik si poté sám může nastavit, o kolik chce snížit svou hlasovou frekvenci (Bredikhin, 2019).

Naproti tomu v přístupech *Stuttering Modification* je větší důraz kladen na emocionální aspekty koktavosti (Shapiro, 2011). Cílem tohoto směru terapie je dosáhnout určitého druhu koktání, které se vyznačuje uvolněnými krátkými základními symptomy bez jakéhokoli boje, doprovodných symptomů a negativních emocí (Natke et al., 2010; Natke & Alpermann, 2010). Balbutik se tak naučí dívat se na své koktání nezaujatě jako na předmět studia a naučí se jej měnit podobným způsobem, jakým se mění naučené zvyky. Podle tohoto přístupu je koktavost výsledkem vyhýbání se dysfluencím a snahy s nimi bojovat. Klienti se učí mít zadrhávání pod kontrolou a zadrhávat plynuleji, tedy monitorovat a měnit staré, zautomatizované a zažité způsoby silového přemáhání neplynulosti a nahrazovat je lehčími formami neplynulosti (Conture & Curlee, 2007). Práce s emocemi je jednou z hlavních částí tohoto terapeutického přístupu. Ve druhém kroku následuje desenzibilizace proti symptomům koktání, reakcím publika a trénovaným řečovým technikám (Decher, 2011).

Metoda Tarkowského (2017) je zajímavým multifaktoriálním pojetím terapie koktavosti, jež se skládá z lingvistických (neplynulost), biologických (zvýšené svalové napětí), psychologických (logofobie) a společenských (komunikační stres) složek. Uvedený přístup je unikátní svou celistvostí, kdy se snaží současně zlepšovat plynulost projevu, snižovat svalové napětí, odbourávat strach z koktavosti i pracovat s tolerancí komunikačního stresu.

Lechta (2011) dále uvádí metodu nazvanou *fonograforytmika*, jež je používána ve spojení s pomalým tempem, rytmickým hovorem, rytmickým vytleskáváním a celý proces je pak doplněn grafickým zápisem. Tato metoda se realizuje v sedmi krocích, kdy kritériem pro vyšší stupeň je automatizace v probíhající etapě a také dovednost fluentní mluvy ve cvičeních. Uvedenými metodami se balbutik snaží získat kontrolu nad svým projevem bez pocitu časového tlaku, snaží se o synchronizaci obou mozkových hemisfér a zároveň při nich redukuje neurofyziologické nároky na monitorování motoriky řeči.

Jedním z nejnovějších programů je *Kasselerský terapeutický program*, v němž se využívá tzv. biofeedbacku. Tato terapie je určena pro dospělou populaci a jejími

základními složkami jsou redukce rychlosti řeči a břišní dýchání spojené s lehkým artikulačním začátkem (Lechta, 2010).

Terapeutické přístupy pro děti jsou individualizovány na základě potřeb a vzorců rodinné komunikace. Komplexní přístup pro děti tak zahrnuje strategie zaměřené jak na ně samotné, tak i na rodiče. Cílem léčby je přitom eliminovat, výrazně omezit nebo pomoci dětem zvládnout koktavost a nerozvinout negativní emocionální reakce související s koktavostí (Yaruss, Coleman & Hammer, 2006).

Pro děti starší 6 let existuje program s názvem *KIDS (Kinder dürfen stottern)*, který se používá na techniky pseudokoktání nebo plynulého koktání. Cílem tohoto programu je akceptovatelná koktavost a snížení emocionální zátěže (Lechta, 2004).

Dalším terapeutickým materiálem určeným pro děti předškolního věku je *Lidcombe* program, jenž byl vytvořen v Austrálii a je zaměřen na incipientní koktavost. Základem terapie je poskytování péče rodiči v přirozeném prostředí dítěte. Rodiče se učí správným postupům v průběhu jednotlivých terapeutických sezení v poradně. Ta jsou organizována zpravidla jednou týdně (Bothe, 2004). Program Lidcombe probíhá ve dvou fázích. První fáze je hlavní složkou terapie a zahrnuje každodenní měření koktavosti a rodičovský trénink k aplikaci verbálních nahodilostí na řeč bez koktání. Druhá fáze pak je dlouhodobější. Vzhledem k tomu, že koktání je porucha s tendencemi k recidivě, je druhá fáze navržena tak, aby se zabránilo relapsu. V této fázi se doba mezi jednotlivými návštěvami kliniky prodlužuje a rodiče jsou při odhalování možného relapsu více odkázáni na své vlastní dovednosti a znalosti (Blomgren, 2013).

Dalším terapeutickým programem určeným pro děti je *Palin PCI Therapy Program*, jehož náplň se skládá z interakční strategie, rodinné strategie a strategie pro děti. Program je pro každé dítě flexibilní a dá se individuálně upravit. Nezbytným prvkem terapie jsou samozřejmě i rodiče dítěte (Kelman & Nicholas, 2008).

Van Riper (1972) již před padesáti lety založil program *MIDVAS*, v němž je hlavní složkou intervence výuka pacientů a též poradenství. Program směřuje k tomu, aby pacienti identifikovali a porozuměli svému řečovému chování, postojům a pocitům, které s koktáním souvisejí. Balbutik je povzbuzován, aby čelil a zvládal obávané mluvní situace prostřednictvím desenzibilizačních aktivit, jež jsou navrženy tak, aby osoby s koktavostí naučily, že mají kontrolu nad svými postoji a řečovým chováním. Program má šest částí

a jeho název je složen z počátečních písmen jednotlivých etap terapie – *Motivace, Identifikace, Desenzitizace, Variace, Aproximace a Stabilizace*.

Ve fázi modifikace dochází k vlastní variaci způsobu mluvení, balbutik trénuje *cancellation* (zrušení), *pull out* (vytažení) a *preparatory set* (přípravné postavení). Fáze zvaná stabilizace pomáhá klientovi upevnit získané dovednosti a rozvinout proprioceptivní monitorování jeho plynulé promluvy (Van Riper, sec. cit. Lechta, 2004).

V souvislosti s terapií koktavosti nelze opomenout pojem *„praxe založená na důkazech“* (z angl. *evidence based practice*, zkráceně *EBP*). Praxi založenou na důkazech lze definovat jako systémový přístup pro aplikaci nejnovějších důkazů k řešení klinického problému podle nejlepšího úsudku odborníka, jež se shodují a hodnotami a preferencemi daného pacienta. Z výsledků mnoha studií je známo, že zlepšují kvalitu péče i zdravotní výsledky pacienta (Melnyk et al., 2016).

Mezi EBD patří *Palin Parent-Child Interaction Therapy,* tedy terapie pro malé děti, které koktají. V tomto případě se jedná o interakční terapii mezi rodiči a dítětem (Millard et al., 2018). Dalším programem, jenž je založen na důkazech a byl zde již zmíněn, je *Lindcom Program of Early Intervention* (Onslow et al., 2003). K dalším patří přístup *RESTART-DCM*, založený na modelu požadavků a kapacit vycházejících z myšlenky, že pozitivní změny v motorických, jazykových, socio-emocionálních nebo kognitivních funkcí u dítěte, které koktá, povedou ke snížení koktavosti nebo zotavení se z ní. Model léčby DCM si klade za cíl dosáhnout rovnováhy mezi požadavky na komunikaci s batoletem nebo předškolákem a motorickými, jazykovými, socio-emocionálními a kognitivními schopnostmi dítěte (Franken & Putker-de Bruijn, 2007). Mezi další přístupy založené na modelu požadavků a kapacit patří také *Family Focused Treatment Approach (FFTA)*, což je nepřímá terapie, přičemž v případě potřeby se přidává i přímá. Sledovaným cílem terapie je snížit koktání a podpořit řeč dítěte (Yaruss et al., 2006).

Mezi nově využívané terapeutické techniky lze zařadit také *„Mindfulness“*, volně přeloženo *„všímavost“*, která vyžaduje, aby jednotlivci přemýšleli o vnitřních a vnějších podnětech a uznávali je, stejně jako své myšlenky a pocity v reakci na takové okolnosti. Jde v zásadě o trénink posilování všímavosti prostřednictvím formování komunikačních

postojů, metakognitivního uvědomění (schopnosti sebemonitorování) a emoční regulace u lidí, kteří koktají (Boyle, 2011).

Závěrem této podkapitoly lze uvést i některé alternativní metody terapie koktavosti. Peutelschmiedová (2005) mezi ně řadí např. hypnózu, biofeedback, metodu One brain, holotropní dýchání a oxygenoterapii – terapii kyslíkem. Holotropní terapii vyvinuli manželé Grofovi a využívá se při ní rychlejšího tempa a hlubšího dýchání. Rizikem je zde však vznik epileptického záchvatu vlivem hyperventilace. Co se týče hypnózy, nebylo zatím uskutečněno mnoho výzkumů, jež by prokazovaly její účinnost. Jeden z úspěšných výzkumů však proběhl v roce 2014 na univerzitě v Tel Avivu, kde se před a po každém sezení měřil počet dysfluencí při spontánním projevu a při čtení, přičemž se vyplňovaly i dotazníky. U některých klientů byla dysfluence dlouhodobá, u jiných naopak pouze krátkodobá. Prokázalo se však, že balbutikům se do určité míry zlepšilo pozitivní vnímání jejich koktavosti (Zloof & Ezrat-Vinacour, 2015).

U mnohých alternativních přístupů se v různé formě využívá relaxace, popřípadě jóga, která se často praktikuje u dětí. Má za úkol pomáhat při celkovém uvolnění těla a pomáhat při správném nácviku dýchání (Kehoe, 2006).

Jednou za čas se objevují názory i na farmakologické prostředky, jež slouží k terapii balbuties. Dosud se však u žádného léku dlouhodobá a jednoznačná účinnost neprojevila (Lechta, 2010). Pokud se však jedná o koktavost doprovázenou jiným postižením, nemocí nebo ADHD, často se medikamentózní terapie praktikuje (Králíková & Lechta, 2008).

3.2 Mýty o koktavosti

Kdybychom chtěli definovat mýtus po stránce jazykové, pak toto slovo pochází z řeckého slova „mythos“, což znamená „slovo“, „hovor“ nebo také „pohádka“ (Dommermuth-Gudrich & Braun, 2004). Segal (2017) definuje mýtus jako příběh mající na své posluchače silný vliv, jinak mýtem přestává býti. Přitom uvádí, že může být jak pravdivý, tak nepravdivý. Onu pravdivost mýtu chápe ve smyslu existence pro jeho stoupence a vlivu na jejich životy. Nepravdivým pak je mýtus, který přestože věda vyvrací, nadále zůstává důležitým prvkem pro život člověka ve společnosti, tedy přetrvává nezávisle na jeho vědeckém vyvrácení.

Koktavost je známá po několik tisíciletí. Proto není divu, že v průběhu času vznikalo velké množství nejrůznějších mýtů, často ve spojení s jejími příčinami a snadným, rychlým a bezstarostným odstraněním. Bohužel se s mýty setkáváme i v současnosti, kdy se mohou stát nástrojem šarlatánů, kterým slouží k výdělku (Lechta & Králíková, 2011). Je důležité, aby logopedi podávali balbutikům nezkreslené informace a aby nejen jim, nýbrž celé veřejnosti ukazovali pravou tvář koktavosti a ono množství mýtů vyvraceli (Kršňáková, 2004).

Za jeden z nejstarších mýtů o koktavosti můžeme považovat ten Hippokratův zhruba z 5. století př. n. l., kterým pacientům trpícím koktavostí doporučoval, aby se přestěhovali do suché a teplé země. Domníval se totiž, že koktavost je způsobena suchostí jazyka. V současné době je známo, že statistiky o výskytu koktavosti jsou ve všech zemích stejné (Lechta & Králíková, 2011).

Koktavost není žádná nemoc, a proto neexistuje žádný zázračný lék ani přírodní produkt, který by koktavost vyléčil. Lékař sice může ordinovat různé zklidňující léky, nejčastěji sedativa, žádný produkt však nebude pro pacienta znamenat spásu. Mnohem více může pomoci terapie koktavosti, která je záležitostí týmové spolupráce odborníků z více oborů, v jejichž popředí stojí logoped (Peutelschmiedová, 2011). Markson (2019) s tímto souhlasí a potvrzuje, že i když neexistuje žádná magická pilulka, jež zabraňuje člověku koktat, existují účinné nástroje, jichž lze využít k terapii koktání. V tomto ohledu doporučuje spolupráci s logopedem specializujícím se na koktavost, která může být pro pacienty s koktavostí přínosem jak pro jejich komunikační schopnosti, tak pro jejich sebevědomí.

Fraser a Perkins (2007) vyvracejí mylný fakt, že koktavost vzniká napodobováním. Naopak zastávají názor, že je spojena s přesvědčením, že děti napodobují chování ostatních lidí. Tvrdí, že vznik koktavosti napodobením je pouze zjednodušujícím vysvětlením pro tak extrémně komplexní problém.

Další nechvalně proslulý mýtus spočívá v tvrzení, že koktavost způsobuje učení se více jazykům. Pokud by však uvedené bylo pravdou, musel by být v zemích, kde se běžně hovoří více jazyky zároveň, mnohem větší výskyt koktavosti než například v zemích s jedním národním jazykem. Statistiky však nic takového nepotvrdily (Lechta & Králíková, 2011).

Setkat se lze taktéž s úsudky, že s koktavostí se potýkají osoby s mentálním postižením. Statistiky však prokazují pravý opak – osoby s balbuties mají obvykle vyšší IQ a s úbytkem inteligence klesá i počet osob s balbuties (Peutelschmiedová, 2005). Drayna (2019) souhlasí a potvrzuje, že koktavost nemá nic společného s inteligencí. Balbutici vědí, co chtějí říct, a chyba tak vězí toliko ve schopnosti produkovat plynulou řeč. Koktavostí tak trpěli a stále trpí známí a úspěšní vědci, herci, spisovatelé a politici, kteří i navzdory svému hendikepu dokázali v životě velké věci. Můžeme jmenovat např. předsedu vlády Velké Británie za 2. světové války Winstona Churchilla, nositele Nobelovy ceny za fyziku Alberta Einsteina, Charlese Darwina – vědce, který zdokumentoval teorii přirozeného výběru a evoluce, populární herečku Marilyn Monroe, basketbalového hráče NBA a komentátora NBC Sports Billa Waltona, novináře a televizního reportéra Johna Stossela, americkou zpěvačku a držitelku Oscara a Grammy Carly Simon a mnoho dalších (Reitzes, 2021).

Lidé a často i dospívající balbutici si někdy mohou myslet, že koktají, protože jsou nervózní. Třebaže úzkost není příčinou koktání, může občas způsobit, že člověk koktá vážněji, např. ve stresových situacích. Frustrující realitou koktání však je, že snaží-li se balbutik koktat méně, většinou nakonec koktá více. A když se naopak přestane svého koktání bát, často to skončí tak, že koktá méně (Reitzes, 2021).

Podobný mýtus vyvracejí i Fraser a Perkins (2007), kteří praví, že příčinou koktavosti je stres. Třebaže nezpochybňují tvrzení, že koktavost se zhoršuje při stresových situacích, které jsou pro balbutika emočně náročné, neznamená to však, že by stres mohl být příčinou koktavosti.

Často dochází k situacím, kdy se rodič sám obviňuje z toho, že jeho dítě koktá. Jeden z nechvalně proslulých mýtů totiž hovoří o koktavosti jakožto důsledku nesprávné výchovy. Je však naopak známo, že rodiče koktavost u svého dítěte nesprávnou volbou výchovných postupů nemohou vyvolat. Na druhou stranu je však nutné zdůraznit, že rodiče mohou svými postoji k problému řečový projev dítěte zlepšit či zhoršit (Peutelschmiedová, 2007).

Bohužel i dnes se často laická veřejnost domnívá, že koktavost je psychickou poruchou. Napomáhá tomu skutečnost, že koktání bylo kdysi kategorizováno jako psychologický problém. Dokonce i dnes lidé stále věří, že úzkost je kauzální faktor vzniku

koktavosti. Možná je pravdou, že koktání se může zhoršit během případů zvýšených emocí, koktání však není psychického původu (Reeves, 2018).

Lze tedy s jistotou říci, že koktání vzniká v důsledku rozdílů v mozku. Nejedná se však o psychickou poruchu, i když určitě může mít významné psychické důsledky pro ty, kteří s tímto onemocněním žijí. Stejně tak nejde o naučené chování, byť učení hraje významnou roli v tom, jak a kdy lidé koktají (Yaruss, 2018).

Stamurai (2020) na svých stránkách uvádí mýtus, že mnoho rodičů stále věří či doufá, že jejich dítě z koktavosti samo vyroste. První příznaky koktavosti se přitom u dětí začínají projevovat již mezi osmnácti měsíci a pěti lety. Jedině pokud však dojde k včasnému zásahu logopeda, může jim pomoci tento problém zcela vyřešit.

Lidé si také často myslí, že balbutici koktají pořád stejně, ovšem není tomu tak. Podle své vlastní zkušenosti Adams (2018) říká, že koktavost může být v jedné situaci velmi vážná a v jiné může osoba mluvit naprosto plynule. Koktavost se může měnit ze dne na den, ze situace na situaci, kdy například pro některé balbutiky může být nekomfortní toliko hovořit s autoritou nebo vyslovit své jméno. S tím souvisí další mýtus, dle něhož se lidem s koktavostí jejich jméno vyslovuje snadněji. Nabízí se teorie, že jelikož balbutik své jméno dobře zná, má ho tedy určitě dobře nacvičené. Opak je však pravdou. Pro člověka s koktavostí je to spíše překážka, protože jméno definuje symboliku jeho osobnosti, vlastní sebepojetí a jako takové má pro něj psychologickou náplň (Fraser, 2006).

Někteří balbutici se v některých situacích rozhodnou raději mlčet než mluvit neplynule, což může ostatní lidi vést k myšlence, že lidé s koktavostí jsou stydliví nebo introverti. Nicméně, stejně jako koktání ovlivňuje lidi všech věkových kategorií, ras a pohlaví, ovlivňuje také lidi s různými typy osobnosti (Adams, 2018).

V různých filmech lze zaznamenat, že balbutici při zpěvu nekoktají. V důsledku toho vyvstávají otázky, zda lze zpěv použít při terapii či jestli by lidé trpící koktavostí měli chodit na hodiny zpěvu. Zpěv však není zárukou plynulé řeči, nýbrž pouze speciální projev, jímž nelze pokrýt každodenní komunikační potřeby daného jedince (Fraser, 2006). V životě nelze za každé situace zpívat a zaměnit koktavost zpěvem by znamenalo zaměnit jednu zvláštnost za druhou (Sheehan, sec. cit. Fraser, 2006).

Mylná představa o koktání je také ta, dle níž označíme-li dítě za „někoho, kdo koktá“, jeho koktavost se zhorší. Balbuties však nelze zlepšit nebo zhoršit tím, že člověka, který koktá, identifikujeme jako koktavého nebo jej tak pojmenujeme. Identifikujeme-li někoho, kdo koktá v raném věku, můžeme tím naopak zvýšit jeho šance na překonání studu, strachu a úzkosti související s koktáním. I mladším osobám je tak vhodné o koktavosti poskytnout co nejvíce informací – pomůžeme jim tak k růstu vlastního Já, které nebude definováno narušením plynulosti (Stamurai, 2020).

3.3 Informovanost o koktavosti

Lidová moudrost říká, že sdělená radost je dvojnásobná radost, sdělená bolest je poloviční bolest. Koktavost přitom zcela jistě provázejí chvíle bolesti, na druhou stranu se o ní málo mluví, spíše mlčí, tají, a někdy je dokonce tabu (Peutelschmiedová, 2009).

Dospívající, kteří koktají, koktání vnímají negativně jako společensky stigmatizovaný stav (Blood et al., 2003). Bricker-Katz, Lincoln a Cummings (2013) provedli kvalitativní výzkum, v němž se zaměřili na to, jak dysfluence ovlivňují pracovní život dospělých balbutiků. Několik dotázaných opravdu uvedlo, že stigmatizující postoje na pracovišti omezují jejich pracovní dovednosti. Patrná zde byla dvě stigmata: první ze strany balbutika a druhé veřejné stigma vnímané ze strany spolupracovníků. Mnoho osob s koktavostí vyjádřilo „strach z toho, že ostatní pochybují o jejich schopnostech“, a že jsou vnímáni jako „nenormální“, což v konečném důsledku ovlivnilo jejich sebevědomí v práci.

Jeden z výzkumů odhalil snížené pracovní pozice pro balbutiky, jakož i to, že balbutici mají úzkost z navazování romantických vztahů a prvních schůzek (Beilby et al., 2013). Ward (2018) uvádí, že v dospělosti je běžné, že reakce a vnímání sebe sama tvoří nejvýznamnější část problému. Strach z koktání často představuje větší potíže s plynulostí než koktání.

Podle Frasera (2006) však neexistuje žádný rozpor mezi koktavostí a zaměstnáním, které by balbutik měl vykonávat. Mnoho lidí s koktavostí tak dokonce pracuje v oboru, v němž se vyžaduje v nejvyšší míře právě verbální komunikace. Již z toho vyplývá, že každý může uspět v mnoha povoláních či zaměstnáních.

Empiricky bylo prokázáno, že posluchači posuzují schopnost sebevyjádření, osobnost a inteligenci jednotlivce převážně na základě vnímání jejich řeči (Susca & Healey, 2001).

Na otázku, do jaké míry a jakým způsobem koktavost ovlivňuje osobnost jedince, není jednoznačná odpověď. Podle Kršňákové (2004) je vliv koktavosti na jedince silně individuální, záleží totiž na psychické odolnosti každého. Důležité je přitom taktéž to, jak dotyčný svou neplynulost přijímá. Vliv na neplynulosti má nejen jeho sebepojetí, psychické vyladění, sebevědomí či temperament, ale také prožité zkušenosti, které s okolím má (Kršňáková, 2004).

Schlagheck, Gabel a Hughes (2009) poukazují na výsledky zajímavého výzkumu, z něhož vyplývá, že negativní stereotypy vůči balbutikům má hned několik skupin lidí, jako jsou např. studenti, pedagogové, vysokoškolští profesoři, školní pracovníci či zaměstnavatelé. Peutelschmiedová (2011) radí, aby se každý z okruhu zainteresovaných nejprve snažil se o koktavosti co nejvíce dozvědět. Všichni v okolí balbutika by se měli především vyvarovat často možná dobře míněných rad, jimiž se toliko zvyšuje napětí postiženého, který v té chvíli nemá ve své moci, aby na svém řečovém projevu cokoliv měnil nebo ovlivnil.

Geus (2002) uvádí ve své publikaci určené dětem rady, které dospělí často ne zcela šťastně udílejí svým potomkům. Jsou mezi nimi například:

Nic si z toho nedělej.

Začni znovu.

Šlo by to líp, kdybys opravdu chtěl.

Zastav se a mluv pomalu.

A teď to řekni ještě jednou.

Tyto a mnohé další (sice určitě dobře míněné) rady dětem většinou nepomáhají, neboť v danou chvíli skutečně dělají, co mohou. Geus (2002) proto v publikaci poukazuje na nezbytnost vysvětlit lidem, že je zde riziko možného zhoršení koktavosti, místo aby došlo ke zlepšení situace dítěte. Za jediné řešení pokládá sdělení, co má dítě dělat a čeho se má naopak vyvarovat.

Někteří lidé s koktavostí se sami udržují v představě, že ostatní zavrhují jejich styl komunikace, což pramení z přímé interakce s okolím. Důsledkem pak je právě neplynulý

projev. Ten se nezřídka setkává s korekturou prolongací nebo napovídáním vět ve snaze balbutikovi pomoci, pomalou řečí komunikanta či odvrácením zraku v okamžiku, kdy se osoba zakoktá. Vše uvedené pak může vést k představě, že koktavost znamená něco odpudivého (Kršňáková, 2004).

Jednou z příčin, proč lidé nevědí, jak jednat s dítětem s koktavostí, je nedostatek informací o problému (Ambrose, 2004). Mnoho učitelů si například myslí, že koktavost vzniká z traumatu z dětství. Pravdou však je, že existuje mnoho faktorů (a to jak u dětí samotných, tak v jejich vnějším prostředí), které vytvářejí podmínky, za kterých koktavost nejprve vzniká a poté buď zmizí, nebo se zhorší (Guitar, 2006).

Mnoho lidí se cítí nápomocno, když těm, kteří koktají, vnutí myšlenku, že *„každý někdy koktá“*. To je však nepravdivé tvrzení. I když dokonalá plynulost neexistuje a všichni jsou občas dysfluentní, skutečné koktání existuje pouze v řeči těch, kteří koktají. Třebaže je tedy tento typ komentáře dobře míněn, může mít nezamýšlený negativní účinek, když lidé, kteří koktají, moc dobře vědí, jaký je mezi tím rozdíl (Reeves, 2018).

Geus (2002) hovoří o posměchu ve vztahu ke koktavosti. Podle něj jde o akt, jenž se dá vztáhnout k nejrůznějším důvodům. Úplně každý se může stát terčem posměchu ostatních, ať už proto, že je vysoký nebo pro své již dávno nemoderní oblečení. Problém tkví ve skutečnosti, že ten, kdo je terčem posměchu, po něčem opravdu moc touží a snaží se o to – totiž hovořit plynule. To mu však činí neskutečné potíže a jakýkoliv posměch jej tak jedině bolí a zraňuje.

Peutelschmiedová (1994) doporučuje obecně lidem komunikujícím s balbutiky udržovat přirozený oční kontakt, kterým dáváme najevo zájem o konverzaci a zároveň neubližujeme soucitem. Je však žádoucí, aby komunikační partner vyčkal, než balbutik řekne vše, co zamýšlel, a nevyvolával v něm tak pocit časové tísně. Lidem s koktavostí je tak vhodné dát najevo, že máme zájem slyšet, co říkají, nikoliv jak to říkají. Užitečné je také kontrolovat i svou vlastní řeč, mluvit pomalu, ale zároveň přirozeně, rozhodně nezjednodušovat výpovědi. Žádný člověk by neměl balbutika považovat za méněcenného a měly by respektovat jeho osobnost.

Knight (2020) přímo doporučuje učitelům následující:

- Odstraňte jakýkoliv posměch ostatních dětí.
- Nepřerušujte nebo nespěchejte na studenta, když mluví.

- Pokud váš student vyjádří znepokojení nad svou řečí, promluvte si o tom s ním.
- Je důležité, aby váš student cítil, že v prostředí třídy bude mít pochopení, pomoc a podporu.
- Ujistěte se, že dítě, které koktá, se cítí při mluvení ve třídě dobře, nevylučujte ho však z veškeré ústní účasti.

Dále doporučuje, aby všechny děti, které koktají, byly odeslány k logopedovi. Logoped pak rozhodne, zda dítě potřebuje terapii, či nikoliv. Důležitá je však včasná intervence.

The Stuttering Foundation (2015) na svých stránkách lidem radí, že pokud zvednete telefon a nikdo se neozývá, je možné, že na druhé straně je člověk s koktavostí, který se snaží zahájit rozhovor, ale není to pro něj jednoduché. Prosí tedy veřejnost, aby s nimi měla trpělivost. Podle Peutelschmiedové (2009) balbutici neradi telefonují, zřejmě z důvodu pocitu časové tísně při telefonování. Na druhou stranu lze telefon používat jako terapeutickou pomůcku, kdy balbutici mohou telefonovat denně, a trénovat tak mluvený projev.

Mnoho modelů terapie je již založeno na podpoře a informovanosti rodičů a ostatních osob. V zahraničí používaný model Kids – „Kinder dürfen stottern“, tedy v překladu „Děti mají dovoleno koktat“, se vyznačuje intenzivním zapojením kontrastních osob jako koterapeutů. V rodině není koktavost tabu. Nejnovější modifikací programů je MINI KIDS, jež umožňuje aplikaci i u dětí v raném věku (Sandrieser & Schneider, 2008).

Slovinská autorka Beata Akerman (2010) sama koktá a nedostatek informovanosti ze strany veřejnosti jí celý život přináší řadu nepříjemných zážitků, proto se rozhodla vydat knihu „Izabela“ – příběh o princezně, která koktala. Učí tak děti, jak se chovat ke svým vrstevníkům potýkajícím se s koktavostí.

Další podobnou myšlenku měli Schneider a Schartmann (2015), když vydali knihu s názvem „Was ist ein U-U-Uhu?“, tedy v překladu „Co je to v-v-výr?“ Uvedená kniha vypráví příběh malého ježka, který koktá, přičemž ostatní zvířátka se mu posmívají. Zcela přirozeně má tato kniha vést děti k pochopení nejen koktání, ale i lidí, které tento problém dennodenně sužuje.

Kršňáková (2004) ve své publikaci zmiňuje např. sdružení Balbus, které vzniklo v roce 1998 v Olomouci za podpory docentky Peutelschmiedové a slouží ke vzájemné podpoře balbutiků.

V České republice je svou činností známá také klinika LOGO, kterou založila PaedDr. Ilona Kejklíčková, Ph.D., MBA. I ona věnuje velkou pozornost léčbě a terapii koktavosti. Sama vytvořila metodu komplexního přístupu terapie koktavosti, která se na uvedené klinice setkává s velice dobrými výsledky. Je vhodná pro děti, mladistvé i dospělé balbutiky.

Na klinice je využíváno komplexního přístupu tak, že na jednom místě a v jednom čase na klienta účelně působí složky léčebné, reedukační a rehabilitační. Cílem je během poměrně krátkého časového úseku klientovi pomoci v odstraňování a zmírňování jeho obtíží a současně mu ukázat cestu, kterou se dál vydat.

Mezi další inspirující patří stránky Nekoktám!cz založené klinickým logopedem PhDr. Janem Dezortem, Ph.D. za účelem zvýšení informovanosti o koktavosti. Na stránkách jsou různé informace o koktavosti, o možnostech terapie i informace o tom, jak lze podpořit své blízké (děti i dospělé), kteří koktají. „Naším cílem je seznamovat s nejnovějšími poznatky a podpořit všechny, kdo se rozhodnou s koktavostí bojovat. Rádi bychom také vyvrátili některé mýty, které ohledně koktavosti ve společnosti (bohužel často i odborné) panují.“

Mezi zahraniční svépomocné skupiny pak patří například Stuttering Foundation of America, jež byla v roce 1947 založena Malcomem Fraserem, nebo evropská ELSA – European League of Stuttering (Kršňáková, 2004).

Shrnutí

Třetí kapitola pojednává o podpoře osob s koktavostí. Terapie koktavosti je náročnou disciplínou i pro odborníky, přičemž jejich cílem je odstranění koktavosti ve všech třech aspektech tohoto syndromu – v oblasti dysfluence, psychické tenze i nadměrné námahy. Terapie se rozděluje na dva základní směry, a to na ‚Fluency Shaping‘ a ‚Stuttering Modification‘, jež jsou založeny na odlišných základech a odlišují se také ve struktuře terapií a v jejích cílech. V poslední době se stále častěji uplatňuje jejich kombinace, a to pod termínem integrovaná terapie. V závěru této podkapitoly jsou

uvedeny i některé alternativní metody terapie koktavosti. Koktavost je známá několik tisíciletí, není proto divu, že vznikalo velké množství nejrůznějších mýtů, které jsou často ve spojení s jejími příčinami a zdánlivě snadným, rychlým a bezproblémovým odstraněním. V další části kapitoly jsou vyvraceny některé z těchto mýtů o koktavosti, například že koktavost vzniká napodobováním, způsobuje ji nervozita nebo že koktavost je psychická porucha. Osobám komunikujícím s balbutiky se v této kapitole doporučuje udržovat přirozený oční kontakt, kterým dávají najevo zájem o konverzaci a zároveň neubližují soucitem. Je však žádoucí, aby komunikační partner vyčkal, než balbutik řekne vše, co zamýšlel, a nevyvolával v něm tak pocit časové tísně. Lidem s koktavostí je vhodné dát najevo, že máme zájem poslouchat, co říkají a nikoliv jak to říkají. Radám a tipům, jak mluvit s osobou, která koktá, je pak věnována poslední podkapitola teoretické části práce.

4 Výzkumná část

4.1 Formulace cílů a hypotéz

Výzkumné šetření je zaměřeno na vývoj mobilní aplikace BALBU, která je určena pro diagnostiku a terapii koktavosti, a také zmapování současné situace v České republice, která se koktavosti týká. Hlavním cílem práce je ke zlepšení situace přispět vývojem diagnostické a terapeutické aplikace navržené pro potřeby českého prostředí. Ve vztahu k hlavnímu cíli byly vymezeny parciální cíle, jež se zaměřují na:

- analýzu spokojenosti s diagnostikou koktavosti v České republice;
- analýzu logopedické péče koktavosti v České republice;
- analýzu funkčnosti modelu BALBU.

Na základě vytyčených cílů výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO$_1$: Jaké diagnostické materiály se v České republice nejčastěji používají?

VO$_2$: Jaké terapeutické techniky se v České republice využívají?

VO$_3$: Co by vedlo ke zlepšení logopedické péče o balbutiky v České republice?

VO$_4$: Pro klienty s balbuties – v jakém věku je aplikace vhodná?

VO$_5$: Lze model *BALBU* využít v praxi?

VO$_6$: Jak by aplikaci *BALBU* bylo možné ještě vylepšit?

4.2 Metodologie výzkumného šetření

Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část je zpracována monografickou procedurou za využití technik obsahové analýzy, analýzy monografií a dalších odborných českých i zahraničních publikací a elektronických informačních zdrojů. Empirická část práce je pak postavena na kvantitativně a kvalitativně orientovaném typu šetření.

Pro účely dosažení prvního výzkumného šetření bylo využito **kvantitativního typu výzkumu**. Kvantitativní forma je v pedagogickém výzkumu častější. Zakládá se na pozitivismu a jejím zdrojem poznání je objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání

reality (Průcha, Mareš & Walterová, 2003). Kvantitativní forma výzkumu se využívá při náhodném výběru či experimentech pro vysoce strukturované sběry dat pomocí testů či dotazníků. Konstruované koncepty se zjišťují měřením, dále se data analyzují statistickými metodami. Cílem je přitom exploatovat, popřípadě ověřovat pravdivost našich představ ve vztahu ke sledovaným proměnným (Hendl, 2005).

Dotazník je koncipován jako soustava dopředu připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazované osoby odpovídají písemnou formou (Chráska, 2007). Podle Polonského (2000) patří mezi výhody dotazníku příležitost získat informace od velkého počtu osob, nízká finanční náročnost, nízká časová náročnost a jednodušší zpracování údajů než například u rozhovoru.

Prostřednictvím analýzy odborných zdrojů a publikací a na základě konzultací s logopedem byl vytvořen dotazník o 22 otázkách, jenž se koncentruje na analýzu aktuálního stavu diagnostické a terapeutické logopedické péče koktavosti v České republice. Důraz byl i v tomto případě kladen mimo jiné na minimalizaci časové náročnosti.

Dotazník byl respondentům distribuován elektronickou cestou prostřednictvím e-mailu v lednu roku 2022. E-mailové adresy do jednotlivých zařízení byly získány z webových stránek Asociace klinických logopedů, popřípadě podle těchto stránek dohledány. E-maily byly rozeslány postupně do jednotlivých krajů, kdy na uvedené adresy elektronické pošty konkrétních zařízení bylo odesláno vždy průvodní oslovení s přiloženým hypertextovým odkazem na webový dotazník. Dotazník byl určen pro klinické logopedy a logopedy v předatestační přípravě. Data byla zjišťována pomocí platformy Survio a následně byla zpracována do grafů v programu Microsoft Office Excel.

Pro další část výzkumné práce byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Kvalitativnímu výzkumu je vlastní induktivní logika, což znamená, že nejdříve je nutné nasbírat určité množství dat a až poté se začíná pátrat po pravidelnostech, jež se v těchto datech vyskytují. Poté následují formulace předběžných závěrů a hledání opory v datech (Švaříček, Šeďová et al., 2007).

Podle Hendla (2005) se na začátku kvalitativního výzkumu určí téma a vymezí základní výzkumné otázky, které je možné modifikovat v průběhu výzkumu, během sběru či analýzy dat. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které odpovídají

výzkumným otázkám, provádí deduktivní i induktivní závěry. Dále také pracuje a seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v místě dění. Samotný výzkum probíhá v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter. Analýza a sběr dat probíhají nezávisle na sobě, když výzkumník provádějící analýzu až podle výsledku rozhodne, jaká data jsou potřebná, popřípadě zda je nutné začít nanovo s jejich sběrem a následnou analýzou.

Při kvalitativním výzkumu je často využíván rozhovor, tedy situace, ve které výzkumník klade otázky respondentovi. Od běžného rozhovoru se však liší tím, že kladené otázky jsou standardizované a jsou zaměřené na určité oblasti. Ve fázi sestavování rozhovoru je nutné všechny zúčastněné seznámit s tématem rozhovoru, sestavit jeho cíle a připravit strukturu rozhovoru. Velkou časovou dotaci je přitom nutné věnovat právě formulaci otázek v rozhovoru, čemuž však předchází stanovení okruhů, na které se výzkumník prostřednictvím svých otázek bude zaměřovat. Pro jeden okruh je nutné stanovit více otázek, které musí být správně formulované, krátké, srozumitelné a přizpůsobené schopnostem respondenta (Farkašová, 2006).

Autorka práce se rozhodla pro polostrukturovaný rozhovor. Hendl (2005) k tomuto uvádí, že se používá tehdy, je-li nutné minimalizovat variaci otázek. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná na základě rozhovorů budou výrazně lišit.

Podle Miovského (2006) je doporučováno u polostrukturovaného rozhovoru využít tzv. *inquiry* neboli upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta výzkumníkovi, který tak ověří správnost uchopení získaných dat. V průběhu rozhovoru jsou kladeny různé doplňující otázky, čímž se téma rozpracovává více do hloubky tak, aby výzkumník dosáhl určených cílů.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s balbutiky, se zaměřovaly na:

- nahrávání hlasu;
- vyzkoušené situace;
- zaznamenávání emocí;
- srovnání s jinými aplikacemi;
- doporučení pro budoucí vylepšení aplikace.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s klinickým logopedem, se pak zaměřovaly na:

- používání aplikace;
- grafickou podobu aplikace;
- zaznamenávání emocí;
- využití aplikace v praxi;
- doporučení pro budoucí vylepšení aplikace.

4.2.1 Časový harmonogram práce

Leden 2021 – květen 2021

- intenzivní studium odborné literatury;
- ujasnění tématu a tvorba projektu diplomové práce;
- kontaktování IT odborníků;
- konzultace s klinickým logopedem.

Červen 2021 – srpen 2021

- zpracovávání teoretické části diplomové práce;
- přípravy na realizaci výzkumné části diplomové práce;
- konzultace s IT odborníky;
- tvorba projektu mobilní aplikace.

Září 2021 – říjen 2021

- zpracovávání teoretické části diplomové práce;
- vytváření grafické podoby mobilní aplikace.

Listopad 2021 – prosinec 2021

- dokončení teoretické části diplomové práce;
- tvorba dotazníkového šetření;
- vývoj mobilní aplikace.

Leden 2022 – únor 2022

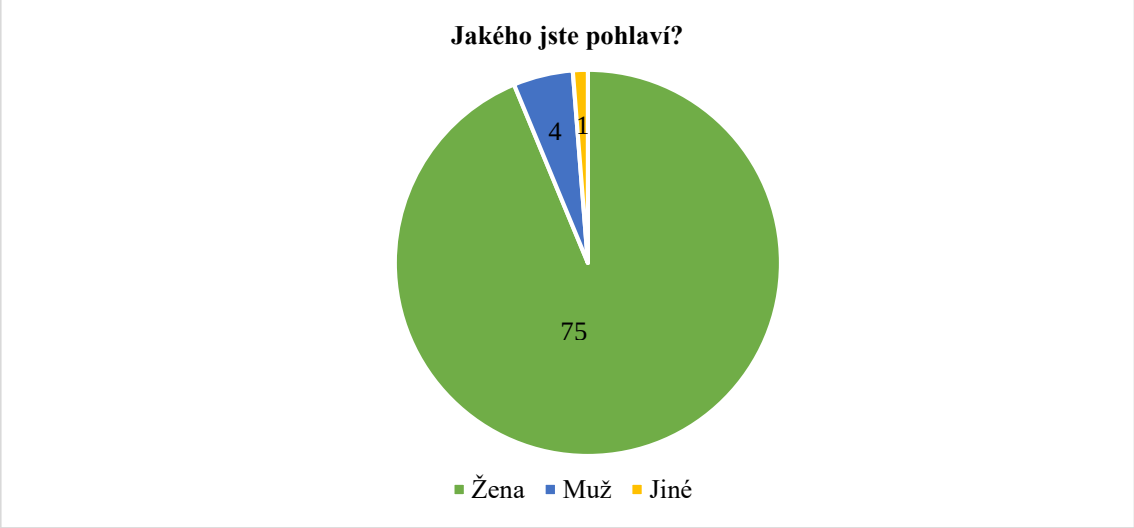
- realizace vlastního výzkumného šetření;
- analýzy výzkumu;
- zhodnocení získaných dat.

Březen 2022 – duben 2022

- formulace dílčích závěrů a závěrečného resumé;
- finální úpravy diplomové práce.

4.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

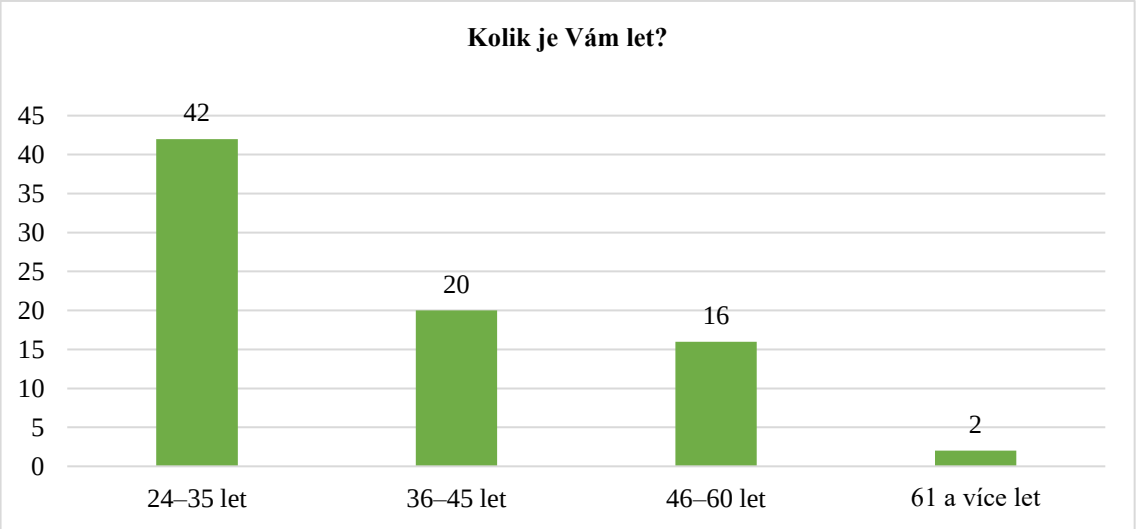
Pro první kvantitativní část výzkumu byli osloveni kliničtí logopedi a logopedi v předatestační přípravě. Dotazník otevřelo 145 respondentů, vyplnilo ho pak 80 z nich. Návratnost dotazníku je tedy 55,2 %.



Graf 1 *Pohlaví respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

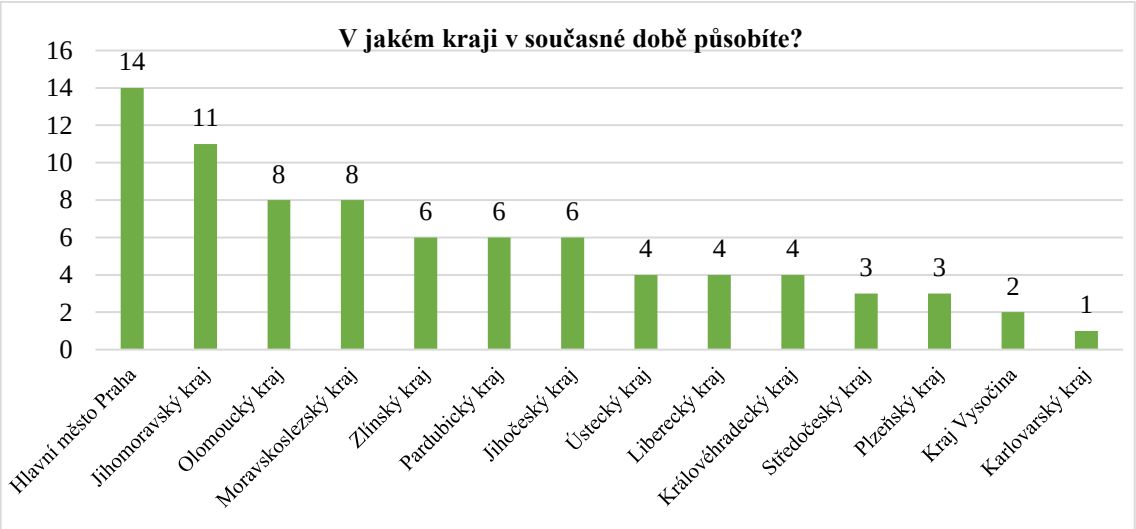
První otázka dotazníku se týkala **pohlaví respondentů**. Z uvedeného grafu vyplývá značný nepoměr mezi *muži* a *ženami*, kdy ženy představují drtivou většinu respondentů, konkrétně 93,75 %. Muži jsou zastoupeni v počtu čtyř respondentů, což znamená 5 % z jejich celkového počtu. V grafu je patrná i odpověď označená jako pohlaví *jiné*, jež z celkového procentuálního zastoupení zaujímá 1,25 %.



Graf 2 *Věk respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

Druhá otázka byla orientována na **věk respondentů**. Největší zastoupenou skupinu tvoří logopedi ve věku *24–35 let*, přičemž se jedná o 52,5 % dotazovaných. Věk mezi *36–45 lety* uvedlo 20 dotazovaných, a představují tak 25 % z celkového počtu respondentů. Odpověď *„46–60 let“* zvolilo 16 respondentů (20 %) a konečně pouze dva respondenti (tvořící posledních 2,5 %) zvolili odpověď *„61 a více let“*.

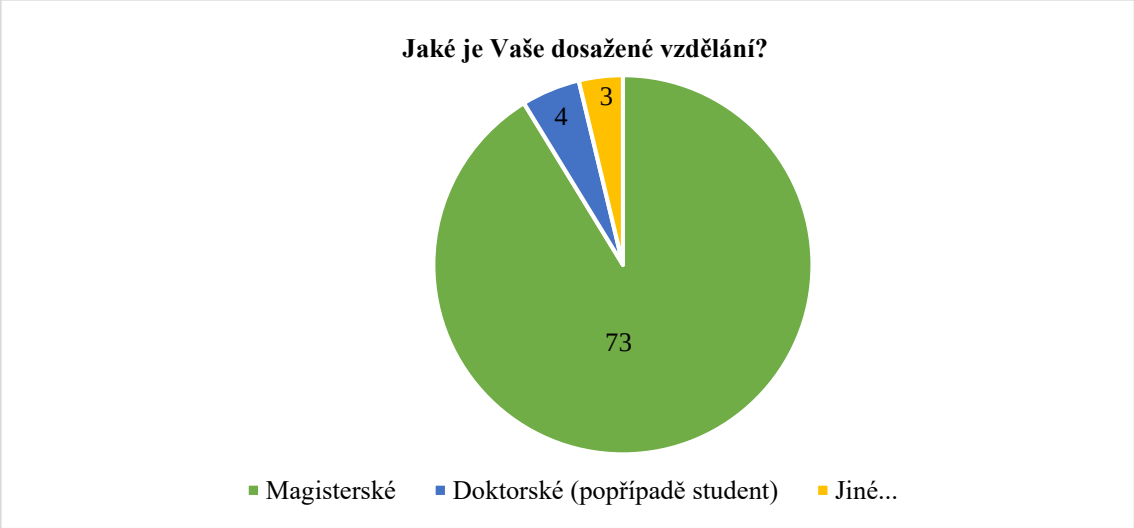


Graf 3 *Místo působiště respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

Účel následující otázky tkvěl ve zjištění **kraje, ve kterém respondenti působí**. Nejvyšší zastoupení zaujímá v grafu *„Hlavní město Praha“*, tuto možnost zvolilo

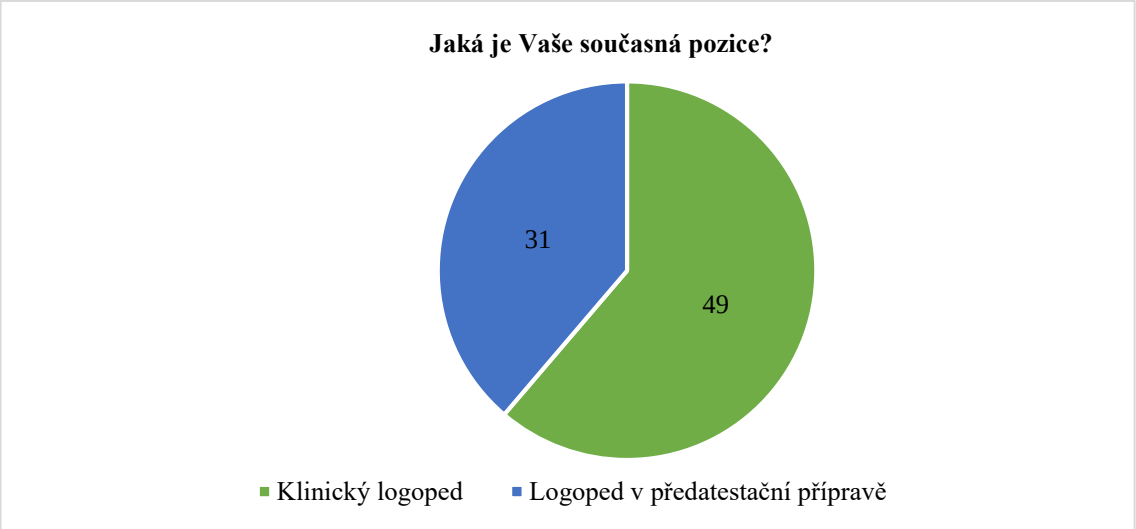
čtrnáct (17,5 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinu respondentů tvoří ti z *Jihomoravského* a *Olomouckého kraje*, kde shodně působí jedenáct (13,75 %) účastníků výzkumu. *„Moravskoslezský kraj“* pak s počtem osmi responzí tvoří 10 % celkového počtu. Ve *Zlínském*, *Pardubickém a Jihočeském kraji* v současnosti působí šest logopedů, uvedené kraje tedy zaujímají 7,5 %. V *Ústeckém*, *Libereckém* a též v *Královéhradeckém kraji* působí čtyři dotazovaní (5 %), ve *Středočeském* a *Plzeňském kraji* pak tři dotazovaní (3,75 %). Odpověď *„Kraj Vysočina“* zvolili dva respondenti (2,5 %) a poslední „*Karlovarský kraj“* pouhý jeden respondent (1,25 %).



Graf 4 *Vzdělání respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

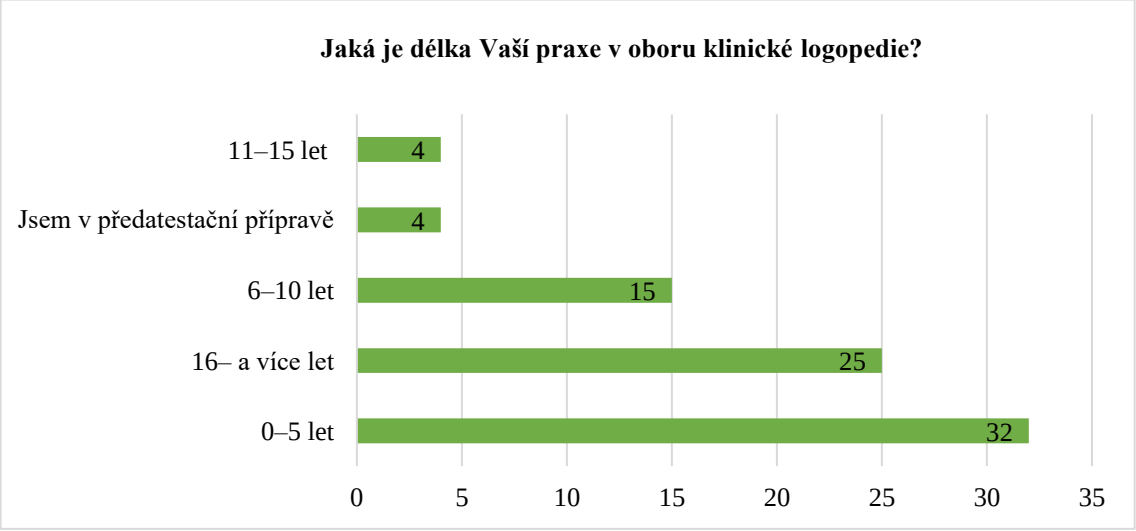
Následující graf demonstruje **dosažené vzdělání respondentů**. Dle výsledků má většina dotazovaných v počtu 73 *magisterské vzdělání*, což činí 91,25 %. Čtyři respondenti (5 %) uvedli, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je *doktorské*, popřípadě *studují doktorský studijní program. Jiné* vzdělání uvedli tři účastníci výzkumu, a tvoří tak 3,75 % z jejich celkového počtu.



Graf 5 *Pracovní pozice respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

Uvedený graf v návaznosti na graf předchozí zařazuje respondenty dle jejich **současných pracovních pozic**. Na výběr byly možnosti *„klinický logoped“*, která s 49 respondenty (61,25 %) tvoří početnější část, a odpověď *„logoped v předatestační přípravě“*, již uvedlo 31 dotazovaných (38,75 %).

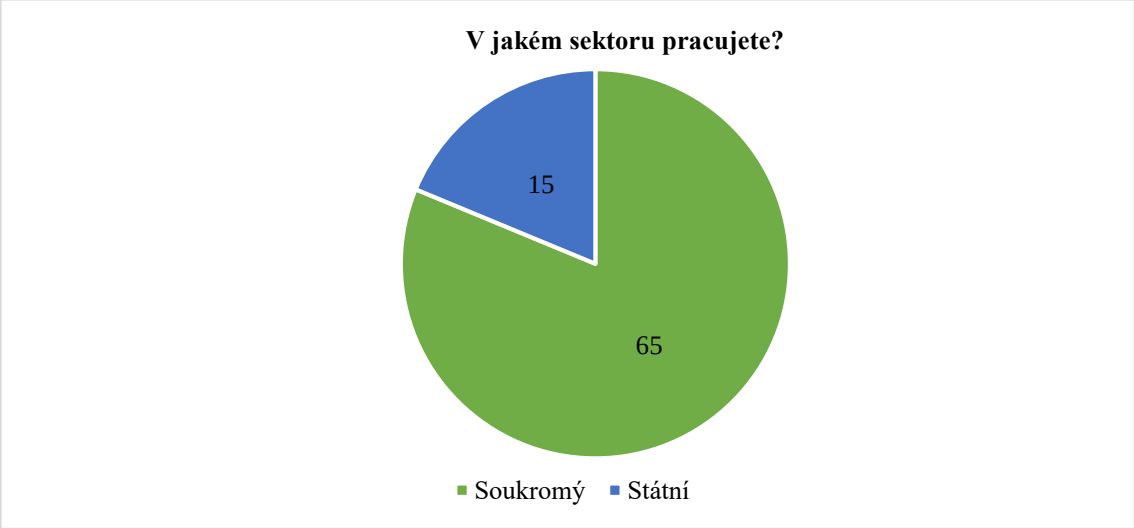


Graf 6 *Délka praxe respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 poskytuje informace o **délce praxe respondentů v oboru klinické logopedie**. Výsledky ukazují, že většina, konkrétně 32 respondentů (40 %) má praxi *0–5 let*. Další téměř stejně početnou skupinu tvoří 25 klinických logopedů s praxí *16 a více*

let (31,25 %). Patnáct dotazovaných (18,8 %) uvedlo praxi v oboru v délce *6–10 let*. V *předatestační přípravě* jsou podle výzkumu čtyři dotazovaní (5 %), přičemž stejné zastoupení má i možnost *„11–15 let“*.



Graf 7 *Typ sektoru, ve kterém respondenti pracují*

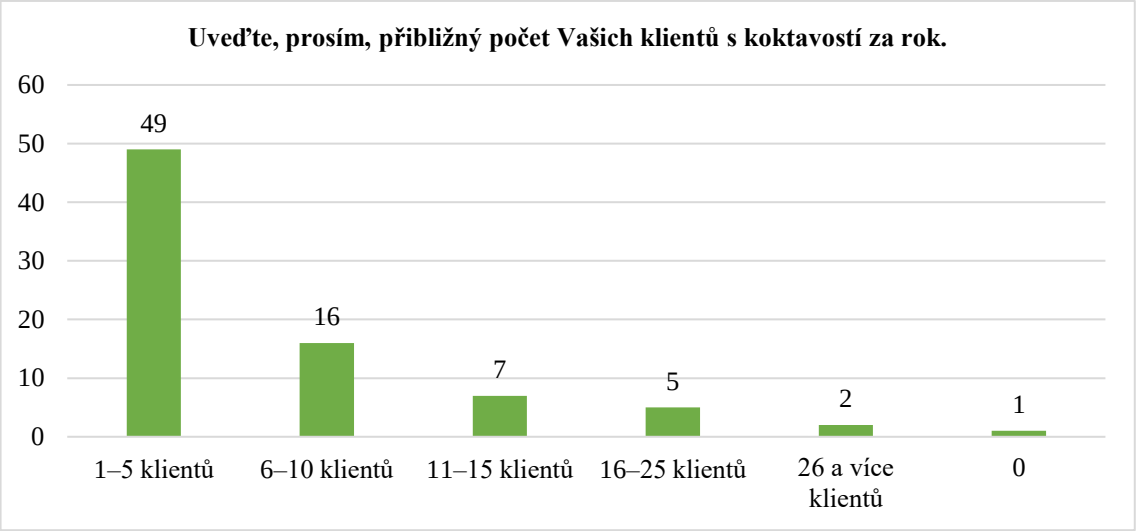
Zdroj: vlastní zpracování

Poslední z demograficky zaměřených otázek poskytuje informace o **typu sektoru, ve kterém respondenti působí**. K naplnění výzkumných cílů byly na výběr dány pouze dvě odpovědi. Majoritní část odpovídajících (konkrétně 65 – 81,25 %) uvedla, že pracuje v *soukromém sektoru*. Zbylých 15 odpovídajících (18,75 %) tak tvoří skupinu, která pracuje ve *státním* sektoru.

V rámci realizace kvalitativní části výzkumu byl uskutečněn rozhovor s klinickým logopedem, který se věnuje klientům s koktavostí ve všech věkových skupinách, a s devíti jeho klienty – balbutiky.

4.3 Analýza dotazníkového šetření

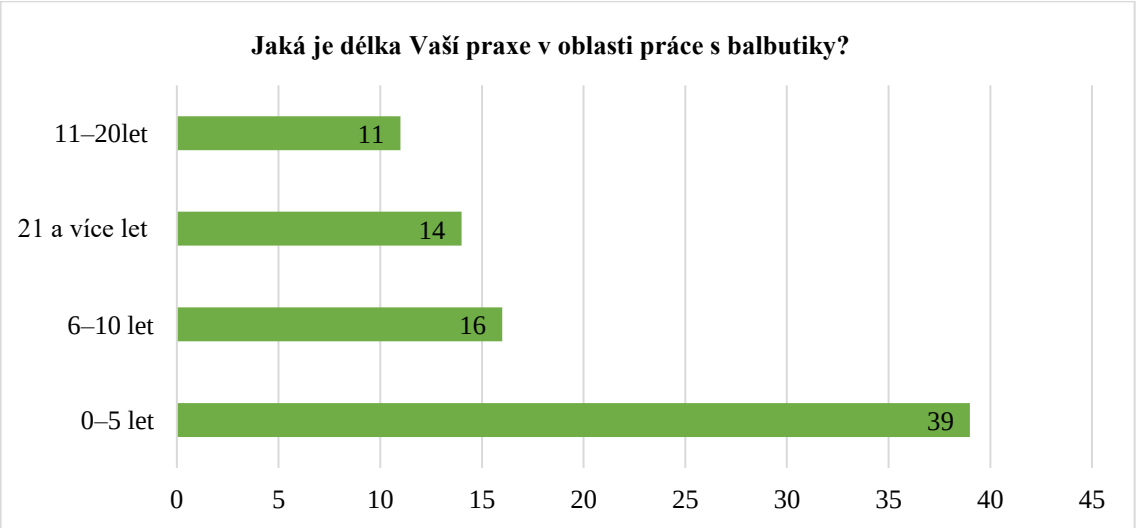
V rámci interpretace výsledků šetření jsou zde vyhodnoceny dotazníkové položky. Data získaná dotazníkovým šetřením byla převedena do názorných grafů, které byly vytvořeny zpracováním dat v programu Microsoft Office Excel.



Graf 8 *Počet klientů s koktavostí za rok*

Zdroj: vlastní zpracování

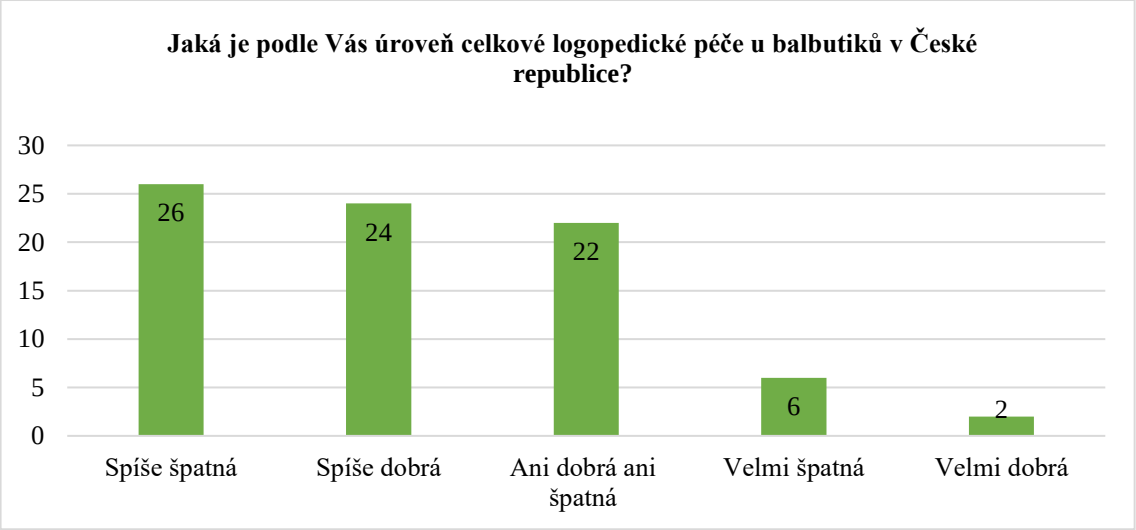
Uvedená otázka zkoumá **přibližný počet klientů s koktavostí za rok**. Nejvíce respondentů, a sice 49 (61,3 %), uvedlo jako svou odpověď *„1–5 klientů“*. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo *„6–10 klientů“* s koktavostí za rok, přičemž tak uvedlo šestnáct dotazovaných (20 %). Za jeden rok má *11–15 klientů* s koktavostí podle dotazníku sedm respondentů (8,75 %), *16–25 klientů* pak pět respondentů (6,25 %). Pouze dva účastníci výzkumu (2,5 %) mají v péči *26 a více klientů* za rok, zbývající jeden (1,25 %) pak uvedl jako možnost *„0“*.



Graf 9 *Délka praxe v oblasti práce s balbutiky*

Zdroj: vlastní zpracování

Další položka dotazníku zjišťuje, jakou mají jednotliví respondenti **délku praxe v oblasti práce s balbutiky**. Nejvyšší počet hlasů (konkrétně 39 – 48,75 %) zahrnuje možnost „*0–5 let*“, následuje možnost *„6–10 let“* s šestnácti hlasy (20 %). Čtrnáct logopedů (17,5 %) vykazuje zkušenost s balbutiky o délce *„21 a více let*“. Nejméně početnou je možnost *„11–20 let“*, jíž zvolilo toliko jedenáct respondentů (13,75 %).



Graf 10 *Úroveň logopedické péče v České republice*

Zdroj: vlastní zpracování

Dále se v dotazníku respondenti vyjadřovali k **úrovni celkové logopedické péče o balbutiky v České republice**. Hodnocení zachycovala pětibodová škála, přičemž většina názorů byla protichůdná. Celkem 26 logopedů (32,5 %) uvedlo, že logopedická péče u balbutiků je *spíše špatná*, 24 (30 %) ji naopak označilo za *spíše dobrou.* Odpověď neutrální povahy, tedy *„dobrá ani špatná“*, zvolilo 22 odpovídajících (27,5 %). Konečně 6 logopedů (7,5 %) se rozhodlo pro odpověď *„velmi špatná“* a pouze 2 (2,5 %) pro odpověď *„velmi dobrá“*.

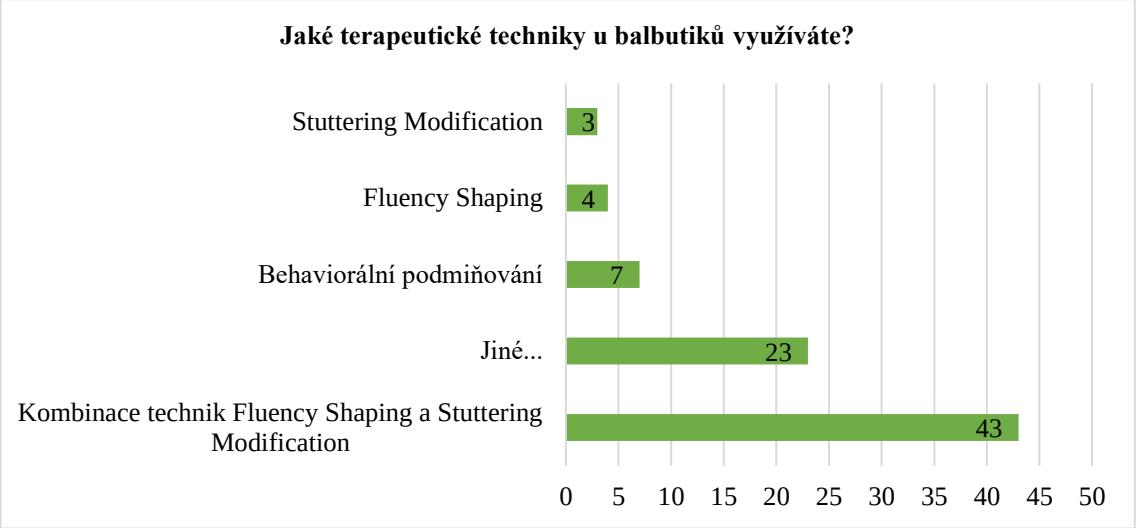
Tabulka 1 *Názory respondentů na možné zlepšení logopedické péče o balbutiky*

Co by podle Vás vedlo ke zlepšení logopedické péče o balbutiky v České republice?
„Možná více kurzů a celkového vzdělávání.“
„Osvěta o tématu balbuties u laické veřejnosti.“
„Komplexní a multidisciplinární přístup.“
„Specializace pracovišť.“
„Více materiálů, programů, aplikací.“
„Více konferencí na dané téma v českém jazyce.“
„Více svépomocných skupin pro děti.“
„Více psychologů a psychoterapeutů, kteří jsou schopni pracovat s balbutiky.“

Zdroj: vlastní zpracování

Další položkou v dotazníkovém šetření byla otevřená otázka, která se zabývala potenciálním **zlepšením logopedické péče o balbutiky v České republice**. Osm přímých vyjádření je uvedeno v tabulce výše. Respondenti zde hojně uváděli *„osvětu balbuties“*, a to jak ve vztahu k učitelům mateřských či základních škol, tak i k pediatrům, dalším lékařům nebo rodičům. V souvislosti s rodiči se dále objevovaly odpovědi typu *„reálná očekávání rodičů“* a *„lepší komunikace s rodiči“*. Poměrně hojně účastníci výzkumu taktéž uváděli, že by ocenili *více kurzů i pro klinické logopedy*, kdy z výzkumu vyplývá, že intenzivnější vzdělávání v oblasti balbutologie shledávají nezbytným i kliničtí logopedi s delší praxí. Uváděli například *„více konferencí na dané téma v českém jazyce“* nebo *„sledování zahraničních trendů“*. V podobném duchu se objevovaly odpovědi jako *„lepší proškolování“*, *„prostor pro vzdělávání“*, *„kurzy a povědomí o nových technikách terapie koktavosti“*, *„další vzdělávání“*, *„podpora speciálních programů v rámci celoživotního vzdělávání“*, *„sledování zahraničních terapeutických směrů“*, *„větší praxe“* nebo *„větší množství kurzů s praktickými ukázkami“*. Ve vztahu k služebně mladším logopedům se objevovaly názory, že je zapotřebí *podpory mladších logopedů*, jakož i *lepšího mentoringu pro mladší a nezkušené logopedy*, *lepší přípravy studentů logopedie na povolání – více praxe* nebo *propracovanější přípravy logopedů.* K samotné terapii balbutiků pak byly velmi často zmiňovány *skupinové terapie*, *pobyty pro balbutiky* (včetně pobytů pro děti), dále *podpůrné navazující terapie*, *více času vynakládaného na cvičení v terénu* a *intenzivní (šestitýdenní a delší) ambulantní péče následovaná udržovacími sezeními“.* Hodně z dotazovaných také ve svých odpovědích uvedlo *lepší propojení s dalšími terapeuty*, kdy

nejčastěji byli zmiňováni psychologové, psychoterapeuti, popřípadě *„fyzioterapeut při práci s bránicí, dechem nebo jinými blokádami, které bývají u dospělých balbutiků součástí mimo jiné práce s posturou“*. V rámci dotazníku bylo také zjištěno, že řada logopedů by ocenila *centra, kde by se věnovali pouze koktavosti*, a *specializaci logopedů*. Závěrem lze uvést neméně zajímavý názor jednoho z účastníků, který zmínil *primární prevenci a klidnější životní styl rodin*.

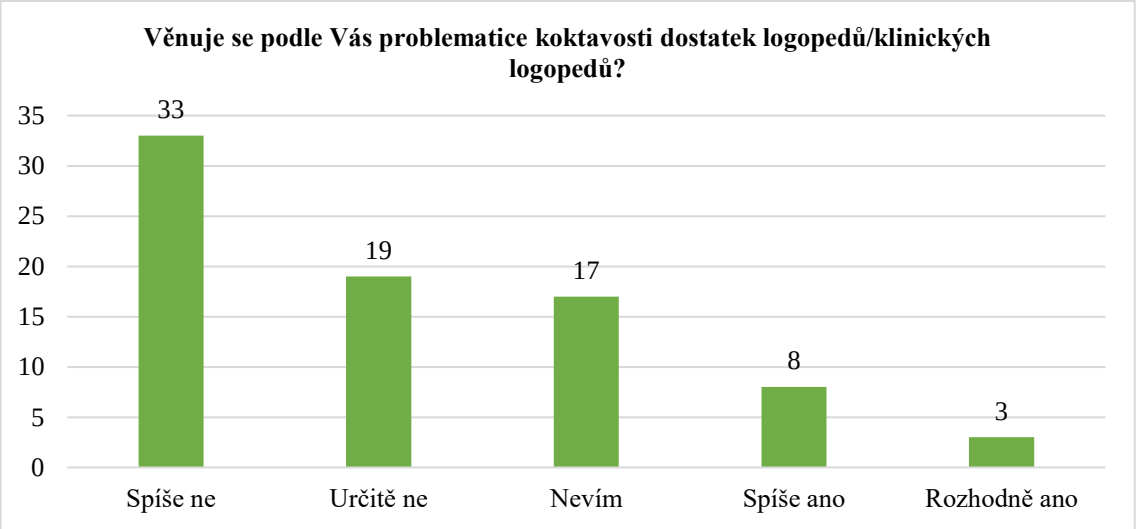


Graf 11 *Analýza terapeutických technik používaných u balbutiků*

Zdroj: vlastní zpracování

Jaké terapeutické techniky u balbutiků respondenti využívají, byla další dotazníková uzavřená otázka. Nejvíce logopedů, konkrétně 43 (53,75 %), zvolilo možnost *„kombinace technik Fluency Shaping a Stuttering Modification“*.

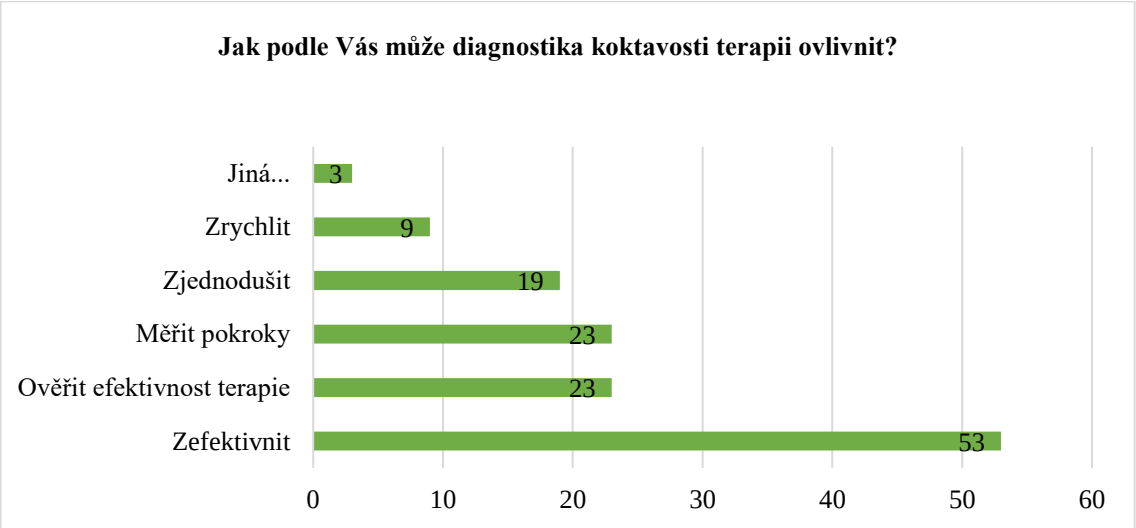
Dále 23 logopedů (28,75 %) uvedlo možnost *„jiné“*, 7 (8,75 %) jich pak uvedlo *„behaviorální podmiňování“*. Pouzí čtyři z dotazovaných (5 %) u balbutiků samostatně využívá techniku *„Fluency Shaping“* a tři (3,8 %) toliko *„Stuttering Modification“*.



Graf 12 *Názor respondentů na dostatek logopedů/klinických logopedů zabývajících se balbuties*

Zdroj: vlastní zpracování

Dvanáctá z dotazníkových otázek se zabývala tím, zda se problematice **koktavosti věnuje dostatek logopedů/klinických logopedů**. Odpovědi byly spíše negativního rázu, kdy celkem 33 (41,25 %) z dotazovaných uvedlo jako svou odpověď *„spíše ne“*, 19 (23,75 %) pak uvedlo dokonce *„určitě ne“*. Neutrálně, tedy pro odpověď *„nevím“*, se rozhodlo 17 respondentů a poněkud ojediněle zvolilo kladné odpovědi *„spíše ano“* a *„rozhodně ano“* pouze 8 (10 %) a ve druhém případě 3 respondenti (3,75 %).



Graf 13 *Vliv diagnostiky koktavosti na terapii*

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, **jak může diagnostika koktavosti terapii ovlivnit**, bylo možné zvolit více odpovědí. Nejhojněji je zastoupena odpověď, dle níž může diagnostika ovlivnit terapii jejím *zefektivněním*, kdy tuto zvolilo dohromady 53 logopedů (66,25 %). Možnost *„ověřit efektivnost terapie“* zvolilo 23 logopedů (28,75 %), ve stejném počtu pak byla zvolena odpověď *„měřit pokroky“*. Dále se 19 respondentů (23,75 %) domnívalo, že diagnostika může terapii *zjednodušit*, 9 (11,25 %) jich pak zvolilo odpověď *„jiná“*. Třebaže bylo opět možné doplnit, o jakou jinou odpověď se jedná, nebyla v tomto případě upřesněna.

Tabulka 2 *Respondenty využívané diagnostické testy*

Jaké diagnostické testy ve své praxi využíváte?
„Balbutiogram.“
„BAB, OASES, Palin Parent Rating Scale.“
„Rozhovor.“
„Dotazník psychické tenze – Lechta.“
„Palin Parent Rating Scale, NAKOCH.“

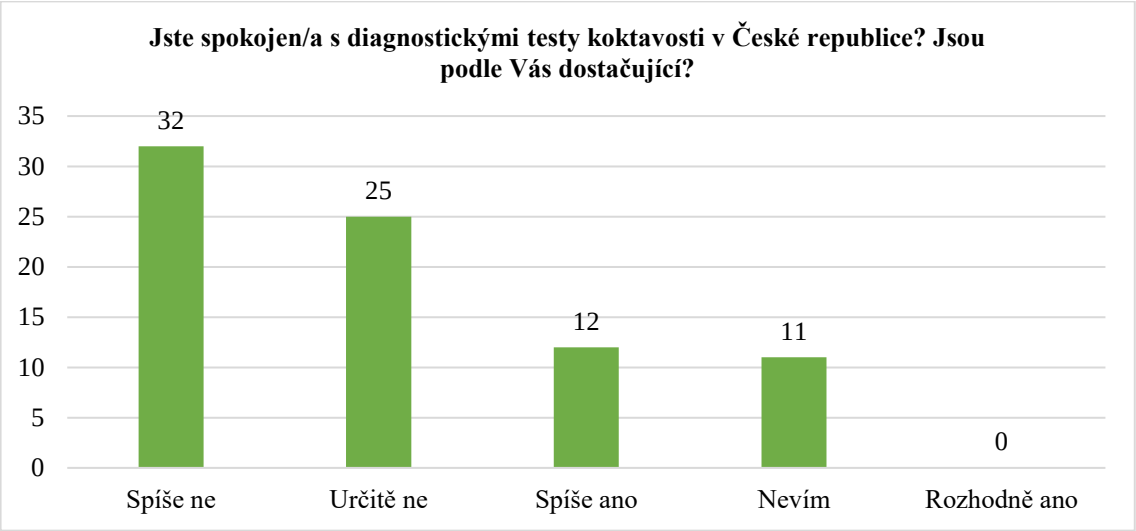
Zdroj: vlastní zpracování

Následující otázka, na kterou účastníci výzkumu odpovídali otevřenými responzemi, se týkala užívání diagnostických testů. Nejčastější zaznamenanou odpovědí byla *„Lechtovy testy“*, popřípadě *„balbutiogram“* a *„dotazník psychické tenze“*. Velmi často se objevovaly také odpovědi typu:

- *„Prvky balbutiogramu.“;*
- *„Balbutiogram, ale zcela upřímně ne pravidelně. Nepracuje se mi s ním dobře.“;*
- *„Dotazník psychické tenze, ale musel/a jsem si ho sama upravit. Nevyhovuje mi.“;*
- *„Pokud nějaký použiji, tak testy podle Lechty, ale spíše nic. Zvláště u dětí to není podstatné, nebo spíš nemám materiál, který bych použil/a“;*
- *„Pokud jde o testy koktavosti, tyto nepoužívám, důležité je umět naslouchat, dobře vyšetřit.“*

Jeden z účastníků výzkumu uvedl také *„pořízení audio/video nahrávky, standardizované texty pro vyšetřování čtení, řízený volný rozhovor“*, jiní zase *„Van Riperova kritéria, rozhovor, čtení, sběr anamnestických dat“*, *„rozhovor“ a „popis obrázku“*. Objevily se též odpovědi *„vlastní“* a mnohdy také *„nic“*, popřípadě *„žádné“*. Několikrát se objevila odpověď *„Dezortovy testy“*. Doslova poskrovnu pak byly

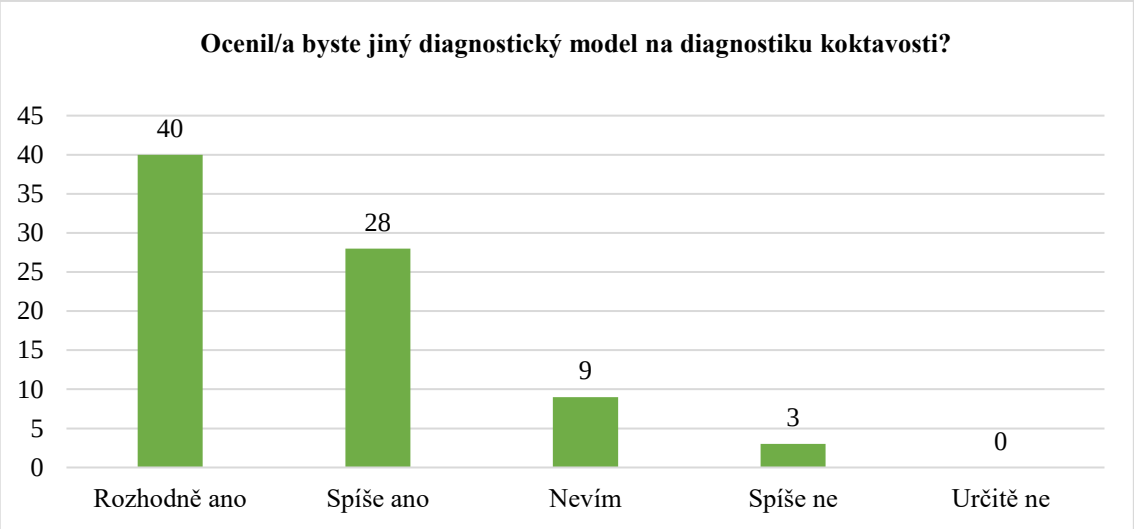
zaznamenány odpovědi *„BAB“*, *„OASES“*, *„Palin Parent Rating Scale“* nebo *„zahraniční testy“*.



Graf 14 *Spokojenost respondentů s diagnostickými testy koktavosti v České republice*

Zdroj: vlastní zpracování

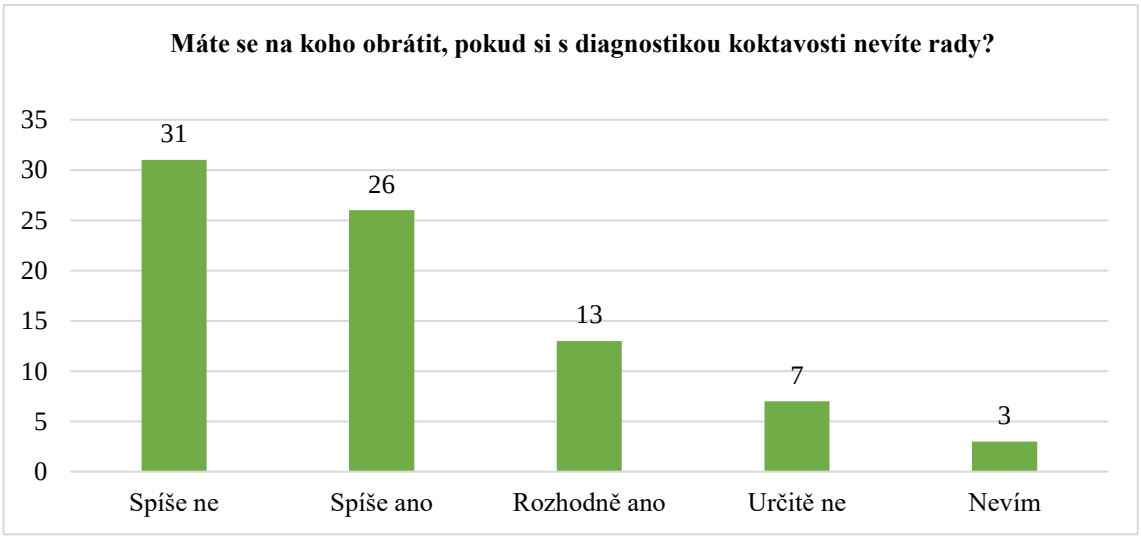
V rámci výzkumného šetření byla dále respondentům položena otázka, zda jsou **spokojeni s diagnostickými testy koktavosti v České republice**. Odpovědi byly zaznamenávány na pětistupňové škále, přičemž jak vyplývá z grafu, záporné odpovědi vysoce převažují. Odpověď *„spíše ne“* uvedlo 32 logopedů (40 %), *„určitě ne“* se pak rozhodlo označit 25 (31,25 %) z nich. Zcela opačnou odpověď, tedy *„rozhodně ano“* nedal žádný z odpovídajících, *„spíše ano“* zvolilo toliko dvanáct odpovídajících (15 %). Pro odpověď *„nevím“* se pak rozhodlo celkem jedenáct respondentů (13,75 %), tedy na neutrální odpověď nečekaně vysoký počet.



Graf 15 *Názor respondentů na vhodnost zavedení nového diagnostického modelu na diagnostiku koktavosti*

Zdroj: vlastní zpracování

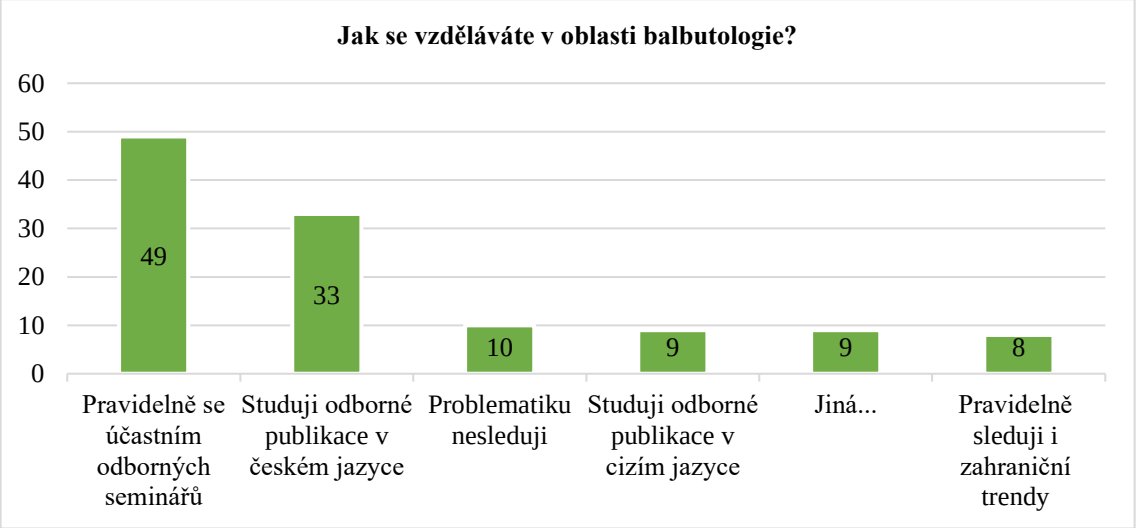
V souvislosti s předchozí otázkou bylo zjišťováno, zda by **respondenti ocenili jiný diagnostický model na diagnostiku koktavosti**. Z grafu je patrné, že převažují odpovědi kladné – pro odpověď *„rozhodně ano“* se rozhodla polovina (40, 50 %) všech respondentů, odpověď *„spíše ano“* pak nasbírala 28 hlasů (35 %). Možnost *„nevím“* uvedlo devět logopedů (11,25 %), *„spíše ne“* tři (3,75 %) a *„určitě ne“* nezvolil nikdo.



Graf 16 *Vyjádření logopedů, zda se mají ohledně diagnostiky koktavosti s kým poradit*

Zdroj: vlastní zpracování

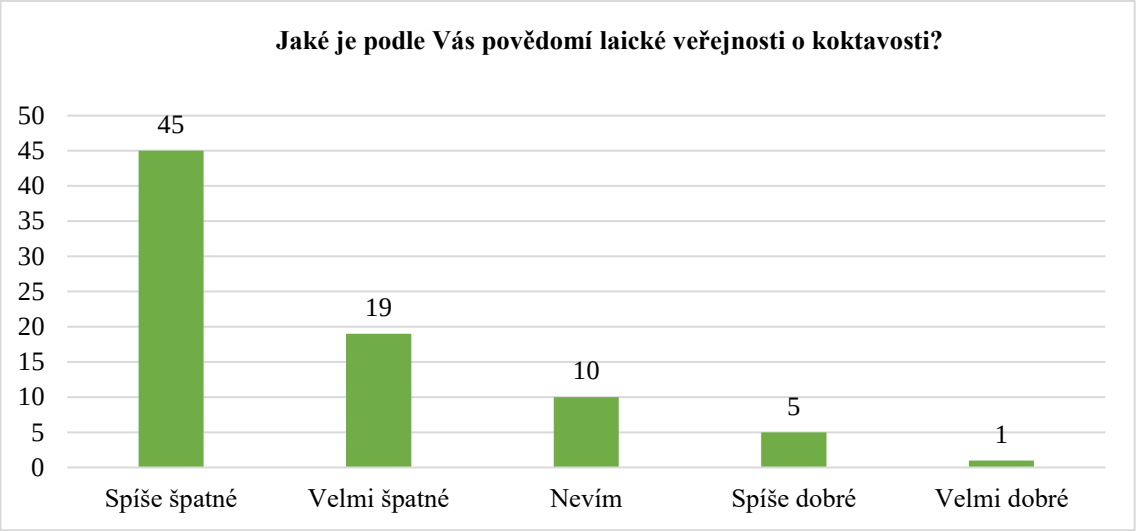
Analýza následující otázky nám poskytuje informace o tom, zda se **mají logopedi na koho obrátit, pokud si s diagnostikou koktavosti nevědí rady**. Z výsledku šetření plyne, že 31 logopedů (38,75 %) tvrdí *spíše ne*, naopak 26 (32,5 %) uvedlo, že *spíše ano*. Dokonce třináct (16,25 %) respondentů bylo přesvědčených, že *rozhodně ano*, odpověď *„určitě ne“* uvedlo „jen“ sedm (8,75 %) logopedů. Konečně možnost *„nevím“* zvolili v této dotazníkové otázce tři (3,75 %) účastníci výzkumu.



Graf 17 *Vzdělávání respondentů v oblasti balbutologie*

Zdroj: vlastní zpracování

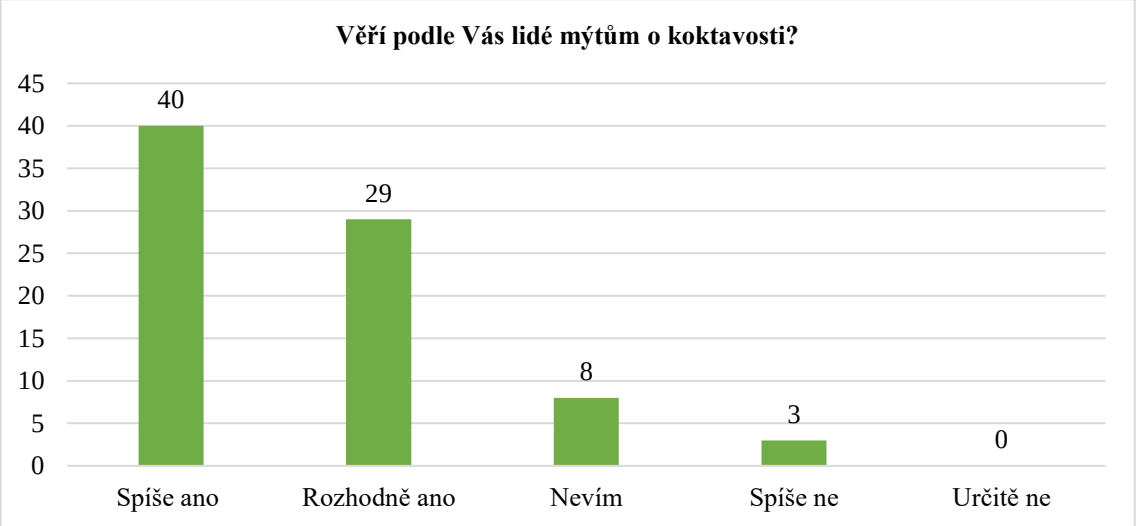
Následující otázka byla zaměřena na **vzdělávání v oblasti balbutologie**. Respondentům zde bylo umožněno zvolit více než jednu možnost. Nejvíce osob, konkrétně 49 (61,25 %), odpovědělo možností *„pravidelně se účastním odborných seminářů“*, celkem 33 responzí (41,25 %) pak zaznamenala položka *„studuji odborné publikace v českém jazyce“*. Odpověď *„problematiku nesleduji“* zvolilo deset odpovídajících (12,5 %). Totožný počet odpovědí devět (11,25 %) pak zaznamenaly možnosti *„studuji odborné publikace v cizím jazyce“* a *„jiná“*. Nejméně responzí obdržela možnost *„pravidelně sleduji i zahraniční trendy“*, kterou uvedlo osm (10 %) logopedů.



Graf 18 *Vyjádření respondentů k povědomí laické veřejnosti o koktavosti*

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18 demonstruje názory respondentů v záležitosti **povědomí současné laické veřejnosti o koktavosti**. Většina zaznamenaných odpovědí byla skeptického rázu, kdy odpověď *„spíše špatné“* zvolilo 45 logopedů (56,25 %) a dalších devatenáct (23,75 %) pokládá povědomí laické veřejnosti dokonce za *velmi špatné.* Pro možnost *„nevím“* se rozhodlo celkem deset (12,5 %) odpovídajících. Z kladných odpovědí, jež byly nejméně zastoupeny, pak lze uvést pět odpovědí (6,25 %) pro *„spíše dobré“* a pouze jednu (1,25 %) pro možnost *„velmi dobré“*.



Graf 19 *Povědomí veřejnosti o mýtech o koktavosti podle respondentů*

Zdroj: vlastní zpracování

Následující dotazníková položka představovala otázku, **zda lidé podle respondentů věří mýtům o koktavosti**. Většina odpovědí je kladná – možnost *„spíše ano“* se rozhodlo zvolit 40 respondentů (50 %), *„rozhodně ano“* pak 29 z nich (36,25 %). Možnost *„nevím“* uvedlo osm odpovídajících (10 %), *„spíše ne“* pouze tři (3,75 %) a vyloženě optimistickou odpověď *„určitě ne“* nezvolil nikdo z dotazovaných.

Tabulka 3 *Vlastní názory respondentů*

Doplňte prosím případná specifika k dané problematice, poznatky z praxe, doplňující informace nebo otázky, které Vám vyvstaly při doplňování dotazníku:
„Balbuties je komplexní problém a multidisciplinární péče je nutná.“
„Ještě bych doplnil/a účinnost dechových cvičení.“
„Někdy bych potřeboval/a spolupráci s dětským klinickým psychologem, ale jejich kapacity jsou nedostačující.“
„Balbutikům se z mého pohledu nedostává ucelené komplexní péče, kterou v rámci terapie potřebují.“
„Edukovat rodiče, co to vlastně koktavost je, jaké jsou rizikové faktory, symptomy a jak bude vypadat další postup terapie, je zcela klíčové.“

Zdroj: vlastní zpracování

V rámci poslední otázky byl respondentům ponechán prostor pro vlastní názory – v rámci volné tvorby odpovědi respondenti sdělovali různá specifika k dané problematice, poznatky z praxe či doplňující informace a otázky. Opakovaly se zde odpovědi typu *„větší osvěta balbuties“*, *„nejdůležitější je osvěta a vzájemná spolupráce“* nebo *„velký problém vidím ve spolupráci s klinickými psychology, kteří se touto problematikou nezabývají“*. Jiní uvedli, že koktavost je *„velmi náročná problematika, je důležité učit se novým věcem a přístupům“* či že „*více materiálů by bylo potřeba“* nebo že by uvítali *„více názorných videí z terapií koktavosti, nikoliv jen popsané techniky v knížce“*.

Opomenout nelze též odpovědi jako *„komplexní diagnostika balbutiků je velmi náročná na čas, v běžné ambulanci na ni není moc prostoru“* a *„myslím, že důležitý je osobní přístup k danému klientovi, vzbuzení důvěry, přičemž uvedené jsou dle mého názoru důležitější než nějaký schématický plán“*.

4.4 Myšlenka mobilní aplikace

V návaznosti na první fázi výzkumné části byla rozvíjena bližší spolupráce s IT odborníkem, jejímž výsledkem měla být mobilní aplikace pro balbutiky. Jako oficiální název aplikace, pod nímž bude možno v budoucnu tuto aplikaci vyhledat a stáhnout jak z Obchodu Google Play, tak i App Store, byla příznačně zvolena zkratka *„BALBU“*. Inspirací pro tvorbu aplikace přitom byl letní intenzivní kurz pro balbutiky, kterého se autorka účastnila, a její trvalý zájem o problematiku balbuties.

Samotnou myšlenku navrhnout a implementovat takto zaměřenou mobilní aplikaci, jakkoliv je tato v praxi těžko realizovatelná, lze vysvětlit velmi jednoduše. Podle IT slovníku (2022) jde v případě aplikace (celým názvem aplikačního softwaru) o multifunkční programové vybavení, jež interaguje s daným uživatelem, tj. k jehož efektivnímu využívání je nezbytná přímá interakce s uživatelem. V dnešní době jsou aplikace nezbytnou součástí chytrých mobilních telefonů, jde o tzv. mobilní aplikace (vedle aplikací webových), jejichž provozu předchází instalace do daného zařízení. S jejich pomocí lze v jednom případě počítat složité příklady, v jiných naopak najít v závislosti na vlastních preferencích nejvhodnější podnik k občerstvení, nakupovat cenné papíry či sledovat multimediální obsah. Jejich variabilnost je tedy opravdu široká, ba co víc, stále se rozšiřuje. A byla to právě míra interakce s uživatelem, která díky zmiňované variabilnosti mobilních aplikací dala *BALBU* konečný ráz.

Mezi ostatními aplikacemi zaměřujícími se obecně na logopedická cvičení se aplikace *BALBU* rozhodně nechlubí prvenstvím, a to ani v případě aplikací fungujících v českém jazyce. Její vývoj započal v roce 2021, kdy již existovala řada terapeutických aplikací s funkcí monitoringu, jako například AfaSlovník (ten pomáhá lidem po mrtvici s afázií), dále pro děti SLOVOHRÁTKY či Logotron určené jak dětem a jejich rodičům, tak i samotným logopedům. Přesto však má aplikace *BALBU* nemálo co nabídnout, a to nejen z hlediska funkcionalit, rozepsaných podrobně níže.

Jak již bylo zmíněno, nápad vytvořit aplikaci pro balbutiky vzešel z potřeb klientů a klinického logopeda zaznamenávat, rekapitulovat a analyzovat situace v terénu. Klienti se zpravidla terapeutické techniky naučí v ordinaci klinického logopeda, je však zapotřebí používat je i v praxi. Právě toto osvojování si jednotlivých technik aplikace uživateli

umožňuje. Pro případ, že klient zatím žádné techniky nepoužívá, má však i čistě diagnostickou variantu.

Aplikace byla téměř od samého počátku vytvářena pro potřeby budoucích klientů ve spolupráci s klinickým logopedem. První návrhy byly načrtnuty na obyčejný papír, jelikož je to časově i finančně nejméně náročné. Po několika variantách byl vytvořen papírový prototyp, který byl pak převeden do nástroje Canva. Ke generalizaci a utřídění myšlenek byly použity mimo jiné myšlenkové mapy.

Nápadů byla zpočátku spousta, přesto však bylo v poměrně krátkém časovém horizontu možné definovat jasné požadavky na budoucí podobu aplikace, a to jak z hlediska uživatelů, tak i logopedů. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že kliničtí logopedi nebo logopedi v předatestační přípravě by ocenili nové pomůcky či aplikace v terapii koktavosti i nové diagnostické materiály. Je však nutno si uvědomit, že diagnostika v aplikaci má své meze. Aplikace totiž umí toliko nahrávat hlas, přičemž sám uživatel, popřípadě logoped ručně do aplikace zadává typy dysfluencí, které slyší.

Z funkcí, jež jsou aplikaci vlastní, lze uvést následující:

- Aplikace umožňuje nahrávat hlas uživatele.
- Aplikace umožňuje záznam opakovaně přehrát.
- Aplikace zobrazuje historii nahrávek uložených v databázi.
- V aplikaci je možné zaznačit dysfluence.
- V aplikaci je možné zaznačit terapeutické techniky.
- V aplikaci je možné zaznamenávat emoce.
- Uživatel si v aplikaci může vybrat z palety situací, jakož i vytvářet si vlastní.
- Aplikace zobrazuje historii situací.

4.5 Prototyp mobilní aplikace

Canva (2022) je oblíbený grafický nástroj spuštěný v roce 2012 v Austrálii. V současnosti jej využívá mnoho firem pro různé reklamní účely, propagace či prezentace. I sebeméně zkušený uživatel si však může v grafickém editoru vytvořit vlastní logo, prezentaci, infografiku, plakát, dokument, výtisk nebo návrh webové stránky, k čemuž zpravidla využije některé z tisíců profesionálních šablon, obrázků a jiného dostupného obsahu. Pro složitější návrhy je ovšem nutné zakoupit placenou verzi. Canva je volně

dostupná prostřednictvím webové aplikace, nyní nadto existuje i aplikace pro telefon. Obě z uvedených vyžadují registraci, již lze učinit prostřednictvím sociální sítě Facebook, potažmo prostřednictvím Google účtu. Postačí však i pouhá emailová adresa. Byly to přitom ona jednoduchost a zároveň vysoká propracovanost aplikace Canva, jež umožnily vytvořit návrh struktury budoucí mobilní aplikace pro balbutiky.

Po vytvoření designu aplikace bylo úsilí věnováno samotné tvorbě aplikace v programovacím jazyce Flutter, který v roce 2017 vydala společnost Google. Využívá se k vývoji aplikací, jako je *BALBU*, pro zařízení Android, iOS, Windows, MacOS, Linux, Google Fuchsia a pro web. Byl tedy pro autorku a zejména IT odborníka jasnou volbou.

Následující snímky demonstrují finální podobu mobilní aplikace *BALBU* (tak ji bude možné stáhnout ve všech z uváděných internetových obchodů), a to napříč všemi možnými kroky, počínaje domovskou stránkou aplikace.

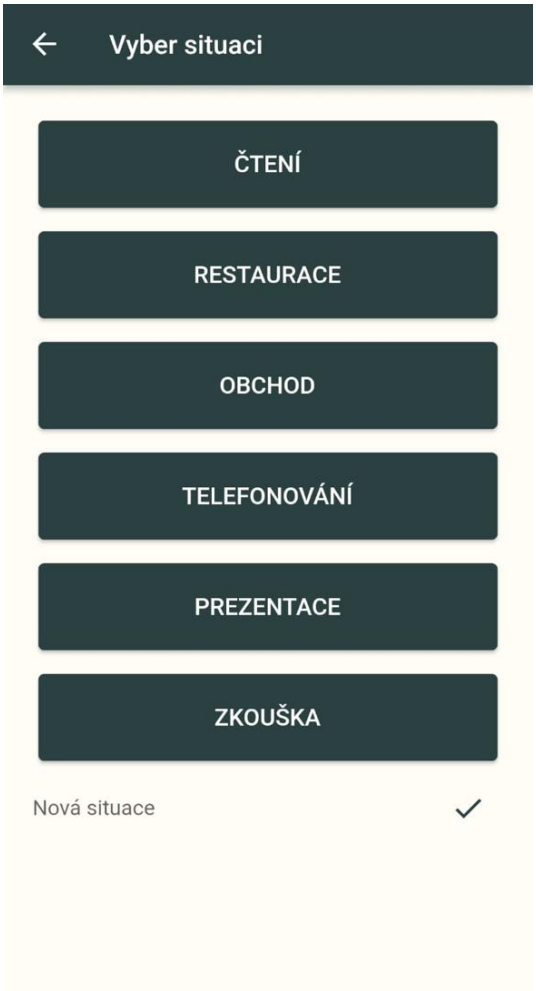


Obrázek 1 *Úvodní stránka*

Zdroj: vlastní zpracování

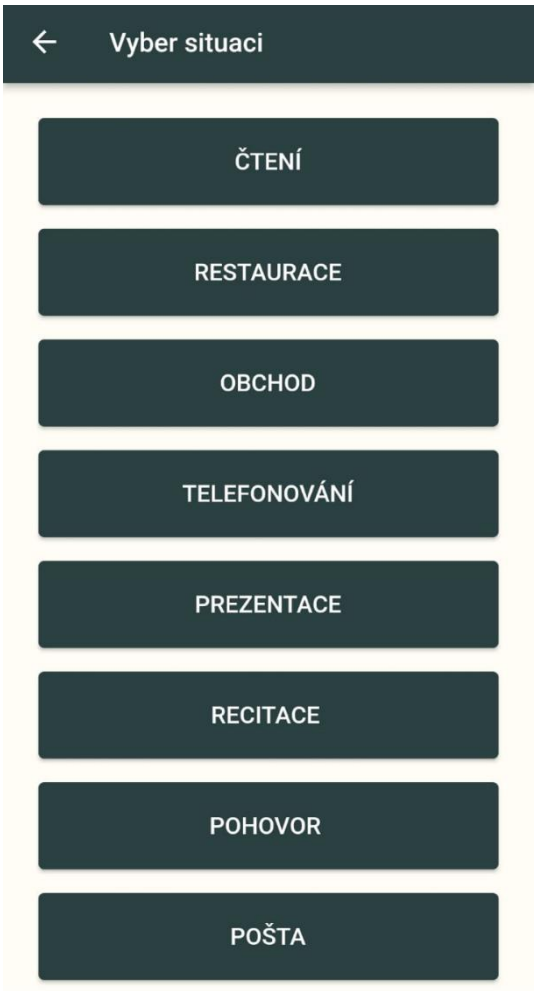
Obrázek 1 představuje úvodní stránku aplikace *BALBU*, na níž dominuje velké vyobrazení loga aplikace. Logo níže doplňují ikony „Začít“ a „Můj přehled“, přičemž na první z uvedených navazuje výběr situací k procvičování, zatímco kliknutím na ikonu „Můj přehled“ se zobrazí již absolvovaná cvičení.

Následující snímky lze považovat za klíčové, kdy situace na nich zachycená je v zásadě shrnutím celé aplikace. Jednak jsou situace, jež jsou dány na výběr k procvičení, nadmíru specifické (přičemž právě tyto způsobují největší obtíže nejen v životě balbutika), jednak si lze vytvořit další situace dle vlastní potřeby. Zpravidla by se přitom mělo jednat o situace, v nichž se jedinec chtě nechtě pravidelně ocitá.



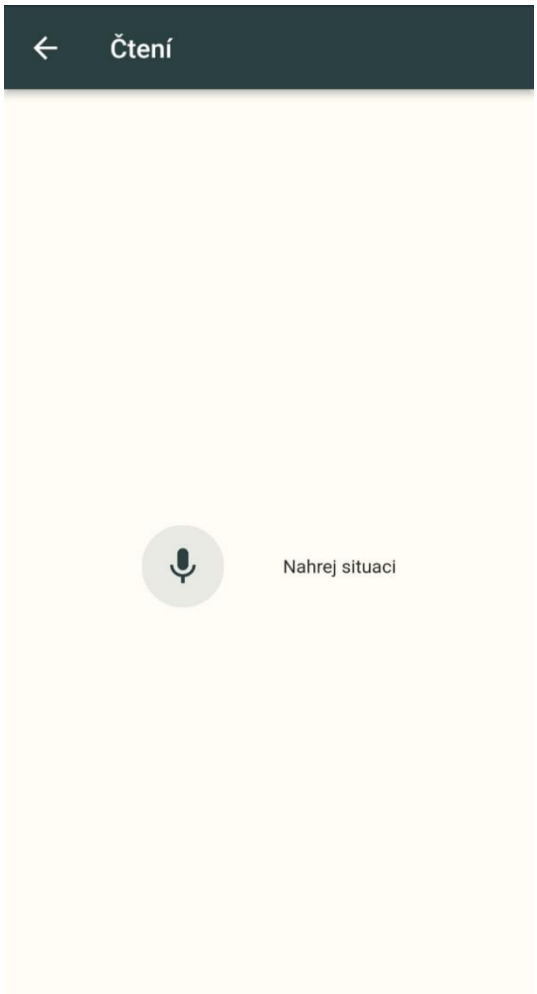
Obrázek 2 *Situace 1*

Zdroj: vlastní zpracování



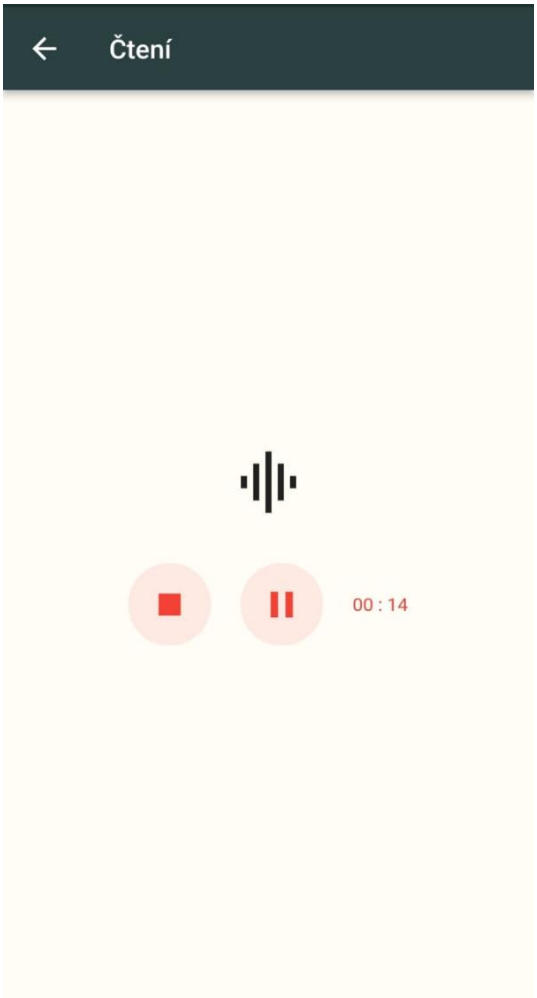
Obrázek 3 *Situace 2*

Zdroj: vlastní zpracování



Obrázek 4 *Nahrávání situace 1*

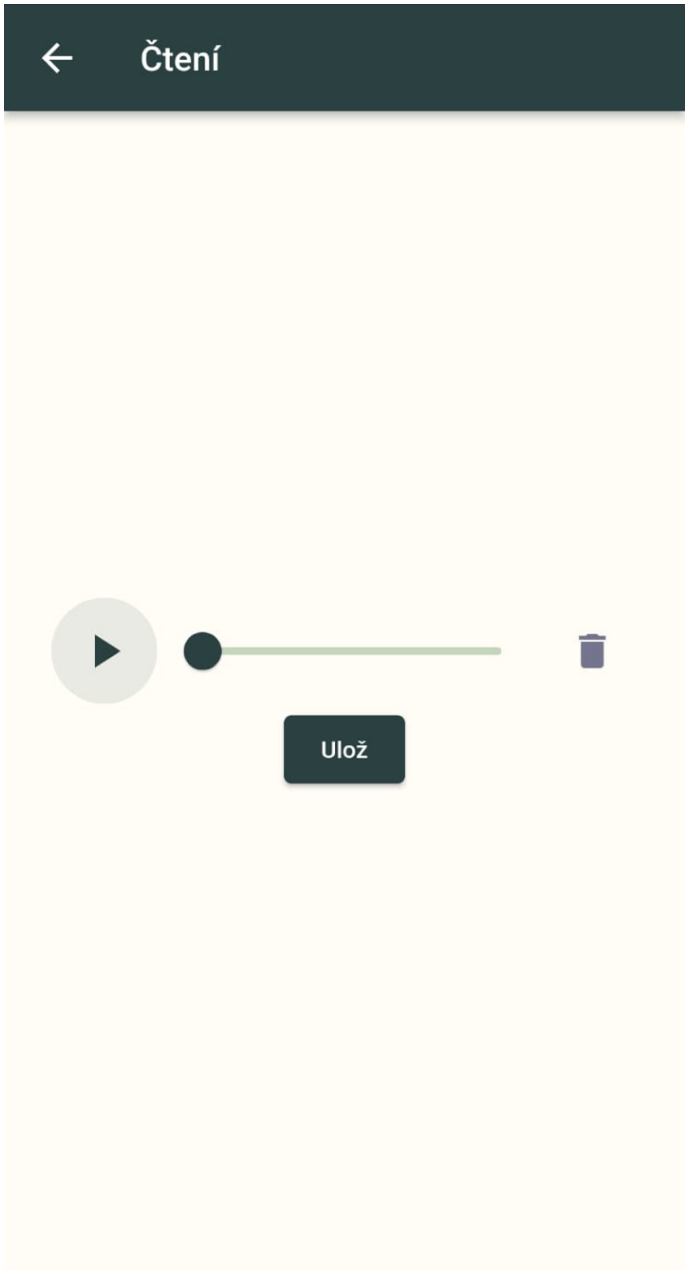
Zdroj: vlastní zpracování



Obrázek 5 *Nahrávání situace 2*

Zdroj: vlastní zpracování

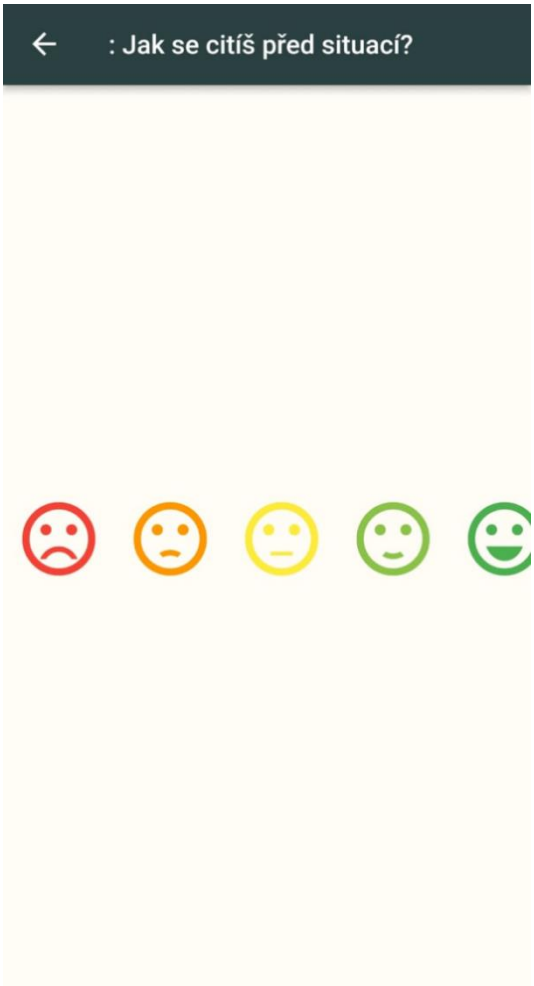
Integrovaný záznamník, jak je patrné ze čtvrtého obrázku, umožňuje nahrávat situace vcelku i nahrávání v jednom okamžiku přerušit a pokračovat s nahráváním později. Druhé z tlačítek přijde uživateli vhod zejména v situacích na veřejnosti, kde bude občasný nadměrný hluk.



Obrázek 6 *Ukládání situace*

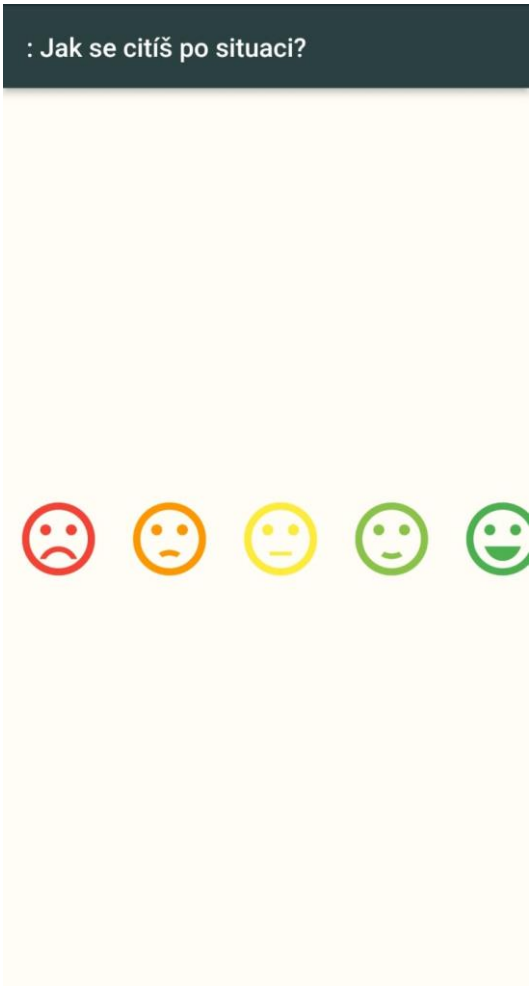
Zdroj: vlastní zpracování

Situace, jež jsou zaznamenány, je následně nutné uložit, mají-li být zobrazovány v rámci stránky *„Můj přehled“*. Nedochází zde přitom k automatickému promazávání starších záznamů, jež tak uživateli zůstávají nadále k dispozici.



Obrázek 7 *Emoce před nahráváním*

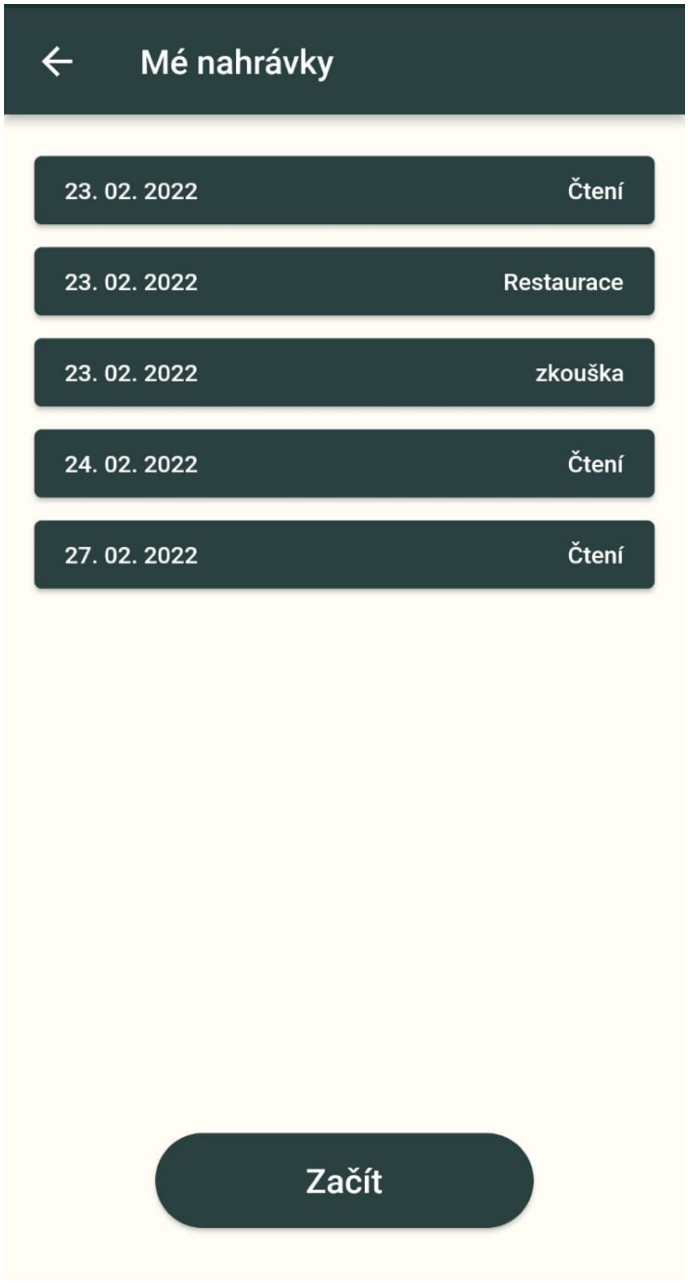
Zdroj: vlastní zpracování



Obrázek 8 *Emoce po nahrávání*

Zdroj: vlastní zpracování

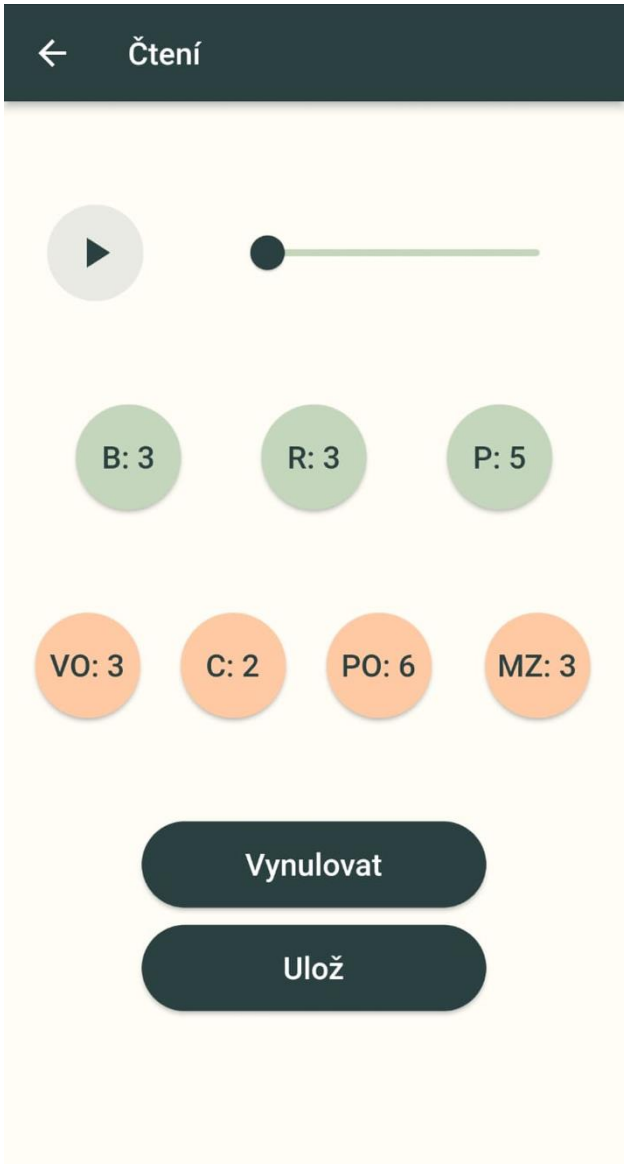
Zaznamenávání emocí uživatele po nahrání situace je směrodatné zejména ve vztahu k zaznamenání emocí stejným způsobem před nahráním situace. Jako nevyhnutelnou autorka spatřuje i občasnou změnu pocitů či nálad po situaci k horšímu, z hlediska dlouhodobého vývoje však i takové situace mohou být přínosem.



Obrázek 9 *Přehled situací*

Zdroj: vlastní zpracování

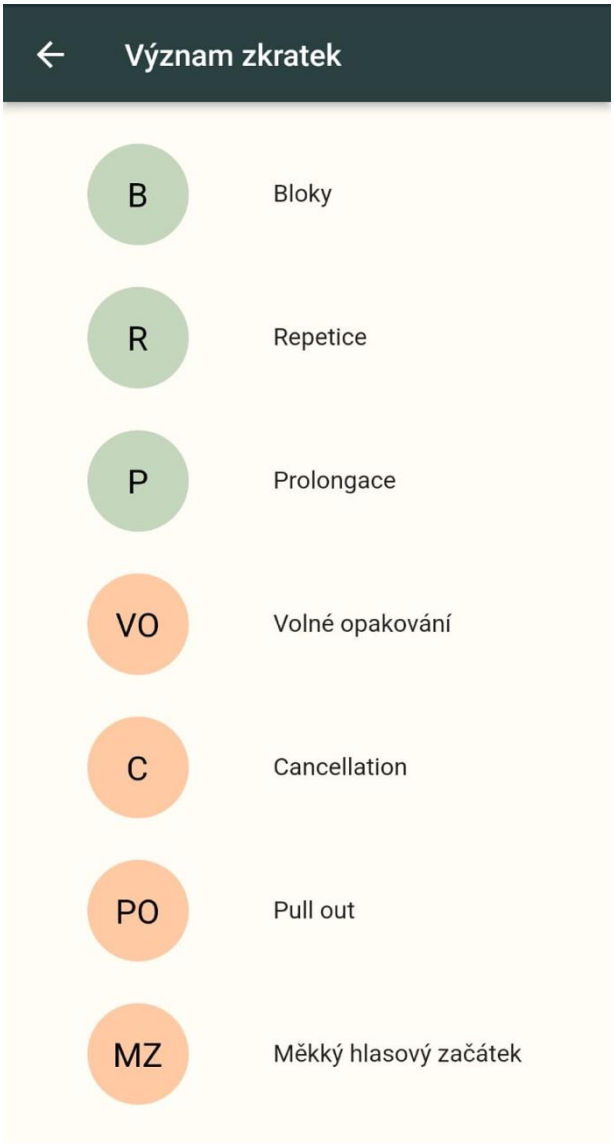
Aplikace zaznamenává mimo jiné i datum pořízení záznamu konkrétní situace. Jen tak neztratí uživatel přehled o tom, co a kdy naposledy absolvoval a kterým situacím se naopak, byť nezáměrně, dlouhodobě vyhýbal.



Obrázek 10 *Zaznamenávání dysfluencí a terapeutických technik*

Zdroj: vlastní zpracování

Poté, co je situace nahrána, zaznamenává uživatel manuálně počet dysfluencí a terapeutických technik, jejichž osvojení a následné použití v dané situaci mu přišlo vhod. Jednotlivé dysfluence představují zelená pole, terapeutické techniky pak pole oranžová, přičemž v obou případech byly zvoleny zkratkovité názvy polí. K zaznamenání celkového počtu dysfluencí a terapeutických technik pak slouží jednoduché počítadlo. Možnost opakovaného přehrání či přerušení záznamu je samozřejmostí.



Obrázek 11 *Význam zkratek*

Zdroj: vlastní zpracování

Obrázek 11 spíše jen doplňuje předchozí snímek, když toliko sděluje význam tam užitých zkratek dysfluencí a terapeutických technik. Jak je přitom patrné, zkratky byly voleny jednoduše tak, že jsou představovány nejvýše dvěma počátečními písmeny názvů dysfluencí, potažmo terapeutických technik.

4.6 Testování mobilní aplikace

K testování mobilní aplikace bylo přizváno 9 balbutiků, které autorka sama zná, popřípadě je k testování doporučil klinický logoped, se kterým bylo výzkumné šetření prováděno. Testování mobilní aplikace probíhalo buď v ordinaci klinické logopedie, nebo v terénu dle vlastních preferencí účastníků výzkumného šetření.

4.6.1 Informantka č. 1

Z anamnézy: *balbuties levis*

První informantkou výzkumného šetření je mladá žena ve věku 25 let. Aplikaci se rozhodla vyzkoušet v terénu, proto si zvolila situaci *„Restaurace“*. Z pozorování bylo zjištěno, že nejdříve byla značně nervózní, ale svůj strach rychle překonala a nakonec situaci zvládla bez obtíží. Ovládání aplikace jí nečinilo žádný problém, aplikaci považovala za velmi přehlednou a intuitivní (samozřejmě po krátké instruktáži ze strany autorky). Před samotným nahráním situace si informantka několikrát zkusila nahrát svůj hlas pouze nanečisto. Až po uskutečnění situace se zmínila, že by ocenila stránku, která by úvodem vysvětlovala, co má dělat, nebo alespoň umožňovala první pokusné situace. V souvislosti s úpravou aplikace navrhla, že by bylo vhodné doplnit cvičení jednotlivých terapeutických technik, které aplikace nabízí. Ona sama totiž na logopedii v současné době nedochází, tudíž by si ráda připomněla, jak například má správně postupovat při měkkém hlasovém začátku nebo volném opakování. Dále ji napadlo, že by bylo vhodné tato cvičení počítat tak, aby měla přehled o tom, kolikrát konkrétní cvičení za týden absolvovala. Cvičení v reálných situacích oceňuje, je to podle ní to nejlepší, ale zároveň to nejtěžší, co mohou balbutici procvičovat.

Ve vztahu k situacím, které jsou v nabídce zahrnuty, byla s daným výběrem spokojena. Současně však poznamenala, že by zvážila širší spektrum předdefinovaných situací. Sama se přitom domnívá, že by pro ni bylo složité vymýšlet stále nové tak, aby ji procvičování nadále bavilo, na druhou stranu však uznává, že i když se některé situace budou často opakovat, budou pro ni stále velmi složité. Další nápad, který informantka měla, spočíval v možnosti zaznamenávání emocí nejen prostřednictvím emotikonů, kdy

škála emocí, které sama má před a po situacích, bývá velmi široká. Možnost zaznamenávání emocí prostřednictvím volného textového řádku by tak jedině uvítala.

Obecně byla klientka s aplikací velmi spokojena, podle jejích slov se jí s ní dobře pracovalo a byla by ráda, kdyby aplikace byla volně dostupná na trhu, aby ji mohla používat.

4.6.2 Informant č. 2

Z anamnézy: *balbuties levis*

Druhým účastníkem výzkumného šetření je muž ve věku 35 let. Aktivně dochází na logopedii již několik let, přičemž rád zkouší nové techniky a terapie. S ochotou tedy vyzkoušel aplikaci, která se mu navíc velmi zalíbila. Sám bez dalšího pobízení vyzkoušel hned několik předem navolených situací, a to *Obchod, Telefonování* a *Prezentaci*. Před prvním otestováním mu aplikace samozřejmě byla podrobně vysvětlena a vyzkoušel si ji nanečisto.

Jako první vyzkoušel situaci v *Obchodě*. Po situaci si klient posteskl, že by raději býval nejprve vyzkoušel jinou, méně náročnou situaci. V očích autorky však vše zvládl, ba dokonce využíval i terapeutické techniky, které do aplikace nezapomněl zadat. Na aplikaci nejvíce oceňuje právě trénink terapeutických cvičení. Vedle toho klient také vyzdvihuje celkový přínos a opodstatnění aplikace, kdy je podle něj nesmírně důležité, aby balbutik slyšel svůj hlas a pak viděl výsledky, neboť jej to motivuje k dalším aktivitám.

Informant č. 2 je sám velmi aktivní v různých komunitách balbuties, a tak by rád aplikaci propojil s přáteli, kteří mají stejné obtíže. Představuje si, že by aplikace mohla sloužit jako „sociální síť pro balbutiky“, kde by se mohli virtuálně setkávat a psát si o tom, jak se jim daří, a vzájemně se inspirovat novými zkušenostmi. Uvítal by také možnost „společné situace“, do které by mohl pozvat své přátele z této „sítě“.

Z designu aplikace byl nadšený, avšak některé ikony by rád zvýraznil a též použil i výraznější barvy. Co se týče emocí, při reálných situacích se stávalo, že je zapomněl zadat, načež bylo nutné mu funkci připomenout. On sám tvrdí, že zaznamenávat emoce pro něj není podstatné a spíše ho tento krok zdržuje. Uvedenou funkci by tedy nejraději úplně zrušil. Dodal však, že chápe, že pro někoho je to podstatná část terapie.

Aplikaci by používal a byl by ochoten i zaplatit, protože nic podobného na českém trhu, pokud ví, neexistuje a je nutné, aby takováto aplikace existovala, a co víc, byla dostupná.

4.6.3 Informant č. 3

Z anamnézy: *chronická koktavost*

Třetím informantem je muž ve věku 30 let. Rozhodl se vyzkoušet situaci *Telefonování,* protože je pro něj tou zdaleka nejtěžší, a tudíž velkou výzvou. Pro svůj klid se rozhodl volat svému dobrému příteli, který o koktavosti ví, takže nebude nervózní z toho, že volá neznámému člověku. Hovor nečekaně trval přes pět minut, přičemž ve druhé polovině začal klient používat i terapeutické techniky – měkké hlasové začátky.

Po nahrání situace měl účastník šetření problém s tím si nahrávku poslechnout, protože dle jeho slov se nerad poslouchá. Po chvíli se však osmělil, nahrávku si poslechl a zaznačil dysfluence, jakož i použité terapeutické techniky. S fungováním aplikace byl velmi spokojený, když nejvíce ocenil předem nabízené situace. Poté sám začal vymýšlet další situace, které by se daly do aplikace zahrnout.

Zaznamenávání emocí mu nečinilo žádné obtíže, jejich významu rozumí. Napadlo jej, že by emoce mohly být graficky lépe upraveny, aby lépe barevně ladily s aplikací.

Podobně jako informantka č. 1 se domníval, že by budoucím uživatelům přišla vhod popisná pole, která by některé kroky aplikace vysvětlovala. Podrobný „ideálně přesný popis toho, co má člověk správně dělat“, by ocenil také v případě terapeutických technik. Informant je totiž názoru, že mnoho uživatelů aplikace doporučené techniky nemusí znát, protože používají například jiný „směr“ terapie, a byla by pak škoda, kdyby v důsledku toho neměli možnost tyto varianty vyzkoušet. Myslí si také, že by nebylo nepřípadné zakomponovat do aplikace animace, popřípadě krátká videa.

Na závěr dodává, že oceňuje jednoduchost aplikace, kdy by se podle něj neměla více komplikovat. Již teď totiž má všechny důležité funkce, které on osobně potřebuje. V případě, kdy by aplikace byla dostupná pro veřejnost, by si ji rád stáhl či zakoupil, žádnou jinou podobnou totiž nezná. Doposud přitom používal jen nahrávky v telefonu, které pak posílá svému logopedovi.

4.6.4 Informant č. 4

Z anamnézy: *balbuties levis*

Čtvrtým účastníkem výzkumného šetření je osmnáctiletý muž s logopedickou diagnózou balbuties levis. Aplikaci se rozhodl vyzkoušet sám ve škole, když přednášel referát. Nahrání situace považoval za nemalou výzvu, sám má totiž největší problémy, když jej někdo sleduje a poslouchá. V rozhovoru po situaci ale připustil, že nahrávání situace nedopadlo zdaleka tak špatně, jak zprvu předpokládal.

Na to, jak aplikaci správně používat, přišel velmi rychle a stejně tak pochopil všechny její funkce. Aplikace je podle něj hezky graficky upravená, přičemž vyzdvihoval hlavně zvolené barvy. Jednotlivé komponenty mu dávají smysl a celkově se mu s ní dobře pracovalo. Líbilo se mu také to, jak je aplikace *BALBU* přehledná.

Aplikaci by prý doporučil všem svým známým kamarádům, kteří koktají, současně si však myslí, že aplikace má potenciál cílit nejen na balbutiky. Podle něj by aplikace byla ku prospěchu též lidem, kteří mají jiný komunikační deficit a strach mluvit v reálných situacích, které by si i tito uživatelé takto mohli zkoušet.

Jako vylepšení navrhuje, že by každý uživatel aplikace mohl mít v *BALBU* svůj profil, kde by byly vloženy základní informace, jako jsou např. věk, pohlaví, diagnóza a vysvětlení, k čemu se aplikace používá a na jakém principu funguje.

Směrem k emocím měl uživatel poznámku, že ač jsou emotikony rychlé a přehledné, přece jen by byl pro propracovanější verzi emocí. Dle jeho názoru by ponechal stylizované obrázky lidské tváře a vložil zároveň textové pole, kam by uživatel, pokud bude chtít, mohl napsat poznámku k určitému emotikonu, jak se cítí a proč vybral právě tento. Funkce by se dala použít například v tom případě, že má klient špatný den a potřebuje si to do aplikace odůvodnit nebo kdyby potřeboval dopsat pro něj důležitou poznámku. Toto hodnocení by se pak zobrazovalo v sekci „Můj přehled“.

Informant závěrem navrhuje, aby byla aplikace ještě více interaktivní a zábavná, aby uživatele co nejvíce bavila. Podle něj by taková aplikace byla velmi přínosná, jelikož vede k uvědomění si řady věcí. Aplikace podle něj dokazuje to, že opravdu závisí jen na každém jedinci s balbuties, v jaké míře bude trénovat a snažit se své problémy s mluvou řešit. Aplikace *BALBU* je tedy podle něj právě ta správná zábavná forma procvičování

a terapie, neboť balbutik může cvičit a zároveň se posouvat kupředu sám, tedy nezávazně na odborné pomoci.

4.6.5 Informantka č. 5

Z anamnézy: *balbuties levis*

Pátou informantkou je žena ve věku patnácti let. Vyzkoušet se rozhodla situaci *Obchod*, načež sama pak vymyslela a zadala do aplikace „vlastní“ situaci *Kino*. V této jí zvolené situaci si šla sama koupit vstupenky do kina, přičemž používala volná opakování. Podle jejich pocitů bylo náročné vystoupit z komfortní zóny a situaci zaznamenat formou nahrávky. Dříve však chodila na skupinové terapie, kde podobné situace zkoušeli, proto se nakonec osmělila a vyzkoušela to. Největší strach měla z toho, že se jí někdo bude smát kvůli tomu, že používá VO – techniku volného opakování. Má totiž jednu špatnou zkušenost, kdy lidé na její koktání nereagovali adekvátně, a od té doby nemluví na veřejnosti ráda. Proto si také myslí, že aplikace je zejména pro balbutiky, kteří jsou na tento krok již připraveni a nebojí se na veřejnosti mluvit. Koktat na veřejnosti je pro ni z terapie to nejtěžší.

Z pozorování bylo patrné, že s používáním aplikace neměla žádné problémy a sama by na fungování ani vzhledu aplikace nic neměnila. I emoce zadávala přirozeně a bez sebemenších problémů. Při rozhovoru po situaci se ale zmínila, že by byla ráda, kdyby bylo v aplikaci možné doplnit další hodnocení, jak náročná pro ni situace byla. Ona sama by uvítala větší motivaci před započetím situace, jelikož z ní má velký strach. Navrhla nějaký obrázek, který by ji povzbudil nebo namotivoval. Dále ji napadlo, zda by bylo možné aplikaci synchronizovat s kalendářem v telefonu, aby bylo možné zjistit, jak často například za uplynulý měsíc trénovala. Dále by ocenila graf, který by zobrazoval, jak se jí situaci podařilo zvládnout.

Žádnou podobnou aplikaci nezná, pročež by aplikaci jistě ráda využívala. Potřebovala by však k ní, jak už zmiňovala, větší motivaci. Dále by ocenila, kdyby se přes aplikaci mohla spojit s logopedem, který by jí pomohl a uklidnil.

Další čtyři rozhovory byly uskutečněny s klinickým logopedem v jeho ordinaci. Zde byla procvičována situace *Čtení*. Všichni účastníci výzkumného šetření byli předem

s aplikací seznámeni a byli instruováni, jak se ovládá. Nakonec s nimi byl uskutečněn rozhovor, při kterém sdíleli své názory na aplikaci.

4.6.6 Informantka č. 6

Z anamnézy: *balbuties*

Podle názoru šesté informantky – ženy ve věku 34 let, která si v ordinaci vyzkoušela situaci *Čtení* – je aplikace dostatečně přehledná a ráda by ji doporučila i ostatním. Zda by za aplikaci chtěla zaplatit, si nebyla jista, preferovala by zkušební dobu, během níž by se mohla rozhodnout.

Zpracování emocí se jí zdálo přesné, ale ocenila by, kdyby bylo možné zakomponovat legendu nebo osu, na které by se nálada zaznačila (například od nuly do pěti). Klientka žádnou jinou podobnou aplikaci nepoužívá, a proto si myslí, že by bylo vhodné, aby uvedená aplikace existovala a byla funkční. Z její vlastní zkušenosti ji napadlo, že by bylo vhodné přidat v rámci zaznamenávání dysfluencí i položku *Maskování (M)* jakožto jev, který nastává, když se chce balbutik vyhnout určitému slovu. V grafu nebo ve statistice by pak ráda viděla, jaké terapeutické techniky nejčastěji používá.

4.6.7 Informant č. 7

Z anamnézy: *balbuties*

Další účastník testování aplikace byl opět nejdříve proškolen ze způsobu fungování aplikace. Následně pak měl možnost vyzkoušet si situaci *Čtení.* Celková vizuální podoba aplikace se informantovi líbila a přišla mu přehledná. Pokud by aplikace byla funkční a dostupná pro balbutiky, rád by ji doporučil ostatním lidem s koktavostí, ba dokonce by ji sám používal. Aplikace mu plně vyhovovala již v té podobě, jako je nyní. Podle něj ji není zapotřebí nijak doplňovat nebo ji nějakým způsobem přepracovávat. Zpracovávání emocí k danému účelu mu přišlo dostatečné. V aplikaci vidí velký smysl, zvláště pokud si uvědomí, že žádnou jinou podobnou aplikaci nezná.

4.6.8 Informant č. 8

Z anamnézy: *balbuties*

Další účastnicí výzkumného šetření je žena ve věku 28 let. Aplikaci od počátku považovala za dostatečně přehlednou a viděla v ní velký přínos pro balbutiky. Ostatním by ji tak jistě doporučila. Bylo by však podle ní vhodné, kdyby byly dopodrobna vysvětleny různé terapeutické techniky, které aplikace využívá. Někteří uživatelé by je podle ní totiž nemuseli vůbec znát.

Zpracování emocí se jí líbilo, ale možná by je ještě zjednodušila a ponechala by jen tři základní typy. Informantku č. 8 ještě napadlo vylepšení, že by se do aplikace nenahrával pouze hlas, ale celé video i s obrazem. Uživatel by tak mohl hodnotit i další projevy, které by na videonahrávce zpozoroval.

4.6.9 Informant č. 9

Z anamnézy: *balbuties*

Posledním účastníkem testování mobilní aplikace byl muž ve věku 22 let. Opět byla testována situace *Čtení.* Podle něj je aplikace přehledná a doporučil by ji i ostatním. Žádnou zásadní věc v aplikaci by neměnil, do aplikace by však doplnil možnost počítání slov, výpočet tempa řeči a počet slov v závislosti na čase.

Zadávání emocí do aplikace mu přišlo dostatečné, ale napadlo jej, že by si do ní rád psal vlastní poznámky. Také by ho zajímala funkce nahrávání hovoru a zároveň nahrávání diktafonu. Aplikaci by používal a vidí v ní velký přínos.

4.6.10 Analýza aplikace s klinickým logopedem

Klinický logoped, se kterým byla aplikace testována, byl přesvědčen o tom, že by našla využití. Podle něj by balbutikům mohlo pomoci vytvořit na danou situaci reálnou zpětnou vazbu. Také by se podle jeho názoru měla zlepšovat identifikace neplynulostí, jež by mohla být funkční i ve fázi desenzibilizace. Celá aplikace je totiž postavena na myšlence, že sami uživatelé si přejí postavit se čelem k nahrávání záznamu a následně si sami sebe poslechnout. I fáze variace by měla fungovat, jelikož jsou uživatelé motivováni a počítají dysfluence, popřípadě zaznamenávají různé terapeutické techniky.

Podle klinického logopeda, se kterým byl tento výzkum realizován, je zpětná vazba pro klienty nejdůležitější, co mohou mít.

I když je podle něj aplikace přehledná a na pohled čistá, uvítal by v ní přítomnost návodu, který by uživateli vysvětloval, co má dělat a jak dále postupovat. Dodal však, že používá-li klient aplikaci společně s logopedem nebo jej logoped nejdříve do aplikace zasvětí a vše potřebné vysvětlí, nebylo by návodu třeba.

Dlouze také uvažoval nad rozšířením aplikace *„Čtení“*. Přímo v aplikaci by podle něj mohl být nahrán text, popřípadě více textů, jež by uživatelé četli přímo z aplikace. Mohlo by se tak v zásadě jednat o další podkategorii v rámci situace *„Čtení“*. Když by byla taková možnost, bylo by možné zjišťovat z aplikace další poznatky.

Zpracování emocí hodnotil kladně – emoce považuje také za velmi důležité, přičemž dle jeho slov by mohly být zapracovávány do grafu. Ten by mohl znázorňovat to, jak se emoce postupem času vyvíjejí, čímž by se například podařilo zjistit, zda plynulost řeči koreluje s emocemi. Může totiž nastat situace, kdy balbutik, třebaže projevuje známky strachu, hovoří plynule. To by pak značilo, že balbutik není dostatečně desenzibilizovaný. Prostřednictvím onoho grafu bychom tedy dle názoru klinického logopeda mohli zjišťovat, jednak jak se pocity vyvíjejí, jednak jak se vyvíjí celková situace.

Podle jeho odborného názoru by aplikace byla vhodná i pro děti, pokud by se upravila, respektive nahradila obrázkovou verzí. Dodal však, že dětští klienti v jeho péči se učí tytéž terapeutické techniky jako dospělí, pročež není důvod, aby aplikaci v „plné“ (byť lehce upravené) verzi nemohly děti používat. Počítalo by se s tím, že by s dítětem pracoval klinický logoped nebo rodič.

Klinický logoped by podle svých slov aplikaci využíval a doporučoval by ji i svým klientům. O žádné jiné podobné aplikaci neví a nepamatuje si, že by nějakou kdy používal. Ve své praxi používá pouze „počítátko-mačkátko“, kde zaznamenává dysflunce nebo je používá při nácviku různých technik, a nahrávky na telefon.

Závěrem dodává, že i před upravením aplikace podle jeho návrhů by aplikaci využíval již nyní.

4.7 Závěry šetření a jejich využití v praxi

Hlavním cílem diplomové práce bylo přispět ke zlepšení situace balbutiků v ČR vývojem diagnostické a terapeutické aplikace navržené pro potřeby balbutiků a logopedů. V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny také parciální cíle, jež se zaměřují na:

- analýzu spokojenosti s diagnostikou koktavosti v České republice;
- analýzu logopedické péče koktavosti v České republice;
- analýzu funkčnosti modelu BALBU.

Na základě vytyčených cílů výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO$_1$: Jaké diagnostické materiály se v České republice nejčastěji používají?

VO$_2$: Jaké terapeutické techniky se v České republice využívají?

VO$_3$: Co by vedlo ke zlepšení logopedické péče o balbutiky v České republice?

VO$_4$: Pro klienty s balbuties – v jakém věku je aplikace vhodná?

VO$_5$: Lze model BALBU využít v praxi?

VO$_6$: Jak by aplikaci BALBU bylo možné ještě vylepšit?

4.7.1 Analýza spokojenosti s diagnostikou koktavosti v České republice

Výzkumné šetření odhalilo, že většina klinických logopedů a logopedů v předatestační přípravě je s dostupnými testy v České republice *spíše nespokojena*, přičemž tak uvedlo 40 % dotazovaných. Čtvrtina respondentů pak dokonce odpověděla, že je *určitě nespokojena*, zatímco *určitě spokojený* nebyl nikdo z respondentů. Došlo tak ke zjištění, že respondenti dotazníku by ocenili jiný diagnostický model k diagnostice koktavosti. Z výzkumu vyplývá, že 50 % respondentů by jinou baterii *ocenilo určitě*, 35 % by ji pak také *spíše ocenilo*.

Pokud jde o využívané diagnostické testy v České republice, bylo zaznamenáno, že kliničtí logopedi a logopedi v předatestační přípravě velmi hojně využívají testy Viktora Lechty. Bylo však též zjištěno, že mnoho logopedů si testy musí samo upravovat, aby je vůbec mohli využít. Výzkumné šetření také ukázalo na diagnostické materiály zahraniční provenience, které se však v České republice užívají spíše poskrovnu.

Výzkumné šetření dále zjišťovalo způsoby, jakými může diagnostika koktavosti ovlivnit terapii koktavosti. Pozitivního názoru, tedy že *diagnostika může terapii ovlivnit a může ji zefektivnit,* bylo 66,25 % z dotazovaných. Domnívali se rovněž, že dokáže *ověřit funkčnost terapie* a v tomtéž počtu – 23 responzí – se respondenti shodli, že *diagnostika dokáže měřit pokroky v terapii*. Výzkumné šetření také prokázalo, že *diagnostika dokáže terapii zjednodušit a urychlit*.

V rámci provedeného výzkumného šetření bylo dále zjištěno, že mnoho klinických logopedů nebo logopedů v předatestační přípravě si *není jisto, kam se obrátit, pokud si s diagnostikou koktavosti nevědí rady*. Vysoké procento, konkrétně 38,75 %, účastníků výzkumného šetření uvedlo, že v případě vlastní nevědomosti *spíše neví, na koho a jak by se měli obrátit*. Téměř totožné množství odpovídající 32,5 % respondentů ankety však uvedlo, že *spíše ví*. V této souvislosti lze s ohledem na míru zastoupení protichůdných odpovědí shrnout, že se jedná o zcela rozporuplné výsledky ankety. Lze rovněž dodat, že množství účastníků uvedeného výzkumu by bylo pro „mentoring" ze strany zkušenějšího logopeda, odborníka na problematika balbuties, jenž by mohl radit také s diagnostikou.

4.7.2 Analýza logopedické péče koktavosti v České republice

Z výzkumného šetření vyplývá protichůdnost názorů klinických logopedů a logopedů v předatestační přípravě na logopedickou péči v oblasti balbutologie, kdy 32,5 % z dotázaných má za to, že péče v oblasti balbutologie je *spíše špatná*, naopak 30 % z nich uvedlo, že je *spíše dobrá*. Neutrální, tedy možnost *„ani dobrá, ani špatná"*, pak uvedlo 27 % účastníků výzkumu. Z responzí bylo také zjištěno, že podle klinických logopedů a logopedů v předatestační přípravě se terapii koktavosti nevěnuje dostatek logopedů, přičemž tento fakt vyplývá i z doplňující otázky, kde měli respondenti možnost své odpovědi rozvést. Ne ojediněle se totiž objevovaly odpovědi jako *„na diagnostiku i terapii koktavosti v praxi není dostatek času"* nebo *„je třeba se věnovat jiným diagnózám"*.

Dle poskytnutých odpovědí by mnoho účastníků taktéž uvítalo, kdyby v České republice fungovala *centra, která by se věnovala pouze koktavosti*. Šlo by tak o případ tzv. „specializace pracovišť", a to s ohledem na fakt, že v běžných logopedických ambulancích se není možné věnovat všem diagnózám. Z dalších návrhů na zlepšení

logopedické péče v České republice lze uvést *další vzdělávání odborníků*, nevyjímaje klinické logopedy s delší praxí, jakož i *lepší propracovanost kurzů pro logopedy v předatestační přípravě i pro studenty logopedie na pedagogických fakultách*. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá též nutnost *sledování zahraničních trendů v oblasti balbuties* a s tím související otázka *překládání seminářů do českého jazyka*. Někteří uvedli, že je nutné *zmodernizovat českou balbutologii a používat moderní nástroje*. Jako důležitá se ukázala též *větší osvěta koktavosti v České republice*, kdy podle mnohých informovanost o koktavosti není zdaleka dostačující. To dokazují i výsledky dotazníkové otázky na toto téma – 56,25 % logopedů je názoru, že povědomí laické veřejnosti o koktavosti je *spíše špatné*, a dalších 23,75 % účastníků výzkumu bylo dokonce pro odpověď *„velmi špatné“*. Lze tedy tvrdit, že názor odborné veřejnosti na povědomí laické veřejnosti o koktavosti je značně skeptický. V téže souvislosti bylo zjištěno, že převážná většina respondentů se domnívá, že lidé věří mýtům o koktavosti. Přesně polovina respondentů totiž jako odpověď na uvedenou otázku zvolila *„spíše ano“*, 36,25 % pak uvedlo, že si to *myslí rozhodně*. Výzkumné šetření tedy prokázalo, že věnovat pozornost osvětě balbuties je nanejvýš nutné.

Dále bylo zjištěno, že nedostatky logopedi vnímají i při komunikaci s rodiči dětí, které koktají, často totiž mají *nereálná očekávání*. Podle některých by také pomohl lepší *„mentoring“ pro začínající logopedy*. Z výzkumu také vyplývá, že by bylo ku prospěchu *větší a lepší zapojení psychologů, psychoterapeutů a popřípadě fyzioterapeutů do terapie koktavosti*. Mnoho z dotazovaných však též uvedlo, že psychologové či psychoterapeuti nemají dostatek kapacit pro klienty s diagnózou balbuties.

Z výzkumu vyplývá, že *lepší a provázanější spolupráci* by si logopedi přáli s pediatry, lékaři a také s učiteli a učitelkami základní či mateřské školy. Poukazovali také na nezbytnost jejich edukace v této oblasti, aby spolupráce mohla fungovat. Ze získaných dat tak vyplývá, že multidisciplinární přístup je v případě terapie koktavosti takřka nezbytný.

4.7.3 Analýza funkčnosti modelu BALBU

Testování aplikace bylo provedeno s devíti balbutiky a jedním klinickým logopedem, přičemž probíhalo buď venku v terénu, nebo v ordinaci klinického logopeda.

Čtyři z účastníků, jimž bylo umožněno vyzkoušet aplikaci v ambulanci, procvičovali situaci *Čtení,* a to na textu vybraném klinickým logopedem. Ostatních pět si určilo samo, jakou situaci chtějí vyzkoušet. Ve výsledku byla čtyřikrát vyzkoušena situace *Čtení,* dvakrát situace *Obchod,* dvakrát *Telefonování,* jedenkrát *Restaurace* a dva informanti se pak rozhodli vyzkoušet si své vlastní situace – *Referát* a *Kino.*

Na začátku bylo všem účastníkům výzkumného šetření vysvětleno, jak aplikace funguje, a přiblížen celkový význam aplikace. Všichni si ji nejdříve vyzkoušeli, než se začala nahrávat jedna z vybraných situací. S ovládáním situace neměl žádný z informantů problémy, a když jim výjimečně nebylo cokoliv jasné, neváhali se optat.

Po vybrání situace se uživatelům aplikace zobrazil obraz, kde podle emotikonů měli zadat, jak se cítí. Tento krok nepředstavoval pro žádného z informantů problém, možná jen s výjimkou jednoho, který emoce opomenul zadat.

Při nahrávání situace bylo několik účastníků výzkumu značně nervózních, a tak se několikrát stalo, že se situace začala nahrávat a pak se něco nepodařilo, účastník nahrávání ukončil a zkusil to znovu. U dvou účastníků se to několikrát stalo, ale nakonec se vždy situaci podařilo nahrát.

Po nahrání situace se opět zaznamenávaly emoce, tentokrát se značily emotikony vyjadřujícími, jak se uživatel cítí po situaci. Emoce byly různé, většinou si účastníci oddechli, a někdy byli dokonce pyšní na to, že to zvládli.

V poslední části pak měli uživatelé v rámci testování aplikace nahrávku přehrát a zaznamenat dysfluence a terapeutické techniky. Ne všichni si na terapeutické techniky v situaci vzpomněli, případně si vzpomněli až v průběhu nahrávání. Některým informantům pak dělalo problém zaznačit správně dysfluence a techniky, které používali. Někteří se rozhodli si nahrávku přehrát a nejdříve zaznačili jen dysfluence a při druhém přehrání zaznačili terapeutické techniky. Osvědčila se tedy funkce, kdy jde situace znovu přehrávat, počty dysfluencí opravovat, popřípadě úplně vynulovat a začít zaznamenávat od začátku.

Uživatelé v aplikaci také ocenili funkci *Můj přehled,* kde viděli všechny své nahrávky.

Informantům se aplikace líbila, používání podle nich bylo intuitivní a po vysvětlení jasné. Lze říci, že by aplikaci bylo možné využít už v nynější podobě.

Ze získaných dat vyplývá, že účastníci testování aplikace byli s aplikací spokojeni.

VO$_1$: Jaké diagnostické materiály se v České republice nejčastěji používají?

V rámci dotazníkového šetření bylo zjištěno, že kliničtí logopedi a logopedi v předatestační přípravě stále hojně využívají diagnostické baterie slovenského logopeda, profesora Viktora Lechty. Ze získaných dat vyplývají jako nejčastější odpovědi *balbutiogram* a *dotazník psychické tenze* nebo *záznamový list pro diagnostiku symptomů nadměrné námahy – NAKOCH*.

Mezi dalšími diagnostickými materiály byly uvedeny *rozhovor* a *Van Riperova kritéria*. Bylo však zjištěno, že řada respondentů testy *různě kombinuje, upravuje si je nebo používá jen jejich část*. Výzkumné šetření taktéž prokázalo, že mnoho respondentů *koktavost vůbec nediagnostikuje*. Jako důvody přitom uváděli *nespokojenost s dostupnými bateriemi, nepružnost v používání materiálů* nebo že *koktavost není třeba diagnostikovat, je třeba pouze správně naslouchat*. Pouze ojediněle se pak mezi odpověďmi vyskytly zahraniční diagnostické testy koktavosti jako je *BAB, OASES* nebo *Palin Parent Rating Scale* používaný u dětí. V jednom případě byla také zaznamenána odpověď *Dezortovy testy*.

VO$_2$: Jaké terapeutické techniky se v České republice využívají?

Z výzkumného šetření vyplývá, že kliničtí logopedi a logopedi v předatestační přípravě v České republice nejčastěji využívají *kombinace technik Fluency Shaping a Stuttering Modification*. Uvedlo to 43 účastníků výzkumného šetření, tedy více než polovina. Dle názoru jiných 23 logopedů je však vhodnější používat jiné diagnostické materiály, přičemž jako jednu z možností uvedli *fonograforytmiku*.

VO$_3$: Co by vedlo ke zlepšení logopedické péče o balbutiky v České republice?

Z výzkumného šetření vyplývá zjištění, že logopedi v předatestační přípravě a kliničtí logopedi nemají na balbutiky tolik času, kolik by si přáli a kolik by balbutici zasloužili. Mnoho z nich tak uvedlo, že na diagnostiku v jejich ambulancích bohužel nemají dostatečný časový prostor. S tím souvisí názor několika z nich, kteří navrhovali

specializovaná pracoviště, na kterých by se odborníci mohli věnovat jen vybraným diagnózám a mít na ně dostatek času.

Někteří uvedli, že by ocenili více kurzů zaměřených na koktavost v České republice, a to nejen pro logopedy v předatestační přípravě, nýbrž i pro zkušené klinické logopedy, kteří se stále chtějí aktivně vzdělávat. Od toho se pak odvíjí také potřeba překládat cizojazyčné články či semináře o balbuties do českého jazyka, jelikož ne všichni jsou v cizích jazycích natolik zdatní, aby se v nich mohli naplno vzdělávat.

Ve vztahu k mladším a ne tolik zkušeným kolegům pak respondenti navrhovali možnost lepšího mentoringu a lepší připravenost na povolání v rámci pedagogických fakult.

Co se týče samotné terapie balbutiků, byly hojně zaznamenávány skupinové terapie, podpůrné navazující terapie nebo více času vynakládaného na cvičení v terénu. Z výzkumného šetření také vyplývá, že by odborníci ocenili lepší propojenost s dalšími terapeuty, tj. psychology, fyzioterapeuty, učiteli, lékaři, a také lepší komunikaci a reálné očekávání od rodičů. S tím se pojí fakt, že podle odborníků stále mnoho laiků věří různým mýtům o koktavosti. I proto je velká osvěta v této oblasti nadále nutností.

VO$_4$: Pro klienty s balbuties – v jakém věku je aplikace vhodná?

Aplikace BALBU byla testována uživateli ve věku od patnácti do pětatřiceti let. Žádný z uživatelů neměl s používáním aplikace problémy, naopak všichni hned věděli, jak s ní zacházet. Lze tedy konstatovat, že aplikace je vhodná pro klienty od adolescentního věku až po věk dospělý.

Podle klinického logopeda, se kterým bylo během celého výzkumného šetření spolupracováno, však mohou aplikaci používat i lidé mladší než v uvedeném věku, jelikož terapeutické techniky, které se v aplikaci využívají, se učí i děti. Za předpokladu, že by se aplikace vhodně upravila o animace a vytvořila by se obrázková verze pro děti, které ještě neumějí číst, našla by aplikace své využití i u dětí již od věku 4,5 roku.

VO$_5$: Lze model *BALBU* využít v praxi?

Prototyp aplikace byl zkoušen s devíti balbutiky a jedním klinickým logopedem. Všem se podařilo aplikaci otevřít a využít všechny funkce, kterými aplikace v současné

době disponuje. Všem zúčastněným se aplikace líbila. Několik informantů mělo nápady, jak aplikaci ještě vylepšit, a podobné měl také klinický logoped. Všichni se ale shodli, že už v této podobě je aplikace velmi přínosná a využitelná v praxi. Lze tedy konstatovat, že model *BALBU* by v praxi jistě našel své využití.

VO$_6$: Jak by aplikaci *BALBU* bylo možné ještě vylepšit?

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina účastníků šetření by ocenila, kdyby se před prvním použitím aplikace objevil obraz s vysvětlivkami nebo sdělením, co má uživatel dělat, popřípadě celkové představení aplikace. Informanti byli spokojeni s tím, jaké situace jsou v nabídce zahrnuty, ocenili by však zastoupení i jiných situací, které by tak nebyli nuceni vymýšlet sami. Z dalších nápadů na inovace lze zmínit strukturování aplikace podle náročnosti či vytvoření různých „levelů“. Toho názoru byl i klinický logoped, který navrhl, aby u situace *Čtení* byla možnost textu, který by uživatel četl, a mohl se tak zpracovat přesný počet dysfluencí pro daný text. To by umožnilo získat další přesná data k diagnostice. Také jej napadlo, že by bylo možné nahrát do aplikace úvodní setkání s klientem a následně pozorovat a hodnotit jeho pokroky.

Podobný nápad měl i jeden z klientů, který navrhoval, že by bylo vhodné do aplikace vepsat úvodní informace o uživateli, například věk, pohlaví a diagnózu. Mezi zajímavé nápady, jak aplikaci vylepšit, se řadí také „můstek“, který by propojoval balbutiky mezi sebou a tvořil jakousi „síť“ mezi nimi.

Někteří účastníci aplikace by byli rádi, kdyby byla aplikace více interaktivní a bylo v ní například více animací. Jedna informantka, která má problémy s mluvením na veřejnosti a nahráváním situací, by byla ráda, kdyby se ještě před započetím situace objevil nějaký motivační obraz. Také by ocenila spojení s logopedem prostřednictvím aplikace.

Zpracování emocí se uživatelům aplikace vesměs líbilo, i když někteří navrhovali vytvořit propracovanější verzi, která by nabízela emocí více, anebo alespoň možnost textového pole u emotikonu, kam by uživatel mohl dopsat svou poznámku ke své emoci. Naopak jedna informantka uvedla, že by zpracování zjednodušila a emotikony by ponechala pouze tři.

Objevily se také nápady, aby v aplikaci byly více vysvětleny terapeutické techniky. Je totiž možné, že aplikaci bude používat člověk, který aktuálně nedochází ke klinickému

logopedovi a všechny techniky už si nepamatuje nebo je nezná. V souvislosti s nimi by ocenili jednotlivá cvičení zaměřená právě na tyto techniky a teprve tehdy, až si budou jistí, by se přesunuli k nabízeným situacím a zkoušeli je praktikovat v reálném životě.

Závěr a doporučení pro praxi

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo přispět vývojem diagnostické a terapeutické mobilní aplikace navržené pro potřeby balbutiků a logopedů v České republice k celkovému zlepšení situace. Uvedeného cíle bylo dosaženo prostřednictvím dílčích cílů, dotazníku, strukturovaných dotazníků, spolupráce s odborníky a v neposlední řadě pozorováním.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí – teoretické a empirické. První část práce prezentuje analýzu českých i zahraničních, knižních i online zdrojů a je rozdělena na tři kapitoly.

První kapitola prezentuje teoretická východiska a představuje termíny komunikace, jazyk a řeč, hovoří o narušené komunikační schopnosti a charakterizuje období dospělosti.

V druhé kapitole je již pozornost zaměřena na hlavní téma diplomové práce, a to je koktavost. Autorka zde vymezuje termín koktavosti, stručně se věnuje etiologii a výskytu koktavosti a snaží se také přiblížit její symptomatologii a klasifikaci.

V poslední podkapitole druhé kapitoly je pozornost věnována diagnostice koktavosti v České republice a v zahraničí. Třetí teoretická kapitola nese název „Podpora osob s koktavostí“, přičemž jsou zde zmíněny terapeutické techniky a doporučení, mýty o koktavosti a v poslední části této kapitoly i informovanost o koktavosti.

Druhá část diplomové práce je co do povahy empirická, kdy v poslední kapitole charakterizuje výzkumné šetření. V této kapitole je uvedena metodologie, hlavní i parciální cíle diplomové práce a výzkumné otázky. Kapitola se skládá ze dvou výzkumných projektů. První kvantitativní část byla provedena prostřednictvím dotazníku a byla uskutečněna s klinickými logopedy a logopedy v předatestační přípravě. Druhou část představuje naopak výzkum kvalitativní, jenž nabyl formy strukturovaných rozhovorů a pozorování. V této části práce je testována mobilní aplikace, a to na devíti balbuticích, přičemž ji současně vyzkoušel ve své ordinaci jeden klinický logoped.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvořit prototyp aplikace, která balbutikům a logopedům poslouží k jednodimenzionální diagnostice a terapii koktavosti. Uživatelé

aplikace zkoušejí různé situace, při kterých používají terapeutické techniky. Aplikace také zkoumá pocity uživatelů, tedy jaké pocity mají před a po situaci. Uvedené techniky pak uživatelé do aplikace zaznamenávají a mohou si také připravit svou vlastní situaci, při které se nahrají. Všichni participanti výzkumného šetření se shodují na tom, že by si přáli, aby aplikace existovala, neboť by ji rádi aktivně používali.

Do budoucna autorka plánuje celou řadu vylepšení, a to cvičení cíleně zaměřená na terapeutické techniky, doplněná textové pole u obrazu emocí či grafy zobrazující jednotlivá data. Dalším rozšířením bude také přidaný úvodní obraz vysvětlující, jak samotná aplikace funguje, a další vysvětlivky. Dalším plánovaným krokem je úprava aplikace pro děti a záměr udělat ji více interaktivní a zábavnou.

Doporučení pro praxi

Lze konstatovat, že výsledky z první i druhé výzkumné části výzkumného šetření mohou být zdrojem inspirace pro praxi i řadu podobně orientovaných projektů. Z první výzkumné části dotazníkového šetření vyplývá, že kliničtí logopedové a logopedi v předatestační přípravě ve velké většině nejsou spokojeni s dostupnými diagnostickými materiály. Mnoho z dotazovaných také diagnostiku vůbec neprovádí, testy si musejí sami upravovat, ba dokonce vytvářet si své vlastní. Bylo tak zjištěno, že všichni tito odborníci by ocenili nový diagnostický model pro diagnostiku koktavosti. Na základě provedeného výzkumného šetření lze tedy uzavřít, že se nabízí otázka aktualizace diagnostických materiálů v České republice, popřípadě utvoření nových testů.

Z nasbíraných dat také vyplývá nejednotnost názorů na úroveň logopedické péče v oblasti balbutologie v České republice, podle většiny respondentů je však úroveň spíše špatná. K řešení se podle nich nabízí mnoho možností, a to například více kurzů pro logopedy, lepší zaučování mladších kolegů v oblasti balbutologie anebo specializovaná centra věnující se především koktavosti.

Výsledky výzkumu také potvrzují názor, že účastníci šetření mají negativní smýšlení o tom, jaké je povědomí laické veřejnosti o koktavosti. Ve vysokém počtu si také myslí, že lidé věří mýtům o koktavosti. Na základě zjištěných výsledků by se nabízelo více se věnovat zvyšování informovanosti veřejnosti o koktavosti, například tvorbou informativních letáčků, videí nebo prostřednictvím webů a sociálních sítí.

Ve druhé části výzkumného šetření byl testován prototyp mobilní aplikace pro balbutiky. Testování se účastnilo devět balbutiků a jeden klinický logoped. Z pozorování lze konstatovat, že účastníci výzkumného šetření neměli problém s ovládáním aplikace a rovněž pojetí aplikace se jim velmi líbilo. Z rozhovorů, jež proběhly bezprostředně po testování aplikace, však vyplynulo, že by bylo vhodné aplikaci rozšířit o další obraz, který bude vysvětlovat jednotlivé kroky a další postupy. Aplikace se bude ještě opravovat a po konzultacích s klinickým logopedem a IT odborníkem budou přidány potřebné funkce. V plánu je vylepšit situaci *Čtení,* která by po vylepšení měla disponovat několika texty v rozsahu 100 slov, které bude mít uživatel na výběr a bude je moci číst. Tato nová funkce pomůže přesně počítat dysfluence a bude možné se lépe zaměřit také na diagnostiku koktavosti. Mezi dalšími doporučeními, jak aplikaci vylepšit, se objevil také názor dát k dispozici více situací, ze kterých si uživatel bude moci vybrat, aniž by je musel vymýšlet a připravovat sám. Po dohodě s IT odborníkem bylo také stanoveno, že se upraví hodnocení emocí tak, že bude přidáno textové pole k jednotlivým emotikonům, do něhož bude uživatel moci (ovšem bude-li sám chtít) ke svým emocím cokoliv připsat. V současnosti dále již probíhají práce na zpracování grafů situací a emocí. Z názorů balbutiků zjištěných z rozhovorů je také možné uvést, že se lze také více zaměřit na cvičení jednotlivých terapeutických technik a na jejich lepší vysvětlení. Podle vyjádření klinického logopeda lze usuzovat, že aplikaci by mohli používat mnohem mladší uživatelé, než byl původní záměr. Bylo by však nutné aplikaci upravit a udělat ji pro děti interaktivnější.

Shrnutí

Diplomová práce se zabývá vývojem a následně testováním mobilní aplikace pro balbutiky v České republice. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou tři kapitoly, jež se dále dělí na podkapitoly. První kapitola se věnuje teoretickým východiskům, druhá kapitola je věnována fenoménu balbuties a třetí je zaměřena na podporu osob s koktavostí. Tato část je zpracována na základě české i cizojazyčné odborné literatury a dalších odborných zdrojů.

Empirická část je věnována výzkumnému šetření. V diplomové práci byl využit jak kvalitativní, tak i kvantitativní výzkumný design, pracovalo se s technikami dotazníku, rozhovoru a pozorování. Kapitola obsahuje také analýzu výzkumného šetření, včetně představení prototypu aplikace a jejího testování.

Hlavního cíle bylo dosaženo a stejně tak i cílů parciálních. Výzkumné otázky se podařilo zodpovědět.

Summary

The diploma thesis deals with attitude of speech therapist to the conversation with the clients, especially children with stuttering about their difficulties which result from the serious type of impaired communication ability.

The diploma thesis is divided into two parts – theoretical and empirical. The theoretical part, which defines theoretical starting points and introduces stuttering, including possibilities of diagnosis and therapy, is based on the analysis of the Czech and foreign scientific literature. The part of the last chapter characterizes the conversation.

The empirical part of the thesis presents research survey, which is based on quantitative and qualitative surveys, is carried out by questionnaire and interview. There is also processed analysis of the research survey including the conclusion of the research.

Použité zdroje/seznam použité literatury

Adams, Ch. (2018, June 18). *5 Common Myths About Stuttering Debunked (It's Not Psychological!).* https://people.com/health/5-common-myths-stuttering-speech/

Akerman, B. (2010). *Izabela – Pravljica o princeski, ki je jecljala*. Ljubljana.

Ambrose, N. G. (2004). Theoretical Perspectives on the Cause of Stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 31*(Spring), 80–91. doi:10.1044/ cicsd_31_s_80

American psychiatric associtation (APS). (2013). *DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx? bookid=556

American Speech Language-Hearing Association (ASHA). (2019). *Speech Sound Disorders-Articulation and Phonology*. www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid= 8589935321&section=Incidence_and_Prevalence

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2015b). *Childhoodjluency disorders: Sings and symptoms*. http://www.asha.orgIPRPSpecificTopic.aspx?folderid= 8589935336&section=Signs_a nd_Symptoms

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (20l5a). *Childhoodjluency disorders: Causes.* http://www.asha.orgIPRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336& section=Causes

Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2011). *Human communication disorders: an introction*. Pearson Education.

Arnett, J. J. (2004). *Emerging Adulthood: The winding Road from the Late teens throught the twenties.* Oxford University Press.

Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Portál.

Batshaw, M. L., Roizen, N. J., & Lotrecchiano, G. R. (ed.). (2013). *Childern with disabilities* (7th ed.). Paul H. Brookes.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., & Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders, 38*(1), 14–29. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001

Bezděková, J. (2008). *Učíme naše dítě mluvit* (1. vyd.). TeMi CZ.

Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.

Blatterer, H. (2007). Adulthood: the Contemporary Redefinition of a Social Category. *Sociological Research, 12*(4), 3. http://www.socresonline.org.uk/12/4/3.html

Blomgren M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology research and behavior management, 6*, 9–19. https://doi.org/10.2147/PRBM.S31450

Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, R. M. (2003). A preliminary study of self- esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 28*(2), 143–159. https://doi.org/10.1016/S0094-730X(03)00010-X

Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). Chapman & Hall.

Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering*. Delmar, Cengage Learning.

Bothe, A. (2004). *Evidence-Based Treatment of Stuttering*. Lawrence Erlbaum Associates.

Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of fluency disorders, 36*(2), 122–129.

Bredikhin, A. (2019). Speech therapy-stuttering, DAF. *App Store Preview*. https://apps.apple.com/us/app/id1356131208

Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). "Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis." *Journal of Fluency Disorders, 38*(4), 342–355.

Brutten, G. J., & Vanryckeghem, M. (2006). *Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter (BAB)*. Plural Publishing.

Bytešníková, I. (2007). *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Masarykova univerzita.

Bytešníková, I. (2012). *Komunikace dětí předškolního věku*. Grada.

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.

Canva. (2022, leden). https://www.canva.com/

Cohen, J. (2014). A new name for stuttering in DSM-5. *American Psychological Association, 45*(7), 51. www.apa.org/monitor/2014/07-08/stuttering-dsm.aspx

Cohen, J. (2014). A new name for stuttering in DSM-5. *Monitor on Psychology, 45*(7), 52.

Conture, E. (2001). *Stuttering: Its nature diagnosis and treatment*. Allyn & Bacon.

Conture, E. G., & Curlee, R. F. (2007). *Stuttering and related disorders of fluency* (3rd ed.). Thieme.

Conture, E. G., & Walden, T. A. (2012). Dual Diathesis-Stressor Model of Stuttering. In Yu. O. Filatova (ed.), *Theoretical Issues of Fluency Disorders* (pp. 94–127). National Book Centre.

Conture, E. G., Ainsworth, S., & Fraser, J. (2010). *If your child stutters: A guide for parents* (8th ed.). Stuttering Foundation of America.

Crawley, L., Jones, M., Smythe, N., Walker, L., & Williamson, S. (2014). *Prenatal Diagnosis of Cleft Lip and Cleft Palate*. http://www.cleftline.org/wp-content/uploads/2012/03/PRE-01.pdf

Cséfalvay y, Z., Mekyska, J., & Košťálová, M. (2013). Diagnostika dysartrie. In Z. Cséfalvay & V. Lechta, *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých* (s. 117–144). Portál.

Cséfalvay, Z. (2003). Diagnostika dysartrie. In V. Lechta, *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.

Cséfalvay, Z. et al. (2007). *Terapie afázie: teorie a případové studie* (1. vyd.). Portál.

Cséfalvay, Z., & Košťálová, M. (2013). Diagnostika afázie. In Z. Cséfalvay, V. Lechta et al., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých* (s. 83–116). Portál.

Cséfalvay, Z., & Lechta, V. (2013). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Portál.

Čecháčková, M. (2003). Získané organické poruchy řečové komunikace. In E. Škodová & I. Jedlička, *Klinická logopedie*. Portál.

Čechová, M. (2012). *Čeština – řeč a jazyk*. SPN – pedagogické nakladatelství.

Čermák, F. (2011). *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. Karolinum.

Černý, J. (2008). *Úvod do studia jazyka*. Rubico.

Černý, L. (2018). Hlas – fyziologie a patologie. In K. Neubauer, *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

De Andrade, C., Furquim, R., Cunha, M. R., Juste, F. S., Ritto, A. P., & De Almeida, B. P. B. (2014). Self-perception of people who stutter regarding their experiences and results of stuttering treatments. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 26*(5), 415–420. http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n5/2317-1782-codas-26-05-0415.pdf

De Vito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace*. Grada.

Decher, M. (ed.). (2011). *Therapie des Stotterns: Ein Überblick über aktuelle Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Demosthenes-Verl.

Dell, C. W. (2004). *Koktavost u dětí školního věku*. Paido.

Dezort, J. (2019). *Koktavost – návrh komplexního diagnostického a terapeutického programu pro dospělé osoby s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči* [Rigorózní práce, Univerzita Karlova]. Archiv závěrečných prací CUNI. https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/219796/?lang=cs

Dommermuth-Gudrich, G., & Braun, U. (2004). *Nejznámější mýty: 50 klasických mýtů antického světa*. Slovart. http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:173f18b0-6075-11e6-8336-005056827e52

Drayna, D. (2019, November 12). *4 common myths and facts about stuttering*. https://magazine.medlineplus.gov/article/4-common-myths-and-facts-about-stuttering

Dvořák, J. (2007). *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Logopedické centrum.

Farkašová, D. (2006). *Výzkum v ošetřovatelství* (1. vyd.). Osveta.

Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Grada.

Franken, M. C., & Putker-de Bruijn, D. (2007). *Restart-DCM Method. Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial*. https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2016/07/RESTART-DCM.Method.-English.pdf

Fraser, J., & Perkins, W. H. (2007). *Koktáš? Nezoufej!* Grada.

Fraser, M. (2006). *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy* (2. vyd.). Portál.

Freud, S. (2000). Tři pojednání k teorii sexuality. In S. Freud. *Spisy z let 1904–1905*. Psychoanalytické nakladatelství.

Frostová, J., & Vaniaková, M. (2000). *Základy hlasové výchovy pro učitele I*. Pedagogická fakulta MU.

Gascoigne, M. (2006). *Supporting children with speech, language and communication needs within integrated children's services*. https://www.rcslt.org/docs/free-pub/ Supporting_children-website.pdf

Geus, E. (2002). *Někdy koktám: knížka pro děti ve věku 7–12 let*. Paido.

Góral-Pólroka, J., Tarkowski, Z., & Okrasińska, A. (2015). Škála sebehodnocení a hodnocení balbuties. In K. Neubauer, T. Skákalová et al., *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích* osob (s. 39–49). Gaudeamus.

Guitar, B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Guitar, B., & Conture, E. G. (eds.). (2006). *This child who stutters: To the pediatrician* (3rd ed.). Stuttering Foundation of America.

Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2008). *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Portál.

Hartmann, B., & Lange, M. (2008). *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Triton.

Helus, Z. (2011). *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Grada.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Howland, K. M. (2013). Developmental speech and language disorders. In M. R. Hintz (ed.), *Guidelinesfor music therapy practice in developmental health* (pp. 108–138). Barcelona Publishers.

Chleboradová, B., & Kopečný, P. (2019). *Speciálněpedagogická diagnostika logopedická: Metodické texty k projektu MUNI 4*.0. Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/auth/el/ped/podzim2020/SPp302/um/1651-15-2336-1-10-20200914.pdf

Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Grada.

IT slovník.cz. (2022, leden). *Co je to Aplikace?* https://it-slovnik.cz/pojem/aplikace

Jedlička, I. (2003). Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu. In E. Škodová & I. Jedlička, *Klinická logopedie*. Portál.

Johnson, M., & Wintgens, A. (2016). *The selective mutism, resource manual*. Taylor & Francis.

Kalinowski, J., & Saltuklaroglu, T. (2006). *Stuttering*. Plural Publishing. https://search-ebscohost-com.ezproxy.muni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=e000xww& AN=1004330&lang=cs&site=eds-live&scope=site

Karsten, H. (2006). *Ženy – muži: [genderové role, jejich původ a vývoj]*. Portál.

Kehoe, T. D. (2000). *Stuttering: Science, Therapy & Practice*. Casa Futura Technologies.

Kehoe, T. D. (2006). *No Miracle Cures: A Multifactoral Guide to Stuttering Therapy*. University College Press.

Kejklíčková, I. (2011). *Logopedie v ošetřovatelské praxi*. Grada.

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

Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammerin: Palin PCI approach*. Speechmark.

Kerekrétiová, A. (2003). Diagnostika poruch hlasu. In V. Lechta, *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.

Kerekrétiová, A. (2008). *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]* (1. vyd.). Grada.

Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Grada.

Klinika LOGO. (2022). https://www.moje-klinika.cz

Knight, K. (2020). *"Teachers' Knowledge and Perceptions of Children who Stutter"*. Honors Theses. https://scholarlycommons.obu.edu/honors_theses/764

Kolísková, M., & Dvořák, Z. (2014). *Tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. Carter/Reproplus.

Kopečný, P. (2014). *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Masarykova univerzita.

Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy*] (3., přeprac. a dopl. vyd.). Galén.

Krahulcová, B. (2013). *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti* (2., rozš. a přeprac. vyd.). Beakra.

Králiková, B., & Lechta, V. (2008). *Poruchy správania versus zajakavosť. In Poruchy správania v edukačnom procese. Efeta – ročenka 2007* (s. 53–55). Osveta.

Kršňáková, P. (2004). *Cesta z hlubin koktavosti*. Univerzita Palackého Olomouc.

Kutálková, D. (2011). *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii* (1. vyd.). Grada.

Kutálková, D. (2012). *Rozvoj výslovnosti dětí v předškolním věku*. Septima.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. aktualiz. vyd.). Grada.

Lechta, V. (1990). *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo.

Lechta, V. (2002). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Portál.

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

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

Lechta, V. (2008). *Symptomatické poruchy řeči u dětí* (2. vyd.). Portál.

Lechta, V. (2010). *Koktavost. Integrativní přístup.* Portál.

Lechta, V. (2011). *Terapie narušené komunikační schopnosti* (2., aktualiz. vyd.). Portál.

Lechta, V. et al. (2005). Terapie koktavosti. In V. Lechta et al., *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál.

Lechta, V., & Baxová-Šarközyová, E. (2001). *Koktavost?!* Septima.

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

Lejska, M. (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Paido.

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

Love, R. J., & Webb, W. G. (2009). *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Portál.

Machová, J. (2010). *Biologie člověka pro učitele*. Nakladatelství Karolinum.

Majdanová, A. (2012). *Orientačná diagnostika situačnej psychickej tenzie při chronickej zajakavosti* [Dizertační práce]. Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského.

Manning, W. H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders* (2nd ed.). Singular.

Mareš, J., & Křivohlavý, J. (1995). *Komunikace ve škole*. Masarykova univerzita.

Markson, D. (2019, July 20). *Is there a cure for stuttering?* https://www.stuttering.co.nz/news/is-there-a-cure-for-stuttering/

Maslow, A. H. (2017). *Theory of Human Motivation*. BN publishing.

Mcfedries, P. (2002). *Word Spy: Paul McFedries and Logophilia Limited*. http://www.wordspy.com/words/kidult.asp

Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., & Fineout-Overholt, E. (2016). *Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare: a practical guide to improving quality, safety, and outcomes*. Sigma Theta Tau International. http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=79119738-389a-4d1a-a577-

f9345986c58c%40sessionmgr104&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLGNvb2tpZSx1aWQmb GFu Zz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#AN=1253918&db=nlebk

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: (2008), aktualizovaná verze k 1. 1. 2009 (2., aktualiz. vyd.). Bomton Agency.

Millard, K., Zebrowski. P., & Kelman, E. (2018). ASHA: Palin Parent–Child Interaction Therapy: The Bigger Picture. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(3S), 1211–1223. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0199

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Mlčáková, R., & Vitásková, K. (2013). *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Nall, R. (2019). *Stuttering*. Healthline. //www.healthline.com/health/stuttering?fbclid=Iw AR3UN82ZInTggQYv5oUgmGWAc Jy0tQwMSpvat78vwcswFaofOc4Jo1YgnYM

Natke, U., & Alpermann, A. (2010). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden* (3., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Huber.

Natke, U., Alpermann, A., Heil, W., Kuckenberg, S., & Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS*). Sprache • Stimme • Gehör, 34*(3), 155–164. https://doi.org/10.1055/s-0029-1246202

Nekoktám. (2022). https://www.nekoktam.cz

Neubauer, K. (2001). *Logopedie: učení text pro bakalářské studium speciální pedagogiky* (3. vyd.). Gaudeamus.

Neubauer, K. (2003). Dysartrie. In E. Škodová, I. Jedlička et al., *Klinická logopedie* (s. 303–328). Portál.

Neubauer, K. (2007). *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Portál.

Neubauer, K. (2018). Kognitivně-komunikační poruchy. In K. Neubauer, *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

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

Neubauer, K. (2018). Neurogenní poruchy komunikace a orofaciální motoriky u dospělých osob. In K. Neubauer et al., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

Neubauer, K., Neubauerová, L., & Nohejlová, A. (2016). Opožděný vývoj řeči a vývojová dysfázie – od programu terapeutické intervence k problematice poruch učení a adaptace ve školní výuce. In K. Neubauer, S. Tübele & L. Neubauerová, *Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení.* Gaudeamus.

Novák, A. (1999). *Vývoj dětské řečii: [fyziologie, jeho poruchy, diagnostika a léčba*. A. Novák.

Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A clinician's guide*. https://researchers.mq.edu.au/en/publications/the-lidcombe-program-of-early-stuttering-intervention-a-clinician

Palán, Z. (2003). *Základy andragogiky*. Vysoká škola J. A. Komenského.

Payer, M. (2001). *Computervermittelte Kommunikation*. http://payer.de/cmc/cmcs01.htm

Petelschmiedová, A. (2000). *Aktuální problémy balbutologie*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Peutelschmiedová, A. (1994). *Čtení o koktavosti* (1. vyd.). Portál.

Peutelschmiedová, A. (2005). *Logopedické minimum* (2. vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci.

Peutelschmiedová, A. (2007). *Mařenko, řekni Ř*. Grada.

Peutelschmiedová, A. (2009). *Logopedické poradenství: příklady a analýzy*. Grada.

Peutelschmiedová, A. (2011). Co by měl učitel vědět o koktavosti. https://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZUF/14207/co-by-mel-ucitel-vedet-o-koktavosti.html

Plaňava, I. (2005). *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy-dovednosti-poruchy*. Grada.

Polonský, D. (2000). *Úvod do sociologického výzkumu*. Prima print.

Pospíšilová, L. (2018). Vývojová koktavost. In K. Neubauer et al., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace* (s. 372–390). Portál.

Prasse, J. E., & Kikano, E. G.(2008). Stuttering: An Overview. *American Family Physician, 77*(9), 1271–1276. https://www.aafp.org/afp/2008/0501/p1271.html?fbclid= IwAR0sKkTylwsL4wy02lL74PoIOP a-y9meqlDnj7qotngFU62zVDlv1D_uHiw

Průcha, J., Mareš, J., & Walterová, E. (2003). *Pedagogický slovník* (4. aktualiz. vyd.). Portál.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737–767.

Reeves, N. (2018, July 22). *Countering the Top 3 Myths About Stuttering*. https://stutteringtherapyresources.com/blogs/blog/the-top-3-myths-about-stuttering

Reitzes, P. (2021, December 10). *Stuttering Myths, Beliefs and Straight Talk for Teens*. Dostupné z: https://www.stutteringhelp.org/stuttering-myths-beliefs-and-straight-talk-teens

Rimondini, M. (2010). Communication. In M. Rimondini, *Cognitive Behavioral Therapy*. Springer Publishing.

Rocci, A., & Saussure, L. (2016). *Verbal Communication*. De Gruyter Mouton.

Řepová, P. (2007). *Dítě a koktavost*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Portál.

Sander, R. W., & Osborne, C. A. (2019). Stuttering: Understanding and treating a common disability. *American Family Physician, 100*(9), 556–560.

Sandrieser, P., & Schneider. P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Thieme.

Seeman, M. (1955). *Poruchy dětské řeči*. SZdN.

Segal, R. A. (2017). *Stručný úvod do teorie mýtu*. ExOriente.

Shapiro, D. A. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). PRO-ED.

Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering; research and therapy*. Harper & Row.

Schlagheck, A., Gabel, R., & Hughes, S. (2009). A mixed methods study of stereotypes of people who stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 36*, 108–117. https://search.proquest.com/docview/197853615?accountid=16531

Schneider, P., & Kohmäscherová, A. (2019). *Čo môžem robiť, ak sa moje dieta zajakává? príručka pre rodičova všetkých, ktorí sa stretávajů s dětmi so zajakovosťou*. Slovenská asociácia logopédov.

Schneider, P., & Schartmann, G. (2015). *Was ist ein U-U-Uhu?: Ein Mutmachbuch für stotternde Kinder*. Natke Verlag.

Schneiderová, A. (2003). *Pedagogická komunikace [studijní materiály pro distanční kurz Vzdělávání a personální činnosti]*. Ostravská univerzita.

Sklenářová, N. (2013). *Interakce a komunikace učitele v edukačním procesu*. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta.

Smith, B., R., & Sluckin, A. (2015). *Tackling selective mutism: a guide for professionals and parents*. Jessica Kingsley Publishers. https://books.google.cz/books?id=YeNNBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs# v=onepage&q&f=false

Sovák, M. (1989). *Logopedie předškolního věku*. SPN.

Stamurai. (2020, April). *Stuttering: 11 Common Misconceptions Busted*. https://stamurai.com/blog/stuttering-misconceptions/

Susca, M., & Healey, E. C. (2001). Perceptions of simulated stuttering and fluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*, 61–72.

Škodová, E., & Jedlička, I (2003). Narušení plynulosti řeči. In E. Škodová, I. Jedlička et al., *Klinická logopedie* (s. 257–300). Portál.

Škodová, E., & Jedlička, I. (2003). *Klinická logopedie*. Portál.

Škrabáková, A., & Lechta, V. (2005): Možnosti logopedickej diagnostiky psychickej tenzie u chronických balbutikov. *Logopaedica VIII.* Liečreh Gúth.

Švaříček, R., & Šeďová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Tarkowski, Z. (2003). Diagnostika breptavosti. In V. Lechta, *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál.

Tarkowski, Z. (2017). *A new approach to stuttering: diagnosis and therapy*. Nova Science Publishers.

Tarkowski, Z. (2018). Terapie koktavosti metodou Tarkowského. *Listy klinické logopedie, 2*(1), 74–77. https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2018/01/16.pdf

Tegze, O. (2003). *Neverbální komunikace*. Computer Press.

The Stuttering Foundation. (2015, June 4). *6 Tips For Speaking With Someone Who Stutters*. www.stutteringhelp.org/6-tips-speaking-someone-who-stutters-0

Thorová, K. (2015). Vývo*jová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Tomasello, M. (2014). *The new psychology of language: cognitive and functional approaches to language structure (Volume I).* Psychology Press.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Karolinum.

Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Karolinum

Van Riper, Ch. (1972). *Speech Correction: Its Principles and Methods* (5th ed). Prentice-Hall.

Van Riper, Ch. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice-Hall.

Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (2012). A Comparative Investigation of the BigCAT and Erickson S-24 Measures of Speech-Associated Attitude. *Journal of Communication Disorders, 45*(5), 340–347.

Vitásková, K., & Peutelschmiedová, A. (2005). *Logopedie*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace.* Portál.

Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Grada.

Vymlátilová, E. (2006). Neslyšící dítě v klinické praxi. In R. Říčan, & D. Krejčířová, *Dětská klinická psychologie* (4. přeprac. vyd.). Grada.

Ward, D. (2018). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment* (2nd ed.). Routledge.

Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. ProEd.

Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advancements. *Journal of Fluency Disorders. 38*, 66–87.

Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Pearson.

Yaruss, J. (2018, May 9). *Is stuttering neurological?* Stuttering Therapy Resources. https://stutteringtherapyresources.com/blogs/blog/is-stuttering-neurological

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*. Pearson Assessments.

Yaruss, J., Coleman, C., & Hammer, D. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 37*(2), 118–136. https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/014)

Zhang, J., Saltuklaroglu, T., Hough, M., & Kalinowski, J. (2009). Jobs, Sex, Love and Lifestyle: When Nonstutterers Assume the Roles of Stutterers. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *61*, 18–23. https://www.karger.com/Article/Pdf/187621

Zloof, A., & Ezrat-Vinacour, R. (2015) Hypnosis as a Technique for the Treatment of Stuttering. *Procedia: Social and Behavioral Sciences, 193*, 357. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815021187?fbclid=IwAR3lv9YtnOAoLCrHGGiT30ZOP_hb1grBkD5LlnXJSXq5M07nuopCCN3ber8#

Seznam tabulek

Tabulka 1 *Názory respondentů na možné zlepšení logopedické péče o balbutiky* *65*
Tabulka 2 *Respondenty využívané diagnostické testy* *68*
Tabulka 3 *Vlastní názory respondentů* *73*

Seznam obrázků

Obrázek 1 *Úvodní stránka* 77
Obrázek 2 *Situace 1* 78
Obrázek 3 *Situace 2* 78
Obrázek 4 *Nahrávání situace 1* 79
Obrázek 5 *Nahrávání situace 2* 79
Obrázek 6 *Ukládání situace* 80
Obrázek 7 *Emoce před nahráváním* 81
Obrázek 8 *Emoce po nahrávání* 81
Obrázek 9 *Přehled situací* 82
Obrázek 10 *Zaznamenávání dysfluencí a terapeutických technik* 83
Obrázek 11 *Význam zkratek* 84

Seznam grafů

Graf 1 *Pohlaví respondentů* 58
Graf 2 *Věk respondentů* 59
Graf 3 *Místo působiště respondentů* 59
Graf 4 *Vzdělání respondentů* 60
Graf 5 *Pracovní pozice respondentů* 61
Graf 6 *Délka praxe respondentů* 61
Graf 7 *Typ sektoru, ve kterém respondenti pracují* 62
Graf 8 *Počet klientů s koktavostí za rok* 63
Graf 9 *Délka praxe v oblasti práce s balbutiky* 63
Graf 10 *Úroveň logopedické péče v České republice* 64
Graf 11 *Analýza terapeutických technik používaných u balbutiků* 66
Graf 12 *Názor respondentů na dostatek logopedů/klinických logopedů zabývajících se balbuties* 67
Graf 13 *Vliv diagnostiky koktavosti na terapii* 67
Graf 14 *Spokojenost respondentů s diagnostickými testy koktavosti v České republice* 69
Graf 15 *Názor respondentů na vhodnost zavedení nového diagnostického modelu na diagnostiku koktavosti* 70
Graf 16 *Vyjádření logopedů, zda se mají ohledně diagnostiky koktavosti s kým poradit* 70
Graf 17 *Vzdělávání respondentů v oblasti balbutologie* 71
Graf 18 *Vyjádření respondentů k povědomí laické veřejnosti o koktavosti* 72
Graf 19 *Povědomí veřejnosti o mýtech o koktavosti podle respondentů* 72

Seznam příloh

Příloha 1 *Dotazník pro klinické logopedy a logopedy v předatestační přípravě*.....124
Příloha 2 *Otázky k rozhovoru s balbutiky*.....131
Příloha 3 *Rozhovor s klinickým logopedem*.....132

Příloha 1 *Dotazník pro klinické logopedy a logopedy v předatestační přípravě*

Demografické faktory

1. Jakého jste pohlaví? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Žena
    - Muž
2. Kolik je Vám let?
    - 24–35 let
    - 36–45 let
    - 46–60 let
    - 61 a více let
3. V jakém kraji v současné době působíte? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Jihočeský kraj
    - Jihomoravský kraj
    - Karlovarský kraj
    - Královéhradecký kraj
    - Liberecký kraj
    - Moravskoslezský kraj
    - Olomoucký kraj
    - Pardubický kraj
    - Plzeňský kraj
    - Hlavní město Praha

- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Kraj Vysočina
- Zlínský kraj

4. Jaké je vaše dosažené vzdělání? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Magisterské
    - Doktorské (studium)
    - Jiné (*prosím doplňte)*
5. Jaká je Vaše současná pozice? *Vyberte prosím jednu odpověď.*
    - Logoped v předatestační přípravě
    - Klinický logoped
6. Jaká je délka Vaší praxe v oboru klinické logopedie? *Vyberte prosím jednu odpověď.*
    - 0–5 let
    - 6–10 let
    - 11–15 let
    - 16 a více let
    - V předatestační přípravě
7. V jaké sektoru pracujete? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Ve státním
    - V nestátním – soukromém zdravotnickém zařízení
    - V jiném (*prosím doplňte)*

Diagnostika koktavosti

1. Uveďte prosím přibližný počet klientů s koktavostí za rok. *Vyberte jednu odpověď.*
    - 0
    - 1–5 klientů
    - 6–10 klientů
    - 11–15 klientů
    - 16–25 klientů
    - 26 a více klientů
2. Jaká je Vaše délka praxe v oblasti práce s balbutiky? *Vyberte jednu odpověď.*
    - 0–5 let
    - 6–10 let
    - 11–20let
    - 21 a více let
3. Jaká je podle Vás úroveň celkové logopedické péče u balbutiků v ČR? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Velmi dobrá
    - Spíše dobrá
    - Ani dobrá, ani špatná
    - Spíše špatná
    - Velmi špatná
4. Co by podle Vás vedlo ke zlepšení? (Otevřená otázka)

5. Jaké terapeutické techniky u balbutiků využíváte?
    - Fluency Shaping
    - Stuttering Modification
    - Kombinace technik Fluency Shaping a Stuttering Modification
    - Behaviorální podmiňování
    - Jiná (napište jaká)
6. Věnuje se podle Vás problematice koktavosti dostatek logopedů/klinických logopedů?
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne
7. Ovlivní podle Vás diagnostika terapii koktavosti? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne
8. Jak podle Vás může diagnostika koktavosti terapii ovlivnit? *Vyberte jednu nebo více odpovědí.*
    - Zrychlit
    - Zjednodušit
    - Zefektivnit

- Měřit pokroky
- Mohu zjistit, že nefunguje, a zkusím jinou terapii
- Ověřit efektivnost terapie
- Jiné (uveďte co)

9. Jaké diagnostické testy ve své praxi využíváte? *Otevřená otázka.*
10. Jste spokojen/a s diagnostickými testy koktavosti v ČR? Jsou podle Vás dostačující? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne
11. Ocenil/a byste jiný diagnostický model pro diagnostiku koktavosti? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne

12. Máte se na koho obrátit, pokud si s diagnostikou koktavosti nevíte rady? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne
13. Jak se vzděláváte v oblasti balbutologie*? Můžete vybrat více odpovědí*
    - Studuji odborné publikace v českém jazyce
    - Studuji odborné publikace v cizím jazyce
    - Pravidelně se účastním odborných seminářů
    - Pravidelně sleduji i zahraniční trendy
    - Pouze v rámci povinných kurzů
    - Problematiku nesleduji
    - Doplňuji si ho jinak *(Doplňte)*
14. Jaké je podle Vás povědomí laické veřejnosti o koktavosti? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Velmi dobrá
    - Spíše dobrá
    - Nevím
    - Spíše špatná
    - Velmi špatná

15. Věří podle Vás lidé mýtům o koktavosti? *Vyberte jednu odpověď.*
    - Rozhodně ano
    - Spíše ano
    - Nevím
    - Spíše ne
    - Určitě ne
16. Doplňte prosím případná specifika k dané problematice, poznatky z praxe, doplňující informace nebo otázky, které Vám vyvstaly při doplňování dotazníku:

Příloha 2 *Otázky k rozhovoru s balbutiky*

1. Přišla Vám aplikace dostatečně přehledná?
2. Přišel Vám zvuk dostatečně kvalitní?
3. Byl byste ochoten za takovou aplikaci zaplatit?
4. Doporučil byste aplikaci ostatním?
5. Co byste do aplikace doplnil?
6. Je něco, co byste v aplikaci úplně změnil?
7. Přišlo Vám zpracování emocí dostatečné?
8. Přišel Vám graf přehledný?
9. Používáte nějakou jinou podobnou aplikaci? Jakou?

Příloha 3 *Rozhovor s klinickým logopedem*

1. V čem by aplikace mohla balbutikům pomoci?
2. Je něco, co byste do aplikace přidal?
3. Doporučil byste aplikaci svým klientům?
4. U jaké věkové skupiny byste aplikaci používal?
5. Používáte nějakou podobnou aplikaci? Jakou?
6. Přijde Vám aplikace dostatečně přehledná?
7. Zaznamenával byste emoce nějak jinak?
8. Zaplatil byste za takovou aplikaci?
9. Chtěl byste z aplikace zjistit ještě nějaká data?
10. Využíval byste aplikaci v praxi?