proLékaře.cz | 22.11.2026

ADAPTÁCIA METODIKY PODĽA YARUSSA A REARDON-REEVES NA TERAPIU ZAJAKAVOSTI U DETÍ

ADAPTING EARLY CHILDHOOD STUTTERING THERAPY (YARUSS AND REARDON-REEVES, 2017)

Kristína Mocsári[1]
Jana Marková[2]



Kristína Mocsári



Jana Marková

Abstrakt

Úvod: Zajakavosť predstavuje komplexné narušenie komunikačnej schopnosti, zvyčajne sa objavuje už v predškolskom veku. Napriek tomu, že u niektorých detí môže dôjsť k spontánnej náprave, považujeme za dôležité venovať sa terapii zajakavosti už v predškolskom veku, nakoľko u mnohých detí môže bez terapie pretrvávať problém do neskoršieho veku až dospelosti.

Cieľ: V našom výskume sme sa rozhodli zmerať a porovnať prejavy zajakavosti pred začatím terapie a po 5 mesiacoch menej priamej terapie podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) a zhodnotiť, či terapia pozitívne ovplyvnila príznaky zajakavosti u dvoch detí vo veku 3 a 4,8 rokov. Ďalším cieľom bolo zhodnotiť, či sa znížila miera obáv rodičov po terapii.

Metódy: Na vylúčenie vývinovej jazykovej poruchy sme použili Korálkový test opakovania pseudoslov a GAPS – subtest opakovanie viet. Na potenciálne odhalenie narušenia zvukovej roviny reči sme zhodnotili zrozumiteľnosť reči meranú Škálou ICS. Prejavy zajakavosti sme identifikovali z rečovej vzorky z uvedených subtestov opakovania viet a pseudoslov, z rozprávania príbehu podľa obrázkovej predlohy (MAIN), z automatizmov, dokončovania viet a z nahrávky spontánnej rečovej vzorky z domáceho prostredia. Na 5bodovej škále sme hodnotili aj mieru obáv rodičov. Rovnako, na 5bodovej škále, rodičia hodnotili aj plynulosť svojho dieťaťa za každý deň v domácom prostredí. Terapeutická metodika Yarussa a Reardon-Reeves (2017) vychádza z multifaktorálneho modelu zajakavosti a pozostáva z dvoch prístupov k terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku – menej a viac priameho prístupu. V prezentovanom výskume sme využili menej priamu terapiu u dvoch detí vo veku 3 a 4,8 rokov v prvej fáze terapie. Cieľom menej priamej terapie je vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť reči. Pre tento účel sa rodičia učia päť komunikačných stratégií.

Výsledky: U oboch detí sa po fáze menej priamej terapie znížili neplynulosti reči vo všetkých sledovaných oblastiach. U prvého dieťaťa sa neplynulosti znížili v priemere o 34,11 % a u druhého dieťaťa o 9,13 %. U oboch detí sa znížili obavy rodičov aj hodnotenie neplynulostí v domácom prostredí, ktoré realizovali rodičia.

Záver: Adaptovali sme metodiku Yarussa a Reardon-Reeves (2017) na slovenské pomery a overili efektivitu menej priamej terapie na dvoch deťoch. Podľa pilotných výsledkov môžeme povedať, že u týchto dvoch detí bola terapia efektívna, na overenie efektivity menej priamej terapie je však potrebný ešte ďalší výskum, podrobnejšia analýza aktuálne získaných dát a sledovanie dlhodobého efektu terapie.

Abstract

Introduction: Stuttering is a complex speech disorder, appearing already at preschool age. Despite the fact that spontaneous correction may occur, we consider it important to devote therapy to this disorder already at this age.

Objective: We decided to measure and compare stuttering symptoms before and after therapy, thus to determine whether the less-direct stuttering therapy according to Yaruss and Reardon-Reeves (2017) was effective and had a positive effect on stuttering symptoms in two children

[1] Mgr. Kristína Mocsári, Katedra logopédie, Ústav psychologických a logopedických štúdií, Pedagogická fakulta UK, Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: kristina.mocsari@gmail.com.

[2] doc. PaedDr. Jana Marková, Katedra logopédie, Ústav psychologických a logopedických štúdií, Pedagogická fakulta UK, Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovenská republika.

https://doi.org/10.36833/lkl.2023.016 Přijato k recenzi: 25. 3. 2023 Přijato k publikaci: 18. 9. 2023

licensed under CC BY-NC

proLékaře.cz | 22.11.2026

aged 3 and 4.8 years. We also wanted to determine whether the parents' concerns decreased after therapy.

Methods: Firstly, an examination was conducted to rule out a developmental language disorder or a speech and sound disorder. Dysfluencies were evaluated in speech samples gathered by different speech tasks: non-word and sentence repetition, sentence completion, automatic speech tasks and spontaneous speech recordings (home and MAIN). We also assessed the level of the parents' concerns on a 5-point scale. Further, on a 5-point scale, parents evaluated their child's fluency for each day in the home environment.

Less-direct therapy (Yaruss and Reardon-Reeves, 2017) is based on a multidisciplinary model of stuttering and consists of two approaches to the therapy of stuttering in children – less direct and more direct. In our research, we used less-direct therapy in two children aged 3 and 4.8 years at the time the therapy started. The aim of less-direct therapy is to create an environment for the child that supports his/her fluency. Parents learn 5 communication strategies.

Results: In both children, there was a reduction of dysfluencies in all examined areas. In the case of the first child, dysfluencies decreased by 34.11% and, in the case of the second child, by 9.13%. In both children, the parents' concerns and the assessment of dysfluencies in the home environment decreased.

Conclusion: We adapted the methodology of Yaruss and Reardon-Reeves (2017) to Slovak conditions and verified the effectiveness of less-direct therapy on two children. Based on our results, we can state that the therapy was effective for these two children. However, further research, more thorough analyses of the data and monitoring of the long-term effect of the therapy are needed.

Kľúčové slová

Zajakavosť, terapia zajakavosti, predškolský vek, nepriama terapia, efektivita terapie

Keywords

Stuttering, stuttering therapy, preschool age, indirect therapy, effectiveness of therapy

Úvod

Zajakavosť, ako je všeobecne známe, je veľmi komplexné narušenie komunikačnej schopnosti. Objavuje sa už pred piatym rokom života, vo veku 4 rokov sa zajakavosť vyskytuje u 11,2 % detí (Yairi a Seery, 2022; Lechta, 2016; Reilly et al., 2013; Yairi a Ambrose, 1999). Prejavuje sa opakovaním jednoslabičných slov a opakovaním hlások a slabík, ktoré sa môžu postupne rozvinúť do prolongácii a blokov (Howell, 2007; Ward, 2018; Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Zaujímavé je, že u určitej skupiny detí môže dôjsť k spontánnej náprave. Yairi a Seery (2022) a Yaruss a Reardon-Reeves (2017) tvrdia, že zajakavosť sa môže vytratiť bez terapie u 75 %–80 % detí. V nadväznosti na uvedenú informáciu sa vynára otázka, prečo je potom tak dôležité robiť terapiu zajakavosti u detí predškolského veku? Prvým dôvodom je, že stále ostáva 20 % – 25 % detí, u ktorých k spontánnej náprave nedôjde, no zatiaľ nevieme presne určiť, u ktorého dieťaťa sa zajakavosť sama vytratí a u ktorého nie. Ďalším dôvodom je že výskumy dokázali, že terapia zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku je efektívna (Herder et al., 2006; Jones et al., 2005; De Sonneville-Koedoot et al., 2015; Bothe et al., 2006 in Bloodstein a Ratner, 2021). Preto je potrebné začať s terapiou už v predškolskom veku (Starkweather, Gottwald a Halfond, 1990; Onslow a O´Brian, 2013; Guitar, 2019). Môžeme tak predísť vzniku sociálnej úzkosti v staršom veku. Na Slovensku logopédi využívajú poradenstvo rodičom, fonograforytmiku, Lidcombe program a MINI-Kids. Naším výskumom by sme chceli overiť zatiaľ neoverený prístup terapie zajakavosti, a obohatiť tak možnosti logopédov pri terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku. V našom článku aktuálne uvádzame pilotné výsledky nášho výskumu, ktorý je súčasťou dizertačnej práce o terapii zajakavosti u detí v predškolskom a mladšom školskom veku podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017). Tento prístup mení interakciu rodič-logopéd-dieťa, pretože na rozdiel od poradenstva rodičom, kde sú rodičia pasívni prijímatelia, sú v tomto prístupe aktívni účastníci terapie.

Cieľ nášho výskumu bol adaptovať menej priamu terapiu zajakavosti podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) a aplikovať ju u dvoch detí predškolského veku, porovnať výsledky z dát pred terapiou a po terapii a posúdiť, či táto terapia ovplyvní príznaky zajakavosti v zmysle ich poklesu. Ďalším cieľom bolo určiť, či sa po terapii zníži miera obáv rodičov.

Výskumnú vzorku tvorili dve deti vo veku 3 a 4,8 rokov v čase vstupného vyšetrenia, bez iných narušení komunikačnej schopnosti v zmysle vývinovej jazykovej poruchy alebo narušenia zvukovej roviny reči (fonologických porúch).

Metódy

Diagnostické: Na vylúčenie vývinovej jazykovej poruchy sme zvolili Test opakovania pseudoslov (Polišenská a Kapalková, 2014), subtest GAPS – opakovanie viet (Gardner et al., 2006, adaptácia na slovenské podmienky Vicenová, 2011), naratívny test MAIN (Kapalková, Slančová a Nemcová, 2020). Na vylúčenie narušenia zvukovej roviny reči sme zhodnotili zrozumiteľnosť reči s Škálou hodnotiacou zrozumiteľnosť reči v kontexte (ICS) (McLeod et al., 2012, v slovenskej úprave Buntová, 2013).

Znaky dysfluencie sme sledovali v rečovej vzorke z opakovania pseudoslov, opakovania viet, z nárácie z testu MAIN, zo spontánnej produkcie zaznamenanej na videozáznam v domácom prostredí a v Balbutiograme (Lechta, 2005). Balbutiogramom sme hodnotili dysfluencie v šepkanej reči, pri produkcii automatizmov a verbálnych stereotypov (počítanie do piatich, odpovede na otázky – ako sa voláš, kde bývaš, ako sa zdravíme, keď ideme spať) a pri dokončovaní viet.

Na základe odporúčaní autorov v metodike sme sa rozhodli hodnotiť aj mieru obáv rodičov pred terapiou a po terapii na 5bodovej Likertovej škále od 1 – žiadne/malé obavy do 5 – veľmi veľké obavy. Taktiež sme zaškolili rodičov do hodnotenia neplynulostí svojho dieťaťa. Hodnotili ich za každý deň taktiež na 5bodovej Likertovej škále od 1 – malá/žiadna miera prejavov do 5 – vysoká miera prejavov.

Terapeutické metódy: Terapia podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017) vychádza z multifaktoriálneho modelu vzniku zajakavosti a je určená pre deti od 2,25 roka do 6–7 rokov. Autori uprednostňujú označenie dvoch fáz terapie termínmi menej priama a viac priama terapia. Dôvodom je, že fázy terapie je možné prispôsobiť potrebám konkrétneho dieťaťa a tieto dva prístupy sa môžu prepájať. V rámci nepriamej terapie môžeme vkladať prvky priamej terapie a naopak, ak zhodnotíme, že to vyhovuje potrebám dieťaťa.

Cieľom menej priamej terapie je vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť reči prostredníctvom rodičov a ostatných dôležitých osôb v jeho komunikačnom prostredí. Logopéd rodičom

proLékaře.cz | 22.11.2026

poskytne základné informácie o zajakavosti – definíciu, prehľad príčin vzniku, zoznam druhov dysfluencií a príklady, ako môžu pomôcť. Tieto informácie sú potrebné na to, aby sa stali aktívnymi partnermi logopéda. Rodičia v spolupráci s logopédom určia, ktoré komunikačné stresory vplývajú na ich dieťa, a diskutujú o tom, ako by sa tieto vplyvy mohli redukovať. Aby mohli zmeniť svoj komunikačný štýl, a vytvoriť tak prostredie podporujúce plynulosť reči svojho dieťaťa, učia sa komunikačné stratégie. Logopéd im na začiatku vysvetlí cieľ každej komunikačnej stratégie, modeluje ju v interakcii s dieťaťom a rodičom dá možnosť vyskúšať si ju priamo v ambulancii logopéda. Následne rodičom poskytuje spätnú väzbu s cieľom zvládnuť stratégiu čo najlepšie. Logopéd pre dieťa vyberá z piatich komunikačných stratégií a ak je to potrebné, pridá ďalšie úpravy v komunikácii rodiča a dieťaťa. Logopéd teda vyberá z piatich komunikačných stratégií, podľa toho, čo je pre dieťa a rodičov adekvátne (Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Komunikačné stratégie:

- *Ľahká reč, angl. Easy Talking*. Pri tejto stratégii logopéd a rodič používajú komunikačný štýl, ktorý je trocha pomalší a trocha ľahší oproti bežnému. Hovoriaci vkladá krátke pauzy počas výmeny rolí a medzi jednotlivými prehovormi. Dieťaťu sa takto poskytne priestor na spracovanie toho, čo bolo povedané, ako aj čas na formuláciu svojej odpovede bez pocitu časového tlaku.
- *Obmedzenie súťaženia v hovorení, angl. Limiting Verbal Competition*. Využitie tejto stratégie spočíva vo výmene komunikačných rolí. Rodičom logopéd vysvetlí, že základné pravidlo komunikácie je počas tejto stratégie robiť krátke pauzy medzi tým, ako hovoriaci skončí a počúvajúci začne hovoriť. Rodičia v spolupráci s logopédom premýšľajú, v akých situáciách je najťažšie zachovať výmenu rolí v bežnej komunikácii doma. Rodičia potom vysvetľujú pravidlá výmeny rolí aj ostatným členom rodiny a je na nich, kedy použijú jej pravidlá.
- *Znižovanie komunikačného tlaku, angl. Reducing Communication Pressures*. Vychádza z pozorovania komunikačného štýlu rodičov. Rodičia sa namiesto častých otázok (ktoré môžu vyvolávať tlak u dieťaťa) učia použiť tzv. nepriamu požiadavku. Týmto spôsobom dieťa pozývajú do komunikácie namiesto priameho požadovania odpovede. Logopéd tiež rodičom vysvetlí, že je v poriadku užiť si chvíľku ticha pri hre s dieťaťom. Namiesto vypĺňania ticha rozprávaním sa môžu ticho hrať s dieťaťom paralelne. Takto ukazujú dieťaťu, že ticho alebo tiché rozprávanie je v poriadku. Autori však upozorňujú, že s tichom treba byť opatrný, pretože sa môže stať, že je dieťa ticho kvôli obavám z neplynulostí. Rodičia sa teda v rámci tejto stratégie postupne učia starostlivo vybrať čas, kedy budú od dieťaťa žiadať, aby niečo recitovalo, porozprávalo, čo bolo v škôlke atď.
- *Reflektovanie a parafrázovanie, angl. Reflecting and Rephrasing*. Rodičia v rámci tejto stratégie reflektujú plynulé aj neplynulé prehovory dieťaťa, ale neopakujú po ňom každú vetu. Stratégia spočíva viac v rozširovaní prehovorov dieťaťa, ak je to potrebné. Stratégia je podobná modelovaniu prehovorov pri vývinovej jazykovej poruche. Tým, že rodičia používajú pomalší komunikačný štýl, redukujú časový tlak v danej situácii. Taktiež opakujú prehovory dieťaťa s použitím pauz alebo ľahkej reči, s cieľom spomaliť tempo komunikácie. Pomocou tejto stratégie rodičia taktiež podporujú komunikačné schopnosti svojho dieťaťa tým, že ho aktívne počúvajú. Dávajú mu tak najavo, že mu venujú pozornosť a zaujíma ich to, čo hovorí, a nie spôsob, akým to hovorí.
- *Modelovaním regulácie hlasu, angl. Modeling Vocal Regulation* pomáhajú svojmu dieťaťu regulovať jeho emócie, a zlepšiť tak jeho plynulosť. Prostredníctvom tejto stratégie sa rodičia a dieťa učia vyjadriť svoje emócie bez prílišného zrýchlenia tempa, zvýšenia hlasitosti a výšky svojej reči. Takto redukujú aj časový tlak a iné požiadavky kladené na dieťa.

Je dôležité poznamenať, že rodičia nemusia tieto stratégie používať stále. Skúšajú ich 5 minút denne, kým sa ich naučia. Potom ich používajú len vtedy, keď je to potrebné (Yaruss a Reardon-Reeves, 2017). Po fáze učenia sa komunikačných stratégií sa prechádza do monitorovacej fázy, a to vtedy, ak má dieťa menej neplynulostí ako na začiatku terapie, minimálne prejavy nadmernej námahy a/alebo má neutrálne alebo žiadne reakcie na svoje neplynulosti. Stretnutia s logopédom sa počas monitorovacej fázy realizujú jedenkrát mesačne. Terapiu ukončíme, ak je plynulosť dieťaťa stabilná niekoľko mesiacov.

Viac priama terapia je v porovnaní s menej priamou viac zameraná na dieťa. Jej cieľom je eliminácia zajakavosti, pozitívny postoj ku komunikácii a osvojenie si efektívnych komunikačných zručností. Počas viac priamej terapie rodičov stále učíme, ako vytvoriť pre dieťa prostredie podporujúce plynulosť. Autori odporúčajú vyčleniť si počas stretnutí čas aj na nich.

Dieťa v rámci viac priamej terapie učíme veku primeraným spôsobom o produkcii reči, o tom, ako rôzne časti tela spolupracujú, aby sme mohli hovoriť, a ako vznikajú neplynulosti. Taktiež mu poskytujeme informácie o artikulačných orgánoch, dýchaní či modulácii hlasu. Autori tvrdia, že vysvetlenie problému umožní dieťaťu viac sa sústrediť na komunikačný proces, čím sa zníži pravdepodobnosť, že sa objavia negatívne emócie a obavy zo zajakavosti. Dieťa učíme robiť zmeny v časovaní reči – úprava tempa reči, počtu a dĺžky prehovorov, tempa komunikácie a v napätí – úprava fyzického napätia rečového mechanizmu v momente neplynulosti. Na to, aby tieto zmeny v reči vedelo realizovať, musí rozumieť konceptom pomaly – rýchlo, napäto – uvoľnene, málo – veľa a „tak akurát“. Na označenie tejto stratégie používa logopéd s dieťaťom termín „ľahká reč“, pretože chce, aby dieťa hovorilo ľahšie (bez napätia) a celkovo pomalším tempom. V menej priamej terapii učíme rodičov, ako ľahkú reč dieťaťu modelovať, v priamej terapii sa ju už dieťa učí používať. Namiesto opráv a upozorňovania autori odporúčajú dieťaťu pripomenúť použitie „ľahkej reči“ predtým, ako začne hovoriť. Po dokončení výpovede by malo dieťa samé zhodnotiť, či sa mu stratégiu podarilo použiť, no môžeme ho za použitie stratégie aj rovno pochváliť. Do monitorovacej fázy prechádzame, keď sa neplynulosti úplne zredukovali. Autori odporúčajú dieťa sledovať až do veku 6–7 rokov. Počas nej rodičia s dieťaťom prichádzajú každých 3–6 mesiacov na kontrolné stretnutie, s cieľom overenia, že je plynulosť dieťaťa ustálená, má dobré komunikačné zručnosti a zdravý postoj ku komunikácii.

Do výskumu sme zaradili deti, u ktorých boli prítomné neplynulosti typické pre zajakavosť – repetície častí slov, prolongácie a bloky, boli vo veku 3–6 rokov, bez iných narušení komunikačnej schopnosti, predtým neabsolvovali žiadnu terapiu zajakavosti a u rodičov bola prítomná vysoká miera obáv.

V našom príspevku sme sa rozhodli aktuálne podrobnejšie venovať menej

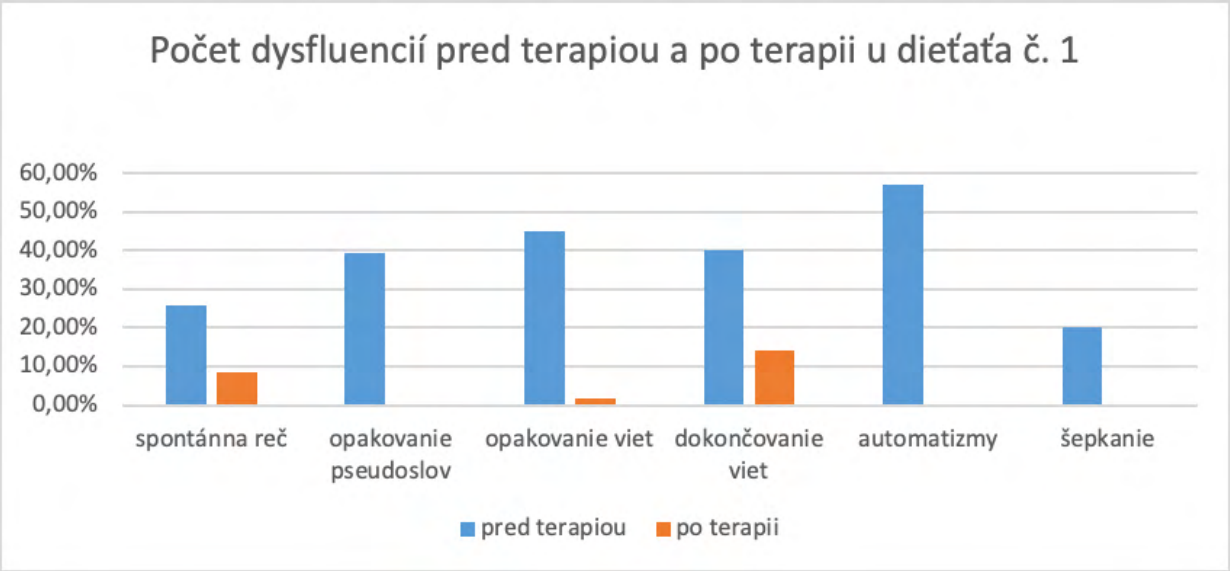
proLékaře.cz | 22.11.2026

priamej terapii a uviesť prvotné výsledky nášho výskumu.

Priebeh a výsledky

Dieťa č. 1

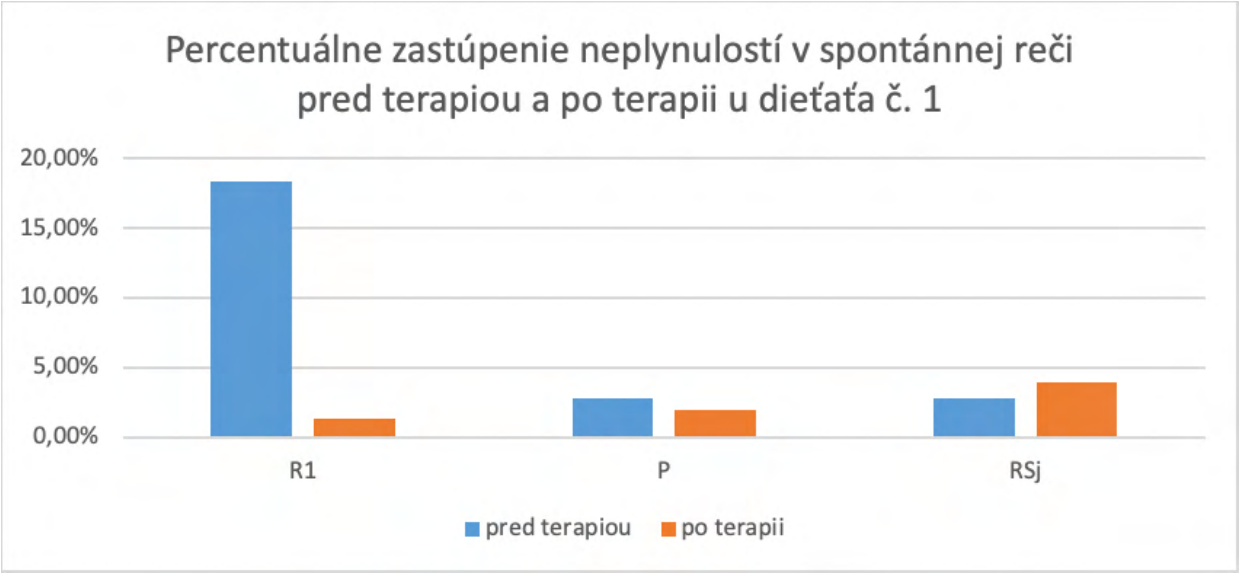
Do výskumu bolo dieťa zaradené vo veku 3 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou (neplynulosti sa objavujú aj u otca). Neplynulosti v tom čase trvali 3 mesiace, podľa rodičov mali neplynulosti tendenciu sa zhoršovať. Podľa informácii od rodičov sa objavili opakovanie slov, slovných zvratov a častí slov, prolongácie, bloky a známky nadmernej námahy. Dieťa si svoje neplynulosti uvedomovalo. Vo februári 2022 sme realizovali vstupné vyšetrenia, vylúčili sme vývinovú jazykovú poruchu, narušenie zvukovej roviny reči a zmapovali sme symptómy zajakavosti. Neboli prítomné symptómy nadmernej námahy ani psychickej tenzie. S terapiou sme začali v apríli, dieťa malo v tom čase 3,3 roky. Primárne sa terapie zúčastňovala mama, otec prichádzal na terapie len občas kvôli pracovným povinnostiam. Autori terapie uvádzajú, že najlepšie je, ak sa terapie zúčastňujú obaja rodičia, ak to však nie je možné, stačí aspoň jeden rodič. Rodičom sme na začiatku terapie poskytli základné informácie o zajakavosti, o komunikačných stresoroch a spoločne sme určovali, ktoré komunikačné stresory môžu na ich dieťa vplývať. Vysvetlili sme im, že komunikačné stratégie nemusia používať stále. Použijú ich vtedy, keď vidia, že to dieťa potrebuje. Nácvikom použitia stratégii si ich osvoja a budú mať k dispozícii nástroj, pomocou ktorého budú aj oni vedieť pomôcť svojmu dieťaťu pri prekonaní neplynulostí a zajakavosti. Takto sa stávajú aktívnymi účastníkmi terapie, koterapeutmi. Na to je však potrebný nácvik stratégií. Dohodli sme si frekvenciu nácviku v domácom prostredí aspoň 3krát do týždňa po dobu 5 minút. Potom sme pristúpili k učeniu sa komunikačných stratégií. Po rozhovore s rodičmi sme ako prvú stratégiu zvolili Ľahkú reč, pretože tá sa využíva pri všetkých ostatných stratégiách. Potom sme vyberali stratégie spoločne s rodičmi na základe rozhovorov s nimi. Vychádzali sme aj z pozorovania ich interakcie počas jednotlivých sedení. Pri každej stratégii sme najprv vysvetlili jej cieľ, informovali sme ich o tom, kedy a prečo danú stratégiu použiť. Všetky tieto informácie sme im odovzdali aj vo forme letákov, aby sa k týmto informáciám mohli doma vrátiť. Následne sme im ukázali, ako by malo použitie danej stratégie vyzerať v interakcii s dieťaťom, dali sme im možnosť si to vyskúšať a poskytli sme im spätnú väzbu. Na každom sedení sme s nimi preberali situácie, ktoré riešili v domácom prostredí, riešili sme použitie práve preberanej komunikačnej stratégie. Tú sme považovali za naučenú, ak nám rodič povedal, že sa pri jej použití cíti sebaisto, a pozorovali sme jej použitie v hre s dieťaťom na sedeniach. Žiadali sme ich aj o videonahrávky z domáceho prostredia, aby sme vedeli lepšie zhodnotiť ich použitie, no nezaslali nám ich. Takto sme postupne rodičov naučili všetky komunikačné stratégie. Stretnutia prebiehali 2krát mesačne po 45 minút. Menej priamu terapiu sme ukončili v auguste 2022, kedy malo dieťa 3,6 roky. Menej priama terapia teda trvala 4 mesiace. Po rozhovore a dohode s rodičmi aktuálne pokračujeme viac priamou terapiou, z toho dôvodu nebola realizovaná monitorovacia fáza. Rodičia chceli pokračovať v terapii, pretože sa dieťaťu síce plynulosť zlepšila, ale chceli, aby sa naučilo s neplynulosťami pracovať aj dieťa. Viac priamou terapiou sme začali dva týždne po ukončení prvej fázy terapie. Pre lepší prehľad zhrnieme fázy terapie. Vstupné vyšetrenie bolo realizované vo februári 2022, kvôli chorobám dieťaťa sme s terapiou začali v apríli. Terapia trvala 4 mesiace, do augusta 2022. Fázu menej priamej terapie sme ukončili výstupným vyšetrením v októbri, teda 2 mesiace po skončení menej priamej terapie, aby sme dodržali rovnaký časový odstup ako medzi prvou diagnostikou a zahájením terapie. Dáta týkajúce sa dysfluencií sme porovnali zo vstupného a výstupného vyšetrenia, ktoré uvádzame v Grafe 1.



Graf 1: ***Počet dysfluencií pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 1***

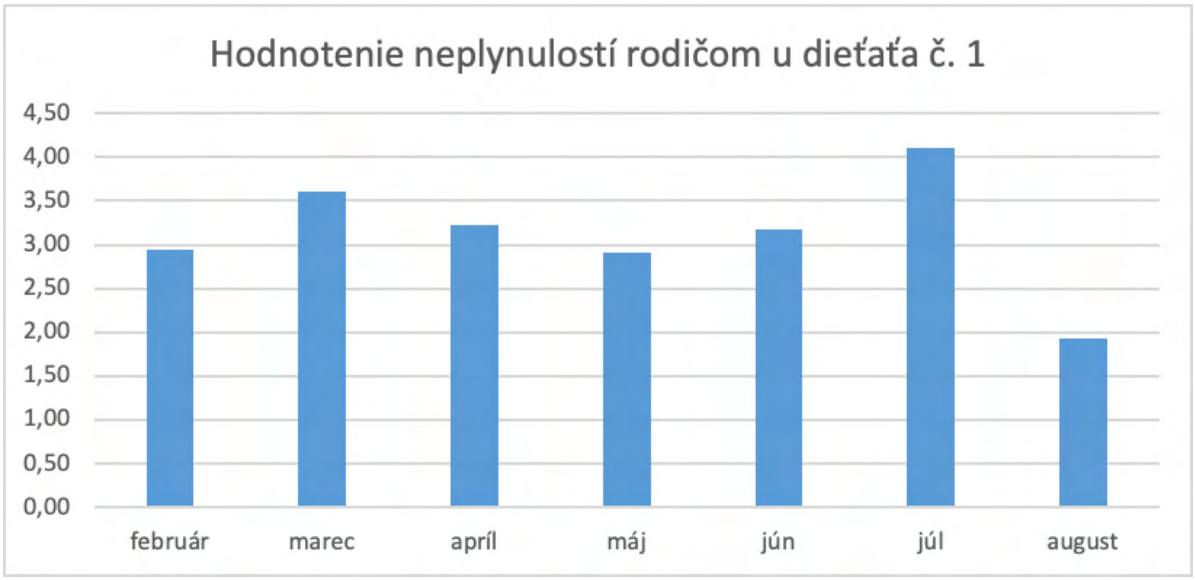
Vo všetkých sledovaných oblastiach nastala zmena. Dysfluencie úplne vymizli počas opakovania pseudoslov, produkcie automatizmov, pri šepkanej reči. Výrazne sa znížil počet dysfluencií pri opakovaní viet a najmenej sa znížil pri dokončovaní viet. Dysfluencie pretrvávajú vo vzorkách náročných na formovanie vlastnej obsahovej výpovede, ako je dokončovanie viet a spontánna reč. Pre lepší prehľad uvádzame v Grafe 2 porovnanie percentuálneho zastúpenia jednotlivých typov neplynulostí typických pre zajakavosť pred terapiou a po terapii.

proLékaře.cz | 22.11.2026



Graf 2: ***Percentálne zastúpenie neplynulostí v spontánnej reči pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 1***

U dieťaťa sa vyskytovali z neplynulostí typických pre zajakavosť repetície časti slov (R1) a prolongácie (P). Do grafu sme zaradili aj repetície jednoslabičných slov (RSj), pretože Yaruss a Reardon-Reeves (2017) uvádzajú, že sa často vyskytujú u detí so zajakavosťou. V grafe môžeme vidieť, že sa počet R1 aj P znížil. Počet RSj sa mierne zvýšil. Taktiež sa znížila aj priemerná dĺžka opakovaní R1 (z 3,5 na 1,5) a RSj (z 2,33 na 1,33). Skrátila sa aj priemerná dĺžka trvania P (z 1,51 na 0,64 sekúnd). Ďalej uvádzame v Grafe 3 hodnotenie neplynulostí rodičom za jednotlivé mesiace.



Graf 3: ***Hodnotenie neplynulostí rodičom u dieťaťa č. 1***

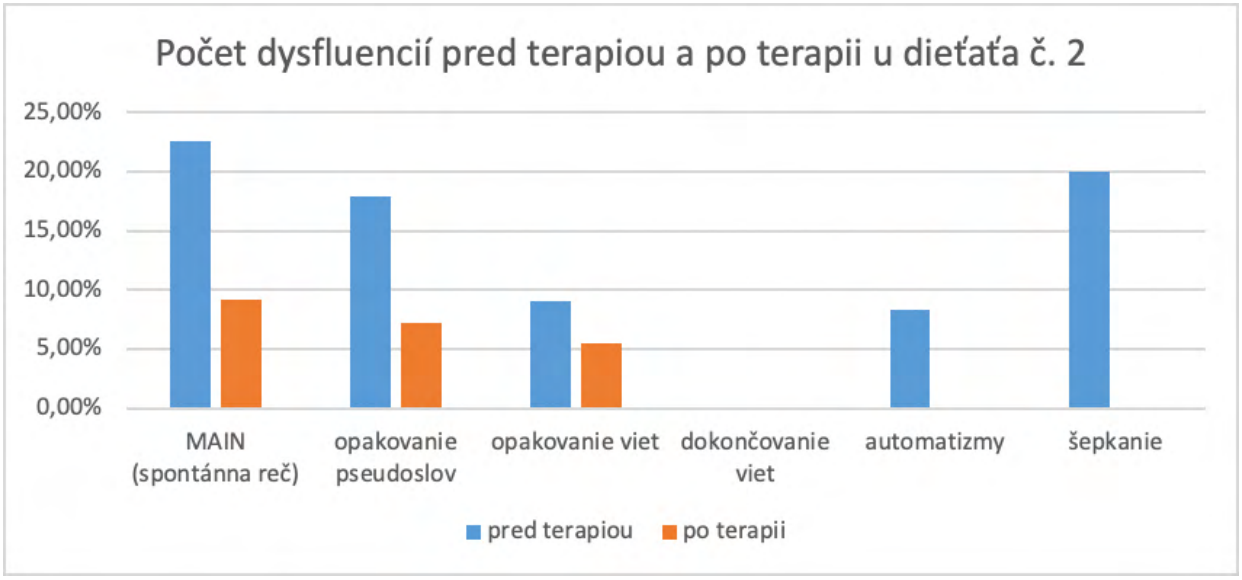
Hodnotenie neplynulostí dieťaťa rodičom sa znížilo z 2,95 na začiatku terapie na 1,92 pri ukončení terapie v auguste. Taktiež to považujeme za pozitívny efekt terapie. Keďže sa terapie zúčastňovala primárne mama, hodnotenie obáv aj neplynulostí dieťaťa realizovala ona. Na základe hodnotenia mamou sa u dieťaťa striedajú „lepšie" a „horšie" obdobia. Miera jej obáv klesla z hodnotenia 5 na 1, čo znamená, že terapia mala pre ňu pozitívny efekt.

Dieťa č. 2

Do výskumu bolo dieťa zaradené vo veku 4,8 rokov, na prelome mesiacov február/marec 2022, kedy sme realizovali vstupné vyšetrenia. Neplynulosti sa objavili vo veku 2 rokov, odvtedy prejavy mierne ustúpili, dieťa predtým neabsolvovalo žiadnu terapiu zajakavosti. Matka uviedla, že sa objavuje opakovanie časti slov, prolongácie a bloky, dieťa si ťažkosti uvedomuje. Aj u tohto dieťaťa sme vylúčili prítomnosť inej narušenej komunikačnej schopnosti a zhodnotili sme príznaky zajakavosti. Neevidovali sme žiadne príznaky nadmernej námahy ani psychickej tenzie. S terapiou sme začali v marci. Rodičom sme poskytli základné informácie o zajakavosti a komunikačných stresoroch rovnako ako v predchádzajúcom prípade. Yaruss a Reardon-Reeves (2017) odporúčajú začať menej priamou terapiou a na viac priamu prejsť, ak nenastane zmena po 3 mesiacoch menej priamej terapie, ak sa rodič nedokáže zúčastňovať menej priamej terapie, ak je dieťa frustrované zo svojej zajakavosti alebo ak je vysoké riziko pretrvávania zajakavosti. Keďže sme na začiatku terapie neevidovali znaky psychickej tenzie ani nadmernej námahy, rozhodli sme sa začať menej priamou terapiou. Na terapie chodila s dieťaťom mama kvôli pracovnej vyťaženosti otca. Rovnako ako v predchádzajúcom prípade sme mamu informovali, že

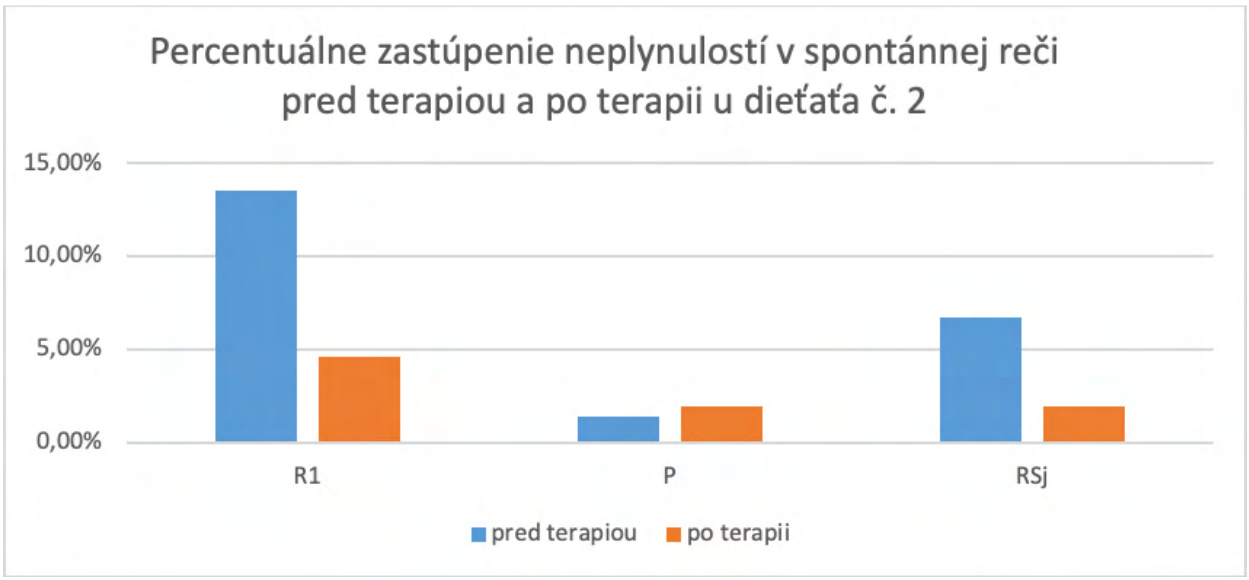
proLékaře.cz | 22.11.2026

učením sa komunikačných stratégií bude mať k dispozícii nástroj na to, aby vedela zvládať neplynulosti svojho dieťaťa a adekvátne mu pomôcť. Komunikačné stratégie sme volili spoločne na základe našich rozhovorov a pozorovania interakcie mama–dieťa. Aj v tomto prípade sme mamu žiadali vždy o videá o nácviku komunikačných stratégií z domáceho prostredia, ale nezaslala ich. Preto sme sa o ukončení nácviku danej stratégii rozprávali s mamou, či má pocit, že ju ovláda, a sledovali sme jej použitie v hre s dieťaťom počas terapie. Prešli sme spolu všetky komunikačné stratégie, tak ako u predchádzajúceho dieťaťa, frekvencia stretnutí bola nastavená rovnako ako u prvého dieťaťa, 2krát mesačne po 45 minút. Terapiu sme ukončili v júli 2022, kedy malo dieťa 5,1 rokov. Terapia teda trvala 5 mesiacov. Aj u tohto dieťaťa sme na základe rozhovoru s mamou prešli na viac priamu terapiu. Začali sme až v októbri kvôli časovej vyťaženosti rodičov. Z toho dôvodu sme nerealizovali monitorovaciu fázu. Opäť sme porovnali dáta sledujúce dysfluencie pred terapiou a po terapii. Porovnanie je uvedené v grafe č. 4.



Graf 4: ***Počet dysfluencií pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 2***

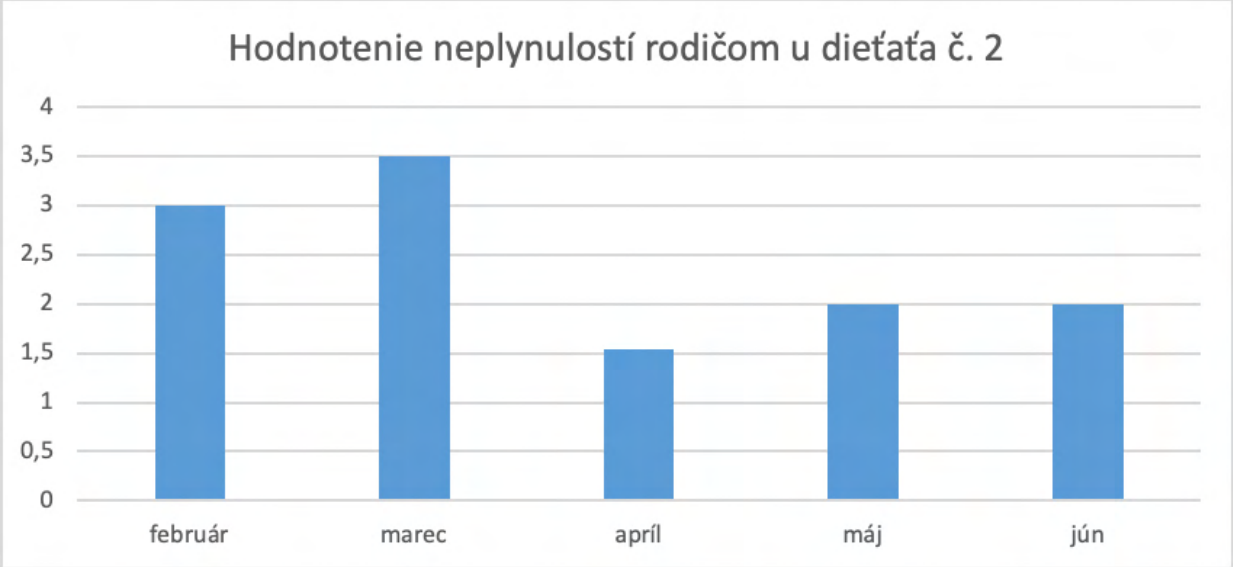
Aj u tohto dieťaťa sa výskyt dysfluencií znížil vo všetkých sledovaných oblastiach. Rovnako ako u mladšieho dieťaťa sa dysfluencie úplne vytratili pri produkcii automatizmov a pri šepkanej reči. Najvyšší výskyt dysfluencií bol pri spontánnej produkcii (MAIN), pri opakovaní pseudoslov a pri opakovaní viet. Pomer dysfluencií vo vzťahu k rečovej vzorke pred terapiou a po terapii sa nezmenil. Aj pred terapiou aj po terapii bolo najviac dysfluencií pri spontánnej produkcii (MAIN), potom pri opakovaní pseudoslov a potom pri opakovaní viet. Toto dieťa neprodukovalo dysfluencie pri dokončovaní viet. Na hodnotenie spontánnej reči sme využili len nahrávku z vyšetrenia, pretože rodičia ani po opakovaných žiadostiach neposkytli video z domáceho prostredia. Pre lepší prehľad uvádzame v grafe č. 5 porovnanie percentuálneho zastúpenia jednotlivých typov neplynulostí typických pre zajakavosť pred terapiou a po terapii aj u dieťaťa č. 2.



Graf 5: ***Percentuálne zastúpenie neplynulostí v spontánnej reči pred terapiou a po terapii u dieťaťa č. 2***

proLékaře.cz | 22.11.2026

Pri hlbšom rozbore neplynulostí sme zistili, že došlo k poklesu počtu R1 a RSj, P sa mierne zvýšili, avšak ich priemerná dĺžka sa znížila z 1 sekundy na 0,67 sekúnd. Taktiež sa znížil aj priemerný počet opakovaní R1 (z 2,2 na 1,14). Priemerný počet opakovaní RSj ostal nezmenený – 1. V grafe č. 6. uvádzame hodnotenie neplynulostí mamou za jednotlivé mesiace.



Graf 6: ***Hodnotenie neplynulostí rodičom u dieťaťa č. 2***

Podľa mamy sa neplynulosti zlepšili z hodnotenia 3 na začiatku terapie na 2 na konci terapie. Podľa rozhovorov s mamou sa jej neplynulosti hodnotili ťažko, bolo to pre ňu veľmi subjektívne. Zlepšenie o jeden bod môžeme považovať za pozitívny efekt terapie. Miera obáv mamy klesla z 4 na začiatku terapie na 2 na konci terapie, čo považujeme taktiež za pozitívny efekt terapie.

Diskusia

U oboch detí trvala nepriama terapia 5 mesiacov a priniesla zníženie výskytu dysfluencií a v niektorých rečových vzorkách až ich vymiznutie. U oboch detí vymizli dysfluencie pri šepkaní a produkcii automatizmov. Toto zistenie by sme mohli pripísať skutočnosti, ako píše Lechta (2005, 2010), že šepkaná reč je ľahšie produkovaná ako hlasná reč a automatizmy sa produkujú ľahšie ako spontánna produkcia. U oboch detí sme evidovali aj zmenu v počtoch jednotlivých typov neplynulostí. U dieťaťa č. 1 sa však zvýšili repetície jednoslabičných slov, čo podľa nášho názoru môže byť ovplyvnené práve znížením počtu R1 a prolongácií. Považujeme to za pozitívnu zmenu, pretože vymizli neplynulosti, ktoré narúšajú štruktúru slova. Rovnako u dieťaťa č. 2 sa prolongácie mierne zvýšili, avšak celkovo nastal pokles všetkých typov neplynulostí. Taktiež sa počas terapie znížila aj miera obáv rodičov u oboch detí. Hodnotenie neplynulostí rodičmi u oboch detí kleslo o 1 bod. Zlepšilo sa aj hodnotenie neplynulostí rodičmi u oboch detí, u dieťaťa č. 1 z hodnoty 2,95 na 1,92. V mesiaci júli bolo hodnotenie najhoršie – 4,10. V tom čase sa zhoršil zdravotný stav dieťaťa. Predpokladáme, že mohol mať vplyv aj na jeho plynulosť. Aj u dieťaťa č. 2 sa hodnotenie neplynulostí podľa mamy zlepšilo z hodnoty 3 na hodnotu 2. Na základe uvedených výsledkov – pokles neplynulostí, lepšie hodnotenie neplynulosti matkami a zníženie ich obáv – považujeme terapiu za úspešnú.

U oboch detí pretrvali dysfluencie v spontánnej reči, čo pravdepodobne súvisí s potrebou plánovania obsahovej, gramatickej a fonologickej formy prehovoru. Zaujímavé je, že u prvého, mladšieho dieťaťa dysfluencie vymizli pri opakovaní pseudoslov a len veľmi málo sa vyskytovali pri opakovaní viet, naopak u staršieho dieťaťa sa dysfluencie stále vyskytovali aj pri opakovaní pseudoslov a viet. Rozdiel by mohol byť spôsobený vekom detí. Staršie dieťa malo dysfluencie pred terapiou 2 roky aj 8 mesiacov, mladšie iba 3 mesiace. Môžeme predpokladať, že u staršieho dieťaťa boli dysfluencie v reči viac fixované. Mohli by sme sa však aj zamyslieť, či za lepšími výsledkami mladšieho dieťaťa nie sú lepšie schopnosti verbálno-akustickej pamäti, a tým aj menší výskyt dysfluencií. Opakovanie viet a pseudoslov nevytvára tlak na spontánne formovanie prehovoru. Medzi inými vytvára tlak aj na verbálno-akustickú pamäť (Gardner et al., 2006; Vicenová, 2011). V tom prípade by sa na dysfluenciách u staršieho dieťaťa mohla podieľať aj oslabená akusticko-verbálna pamäť, ktorú u tohto dieťaťa skríningové testy nezachytili, alebo oslabená výbavnosť pojmov, ktorú aplikované testy nezachytia.

Autori Yaruss, Coleman a Hammer (2006) uviedli príspevok, v ktorom opisujú a hodnotia efektivitu terapie, ktorú neskôr publikovali Yaruss a Reardon-Reeves (2017). V tomto výskume (výskumná vzorka 17 detí) nastalo dostatočné zlepšenie plynulosti už po menej priamej terapii u 64,7 % detí vo výskumnej vzorke. Ostatných 35 % výskumnej vzorky pokračovalo viac priamou terapiou. Autori tiež vychádzajú zo štúdií (De Sonneville-Koedoot et al., 2015; Millard et al., 2009; O'Brian et al., 2013) a tvrdia, že žiadna terapia nie je viac efektívna ako druhá, všetky dokážu vyvolať zmenu a pozitívne ovplyvniť dieťa a rodinu (Yaruss a Reardon-Reeves, 2019). Millard et al. (2006, 2009) realizovali výskumy na overenie efektivity nepriamej terapie zajakavosti Parent-Child Interaction Approach. V prvom výskume bolo do výskumnej vzorky zaradených šesť detí vo veku 3,3–4,1 rokov. Analyzovali spontánnu rečovú vzorku z hry v domácom prostredí pred začiatkom terapie, počas terapie a 12 mesiacov po terapii. Millard et al. (2006) uvádzajú, že u štyroch zo šiestich detí sa signifikantne znížili neplynulosti po terapii. Millard et al. (2009) realizovali výskum s podobným dizajnom. Výskumnú vzorku tvorilo 10 detí rozdelených do dvoch skupín – klinická (n = 6) a kontrolná skupina (n = 4). Autori uvádzajú, že sa neplynulosti redukovali u všetkých detí z klinickej skupiny

proLékaře.cz | 22.11.2026

a u jedného dieťaťa z kontrolnej. Závery oboch výskumov poukazujú na fakt, že nepriama terapia zajakavosti je efektívna, čo sa zhoduje s predbežnými výsledkami nášho výskumu. Zaoberajú sa aj obavami rodičov. Rodičia na konci výskumu uvádzajú zníženie svojich obáv a lepšie zručnosti v zvládaní a manažovaní zajakavosti svojich detí.

Spolupráca s rodičmi tvorí dôležitú súčasť tejto terapie. Terapie sa v oboch prípadoch zúčastňovali mamy. Na všetkých sedeniach prebiehali rozhovory o situáciách, ktoré nastali v domácom prostredí medzi jednotlivými stretnutiami. Spoločne sme sa snažili hľadať riešenia. Myslíme si však, že ich motivácia počas menej priamej terapie bola nízka. Najmä mama druhého dieťaťa mala ťažkosti s nácvikom stratégií kvôli nedostatku času, hodnotenie neplynulostí bolo pre ňu náročné, rovnako aj určovanie komunikačných stresorov. Zamýšľame sa, či motivácia a spolupráca rodičov môže mať vplyv na aplikáciu aj viac priamej terapie. Tou sme s oboma deťmi pokračovali, keďže síce zmena nastala, ale rodičom sa nezdala byť dostatočná. Nakoľko sme u oboch detí pokračovali viac priamou terapiou, monitorovacia fáza nebola realizovaná. V rámci ďalšieho výskumu by sme mohli sledovať aj mieru spokojnosti rodičov s terapiou - ktoré časti terapie považovali za prospešné a ktoré nie.

Okrem sledovania prejavov zajakavosti bolo naším cieľom aj sledovať mieru obáv rodičov pred terapiou a po terapii. Svoje obavy hodnotili len mamy u oboch detí. U prvého dieťaťa sa znížili z hodnoty 5 na 1, u druhého dieťaťa z hodnoty 4 na 2. Tieto výsledky považujeme za pozitívne. Sledovanie faktorov terapie, ktoré znižujú mieru obáv rodičov, by mohlo byť cieľom ďalšieho výskumu.

Pokračovaním nášho výskumu by teda mohlo byť hodnotenie zručností rodičov týkajúcich sa zajakavosti a jej zvládania v domácom prostredí, sledovanie faktorov, ktoré znižujú obavy rodičov, a analýzu častí terapie, ktoré rodičia považujú za prospešné na základe dotazníkov. Zaujímavé by bolo deti v našej výskumnej vzorke otestovať aj 12 mesiacov po terapii, aby sme mohli sledovať, či sa efekt terapie udržal.

Záver

V našom príspevku sme sa venovali adaptácii terapie zajakavosti pre deti v predškolskom a mladšom školskom veku podľa Yarussa a Reardon-Reeves (2017). Výhodou tejto terapie je prispôsobenie metód individuálnym potrebám dieťaťa a je možné ju realizovať aj v čase, kedy si dieťa svoje neplynulosti neuvedomuje. Taktiež sa dáva dôraz aj na prácu s rodičmi, ktorí sú kľúčovými osobami v živote dieťaťa aj v terapii. Ďalšou výhodou je, že na rozdiel od poradenstva sa rodičovi daná stratégia vysvetlí, ukáže, rodič má možnosť si ju vyskúšať a dostane spätnú väzbu o jej použití od logopéda. Po naučení sa stratégii má rodič v rukách „nástroj" na zvládanie zajakavosti svojho dieťaťa a môže si byť samým sebou v tejto oblasti istejší. Menej priamu terapiu sme vyskúšali u dvoch detí vo veku 3,3 a 4,8 roka. Podľa výsledkov prvého a druhého vyšetrenia sa neplynulosti u oboch detí znížili. Rovnako sa znížila aj miera obáv rodičov a ich hodnotenie neplynulostí svojich detí v domácom prostredí. U oboch detí si dovoľujeme zhodnotiť, že terapia bola efektívna. Je však potrebná podrobnejšia analýza aktuálnych dát, sledovanie dlhodobého efektu terapie a overenie jej efektivity aj u ďalších detí.

Literatúra

BLOODSTEIN, O., BERNSTEIN RATNER, N., BRUNDAGE, S. B., 2021. *A handbook on stuttering.* 7. vyd. San Diego, USA: Plural Publishing, Inc. ISBN 978-1-63550-317-3.

BUNTOVÁ, D., 2013. Hodnotenie zrozumiteľnosti reči u detí. In: *Logopaedica XVI,* s. 49-54.

DE SONNEVILLE-KOEDOOT, C., STOLK, E., RIETVELD, T., FRANKEN, M. C., 2015. Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE*. [online]. **10**(7), s. 1-17. DOI: 10.1371/journal.pone.0133758.

GARDNER, H., FROUD, K., McCLELLAND, A., VAN DER LELY, H. K. J., 2006. Development of the Grammar and Phonology Screening (GAPS) test to assess key markers of specific language and literacy difficulties in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders*. [online]. **41**(5), s. 513-540. DOI: 10.1080/13682820500442644.

GUITAR, B., 2019. *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment.* 5. vyd. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer. ISBN 978-1496346124.

HERDER, C., HOWARD, C., NYE, C., VANRYCKEGHEM, M., 2006. Effectiveness of Behavioral Stuttering Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. [online]. **33**(1), s. 61-73. DOI: 10.1044/cicsd_33_S_61.

HOWELL, P., 2007. Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*. [online]. **27**(3), s. 287-306. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.005.

JONES, M., ONSLOW, M., PACKMAN, A., WILLIAMS, S., ORMOND, T., SCHWARZ, I., GEBSKI, V., 2005. Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal.* [online]. **331**(7518), s. 659-661. DOI: 10.1136/bmj.38520.451840.E0.

KAPALKOVÁ, S., NEMCOVÁ, M., 2020. MAIN: Slovak version and pilot data. In: *ZAS Papers in Linguistics. Bd. 64.* [online]. s. 199-205. DOI: 10.21248/zaspil.64.2020.574.

LECHTA, V. et al., 2005. *Zajakavosť – integratívny prístup. Diagnostika.* Bratislava: LIEČREH GÚTH. ISBN 80-88932-17-3.

LECHTA, V., 2010. *Koktavost: Integrativní přístup*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, V., 2016. Zajakavosť. In KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Logopédia.* Bratislava: Univerzita Komenského, s. 121-142. ISBN 978-80-223-4165-3.

proLékaře.cz | 22.11.2026

McLEOD, S., HARRISON, L. J., McCORMACK, J., 2012. The Intelligibility in Context Scale: Validity and Reliability of a Subjective Rating Measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. **55**(2), s. 648-656. DOI: 10.1044/1092-4388(2011/10-0130).

ONSLOW, M., O'BRIAN, S., 2013. Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*. [online]. **49**(2), s. E112-E115. DOI: 10.1111/jpc.12034.

POLIŠENSKÁ, K., KAPALKOVÁ, S., 2014. Improving Child Compliance on a Computer-Administered Nonword Repetition Task. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* [online]. **57**(3), s. 1060-1068. DOI: 10.1044/1092-4388(2013/13-0014).

REILLY, S. et al., 2013. Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics.* [online]. **132**(3), s. 460-467. DOI: 10.1542/peds.2012-3067.

STARKWEATHER, C. W., GOTTWALD, S. R., HALFOND, M. M., 1990. *Stuttering prevention a clinical method*. New Jersey, USA: Prentice – Hall. ISBN 978-0138589943.

VICENOVÁ, Z., 2011. *Možnosti aplikácie skríningového nástroja GAPS u slovenských detí*. Diplomová práca. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra logopédie. Vedúci práce Mgr. Svetlana Kapalková, PhD.

WARD, D., 2018. *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment.* 2. vyd. Milton: Routledge. ISBN 9780203892800.

YAIRI, E., AMBROSE, N. G., 1999. Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* [online]. **42**(5), s. 1097-1112. DOI: 10.1044/jslhr.4205.1097.

YAIRI, E., SEERY, C. H., 2021. *Stuttering: Foundations and Clinical Applications.* 3. vyd. San Diego, USA: Plural Publishing. ISBN 9781635503562.

YARUSS, J. S., COLEMAN, C., HAMMER, D., 2006. Treating preschool children who stutter: description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech and Hearing Services in Schools.* [online]. **37**(2), s. 118-136. DOI: 10.1044/0161-1461(2006/014).

YARUSS, J. S., REARDON-REEVES, N., 2017. *Early Childhood Stuttering Therapy: A Practical Guide*. McKinney, USA: Stuttering Therapy Resources. ISBN 978-0983753872.

YARUSS, J. S., REARDON-REEVES, N., 2019. Rozhovor. In KUMMER, A. *20Q: Early Childhood Stuttering: Less-Direct and More-Direct Treatment.* Dostupné z: https://www.speechpathology.com/articles/20q-early-childhood-stuttering-less-20233.