



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie**

Bakalářská práce

Dítě s breptavostí v mateřské škole a úroveň jeho motoriky

**Vypracovala: Věra Kaprálková
Vedoucí práce: PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.**

České Budějovice 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce, i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 23. 6. 2015

.....

Věra Kaprálková

Poděkování

Chci velmi poděkovat vedoucí své bakalářské práce paní PaedDr. Evě Suchánkové, Ph.D. za vstřícnost a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Děkuji především celé mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

Abstrakt:

Bakalářská práce je věnována tématu úroveň motoriky u předškolního dítěte s breptavostí, nebo se zrychleným, či překotným tempem řeči. Práce seznamuje s pojmem breptavost, uvádí její definice, příčiny vzniku, projevy a možnosti terapie. Poukazuje na podobnost breptavosti a syndromu ADHD. Seznamuje s motorikou a jejím dalším dělením na motoriku hrubou, jemnou, grafomotoriku, oromotoriku a mikromotoriku. Práce zjišťuje úroveň motoriky u dětí s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči a ve vybraných oblastech, šetření porovnává s výzkumem E. Vymlátílové z roku 1973 „Psychologické nálezy u breptavých dětí“.

Klíčová slova: Předškolní dítě, breptavost, LMD, ADHD, motorika, diagnostika dítěte.

Abstract:

Bachelor thesis is devoted to the motor function level of a preschool age child with a cluttering, or with accelerated or precipitous tempo of speech. In the thesis is introduced the concept of cluttering, showed its definition, causes, symptoms and treatment options. The thesis points out the similarities of cluttering with ADHD syndrome. Bachelor thesis also acquaints with a motor function which is divided into gross motor skills, fine motor skills, graphic development, oromotor and micromotor skills. The thesis determines child level of motor function with cluttering diagnosis or with accelerated or precipitous tempo speech diagnosis and in chosen parts the survey compares with a research of E. Vymřátilová named "Psychological findings at children with cluttering" written in a year 1973.

Keywords: preschool age child, cluttering, LMD, ADHD, motor function, child diagnosis

Obsah

ÚVOD	8
1 BREPTAVOST definice.....	9
1.1 Výskyt	10
1.2 Příčiny	12
1.3 Projevy.....	13
1.4 Terapie.....	17
2 LMD (ADHD)	19
2.1 Výskyt.....	20
2.2 Příčiny.....	21
2.3 Projevy	22
2.4 Terapie	26
3 MOTORICKÝ VÝVOJ PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE	28
3.1 Motorika.....	30
3.1.1 Hrubá motorika	31
3.1.2 Jemná motorika	32
3.1.3 Grafomotorika	32
3.1.4 Orální motorika	34
3.1.4 Mikromotorika	35
4 PRAKTICKÁ ČÁST	36
4.1 Cíle šetření	36
4.2 Hypotézy	36
4.3 Metody a metodika šetření	37
4.4 Charakteristika místa šetření a zkoumaného vzorku dětí.....	37

4.2.1	Kazuistiky výzkumného vzorku – SKUPINA A.....	38
4.2.1.1	Kazuistika – Dítě č. A1.....	38
4.2.1.2	Kazuistika – Dítě č. A2.....	39
4.2.1.3	Kazuistika – Dítě č. A3.....	39
4.2.1.4	Kazuistika – Dítě č. A4.....	40
4.2.1.5	Kazuistika – Dítě č. A5.....	41
4.2.2	Kazuistiky výzkumného vzorku – SKUPINA B	42
4.2.2.1	Kazuistika – Dítě č. B1.....	42
4.2.2.2	Kazuistika – Dítě č. B2.....	43
4.2.2.3	Kazuistika – Dítě č. B3.....	43
4.2.2.4	Kazuistika – Dítě č. B4.....	44
4.2.2.5	Kazuistika – Dítě č. B5.....	44
4.3	Vlastní šetření.....	45
4.3.1	Vyšetření hrubé motoriky.....	46
4.3.2	Vyšetření jemné motoriky.....	47
4.3.3	Vyšetření grafomotoriky.....	48
4.3.4	Vyšetření motoriky mluvidel.....	50
4.3.5	Vyšetření zrakového vnímání.....	51
4.4	Závěr vlastního šetření	53
4.5	Diskuze	56
	ZÁVĚR	58
	SHRNUTÍ	59
	Seznam použité literatury	60
	Seznam tabulek a příloh	62

ÚVOD

„Dítě má jen jedno dětství a má právo prožívat je bez potlačování svých přirozených potřeb a zájmů.“

John Dewey

Řeč je pokládána za něco samozřejmého. A přesto, je to to nejdůležitější, co nám pomáhá ve vzájemné komunikaci. Dnešní rychlá doba klade velký důraz na sdělení a informace. Vyjádření musí být jasné, stručné a výstižné. Měl by nás zajímat hlavně obsah sdělení, ale první co nás upoutá, je většinou forma ústního podání, tedy jakým způsobem se ostatní vyjadřují. Někteří lidé mají obtíže při komunikaci a svou vadu řeči si ani neuvědomují. Mezi takovouto poruchu patří právě breptavost a můžeme se s ní setkat už u dětí v MŠ. Její včasné odhalení je důležité právě proto, že v předškolním věku se stále ještě vyvíjí celá osobnost dítěte, jeho centrální nervový systém a motorika. Zajímalo mě, jak se úroveň mluvy promítá do motoriky celého těla. Jak ji ovlivňuje, případně omezuje.

Hlavním cílem práce, je tedy zjistit úroveň motoriky u předškolních dětí v MŠ s překotnou, či zrychlenou mluvou, u kterých je předpoklad, že by mohly mít v budoucnu diagnostikovanu breptavost.

Práce se zabývá tím, jaké jsou příčiny vzniku breptavosti, její projevy a možnosti terapie. Poukazuje na to, jak na tuto problematiku nahlížíjí různí autoři a seznamuje s tím, jak se breptavost promítá v motorice celého těla. Upozorňuje na výzkum, který prováděla E. Vymlátílová, kde odhalila možnou spojitost mezi breptavostí a LMD, nyní nověji používaný název je ADHD. Práce se věnuje teoretickému shrnutí této poruchy. Dále se dotýká motoriky dítěte a člení ji na hrubou, jemnou, grafomotoriku, oromotoriku a mikromotoriku.

Při vlastním šetření je použito pozorování, rozhovory s dětmi i pedagogickými pracovníci, testové metody i portfolia dětí. Vše je doplněno tabulkami, kvůli lepší přehlednosti šetření. To vyvrátí, nebo potvrdí hypotézy nastíněné v teoretické části.

1 Breptavost definice

Breptavost, latinským názvem tumultus sermonis. V minulosti byla breptavost považována za neurózu řeči. Dnešní pohled, ale ukázal jiné skutečnosti. Breptavost je považována za vadu řeči, která se projevuje i v celkovém chování člověka.

Je řazena mezi vady, u kterých je narušena plynulost řeči. *„Breptavost je typická nápadným zrychlováním mluvy, která se často stupňuje až k nesrozumitelnosti, protože člověk v rychlosti polyká slabiky a často i celá slova, takže věty ztrácejí smysl“* (Kutálková, 2009, s. 122). Dále uvádí, že breptavé děti mají horší výkony ve vnímání, pravolevé orientaci, v senzomotorické orientaci a v motorice.

Podle V. Lechty (2003, s. 282) *„Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi“*. Velký vliv přisuzuje i dědičnosti.

M. Sovák (1984, s. 199) uvádí, že *„Je to porucha, která se projevuje už v začátcích vývoje řeči u dětí, nikterak však neomezuje duševní ani tělesný vývoj, ani obsahovou stránku“*.

Jiný pohled nabízí J. Klenková, když uvádí: *„Jedná se o nespecifickou různorodou poruchu, která se projevuje od raného dětství a přetrvává do období dospívání a dokonce i déle.“*

Zajímavý pohled na breptavost je uveden v práci, kterou publikovala E. Vymlátilová (1973, s. 90) *„Příznaky breptavosti se neprojevují pouze v řeči (zrychlené tempo řeči doprovázené přeříkáváním, polykáním slabik a komolením hlásek), ale poznamenávají celou osobnost postižených jedinců“*. Dále také poznamenává důležitou skutečnost, že příznaky, které breptavost provází, jsou typické také pro lehkou mozkovou dysfunkci (ADHD).

Další pohled na breptavost nabízí Defektologický slovník (Edesbelger a kol., 2000, s. 49), kde můžeme najít, že je to *„nápadně, až patologicky zrychlené tempo řeči. Chvatem trpí i*

vyslovování, takže slova jsou komolena vynecháváním, popř. redukcí hláskových skupin, zvl. koncovek“.

Shrnutí nabízí M. Lejska (2003, s. 107) „*Základním příznakem breptavosti je zrychlené tempo řeči. Zrychlení dosahuje takové míry, že mluvní aparát nestačí motoricky řeč realizovat. Dochází tak k redukcí počtu hlásek ve slovech, vypouštění koncovek slov, splývání několika hlásek, a tak se projev mění v nesrozumitelné zvuky, tzv. bláboly (tachyfemie)“.*

Všichni shodně pokládají breptavost za poruchu řeči. Někteří autoři uvádějí, že nejde o překotné vybavování myšlenek, ale naopak je obsah rozředován opakováním vět a slov v různých obměnách.

1.1 Výskyt

Breptavost, byla v dřívějších dobách řazena spolu s koktavostí k neurózám řeči. Soudilo se, že tyto děti, mají pouze nechuť mluvit, nebo mají snížený intelekt. Dnešní pohled ukazuje, že jde o poruchu plynulosti řeči. Rovněž jsou narušeny myšlenkové procesy a postihuje celou osobnost. Žádný z autorů, ale neuvádí výskyt v populaci, tak jako třeba u koktavosti. Pouze podle výzkumu, který prováděla E. Vymlátílová a jejího zkoumaného vzorku, jsem odvodila, že se breptavost vyskytuje více u chlapců než u dívek a to v poměru 5:1. Zajímavostí je, že podobné je to tak u ADHD.

Výzkumem, kterým se zabývala E. Vymlátílová (1973) zjišťujeme, že spolu lze srovnávat breptavost a LMD (nyní ADHD). V obou případech je podstatný nález na EEG a i příznaky jsou společné. Také dále zjistila, že u breptavých se vyskytují sekundární neurotické reakce, které se projevují zvláště ve školním věku a to proto, že jsou na dítě kladeny velké nároky. Důraz je kladen na plynulost mluvy, plynulé čtení a i grafický projev. To vše je pro ně značný problém. Děti s breptavostí jsou v důsledku toho nejisté, citově přecitlivělé a

v chování se projevují impulsivně, nebo až agresivně. Rozhodně, ale děti s touto diagnózou nemají snížený intelekt. Další oblastí, kde se breptavost projevuje, je motorika. Ať už jde o motoriku hrubou, jemnou, grafomotoriku či oromotoriku.

„Český název této poruchy – breptavost – poměrně přesně vystihuje její podstatu. Rodiče někdy děti charakterizují jako velmi chytré: nestihnou říci všechno, co vědí.“ (D. Kutálková, 2009 s. 133)

Podle Weissové (1964, in Lechta) lze breptavost rozdělit na čtyři druhy:

1. motorickou – jejími hlavními znaky je porucha výslovnosti, zrychlené tempo řeči, poruchy chování, nervozita a netrpělivost
2. senzorickou – jsou to problémy s výběrem správných slov, nevědomost poruchy a potíže při čtení a psaní
3. formování struktury výpovědi – těžkosti, které vyplývají z překotného myšlení a stejně tak z překotné vnitřní řeči
4. pomalé tempo řeči – řeč se zpomaluje především tím, jak se prodlužují složky výpovědi (mámaa, domeček)

Stejně jako Weissová (1964, in Lechta) i Luchsinger (1963, in Lechta) považuje breptavost za syndrom. Rozdělil jí také na čtyři druhy:

1. čistá tachylálie, příliš rychlá řeč, bez narušení mezi myšlením a vyjadřováním
2. ideogenetická breptavost, nepoměr myšlenkových a verbálních procesů. Tito lidé myslí příliš rychle, ale neodpovídá tomu tempo řeči. Projevuje se u velmi rychlých a impulsivních mluvčích
3. parafrázovaná breptavost, narušený rytmus, přízvuk i tempo řeči. Projevuje se spíše ve volné řeči a osoby s tímto druhem breptavosti, jsou spíše extroverti, jsou vitální a plní optimismu.

4. konduktivně – percepční breptavost, potíže při hledání slov, opakování slabik, samohlásek, dost výrazně se projevuje monotónnost řeči. Nejsou schopni stejně jako osoby pod vlivem alkoholu či drog udržet vymezené tempo řeči.

1.2 Příčiny

Pokud jde o příčiny vzniku breptavosti, tak podle průzkumů z 30. let 20. století, se začala odborná veřejnost přiklánět k tomu, že má organický původ. Do té doby byla breptavost považována za neurózu řeči, stejně jako koktavost. Soudilo se, že tyto děti sice mají motoricky obratná mluvidla, ale mají celkovou nechuť mluvit. Z toho plyne, že nevyslovují všechna slova řádně. Dalším významným faktorem může být dědičnost. Dokonce i prostředí, ve kterém člověk vyrůstá, může ovlivnit stupeň breptavosti, pokud k ní má předpoklad. Přesnou příčinu breptavosti se ale, i přes moderní diagnostické metody, nepodařilo stále zjistit.

Organický původ breptavosti, byl prokázán i ve výzkumu, který prováděla E. Vymlátilová (1973). Důležitým ukazatelem se stala elektroencefalografická vyšetření EEG. Poukázala na to, že stejné příznaky, které mají děti s breptavostí, můžeme najít i u dětí s LMD (ADHD).

Dokonce Prof. Seeman se domníval, že co se týká dědičnosti, střídá se breptavost v jedné generaci, s koktavostí ve druhé, a tak to stále pokračuje (J. Balášová, 2003).

„Podle psychologických vyšetření podávají breptavé děti horší výkony ve vnímání, v pravolevé orientaci, v senzomotorické orientaci i v motorice, stejně jako v nonverbálních zkouškách, ve čtení a psaní. Celkově lze tedy považovat tumultus za jeden z projevů lehké mozkové dysfunkce (Kutálková, 2009, s. 133)“.

1.3 Projevy

Breptavost je centrálním narušením komunikační schopnosti, která se projevuje ve všech stránkách komunikace jedince. Postihuje, ale v podstatě celou osobnost. Zaznamenat ji tedy můžeme, už ze samotného slovního projevu, který se stále zrychluje a mluva pak působí překotně, až nesrozumitelně. Nejvíce jsou takto postiženy motorika a jazyk (Kutálková, 2009).

Rizikové faktory, které mohou vést k pozdější breptavosti, se vyskytují již u dětí předškolního věku. Právě učitelky v MŠ je mohou samy odhalit. Ať už se to týká mluvy jako takové, nebo zhoršené motoriky. Děti s těmito faktory mluví překotně, zrychleně a tempo řeči stále více zrychlují. Při vyjadřování jim ze slov „vypadávají“ písmena, slabiky a někdy jim z věty vypadnou i celá slova. Oni samy, si ale své tempo řeči často vůbec neuvědomují, pouze když je někdo upozorní. Dalo by se říci, že budou takto rychlí i co se týká reakcí, ale opak je pravdou. Tyto děti mají pomalejší reakce a nepřesné pohyby. Oblast, kde je jejich nepřesnost nejvíce poznat, je právě motorika. Ať už jde o motoriku mluvidel, nebo motoriku hrubou, jemnou, či koordinaci celého těla. Dalo by se říci, že se tyto děti projevují v této oblasti spíše podprůměrně. Dnešní výzkumy také potvrzují, že i určité procento dospělých lidí trpí těmito příznaky.

Jak uvádí V. Lechta (2003) i u dospělých osob, které nemají tuto poruchu, se setkáváme s jejími typickými příznaky. Rychlým tempem řeči mluví třeba sportovní komentátoři, s překotnou řečí se setkáváme i u vynikajících vědců, nebo u problematických přednášejících. Dokonce u dospělých lidí, kteří jsou unavení, nebo rozčilení můžeme zaznamenat opakování hlásek, slov a slabik. Nutné je, ale zdůraznit, že u těchto lidí nedochází k takovému napětí a tenzi při mluvení, jako je to u lidí s breptavostí. Nevypadávají jim ze slov různé hlásky, ale pouze jen některé opakují. Lze tedy hovořit pouze o příznacích, ale ne o breptavosti jako takové.

Významné jsou výsledky, které ve výzkumu uvádí E. Vymlátilová (1973). Děti s breptavostí, nejen že byly neobratné, ale používaly i neobvyklé postupy. Dále bylo prokázáno, že mezi nimi bylo více dětí s nevyhraněnou lateralitou oka, nebo levoookých a v neposlední řadě i více dětí s nevhodným typem laterality. Jako je zkřížená lateralita, nevyhraněná, nebo přímo leváctví. Objevily se i poruchy, co se týká pravo-levé orientace. Dále byly u dětí zjištěny problémy při reprodukci rytmu. Špatně rozeznávaly krátké a dlouhé tóny a těžkosti jim dělalo i rozlišování tvrdých a měkkých slabik. Při čtení a psaní se dopouštěly mnoha chyb a oboje jim šlo mnohem pomaleji. Psaly neúhledně, písmo bylo roztřesené, buď bylo moc malé, nebo naopak velké. Často příliš tlačily na psací potřeby a jak v písmu, tak v kresbě měly problémy s vedením čar a jejich kresba byla obsahově chudá. Prokázalo se, že pokud má breptavé dítě udělat současně více úkonů, nebo v těsném sledu za sebou, zhoršuje se výrazně jeho výkon.

Novější výzkumy upozorňují na různé úrovně příznaků breptavosti.

Hierarchie příznaků breptavosti (V.Lechta, 2003, s. 285)

Příznaky breptavosti první úrovně (týkající se obsahu výpovědi)

dezorganizace myšlení	neuvědomování si problému
bezobsažná řeč	slabé chápání výpovědi

Příznaky breptavosti druhé úrovně (týkající se formy výpovědi)

nesprávné věty	chudá skladba
----------------	---------------

Příznaky breptavosti třetí úrovně (týkající se substance výpovědi)

rychlé tempo řeči	nepravidelné tempo řeči
opakování hlásek, slabik, slov a vět	revize
embolofrazie	prodlužování hlásek
chybná artikulace	monotónní řeč

Nejnovější pohled na projevy tumultu, je dělí do třech skupin:

1. Somatické příznaky

Zahrnuje poruchy jemné motoriky, jemné koordinace, které se nejčastěji projevují v grafomotorice. Písmo je neúhledné a kresba bývá obsahově chudá. V senzomotorické oblasti, jak uvádí E. Vymlátílová (1973), se děti s breptavostí dopouštěly značného množství chyb ve čtení a především v psaní. Breptavý při psaní vynechává nejen háčky a čárky, ale i slabiky, nebo shluky souhlásek. Kde se to nejvíce projevuje, jsou diktáty. Co se týká sluchu, mají potíže s dlouhými a krátkými tóny a s jejich střídání.

2. Psychické příznaky

Projevuje se nedostatečná koncentrace pozornosti, je zjevný psychomotorický neklid a jejich jednání je impulsivní. Jsou temperamentní, ale mohou být i nevypočitatelní. Naopak v jiných situacích, kde je třeba rychlá reakce, mohou jednat pomaleji, než je obvyklé. Některé děti, které trpí breptavostí, se chovají klidně, rozvážně a dokonce jsou i manuálně zručné. Drobné poruchy se projevují ve vnímání a také v pravo-levé orientaci. Velmi často se u dětí s tumultusem vyskytuje nevhodný typ laterality.

3. Příznaky spojené s mluvou

Postihuje obsah sdělení, srozumitelnost, jazykovou formu, gramatiku, fonaci, gestikulaci a celkové působení jedince na své okolí. Porucha artikulace je více nápadná v delším mluveném projevu. Čím delší je věta, kterou chce dítě říci, tím více písmen i slov v mluvním projevu chybí. Vynechává slabiky a některé i opakuje. Objevují se i přesmyky, v důsledku narušené koncentrace a překotné mluvy. Narušeno je taktéž dýchání. Někdy mluví dokonce i během nadechování. Toto všechno ovlivňuje i dechový rytmus. Nepřesně a nesprávně vyslovují. Může se projevit i narušená melodie řeči a její rytmus. Řeč pak působí monotónně a je přerušována nepatřičnými vdechy. Vše to může mít za následek i poruchy hlasu.

Breptavost tedy ovlivňuje centrum řeči a postihuje veškeré komunikační roviny, jako je čtení, psaní, chování i muzikálnost.

Největší možnost, jak tyto příznaky u dítěte zachytit, je právě předškolní věk. V tomto věku je velmi vhodné začít s nápravou této poruchy, aby dítě mělo lepší start do školního věku a neomezovaly ho a nebrzdily příznaky breptavosti. Vše je, ale potřeba konat za dohledu logopeda, tak aby dítěti nebylo ještě více uškozeno. Z toho důvodu, by jakékoliv zásahy ze strany učitele a okolí, měly být velice šetrné, aby se dále ještě nepřidružovaly další problémy.

Breptavost se nejvíce projevuje kolem nástupu do školy a později. Velmi často se k breptavosti přidružuje i koktavost, která vzniká z důsledku komunikačních neúspěchů, nebo nevhodných výchovných postupů (Kutálková, 2009).

Podle Jiřiny Klenkové (2006) lze breptavost rozdělit podle příznaků na tři stupně úrovně:

- první úroveň: obsah výpovědi (bezobsažná řeč, dezorganizace myšlení, neuvědomování si problému, ztrácí se dějová linie, odbočování od tématu, přidávání méně podstatných informací a absence sémantické soudržnosti).
- druhá úroveň: forma výpovědi (chudá skladba vět, nesprávné věty, nadměrně dlouhé věty, přeřeknutí, dysgramatizmy, nesprávná segmentace textu).
- třetí úroveň: substance výpovědi (rychlé tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov a vět, chybná artikulace, nepravidelné tempo řeči, monotónní řeč, nesprávně vytvářené přestávky, chybný přízvuk, arytmičné tempo řeči)

Děti s touto poruchou působí impulzivně, nepořádně, roztržitě a i povrchně. Ale podle průzkumu, který provedla E. Vymlátílová (1973) jsou tyto děti většinou úzkostné, až přecitlivělé. Velmi citlivě vnímají své neúspěchy a mají potíže v navazování kontaktu s dalšími dětmi, ale i dospělými. Také mají problémy s uznáním dospělého, jako autority. Mívají neurotické projevy, jako je okusování nehtů, či dumlání prstů. Často zažívají pocit neúspěchu.

1.4. Terapie

Terapie by měla probíhat komplexně, tedy působit na celou osobnost dítěte. To by mělo vést ke zlepšení mluvního projevu, ale i negativních projevů osobnosti, jako je zhoršená koncentrace, motorika, impulsivnost.

Při terapii je potřeba klást důraz na správné dýchání, na rytmus, tempo řeči a vyjadřování. Je třeba děti jen opatrně upozorňovat, aby zvolnily tempo mluvy. Pokud si tuto vadu řeči dotyční uvědomují, může to mít za následek i jejich stranění kolektivu, neprůbojnost, nebo i určitou rezignaci. „Proč bych se namáhal, když ostatní mi stejně nerozumí.“ Proto je snaha spíše dítě pozitivně motivovat, tak abychom dítě neodradili od mluvení jako takového. Předcházet stresovým situacím, které mohou zhoršit stav breptavosti a naučit se řešit negativní situace, které nastanou v důsledku zrychlené mluvy, nebo sociálního chování. Určitě by bylo dobré umět dítěti naslouchat a také ho podporovat v jeho zájmech. Vzhledem k tomu, že dítě si tuto poruchu často ani neuvědomuje, přetrvává až do dospělého věku.

Metody terapie tedy musí být individuální a i tak bývá prognóza dosti nejistá. Možnou prevencí je vyvážená výchova, když se ještě vyvíjí nervová soustava a důraz na správné vyslovování zejména samohlásek. (Kutálková 2009)

Podle J. Klenkové (2006, s. 172) „*u většiny současně používaných terapeutických postupů je nejpodstatnějším úkolem logopeda vytvořit či obnovit akustickou a motorickou zpětnou vazbu, aby se dotyčná osoba sama slyšela, svůj stav si uvědomila, a tak dokázala korigovat svůj řečový projev*“. Logoped tedy působí na breptavého tak, aby se naučil správně dýchat, dobře artikulovat, aby dokázal upravit tempo řeči a její rytmus a nestupňoval její rychlost.

Podmínkou úspěšné terapie je důkladně provedená diagnostika a zjištění všech projevů. Důležitá je spolupráce s rodinou i učiteli. Měli bychom si pamatovat že: (V.Lechta, s. 294) „*breptavost postihuje osoby s normálním intelektem, jejichž jazykové schopnosti jsou nižší*

než intelektuální možnost“i. Tyto děti mohou být velice inteligentní, jen jsou neobratní, co se týká mluvy a motoriky. Cílem terapie je podle V. Lechty (2005) zorganizovat slovní výpověď, jak co se týká hloubky čili obsahu, ale i vnější struktury. Pro zlepšení je třeba užít tyto techniky:

- kritické myšlení
- rétoriku
- slovní dorozumívání

M. Sovák uvádí, že je vhodné se při terapii soustředit na správnou artikulaci samohlásek a na souhlásky slabikotvorné. Tím, že klademe důraz na tóny řeči, její tempo je pomalejší a předejde se tak nevyslovováním slabik, nebo vynechání části, či celých slov. Je dobré využít i pomalé chůze, kdy breptavý v jejím rytmu odpovídá na otázky, nebo vypravuje.

Logopedické zásady shrnul Kurka (1996, in Sovák). Osoby s tumultusem, by měly být vedeny k tomu, aby se mohly klidně soustředit při myšlení i řeči, aby soustředily pozornost na sluchové podněty, rozlišování zvuků, rozvíjet muzikálnost. Seznámit je s tím, že jejich mluva, je okolí nepříjemná a v důsledku toho trénovat mluvní pauzy. Poskytnout jim konkrétní nahrávky jejich řeči a řeči jiných osob, aby měly možnost si uvědomit rozdíly v mluvě. Důraz klást na rytmizaci řeči a na její vokalizaci, stejně tak jako na artikulaci a zvětšování čelistního úhlu.

M. Sovák (1981, s. 239) k tomu dodává „že ošetření breptavosti je v každém případě záležitostí dlouhodobou. Nejde totiž jen o výchovu řeči, ale zároveň i o převýchovu osobnosti. K tomu je nutná těsná spolupráce a souhra logopeda, školy i rodiny“.

Breptavost, jak už bylo řečeno, ovlivňuje celou osobnost člověka, proto i terapie má vliv na mnohé aspekty:

- Sebehodnocení
- Chování

- Organizace práce
- Prožívání
- Umění relaxace
- Celkový dojem osobnosti

Měla by tedy stabilizovat chování, emoce, sociální chování a pomoci postiženému se lépe zapojit do společnosti.

Terapie u této poruchy je sice dlouhodobou záležitostí, ale i v tomto případě platí, že je lépe napravitelná, pokud se podchytí včas. Pacient by měl být dobře motivovaný. Velmi důležitá je i příprava logopeda, aby byl pozorný a uměl citlivě reagovat na jeho potřeby. Plán terapie by měl být přizpůsobený potřebám pacienta a měly by být vyzdviženy spíše pokroky v mluvě, než její nedokonalosti. Velmi dobrou zprávou je, že je náprava této vady ovlivnitelná vůlí, například oproti koktavosti.

2 LMD (ADHD, ADD)

Lehká mozková dysfunkce vzniká v důsledku drobného poškození mozku v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Mohou to být i různé komplikace kolem porodu, nebo problémy v prvních měsících vývoje. Rizikové jsou děti nedonošené nebo s malou porodní váhou. Přesné určení příčiny vzniku LMD, bývají někdy nejasné.

Pro lehkou mozkovou dysfunkci se v dnešní době stále více používá anglická zkratka ADD – attention deficit disorder (porucha pozornosti), nebo ADHD - attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou). Můžeme tak označovat děti, které jsou nepozorné a nadměrně aktivní. Mají problémy se déle soustředit na nějakou činnost. Lehce se dají vyrušit. Často svou práci ani nedokončí a už začínají jinou. Nedokážou ovládnout svou aktivitu, neumí odpočívat, relaxovat. Jsou

neklidné, jako by je stále něco nutilo k akci. Často vyrušují a jejich chování může být až agresivní, může se obracet proti spolužákům, proti učitelce i proti rodičům a všem osobám, které jsou v jejich blízkosti.

Tyto znaky v chování vykazují právě i děti, u kterých je zjištěna překotná mluva, či zrychlené tempo řeči, které vedou následně k diagnostice breptavosti. Jak uvádí ve svém výzkumu E. Vymlátílová (1973, s. 90) *„Některé psychopatologické příznaky, popsané v literatuře mnohými autory jako charakteristické pro breptavost, patří zároveň mezi typické příznaky lehké dětské encefalopatie.“*

2.1 Výskyt

V dnešní době přibývá dětí tzv. hyperaktivních. Ale pokud se začteme do literatury, zjistíme, že se tyto děti ve společnosti objevovaly i na počátku 20. století. Jen jejich hyperaktivita byla nazývána jinak. Dokonce i výchovné postupy byly podobné těm, které jsou doporučovány nyní. Děti s diagnózou ADHD bývají často vnímány ve společnosti spíše jako „zlobivé“. Jejich výchova je náročnější, jak v rodině, tak ve skupině jiných dětí. Problémy v chování se projevují už od útlého věku, ale více patrné jsou, když dítě vstoupí do kolektivu. Učitelé a učitelky z MŠ uvádějí, že děti s ADHD v podstatě dokáží narušit chod celé skupiny.

Sandra F. Riefová (1999) uvádí, že podle odhadu odborníků, se vyskytuje s touto diagnózou 3 až 10 procent dětí školního věku. Přičemž ADD se spíše objevuje u děvčat a ADHD mnohem častěji u chlapců.

Více tuto poruchu rozvádí D. Kutálková (1996, s. 154) *„Nálepku této poruchy opravdu dostává velké procento dětí, podstatně větší, než lze zdůvodnit objektivními příčinami. LMD má totiž velmi různorodé příznaky i stupně – od zcela lehkých, přechodných a zcela*

nepodstatných odchylek až po stavy, které vyžadují dlouhodobou sociální péči“. Proto se LMD stala mnohdy jen výmluvou, pokud má někdo živější děti.

2.2 Příčiny

„Jsou to poškození mozku bez prokazatelných ložiskových změn a bez obrn“(M. Sovák, 1981, s. 390). Dále M. Sovák uvádí, že mohou být jednou z příčin následky po zaživacích poruchách, které se projeví časně po narození. Další poškození mozku, při rizikovém těhotenství, nebo při porodu.

Jako jedna z příčin vzniku je také uváděna v posledních letech dědičnost. Může se dědit z otce na syna, ale stejně tak i od prarodičů. Častěji bývají hyperaktivní chlapci, než děvčata a to v poměru chlapci a dívky 5:1. U děvčat navíc projevy nejsou tak výrazné.

Podle Goetze (2009) nemají takový vliv jednorázové události jako je třeba komplikace při porodu, ale spíše dlouhodobé snižování přísunu kyslíku plodu v těhotenství, např. z důvodu infekčního onemocnění matky. Kritickým věkem je totiž celé období, kdy mozek dozrává, což je zhruba do šesti let věku dítěte.

Další příčinou je drobné poškození mozku v období, kdy se vyvíjí a zraje centrální nervová soustava. Toto poškození se dá v pozdějším věku zachytit na EEG. Může vzniknout v důsledku nedostatku kyslíku a následného krvácení do mozku, které způsobí lokální poškození, nebo dokonce odumření mozkových buněk. Nejvíce v průběhu těhotenství, porodu, nebo v raném dětství. V raném dětství jsou to zejména úrazy hlavy, nebo horečnatá onemocnění, která mohou způsobit poškození mozku. Další příčinou může být pomalé, nebo opožděné zranění u dětí nedonošených. Stejně tak může být příčinou i přenášení dítěte. Další podstatný vliv, který může vést ke vzniku poruch je vliv společenský. Často se příčina hyperaktivity u dítěte zjistit nedá a její původ zůstane nejasný.

Sandra F. Reifová (1999) shrnuje možné příčiny ADD/ADHD:

- Genetické příčiny
- Biologické příčiny
- Komplikace, poranění v těhotenství nebo při porodu
- Otrava olovem
- Ovlivnění stravou
- Alkohol a drogy užívané v těhotenství

I když se nám příčinu vzniku hyperaktivity nepodaří prokázat, je jisté, že jde o poruchu vrozenou nebo časně získanou a problémy s nimiž se dítě potýká, nemůže samo z velké části ovlivnit. Je ale možné vhodnou terapií, zmírnit její projevy.

2.3 Projevy

Projevy ADHD jsou patrné u všech věkových kategorií s touto diagnózou. Je to především porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Přidružují se k nim, ale i ostatní, jako jsou např.: porucha motoriky, senzomotoriky, poruchy percepčních funkcí, poruchy paměti, poruchy v oblasti myšlení a řeči, emoční poruchy a vývojové poruchy učení.

Více se začnou projevovat v období, kdy jsou na dítě kladeny vyšší nároky. Často je to při nástupu do mateřské školy a dále při nástupu do základní školy.

M. Sovák (1981) dělí projevy do třech skupin. A to na projevy v oblasti citové, motorické a poznávacích schopností.

Citová oblast – nevyrovnanost, přecitlivělost, citová tupost. Přecitlivělé dítě, nesoustředí pozornost k osvojování jazyka ze svého prostředí. Dítě otupělé, zase nemá zájem rozvíjet komunikaci mluvením či psaním.

Motorická oblast – pohybová nevyrovnanost, neobratnost. Dítě motoricky neklidné se nedokáže soustředit na komunikační interakci, nebo na správné vyslovování. Dítě neobratné má zhoršený vývoj řeči a zvláště vývoj artikulace.

Poznávací schopnosti – vývojové nedostatky jako: špatný orientační smysl, nemuzikálnost, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, aj. Dítě může vykazovat i lehké snížení intelektu.

Hyperaktivní děti se jen těžko dokážou déle soustředit na jednu činnost. Přeskakují často z jedné hry do druhé, nebo úplně odmítají některé činnosti vykonávat. Jsou více neobratné, bývají agresivní vůči okolí, jsou velmi hluční a citově labilní. Dost často ničí ostatním dětem jejich hry, bez pocitu viny. V důsledku poruchy motoriky mají častější úrazy. Projevují se problémy v řeči, které mnohdy končí u logopeda. Pokud jde o soužití v sociální skupině, jejich chování většinou narušuje chod celé skupiny a může být i častým bodem sváru. Je ale třeba dodat, že tyto děti, mohou jen těžko své chování samy zvládnout. Dalo by se říci, že si své nevhodné chování neuvědomují a bouří se, pokud je někdo omezuje a požaduje po nich dodržování pravidel.

Velkým problémem je pro ně motorická činnost. Ať už se to týká hrubé i jemné motoriky, grafomotoriky či motoriky mluvidel. Některé poruchy jsou velmi nápadné. (M. Černá, 1990)

1. Poruchy vývojové

Motorické projevy, které kladou nárok především na koordinaci pohybů. V tomto se dítě jasně opožďuje. Jeho projev je spíše srovnatelný s mladšími vrstevníky a schází mu pohybové projevy spíše typické pro jeho věk.

2. Poruchy harmoničnosti a koordinace pohybů

Pokud jde o jednotlivé dílčí pohyby, zvládají je dobře, nejsou schopny ale z nich vytvořit pohybový celek, důležitý při vytváření automatizovaných pohybů. Problémy mají i z více úkony současně. Působí tak velmi neobratně.

3. Poruchy rytmizace pohybů

Děti jsou v nepřetržitém pohybu, neumějí relaxovat, odpočívat. Velkou roli v tom hraje zvýšené svalové napětí, které jim znemožňuje uvolnit se. Mají také změněné vnímání sluchových a zrakových podnětů, které se převádějí na pohybové reakce, což způsobuje poruchu senzorio-motorické koordinace.

4. Poruchy cílených pohybů

Mají zvýšenou potřebu pohybu. Často ale pobíhají bez konkrétního cíle. Pokud mají provádět cílené pohyby, provádí často zase více pohybů, než je nutné k danému úkolu, nebo pohyby neúčelné. Což jsou pohyby jazyka, hlavy, trupu či nohou.

5. Poruchy pohybové paměti

Již nacvičené pohyby, které jsou potřeba k provedení určitého záměru, nedokážou zopakovat v obdobné situaci. Při provádění větších pohybových celků, nedodržují následnost jednotlivých dílčích pohybů.

6. Poruchy jemné motoriky

Nejvíce se to projevuje v motorice ruky tj. grafomotorice. Kreslení a psaní je totiž složitý výkon, který je závislý na senzorio-motorické koordinaci a ta je u dětí s LMD nízká. Kresba pak vykazuje určité typické znaky – je nepřesná, čáry jsou přerušované, kresba bývá často špatně rozvržena na ploše. Pro děti předškolního věku je kresba velmi důležitá. Také nám hlavně poskytuje spoustu informací o dítěti. Jsou to informace o celkové vývojové úrovni dítěte, úrovni jemné motoriky, prostorovém vnímání, vizomotorice, emocích, o vztazích a postojích dítěte, je zároveň komunikačním prostředkem a dokonce může být rehabilitačním či terapeutickým

nástrojem. Grafomotorika je velmi důležitá při nácvičku psaní a proto je potřeba, aby se stala nedílnou součástí terapie.

Nezanedbatelný podíl také nese lateralita. Její vyšetření se provádí nejdříve po 4 roce. Zjišťuje se, který z párových orgánů hybných (ruka, noha) nebo smyslových (oko, ucho) má vedoucí úlohu. Často se k tomu používá Zkouška *laterality*, kterou vypracoval Z. Matějček a Z. Žlab. Dělí se na různé typy.

Typy laterality (J. Bednářová, 2006):

- vyhraněná, výrazná pravorukost
- méně vyhraněná pravorukost
- lateralita nevyhraněná, neurčitá (ambidextrie)
- méně vyhraněná levorukost
- vyhraněná, výrazná levorukost

Za dominantní je považována ta ruka, která vede pohyb a která ho vykonává. Druhá ruka je pouze pomocná, přidržuje předměty. Jestliže je u dítěte zjištěna spíše levorukost, potřebuje i speciální pomůcky, které jsou k tomu uzpůsobené. Jako jsou nůžky pro leváky, pero pro leváky a další pomůcky. Nevyhraněná lateralita znamená, že obě ruce používá stejně, ani jedna není dominantní. V minulosti se stávalo, že někteří leváci byli násilně přeučováni a mělo to vliv i na jejich celou osobnost. V dnešní době se už od tohoto ustoupilo a jsou spíše dětem nabízeny speciální pomůcky, tak aby mohly používat tu ruku, která je u nich dominantní.

Pro čtení a psaní je velmi důležitá lateralita ruky a oka. Podle vztahu ruky a oka se určuje typ laterality (J. Bednářová, 2006):

- Lateralita souhlasná (dominance pravé ruky a pravého oka)

- Lateralita neurčitá (různé varianty vyhraněné a nevyhraněné dominance ruky či oka)
- Lateralita zkřížená (zkřížená dominance pravé ruky a levého oka, levé ruky a pravého oka)

Vývoj dítěte s ADHD je nerovnoměrný a někdy i opožděný. Často tedy dochází k narušení socializace dítěte, protože ani rodina a ani širší okolí neví, jak se k takovému dítěti chovat. Pokud se k tomu přidruží ještě další obtíže, jako je třeba zkřížená lateralita, či levorukost, mohou tyto děti častěji zažívat neúspěchy ve své práci, oproti ostatním dětem. Potom je narušeno jejich sebehodnocení. Nemají možnost zažít pocit úspěchu. Jsou deprivováni a chtějí na sebe upoutat pozornost za každou cenu. Ať už je to rozbití hračky, křik, či agrese vůči ostatním. Dítě jako by nechápal, co po něm je žádáno a neumělo rozlišit, jak se má chovat. V mnohém tedy záleží na jeho okolí.

2.4 Terapie

Základem je milující rodina, aby dítě vědělo, že není odmítáno. Mělo by cítit bezpečí a jistotu, pocit zázemí, i když se mu zrovna vše nedaří. Klást na něj pouze přiměřené požadavky, takové, které dokáže zvládnout, aby mělo možnost zažít pocit úspěchu.

Je nutné stanovit určitý řád, dát hranice ve výchově. Pravidla by měla být jasná a konkrétní, aby se v nich dítě mohlo samo zorientovat. Aby vědělo, jaké chování se očekává a jaké už ne. Velmi důležitý je i pravidelný režim dne. Rodiče by měli být důslední, ale přitom přistupovat k dítěti vlídně a trpělivě. Pokud je to jen trochu možné ocenit snahu dítěte a poukazovat spíše na to, co se mu podařilo. Dávat okamžitou zpětnou vazbu. Pokud se mu něco nepovede, neodsuzovat, ale informovat o tom, že byly překročeny hranice. Nechat ho vykonávat práci kratší dobu, ale častěji. Vyhovujících je tak 10 až 20 minut a potom činnost změnit, nebo nechat dítě chvíli odpočinout. Tyto děti jsou velmi

aktivní, plní energie. Ta by se neměla potlačovat, ale měly by mít možnost své napětí uvolnit a tzv. „se vyběhat“.

Velmi důležité je sjednotit výchovné působení na dítě a to jak v rodině, mezi rodiči, tak i ve škole. Důležitá je spolupráce rodiny se školou. Učitelé by měli být seznámeni s diagnózou, aby mohli případně přizpůsobit postup výuky schopnostem žáka. Velmi vhodné je, pokud může žák střídat činnosti, aby byla udržena jeho pozornost. Měl by být ve vlídném prostředí a být vhodně motivován. Problém může nastat, když dítě nastoupí na druhý stupeň ZŠ, kde se setkává s více pedagogy a s různými způsoby výuky. (M. Kňourková, s. 27) *„Je vždy nutné respektovat individuální odlišnosti a rozdíly každého dítěte a na tomto základě stanovit možnosti uplatnění v nastávajícím školním zařízení“*. Osobnost učitele je v tomto směru klíčová. Může mít vliv na zlepšení, ale i zhoršení stavu žáka.

Ve výchově těchto dětí lze udělat i velké chyby:

1. Liberální výchova – dítě nemá jasné hranice, neví co je špatně a co dobře. Děti s ADHD potřebují mít jasný řád, na kterém se nejlépe i sami podílejí.
2. Autoritativní výchova – dítě musí plnit rozkazy, příkazy, bez toho, aby se mohlo samo zapojit do rozhodování. Výchova dětí s ADHD má být důsledná, ale přesto vlídná a tolerantní.
3. Nejednotná a nedůsledná výchova – pokud má dítě jednou něco povoleno a potom zakázáno, špatně se v tom orientuje a mnohdy začne této nejednotné výchovy rodičů využívat ve svůj prospěch

M. Sovák (1981) uvádí, že by se tyto děti neměly z podstaty považovat za nevychované, ale ani se nevymlouvat na diagnózu LMD u zdravých dětí, když běžně zlobí. Stejně tak by se neměly děti z podstaty diagnózy, zařazovat pouze do speciálních tříd.

Prevenici shrnuje D. Kutálková (1996), která uvádí, že je třeba odstranit při práci dítěte všechny rušivé vlivy, zapojovat při činnostech co nejvíce smyslů, zabránit tomu, aby se dítě naučilo něco špatně, dodržovat důslednost a pravidelnost, dodržovat řád, používat

pochvalu nejen za výkon, ale i za snahu. „Rozhodně je však třeba hledat, co je na dítěti dobré a v čem vyniká, aby mělo protiváhu ke stálým, drobným, i větším neúspěchům. Pocit úspěchu je dobrou motivací i pro činnosti, které jsou nutné k vyrovnání poruchy“ (D. Kutálková 1996, s. 159).

Terapie je dlouhodobá a je jasné, že je třeba těmto dětem věnovat více času a postupně rozvíjet jejich pozitivní návyky.

Jak uvádí ve svém výzkumu E. Vymlátílová (1973) u dětí s breptavostí a dětí s LMD jsou podobné příznaky, projevy. Proto i terapie by mohla být podobná. Velký důraz je u obou těchto poruch kladen na rozvíjení motoriky, protože obě tyto poruchy se v ní značně promítají.

3 Motorický vývoj předškolního dítěte

Za předškolní dítě je v odborné literatuře považováno dítě v období od 3 do 6 let. Je to období velkých změn. Můžeme to pozorovat už jen na jeho postavě, která v tomto období více roste. Protahují se dlouhé kosti a celkově jeho tělo sílí. Je proto důležitý dostatek pohybu a také vyvážená strava. Zpřesňuje se koordinace pohybů celého těla. Další je zvýšená potřeba sociálního kontaktu se svými vrstevníky. Také osamostatnění a zvládnutí samostatné činnosti, je prospěšné a důležité pro jeho rozvoj. Dalo by se říci, že dítě objevuje svět a používá k tomu především hru se všemi jejími zástupnými činiteli. K vyjádření používá nejen řeč, která se v tomto období stále zlepšuje a zdokonaluje, ale především kresbu. V té může vyjádřit pocity a touhy, které cítí a možná neumí jinak sdělit. Je to období, kdy v podstatě z malého človíčka vyroste dítě, které je v mnohém samostatné, zvědavé a připravené vstoupit do další etapy života, kterou je školní věk.

Psychomotorika vyjadřuje spojení mezi psychikou a motorikou a jejich vzájemné prolínání. „...motorické projevy, jsou výrazem psychické činnosti, jsou bezprostředním výsledkem

nervové činnosti a jsou začleněny do celkového rámce osobnosti“ (M. Szabová, 1999, s. 11). Psychomotorická cvičení se začaly používat ve Francii, v dvacátých letech dvacátého století jako léčba pro mentálně postižené. Postupně se uplatnila i u tělesně a smyslově postižených, zdravotně oslabených a nakonec je využívána jako prevence i u zdravých lidí.

Psychomotorika zahrnuje více oblastí, které se navzájem prolínají a doplňují. Jsou to:

1. Neuromotorika
2. Senzomotorika
3. Psychomotorika (v užším smyslu)
4. Sociomotorika

Neuromotorika

Představuje pohybové aktivity, které vyvolávají vnější podněty, ale i vnitřní podněty z organismu člověka. Zahrnuje reflexy volní (uvědomělé) i mimovolní (neuvědomělé, automatismy) a je jedno, který podnět je vyvolává. Zahrnuje ještě další oblasti:

- jemná motorika
- hrubá motorika
- koordinace pohybů
- vnímání vlastního těla
- rovnováha
- orientace v prostoru

Senzomotorika

Představuje propojení vnímání a pohybu. To co zachytí zrak, sluch, čich, hmat, chuť a další senzory, vyvolá nějakou reakci, pohyb.

Psychomotorika

Představuje motorickou odpověď na psychické procesy, jako je vnímání, myšlení, pozornost, představivost, nebo na psychické stavy, jako je nálada a celkové ladění člověka.

Sociomotorika

Představuje motorické projevy, v podstatě chování člověka v reakci se skupinou lidí. Ať už se to týká chování v rodině, mezi vrstevníky, v práci, ve škole, ale i v jiných skupinách. Např.: nadřízení, podřízení, staří lidé, mladí lidé, děti, jiného náboženského, politického, sociálního postavení, sexuální orientace, aj. Na sociomotorice závisí sociální komunikace. Jde o zpětnou vazbu o rozvoj osobnosti ve společenských vztazích.

Motorický projev, není jen odpověď na podněty. Člověk sám vytváří aktivitu, akci a pohyb je potom výsledkem.

3.1 Motorika

Vývoj motoriky u předškolního dítěte navazuje na základy, které byly položeny v období batolete. Zlepšuje se koordinace těla, zvyšuje se pohyblivost a to ovlivňuje rychlost při běhání, skákání, prolézání a míčových hrách. Pohyby se stávají přesnější a při činnostech jsou zapojovány různé oblasti motoriky. Dělí se na motoriku hrubou, která zahrnuje velké svalové skupiny (chůze, běh, lezení) a jemnou, která zahrnuje drobné svalstvo (pohyby rukou, prstů, artikulačních orgánů). Jejich úroveň je důležitým ukazatelem vývoje dítěte.

3.1.1 Hrubá motorika

Zahrnuje celkový pohybový vývoj. Jako jsou: chůze, běh, skoky, přeskoky, seskoky, přelézání, podlézání, házení, chytání, koordinace, udržení rovnováhy. Projevuje se tak celková zdatnost organismu.

Dále je hrubá motorika navzájem propojena s řečí, podle J. Bednářové a V. Šmardové (2011, s. 8) se *„Myšlení vyjadřované řečí spojuje s motorikou neustále – jako mimické výrazy, gestikulace rukama i celým tělem“*.

Pokud je hrubá motorika nějak narušena, promítá se to do mluveného projevu. Děti, které jsou neobratné, mají více poruch výslovnosti. Hrubá motorika má ale vliv i na základní pohyby při psaní a kreslení. Pokud tedy má dítě problémy s kreslením, je třeba se zaměřit na tuto oblast. Z rozvoje hrubé motoriky, se dále rozvíjí jemná motorika a z té grafomotorika.

Je třeba dítěti umožnit dostatek pohybu, volného běhání venku, zapojovat ho do her s ostatními dětmi. Jestliže se obtíže objevují i nadále, je třeba se poradit s odborníkem a zahájit rehabilitační cvičení.

Činnosti k rozvíjení hrubé motoriky:

- lokomoční činnosti, ke zdokonalení rychlosti a přesnosti pohybů
- nápodoba pohybových celků
- činnosti, které podporují zvládnutí překážek (chůze v terénu, ve sněhu, vodě, užívání náčiní, chytání a házení míče)
- gymnastika, turistika
- relaxační a uvolňovací cvičení
- pohybové hry
- jízda na tříkolce, koloběžce, kole

- správné držení těla
- cviky na podporu rovnováhy, aj.

3.1.2 Jemná motorika

Jemná motorika vychází z hrubé motoriky a zahrnuje koordinaci jemných pohybů, které jsou potřeba pro uchopení předmětů, manipulaci s drobnými předměty a jako základ k pozdějšímu kreslení a psaní. Jemnou motoriku si může dítě cvičit při každodenních domácích činnostech. Tím si trénuje zručnost. Tyto činnosti by měly být pro dítě vždy smysluplné a mělo by v nich vidět užitek. Pro děti předškolního věku je nejpřirozenější hra, tak můžeme volit zábavné hry, při kterých si procvičí jemnou motoriku. Pohyby se pak stávají přesnější. Součástí jemné motoriky je i grafomotorika, motorika mluvidel a mimika.

Činnosti k rozvíjení jemné motoriky:

- sebeobslužné činnosti
- aktivity se stavebnicemi, mozaikami, navlékání korálků, provlékání šňůrek
- kreslení, modelování, lepení, trhání a mačkání papíru,
- práce s přírodninami
- práce s nářadím (šroubování)
- prstová cvičení, aj.

3.1.3 Grafomotorika

Grafomotorika je částí jemné motoriky a její projev vychází z motoriky celého těla. Je potřeba především ke kreslení a psaní. Úroveň motoriky je v předškolním věku jedním z důležitých kritérií, pokud posuzujeme způsobilost ke školní docházce. Z kresby se dají

vyčíst informace o celkové vývojové úrovni dítěte, o jeho postojích, vztazích i emocích. Kresba je prostředkem ke komunikaci a může splňovat i funkci rehabilitační a terapeutickou.

Na grafomotoriku má vliv mentální vyspělost dítěte, zrakové a prostorové vnímání, paměť, pozornost, lateralita, podstatný vliv má jemná i hrubá motorika. Jestliže je dítě grafomotoricky neobratné, ovlivní to psaní písmen, jejich čitelnost a dokonce i tempo psaní. Samotné psaní je pak pro dítě tak náročné, že nevěnuje tolik pozornosti obsahu psaného a zvyšuje se tak možnost chyb.

Procvičování grafomotoriky, je vhodné nejen pro děti, které mají nějaké problémy, ale i pro děti zdravé, jako prevence. Před každou prací je potřeba řádně uvolnit zápěstní kůstky, celou ruku, prsty, dlaň. K tomu jsou vhodné uvolňovací cviky, nejlépe spojené ještě s říkankou, kde je kladen důraz i na rytmus. Tato rytmizace činností podpoří koordinaci pohybů. Dobré je střídat psací plochy i náčiní. Postupovat od jednoduchých pohybů ke složitějším.

Jak uvádějí J. Bednářová a V. Šmardová (2011) je třeba se zaměřit i na další ukazatele, jako je držení těla při psaní, držení psacího náčiní, postavení ruky, tlaku na podložku a plynulost čar. Toto vše je třeba zohlednit při posuzování dítěte.

Činnosti k rozvíjení grafomotoriky:

- používání při kreslení štětců, houbiček
- psaní do písku
- kreslení prsty
- hraní a tvoření se sypkými materiály (kamínky, rýže, luštěniny)
- využívat pomůcky k rozvíjení grafomotoriky (magnetické tabulky, korálky s pinzetou)
- kreslení osmiček, vlnek, spirály, klubíčka

- používání modelační hmoty (modelína, keramická hlína, těsto)

3.1.4 Orální motorika

Motorika mluvidel nejde oddělit od celkové obratnosti a zejména od obratnosti rukou. Obě jsou velmi úzce propojeny. Pokud dítě nemá příliš obratná mluvidla, je postižena také především jeho vyjadřovací schopnost a je narušena řeč. *„Řeč je důležitá pro utváření sociálních vztahů, chování a postavení ve skupině. Dítě, které nemluví, nebo mluví nesrozumitelně, je v nevýhodě, je pro něj frustrující, že mu okolí nerozumí“* (J. Bednářová, V Šmardová, *Diagnostika dítěte předškolního věku*, str. 30). Tyto děti pak velmi často upoutávají pozornost na sebe jiným způsobem, např.: agresivitou, vyrušováním, strkáním. Druhý způsob jak mohou děti reagovat na to, že je okolí nepříjemná, je stranění se kolektivu, pocity méněcennosti, nepochopení a izolace. Dalo by se tedy říci, že jakýkoli řečový handicap může přinášet obtíže v celé sféře socializace. Ať už je to začleňování do kolektivu, navazování vztahů, dále působí na sebehodnocení, sebedůvěru a uspokojování potřeb. To vše může ovlivnit celý život jedince a jeho uplatnění v životě a ve skupině.

Ke správné výslovnosti je tedy třeba mít rozvinutou motoriku mluvidel. Velmi důležitou roli hraje v tomto případě i zrakové vnímání. To proto, že je třeba, aby cviky, které dítě provádí, si mohlo samo kontrolovat v zrcadle. Učí se rozvíjet velikost čelistního úhlu, polohu a pohyb jazyka a tvar rtů. Pro potřeby školky lze toto cvičení provádět i kolektivně, kdy děti kontrolují sebe navzájem a může být toto cvičení i zábavné.

Činnosti k rozvíjení motoriky mluvidel:

- nafukování tváří, přelévání vzduchu z jedné do druhé
- úsměv, zamračení se
- kloktání, pití brčkem
- otevírání čelisti, vysouvání dolní nebo horní čelisti

- přibližování a odtahování rtů se zvukovým efektem
- frkání koníka
- špulení rtů s vtaženými tvářemi, osmička
- vyplazený jazyk se ohýbá do stran, nahoru, dolů, kolem dokola
- korýtko, aj.

3.1.5 Mikromotorika

Také se uvádí jako motorika očních pohybů. Oči vykonávají při psaní a čtení pohyby zleva doprava. Plynulost mikromotoriky je jedním z ukazatelů školní zralosti. U dítěte v předškolním věku je velmi důležité trénovat řazení a pozorování obrázků zleva doprava a uvědomování si posloupnosti. Je to nácvik tolik potřebný pro čtení, psaní a matematiku.

Očními pohyby a jejich využitím v diagnostice se zabýval např. J. Jošt (2011). Popsal i neplynulé oční pohyby, které jsou způsobené dyslexií, kdy oko přeskakuje v řádku, vynechává slova při čtení, zaměňuje písmena, slabiky, aj.

Přesnou diagnostiku provádí oční lékař. Ve školce provádíme pouze orientační diagnostiku.

Činnosti k rozvíjení mikromotoriky:

- koulení očima, pohyby doprava doleva, nahoru dolů
- sledovat pohyby ruky nebo prstu
- jmenovat předměty zleva doprava
- kreslení vlnovek

4 Praktická část

4.1 Cíle šetření

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit úroveň motoriky předškolních dětí v MŠ, u kterých byla diagnostikována breptavost, nebo mluví zrychleným, či překotným tempem řeči. Zaměřila jsem se na motoriku hrubou, jemnou, grafomotoriku, motoriku mluvidel a motoriku očí. Pro lepší názornost, co se týká úrovně motoriky, jsem šetření provedla i u dalších pěti dětí, v podobném věkovém rozmezí s intaktní řečí.

Toto šetření porovnávám s výzkumem, který ve větším měřítku prováděla E. Vymlátílová (1973), kdy vyšetřila 35 breptavých dětí ve věku 7,5 – 15 let. Zajímalo mě, zda tento výzkum z roku 1973 potvrdí mé hypotézy, či se budou výsledky lišit.

4.2 Hypotézy

H1 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu hrubé motoriky.

H2 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu jemné motoriky.

H3 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu grafomotoriky.

H4 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu orální motoriky.

H5 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu mikromotoriky.

4.3 Metody a metodika šetření

K dosažení cíle práce jsem použila metodu pozorování, rozhovory, testy a analýzu činností, které děti prováděly. Dále jsem zjišťovala informace od pedagogických pracovníků. Vše jsem zapisovala do předem připravených archů.

Děti prováděly úkoly samostatně a mimo kolektiv, aby se mohly soustředit. Vše jsem jim předem vysvětlila a seznámila je s úkoly, které jsem měla připravené. Pokud to bylo třeba, jako u testu hrubé motoriky, úkoly jsem jim předváděla a ony je opakovaly. Veškeré výsledky, jsem pro lepší přehlednost zpracovala do tabulek.

Výzkum probíhal od října 2014 do ledna 2015. Při stanovení úkolů pro děti jsem využívala publikace *Diagnostika dítěte předškolního věku* (Bednářová, Šmardová, 2011) a *Školní zralost* (Bednářová, Šmardová, 2011).

4.2 Charakteristika místa šetření a zkoumaného vzorku dětí

Šetření jsem prováděla v různých mateřských školkách na okrese Benešov a také v Praze. Bylo to z důvodu, že nalézt děti předškolního věku, u kterých se projevuje breptavost, nebo zrychlené či překotné tempo řeči, nebylo snadným úkolem. Výzkumným vzorkem bylo pět dětí ve věku 5,6 až 6,8 let, u kterých se projevují příznaky breptavosti. Z toho čtyři chlapci a jedna dívka. Dva chlapci již měli odklad školní docházky. Tyto děti jsem zařadila do SKUPINY A.

Druhou skupinu tvořilo pět dětí s intaktní řečí ve věku 5,7 až 6,2 let, u kterých se neprojevuje žádné jiné omezení. Tyto děti jsem zařadila do SKUPINY B.

4.2.1 Kazuistiky výzkumného vzorku - SKUPINA A

4.2.1.1 Kazuistika – Dítě A1

Jedná se o děvče, které je nyní v třídě předškoláků. Do školky nastoupila ve třech letech a podle učitelky jí zpočátku nebylo vůbec rozumět. Drmolila, ale i přesto se zapojovala do všech činností. Píše levou rukou a má zkříženou laterální ruku a oka. V době šetření jí bylo 5,10 let.

Anamnéza:

Rodinná – rodiče jsou oba vyučeni. Matka pracuje jako prodavačka a otec jako řidič. Mají ještě starší dceru, která také měla problémy s řečí, ale ne v takové míře. Špatně vyslovovala slova.

Osobní – porod bez komplikací, další vývoj probíhal v celku normálně. Děvče se projevuje jako milé, zapojuje se a neustále má tendenci něco vyprávět. Je nekonfliktní.

Současný stav – je kamarádká, zapojuje se do kolektivu. Vše ji zajímá. Při rozhovoru s dospělým se chová sebejistě. Nemá problémy v navazování nových vztahů. Dost často špatně chápe zadání práce, musí jí učitelka znovu podrobně dovysvětlit zadání.

Její řeč je překotná, při zvyšování tempa řeči vynechává hlásky a někdy i slabiky (dovolená – dovená). Dále jí vypadávají z vět předložky a zkracuje slova. Návštěvu logopeda maminka odmítla, s tím, že bude doma s dcerou cvičit sama. Pokroky nejsou zatím výrazné. Děvče má zhoršenou grafomotoriku a špatný úchop psacího náčiní. Ve školce se snaží nabízet činnosti, které podporují dobrý úchop a provádět cviky, které uvolňují zápěstní kůstky.

4.2.1.2 Kazuistika – Dítě A2

Chlapec nastoupil do školky ve třech letech. Nyní je ve třídě předškoláků, ale už má odklad z minulého roku. Velice špatně mluví, drmolí. Do kolektivu se příliš nezapojuje, je spíše samotářský. Píše někdy pravou a někdy levou rukou. Má nevyhraněnou laterality. V době šetření mu bylo 6,6 let.

Anamnéza:

Rodinná – oba rodiče jsou vyučeni. Otec pracuje v zemědělství a matka je na rodičovské dovolené, protože vychovávají ještě mladší dceru. Následkem toho, chlapci nevěnují tolik času. O chlapce se často starají prarodiče.

Osobní – chlapec se narodil o měsíc dříve. Vývoj měl zpočátku zpomalený, ale potom probíhal normálně. Rád si povídá, ale je nejistý. Nevyhledává cvičení, ani kreslení. Je spíše samotářský.

Současný stav – když přijde do školky, dobu mu trvá, než se aklimatizuje. Často tráví tyto chvíle schoulený pod skříňkou, nebo někde v koutě. Na výzvy učitelky, zapojit se, nereaguje. Při volné hře se občas připojuje k ostatním chlapcům (stavebnice). Řeč je nesrozumitelná, zrychluje se její tempo a vypadávají z ní ještě další písmena. Působí monotónně. Chlapec se vyhýbá pohybovým hrám. Raději jen přihlíží. Kreslení, stříhání, lepení aj. nejsou jeho oblíbenou činností. Většinou jsou tyto práce podprůměrné. Dle sdělení učitelek, se chlapec často ani nezapojuje. Je těžké ho motivovat.

Chlapec v současnosti dochází k logopedce, ale zatím nejsou výsledky výrazné. Celkově působí nejistým dojmem.

4.2.1.3 Kazuistika – Dítě A3

Jedná se o chlapce, který je ve třídě předškoláků a do školky chodí tři roky. Od začátku je u něho možno pozorovat roztěkanost. Do všeho se rád zapojí, ale u ničeho dlouho nevydrží.

Nejvíce ho baví pohybové hry. Naopak pokud má sedět u stolku, je jako na jehlách. Mluví velmi rychle. Používá pravou ruku. V době šetření mu bylo 6,1 let.

Anamnéza:

Rodinná – rodiče mají středoškolské vzdělání. Matka pracuje ve státní správě a otec podniká. Chlapec je jedináček. I přesto se mu rodiče věnují. Dost času tráví i s prarodiči. Chlapec vyrůstá v podnětném prostředí.

Osobní – okolnosti ohledně porodu a vývoje se mi nepodařilo zjistit. Chlapec je velmi „živý“, často spíše neposedný. V kolektivu je oblíbený. Velice jej zajímají vlaky a vše co s nimi souvisí. Řeč je rychlá a ještě se zrychluje a často je nesrozumitelná. Zhoršená je jemná motorika a grafomotorika.

Současný stav – ve školce se chlapec projevuje velmi živě. Mluva je rychlá a vypadávají z ní písmena. Motorika je stále zhoršená. Velmi špatně nese prohru. Občas se u něj projevuje sobecké chování a agrese vůči dětem. Činnosti jako kreslení, práce s nůžkami ho nebaví. Spíše práci odbyde co nejrychleji a hned se zvedá a chce si jít hrát na koberec, nebo se jen tak procházet a pozorovat druhé děti. Nedávno začal docházet na logopedii. V mluvě se to zatím neprojevilo.

4.2.1.4 Kazuistika – Dítě A4

Chlapec je v předškolní třídě. Do školky nastoupil před třemi lety. Zhoršená mluva, špatná artikulace. Motoricky velmi pohyblivý, ale neobratný. Do všeho se zapojuje, ale u ničeho dlouho nevydrží. Je kamarádský, v kolektivu se dobře zapojuje. Dominantní má pravou ruku. Lateralita zkřížená (pravá ruka, levé oko). V době šetření mu bylo 5,6 let.

Anamnéza:

Rodinná – oba rodiče středoškolsky vzdělaní. Otec pracuje jako obchodní zástupce a matka jako dělnice. Ve 4 letech dítěte rozvod rodičů. Chlapce má v péči matka, ještě spolu s jeho starší sestrou. Matka se chlapci věnuje, vyrůstá v podnětném prostředí.

Osobní - porod proběhl v pořádku. Zhoršený motorický vývoj, od 4 měsíce sledován na neurologii. Do 6. měsíce probíhalo cvičení Vojtovy metody, pak se stav stabilizoval. Matka uvádí občasné záchvaty vzteku a neposednost.

Současný stav – chlapec je kamarádský, ale působí roztěkaně. V mluvě se objevují nedokonalosti, opakování slabik (s maminkou – ou, jsme byli – i), nebo vypadávání písmen. Mluví velmi rychle až překotně a občas se i zakoktává. Motorika je zhoršená. Tužku drží nesprávným úchopem a velmi křečovitě. Dochází na logopedii a grafomotorický kurz. Celkově působí neohrabaně, často do něčeho strčí, něco vylije, či zboří.

4.2.1.5 Kazuistika – Dítě A5

Chlapec začal navštěvovat školku až od 5 let. Při mluvení se řeč stále zrychluje a stává se nesrozumitelnou. Do skupiny dětí se zařadil bez problémů. Motoricky je velmi neobratný, má problémy s pohybovými hrami a cvičením. V minulém roce už měl odklad školní docházky, právě kvůli nevyzrálosti v oblasti řeči a motoriky. Používá pro kreslení pravou i levou ruku. Má nevyhraněnou laterálníitu. V době šetření mu bylo 6,8 let.

Anamnéza:

Rodinná – rodiče jsou oba lékaři. Chlapec vyrůstá jako jedináček. Zatím chlapec nedocházel na logopedii ani na grafomotorický kurz. Pravděpodobně málo podnětné prostředí.

Osobní – nepodařilo se mi zjistit bližší informace ohledně porodu ani vývoje, než nastoupil do školky. Špatně mluví, drmolí. Vynechává písmena i slabiky uprostřed vět, jeho řeč se zrychluje. Nevyhledává tělesný pohyb, ani práci jako je kreslení. Jeho úchop psacího

(kreslícího) náčiní je špatný a velmi křečovitý. Nezvládá špetkovitý úchop. Rád si hraje se stavebnicemi, ale s těmi s většími díly, nebo s auty či vláčky.

Současný stav – začal navštěvovat intenzivně logopedku. Ve školce snaha o rozvíjení motoriky hrubé, jemné i grafomotoriky. Jeho motorika při cvičení je velmi špatná, jako by měl zkrácené šlachy (nedá ruce do vzpažení, nepřeskočí překážku). Do kolektivu se dobře zapojuje, akorát mu děti často nerozumí. I učitelka ho vyzývá k častému opakování, protože mu nerozumí. Vše se ale snaží dělat citlivě, aby se chlapec neodradil od mluvení.

4.2.2 Kazuistiky výzkumného vzorku - SKUPINA B

4.2.2.1 Kazuistika – Dítě B1

Jedná se o děvče, které nastoupilo do školky ve třech letech. Dle sdělení paní učitelky, mělo děvčátko zpočátku problémy s adaptací. Byla plačtivá, stýskalo se jí po mamince. Po překonání tohoto období se do kolektivu zapojila úspěšně. Navazuje bez problémů kontakty s dětmi i dospělými. Její vývoj je bezproblémový. Dominuje u ní pravá ruka. V době šetření jí bylo 5,9 let.

Anamnéza:

Rodinná - Matka pracuje jako zubní laborantka a otec pracuje ve stavebnictví. Děvče má ještě staršího bratra. Oběma dětem se rodiče věnují. Někdy mívají rodiče na dítě větší nároky.

Osobní – vývoj děvčete v období před nástupem do školky se mi nepodařilo zjistit.

Současný stav - mluví bez problémů, ráda kreslí a hraje si s ostatními dívkami. V kolektivu se dobře zapojuje a činnosti vykonává s nadšením. Ráda je ujištěna, že práci vykonává dobře, pokud se jí práce nevede, hůře to snáší. Může to být způsobeno kladením větších nároků na dítě v rodině. S citlivým přístupem to zvládá překonat.

4.2.2.2 Kazuistika – Dítě B2

Chlapec začal navštěvovat školku ve čtyřech letech. Je kamarádský, hovorný. Do kolektivu se zapojuje a dobře navazuje kontakty s ostatními dětmi i dospělými. Používá především pravou ruku. V době šetření mu bylo 5,7 let.

Anamnéza:

Rodinná – matka je na rodičovské dovolené a otec je projektant. Chlapec má ještě tři sourozence. Jednoho staršího bratra a jednu mladší sestru a bratra. Sestra dochází již také do mateřské školy.

Osobní – dle sdělení matky probíhalo těhotenství, porod i další vývoj bez problémů.

Současný stav – má rád pohyb, rád využívá zahrady ve školce, dobře se zapojuje do činností. Je samostatný v sebeobsluze, z domova zvyklý pomáhat mladším sourozencům. Dokáže citlivě reagovat na dění okolo sebe. Manuálně zručný.

4.2.2.3 Kazuistika – Dítě B3

Chlapec nastoupil do školky ve třech letech. Do kolektivu se zapojil bez problémů. Je trochu živější. Někdy je svéhlavý a nerespektuje pokyny učitelky. Používá spíše levou ruku. V době šetření mu bylo 5, 11 let.

Anamnéza:

Rodinná – matka vychovává syna sama, chlapec má ještě starší sestru. Pochází z podnětného prostředí. Matka se dětem věnuje a zapojují se i prarodiče. Otec dítě navštěvuje jen sporadicky.

Osobní – těhotenství i porod probíhal bez komplikací, i další vývoj byl v normálu. Chlapec je milý a kamarádský.

Současný stav – do činností se zapojuje bez problémů, jen někdy je tvrdohlavý a projeví se u něj agrese vůči ostatním dětem. Vše se ale dá vyřešit domluvou a vstřícným přístupem. Velký zájem projevuje o dinosaury, má o nich spoustu knih a dokáže jich hodně pojmenovat. Dobře se u něj rozvíjí logické myšlení.

4.2.2.4 Kazuistika – Dítě B4

Jedná se o chlapce, který chodí třetím rokem do školky. Do kolektivu se zapojuje, ale často má tendenci vést. Pokud ho děti neposlouchají, vynucuje si to agresí. Do někoho strčí, nebo zboří např. stavebnici, či někoho s dětmi plácne. Po vysvětlení vše chápe, ale často se to opakuje. Dominuje u něj pravá ruka. V době šetření mu bylo 6,2 let.

Anamnéza:

Rodinná – Matka pracuje ve státní správě, otec podniká. Chlapec je jedináček, ale pochází z pospolité rodiny.

Osobní – Těhotenství i porod probíhal v normálu i další vývoj bezproblémový. Projevují se u něj sobecké sklony. Z toho plyne občasná agrese proti ostatním dětem.

Současný stav – Při trpělivém vedení si nechá vše vysvětlit. Sám není příliš trpělivý, když mu něco nejde, nechce v tom pokračovat, ani se k tomu vracet.

4.2.2.5 Kazuistika – Dítě B5

Do školky chlapec chodí dva roky. Bez větších problémů se zapojil do kolektivu, dokáže spolupracovat. Je kamarádský a dobře navazuje kontakty i s dospělými. Používá především pravou ruku, jako hlavní. V době šetření mu bylo 6,0 let.

Anamnéza:

Rodinná – Matka je na mateřské a otec pracuje v zemědělství. Chlapec má staršího bratra a mladší sestru. Oba rodiče se o dítě zajímají a vytváří mu podnětné prostředí.

Osobní – Těhotenství i porod bez komplikací. Další vývoj v normálu.

Současný stav – Rád se zapojuje do všech činností ve školce. V kolektivu nijak nevyčnívá, ale ani nezapadá. Velmi ho zajímají zemědělské stroje a vše co je s nimi spojeno. Otec ho občas svezí a to je pro něj zážitek. Je kamarádský a dokáže pomoci.

4.3 Vlastní šetření

Pro vlastní šetření jsem si připravila úkoly, které jsem čerpala z knížek *Diagnostika dítěte předškolního věku* (Bednářová, Šmardová, 2011) a *Školní zralost* (Bednářová, Šmardová, 2011), které jsem si podle potřeby upravila. Všechny úkoly jsem s dětmi prováděla sama a jejich výsledky si zapisovala do připravených archů (Příloha č. 1). Nakonec jsem pro lepší přehled přepsala vše do tabulek. Úkoly byly zaměřeny na zjištění úrovně motoriky hrubé, jemné, grafomotoriku, oromotoriku a mikromotoriku.

Hodnocení jednotlivých oblastí motoriky jsem posuzovala dle dosažených bodů. Body jsem rozdělila podle zvládnutí provedených úkolů.

Body:

2 – samostatně zvládá

1 – zvládá s menšími problémy

0 - nezvládá

4.3.1 Vyšetření hrubé motoriky

Pro vyšetření hrubé motoriky jsem sestavila úkoly, které jsou zaměřeny na koordinaci celého těla. Cviky jsem dětem vždy předvedla a ony je prováděly samostatně bez dopomoci. Do archů jsem zaznamenávala jejich výsledky. Maximální možný počet dosažených bodů pro skupinu pět dětí ve skupině „A“ bylo 70 bodů pro pět dětí ze skupiny „B“ bylo také 70 bodů.

Tabulka č. 1: Vyšetření hrubé motoriky Skupina A

HRUBÁ MOTORIKA Skupina A	Stoj na jedné noze s upažením	Přeskok přes nízkou překážku	Poskoky na jedné noze	Házení na cíl domin. rukou	Chytání míče oběma rukama	Přejít přes kladinu	Chůze po schodech (střídání nohou)
Dítě A1 (D 5,10)	2	2	2	0	1	0	2
Dítě A2 (H 6,6)	1	2	0	0	2	0	2
Dítě A3 (H 6,1)	1	2	2	1	0	1	2
Dítě A4 (H 5,6)	2	2	1	1	2	1	2
Dítě A5 (H 6,8)	1	0	0	0	0	0	2
CELKEM SPLNILO	7	8	5	2	5	2	10

Tabulka č. 2: Vyšetření hrubé motoriky Skupina B

HRUBÁ MOTORIKA Skupina B	Stoj na jedné noze s upažením	Přeskok přes nízkou překážku	Poskoky na jedné noze	Házení na cíl dominantní rukou	Chytání míče oběma rukama	Přejít přes kladinu	Chůze po schodech (střídání nohou)
Dítě B1 (D 5,9)	2	2	2	1	1	2	2
Dítě B2 (H 5,7)	2	1	2	2	2	2	2
Dítě B3 (H 5,11)	1	2	1	2	0	2	2
Dítě B4 (H 6,2)	2	2	2	2	2	0	2

Dítě B5 (H 6,0)	2	2	1	1	1	2	2
CELKEM SPLNILO	9	9	8	8	6	8	10

Tabulka č. 1 ukazuje, že v hrubé motorice se u skupiny „A“ projevily nejvíce nedostatky v rovnováze (2 body) a v zaměření na cíl (2 body). Může na to mít vliv nevyhraněná nebo zkřížená laterální. Oproti tomu chůze po schodech se střídáním nohou nečinilo žádnému z nich obtíž, protože získaly plný počet bodů (10), stejně jako ve skupině „B“ (tabulka č. 2). Těmto dětem, se nejméně dařilo v chytání míče, kde získaly 6 bodů.

4.3.2 Vyšetření jemné motoriky

Pro vyšetření jemné motoriky jsem připravila úkoly, které děti prováděly u stolku, ale i na koberci. Cviky jsem se snažila prostřídat, aby děti neměly práci jednotvárnou a aby je bavila. Pokud se něco nepodařilo, snažila jsem se ocenit a vyzdvihnout to, co děti splnily. Maximální možný počet dosažených bodů pro skupinu pěti dětí ve skupině „A“ bylo 60 bodů pro pět dětí ze skupiny „B“ bylo také 60 bodů.

Tabulka č. 3: Vyšetření jemné motoriky Skupina A

JEMNÁ MOTORIKA Skupina A	Navlékání korálek dominantní rukou	Stavění věže (8 kostek)	Otevírání dlaně postupně po prstech	Dotýkání palce s ostatními prsty	Střihání prsty (nůžky)	Vytrhávání obrázků
Dítě A1 (D 5,10)	2	2	0	2	2	0
Dítě A2 (H 6,6)	0	2	0	0	2	0
Dítě A3 (H 6,1)	0	2	2	2	2	0
Dítě A4 (H 5,6)	2	2	1	2	2	0
Dítě A5 (H 6,8)	0	0	0	0	0	0
CELKEM SPLNILO	4	8	3	6	8	0

Tabulka č. 4: Vyšetření jemné motoriky Skupina B

JEMNÁ MOTORIKA Skupina B	Navlékání korálků dominantní rukou	Stavění věže (8 kostek)	Otevírání dlaně postupně po prstech	Dotýkání palce s ostatními prsty	Střihání prsty (nůžky)	Vytrhávání obrázků
Dítě B1 (D 5,9)	2	2	2	2	2	2
Dítě B2 (H 5,7)	2	2	2	2	2	1
Dítě B3 (H 5,11)	2	2	2	2	2	2
Dítě B4 (H 6,2)	2	2	2	2	2	0
Dítě B5 (H 6,0)	2	2	2	2	2	1
CELKEM SPLNILO	10	10	10	10	10	6

V tabulce č. 3 můžeme vidět, že se nejlépe dařilo dětem ze skupiny „A“ ve stavění kostek (8 bodů) a střihání prsty (8 bodů). Nejhůře jim šlo vytrhávat obrázky, kdy ani jedno dítě nezvládlo vytrhat alespoň dva obrázky ze tří (0 bodů). Naproti tomu ve skupině „B“ (tabulka č. 4), děti zvládly pět úkolů s plným počtem bodů (10 bodů). Problémy měly pouze s vytrháváním obrázků (6).

4.3.3 Vyšetření grafomotoriky

Pro vyšetření grafomotoriky jsem použila výkresy z publikací *Diagnostika dítěte předškolního věku* (Bednářová, Šmardová, 2011) a *Školní zralost* (Bednářová, Šmardová, 2011). Na začátku před kreslením, jsem s dětmi vždy procvičovala ruku pomocí cviků na uvolňování ruky. Kreslení vždy prováděly trojhrannou tužkou, kterou běžně používají ve školce. Maximální možný počet dosažených bodů pro skupinu pěti dětí ve skupině „A“ bylo 30 bodů pro pět dětí ze skupiny „B“ bylo také 30 bodů.

Tabulka č. 5: Vyšetření grafomotoriky Skupina A

GRAFOMOTORIKA Skupina A	Zuby	Horní smyčka	Spodní smyčka
Dítě A1 (D 5,10)	2	0	0
Dítě A2 (H 6,6)	0	0	0
Dítě A3 (H 6,1)	0	0	2
Dítě A4 (H 5,6)	2	0	0
Dítě A5 (H 6,8)	0	0	0
CELKEM SPLNILO	4	2	2

Tabulka č. 6: Vyšetření grafomotoriky Skupina B

GRAFOMOTORIKA Skupina B	Zuby	Horní smyčka	Spodní smyčka
Dítě B1 (D 5,9)	2	2	2
Dítě B2 (H 5,7)	2	2	0
Dítě B3 (H 5,11)	2	2	2
Dítě B4 (H 6,2)	2	2	0
Dítě B5 (H 6,0)	2	0	2
CELKEM SPLNILO	10	8	6

U grafomotoriky v tabulce č. 5 se dětem ze skupiny „A“ nedařilo v kreslení horní (2 body) a spodní smyčky (2 body). Všechny tyto děti měly špatný úchop tužky, křečovitě držení a některé na tužku velice silně tlačily. Určité problémy, měly se spodní smyčkou i děti ze skupiny „B“ v tabulce č. 6. Naopak nejlépe se jim dařilo v kreslení zubů, kde získaly plný počet bodů (10).

4.3.4 Vyšetření orální motoriky

Při vyšetření orální motoriky, jsem se inspirovala úkoly z publikace *Průvodce vývojem dětské řeči* (Kutálková, 2009) a s publikace *Diagnostika dítěte předškolního věku* (Bednářová, Šmardová, 2011).

Dětem jsem vysvětlila a poté předváděla úkoly a ony je po mě opakovaly. Maximální možný počet dosažených bodů pro skupinu pěti dětí ve skupině „A“ bylo 60 bodů pro pět dětí ze skupiny „B“ bylo také 60 bodů.

Tabulka č. 7: Vyšetření orální motoriky Skupina A

ORÁLNÍ MOTORIKA Skupina A	Přisátí jazyka na horní patro (mlaskání)	Ťukat špičkou jazyka za zuby (datel)	Olizování rtů dokola	Špičkou jazyka jezdit po zubech	Široké otevírání a zavírání pusy	Udělat ruličku z jazyka (korýtko)
Dítě A1 (D 5,10)	2	0	2	0	2	0
Dítě A2 (H 6,6)	0	2	2	0	0	2
Dítě A3 (H 6,1)	2	0	0	2	2	0
Dítě A4 (H 5,6)	2	0	2	0	2	2
Dítě A5 (H 6,8)	0	0	0	0	0	0
CELKEM	6	2	6	2	6	4

Tabulka č. 8: Vyšetření orální motoriky Skupina B

ORÁLNÍ MOTORIKA Skupina B	Přisátí jazyka na horní patro (mlaskání)	Ťukat špičkou jazyka za zuby (datel)	Olizování rtů dokola	Špičkou jazyka jezdit po zubech	Široké otevírání a zavírání pusy	Udělat ruličku z jazyka (korýtko)
Dítě B1 (D 5,9)	2	2	2	2	2	2
Dítě B2 (H 5,7)	2	2	2	2	2	0
Dítě B3 (H 5,11)	2	0	2	2	2	2

Dítě B4 (H 6,2)	0	2	2	2	2	0
Dítě B5 (H 6,0)	2	2	2	2	2	2
CELKEM	8	8	10	10	10	6

Nejhorší výsledky měly děti ze skupiny „A“ (tabulka č. 7) v ťukání jazyka za zuby (2 body) a nešlo jim jezdit jazykem po zubech (2 body). Připisuji to neobratnosti mluvidel. Oproti tomu děti ve skupině „B“ (tabulka č. 8) splnily tři úkoly v plném počtu bodů (10) a pouze v jednom úkolu, udělat ruličku z jazyka získaly nejvíce 6 bodů.

4.3.5 Vyšetření mikromotoriky

Mikromotoriku, neboli oční pohyby, vyšetřuje oční lékař. Je ale jedním z ukazatelů školní zralosti a tak jsem se rozhodla ji zařadit do svého šetření. K tomu jsem použila testy, které jsem čerpala z publikace *Průvodce vývojem dětské řeči* (Kutálková, 2009) a dále z publikace *Školní zralost* (Bednářová, Šmardová, 2011). Jsou to jen orientační testy, ale dokáží napovědět, zda má dítě problémy s mikromotorikou, či nikoliv. Maximální možný počet dosažených bodů pro skupinu pěti dětí ve skupině „A“ bylo 30 bodů pro pět dětí ze skupiny „B“ bylo také 30 bodů.

Tabulka č. 9: Vyšetření mikromotoriky Skupina A

MIKROMOTORIKA Skupina A	Jmenování obrázků zleva doprava	Sledovat očima pohyby ruky	Poskládat obrázek z několika částí (puzzle)
Dítě A1 (D 5,10)	2	2	1
Dítě A2 (H 6,6)	2	2	2
Dítě A3 (H 6,1)	2	2	1
Dítě A4 (H 5,6)	2	2	2

Dítě A5 (H 6,8)	0	2	0
CELKEM	8	10	6

Tabulka č. 10: Vyšetření mikromotoriky Skupina B

MIKROMOTORIKA Skupina B	Jmenování obrázků zleva doprava	Sledovat očima pohyby ruky	Poskládat obrázek z několika částí (puzzle)
Dítě B1 (D 5,9)	2	2	2
Dítě B2 (H 5,7)	2	2	2
Dítě B3 (H 5,11)	2	2	0
Dítě B4 (H 6,2)	2	2	1
Dítě B5 (H 6,0)	2	2	2
CELKEM	10	10	7

Výsledky šetření v mikromotorice se u skupiny „A“ (tabulka č. 9) a u skupiny „B“ (tabulka č. 10) mnohem neliší. Dokonce skupina „A“ získala v jednom úkolu plný počet bodů (10), což se stalo pouze dvakrát v celém tomto testu. V dalších dvou nepříliš zaostávala za skupinou „B“. Té se podařilo u dvou úkolů dosáhnout plného počtu bodů (10).

Mikromotorika se sice projevila jako horší, ale ne tolik závažně postiženou oblastí motoriky u dětí s breptavostí, či překotnou nebo zrychlenou mluvou, jako je to u jiných oblastí motoriky.

4.4 Závěr šetření

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou úroveň motoriky mají předškolní děti s breptavostí, či překotnou nebo zrychlenou mluvou. Šetření jsem provedla u pěti dětí, které vykazují znaky breptavosti a je vysoká pravděpodobnost, že u nich bude v budoucnu diagnostikována. Pro porovnání jsem ještě výzkum provedla u pěti dětí, s intaktní mluvou, u kterých se nevyskytují žádné jiné fyziologické problémy.

H1 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu hrubé motoriky – **se potvrdila.**

Skupina A – 39 bodů

Skupina B - 58 bodů.

Toto šetření prokazuje zhoršenou hrubou motoriku u skupiny „A“, hlavně koordinaci těla, jako celku.

H2 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu jemné motoriky - **se potvrdila.**

Skupina A – 29 bodů

Skupina B – 56 bodů

V jemné motorice se nedostatky u skupiny „A“ projevily především v koordinaci jednotlivých prstů a ve spolupráci obou rukou. Výsledky jsou podprůměrné. Děti se vyrovnávaly s úkoly po svém, nebo jim trvaly příliš dlouho.

Ve skupině „B“ naopak byly téměř všechny úkoly splněny v plném počtu bodů.

H3 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu grafomotoriky - **se potvrdila.**

Skupina A – 6 bodů

Skupina B – 24 bodů

U všech dětí ze skupiny „A“ se projevovaly problémy v držení psacího náčiní a také v tlaku na tužku. Tahy tužkou byly neúhledné a často roztřesené či kostrbaté. Zde se projevilo spojení mezi motorikou orální a motorikou ruky.

Ve skupině „B“ nejlépe všechny děti uspěly v kreslení zubů.

H4 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu orální motoriky - **se potvrdila.**

Skupina A – 26 bodů

Skupina B – 52 bodů

Orální motorika je pro děti s breptavostí ze skupiny „A“ klíčová. Při vyšetření se dětem nevedlo hlavně v úkolech, které ukazovaly velikost čelistního úhlu. Ten, jak uvádí ve svém výzkumu E. Vymlátílová, mívají děti s breptavostí menší, než je běžné. Toto se potvrdilo.

H5 Předpokládám, že děti s breptavostí, nebo zrychleným, či překotným tempem řeči mají horší výsledek v testu mikromotoriky - **se potvrdila.**

Skupina A – 24 bodů

Skupina B – 27 bodů

V mikromotorice se u dětí ze skupiny „A“ neprojevilo tolik nedostatků nejspíše proto, že s ní mívají problémy nejčastěji děti s dyslexií. I přesto, toto šetření doplnilo můj výzkum.

Toto šetření prokazatelně ukázalo rozdíly v úrovni motoriky mezi skupinou „A“ a skupinou „B“. Skupina „A“ získala celkem 124 bodů. Skupina „B“ získala celkem 217 bodů. V celkovém součtu je rozdíl mezi skupinami 93 bodů. Ani skupina „B“ však nedosáhla plného počtu bodů (250). Může to být danou fyzickou neobratností, nebo také způsobem,

jakým dnešní děti tráví volný čas, kdy častěji dávají přednost sezení u počítače, či televize, před samotným pohybem.

Zkoumání motorických dovedností dětí mi poskytlo ucelený přehled o úrovni jejich motoriky.

Tabulka č. 11: Celkové vyhodnocení motoriky

CELKOVÉ VYHODNOCENÍ MOTORIKY			
Skupina A		Skupina B	
Hrubá motorika	39	Hrubá motorika	58
Jemná motorika	29	Jemná motorika	56
Grafomotorika	6	Grafomotorika	24
Orální motorika	26	Orální motorika	52
Mikromotorika	24	Mikromotorika	27
Celkem bodů	124	Celkem bodů	217

4.5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá úrovní motoriky u předškolních dětí a to motorikou hrubou, jemnou, grafomotorikou, oromotorikou a mikromotorikou. Je odvozena od výzkumu, jež prováděla E. Vymlátílová (1973), který se zabýval psychologickými nálezy u breptavých dětí.

Šetření potvrdilo výzkum E. Vymlátílové, která uvádí, že děti s breptavostí mají zhoršenou motoriku těla a poukazuje na to, že se tato porucha projevuje v řeči, jejím zrychleném tempu, přeřikáváním, polykáním a komolením slabik, a že postihuje celkovou osobnost člověka. Dále uvádí, že se u těchto dětí vyskytuje často nevhodný typ laterality, mají špatnou koncentraci pozornosti, je narušena pravo-levá orientace a mají nedostatky v jemné motorické koordinaci. I přesto, že E. Vymlátílová tento výzkum prováděla v odlišné době a se staršími dětmi, u kterých již byla breptavost diagnostikována, dochází zde ke shodě.

V. Lechta ve své publikaci *Diagnostika narušené komunikační schopnosti* (2003) uvádí, že motorika je u breptavosti narušena v oblasti orální (artikulace) a v poruše motorické koordinace. Dále, že se projevuje ve čtení, psaní, rytmu, hudebnosti a chování.

Šetření potvrdilo teorie V. Lechty, ohledně motorické koordinace i orální artikulace, ale vzhledem k malému věku zkoumaného vzorku, nemohlo potvrdit teorie týkající se čtení a psaní.

Podle M. Sováka (Logopedie předškolního věku, 1984), je postižena u breptavých především plynulost řeči tj. motorika orální. Uvádí, že u breptavého dítěte se může projevit i patlavost, nebo že mluva vyznívá dost monotónně.

Monotónní řeč ani patlavost šetření nepotvrdilo, pouze potvrdilo teorie, týkající se motoriky orální.

Kutálková (Logopedická prevence, 1996) obecně shrnuje, že motorika je u breptavých zhoršená, mají horší výkony ve vnímání, v senzomotorické orientaci a lze breptavost považovat za jeden z projevů LMD.

Souhrn šetření prokázal rozdíly v úrovni motoriky u dětí s breptavostí, či překotnou, nebo zrychlenou mluvou a u dětí s mluvou intaktní, které nejeví žádné fyziologické problémy. Zhoršená motorika byla tedy prokázána ve všech oblastech šetření. Lze tedy potvrdit teorie D. Kutálkové.

Většina těchto dětí s příznaky breptavosti dochází teprve krátký čas na logopedii. Dokonce maminka děvčete odmítla docházet na logopedii vůbec. Je škoda, že v dnešní době, kdy jsou možnosti, jak s touto diagnózou úspěšně bojovat, vše naráží na liknavost některých rodičů a děti se pak někdy nedostanou k logopedovi včas, nebo dokonce vůbec.

Závěr

Bakalářská práce „Dítě s breptavostí v mateřské škole a úroveň jeho motoriky“ se zabývá úrovní motoriky u dětí s breptavostí v různých jejích oblastech. Týká se to oblasti hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, oromotoriky a mikromotoriky.

Výzkumné šetření jsem prováděla u 5 dětí, u kterých se projevují příznaky breptavosti, ale ani u jednoho nebyla breptavost zatím diagnostikována a 5 dětí s intaktní mluvou. Tyto dvě skupiny jsem zvolila záměrně, aby bylo možné lépe porovnat výsledky šetření. Prováděla jsem ho testovou metodou a čerpala jsem informace i od pedagogických pracovníků, nebo z portfolií. Testovala jsem u dětí motoriku hrubou, jemnou, grafomotoriku, oromotoriku a mikromotoriku. Děti byly vždy předem seznámeny s úkoly a plnily je samostatně.

Po vyhodnocení výsledků, jsem zjistila, že se potvrdily všechny hypotézy. Úroveň motoriky je u dětí s breptavostí, či překotnou nebo zrychlenou mluvou, zhoršená ve všech zkoumaných oblastech, oproti dětem s intaktní řečí.

Největší bodový rozdíl jsem zaznamenala v grafomotorice, pravděpodobně proto, že orální motorika a grafomotorika jsou úzce propojeny a v případě, že je postiženo mluvní ústrojí, projeví se to i v motorice ruky. Potvrzují to výsledky šetření, kdy v orální motorice dosahovaly děti s breptavostí, či překotnou nebo zrychlenou mluvou také málo bodů. Nejmenší rozdíl bodů jsem zaznamenala u mikromotoriky, zřejmě proto, že s očními pohyby mají spíše problémy děti s dyslexií.

V tomto šetření, byl zkoumán pouze malý vzorek dětí a tak jeho výsledky mohou pouze potvrdit již provedené výzkumy. Především, ale může upozornit na tuto poruchu, která v dnešní době není úplně v popředí zájmu.

Toto téma bylo pro mne velmi zajímavé a pomohlo mi získat spoustu nových informací.

Shrnutí

Práce je zaměřena na úroveň motoriky u předškolních dětí, ve spojitosti s poruchou breptavosti. Pojednává o breptavosti, jejím výskytu, příčinách, projevech a možnosti terapie. Také se zabývá její podobností se syndromem ADHD. Práce sleduje četnost výskytu u těchto vad a jejich propojení s motorikou těla.

První tři kapitoly pojednávají teoreticky o problematice breptavosti, ADHD a motorice předškolního dítěte. Ve čtvrté kapitole je analýza a vyhodnocení výsledků šetření. Cílem práce je porovnání teoretických poznatků s výsledky vlastního šetření a konečnému zhodnocení řešené problematiky.

Seznam použité literatury

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Dotisk prvního vydání. Brno: Computer Press, 2011. 218 s. ISBN 978-80-251-1829-0.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Dotisk prvního vydání. Brno: Computer Press, 2011. 99 s. ISBN 978-80-251-2569-4.

EDELSBERGER Ludvík a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: H+H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

JOŠT Jiří. *Čtení a dyslexie*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 384 s. ISBN 978-80-247-3030-1.

JUCOVIČOVÁ Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

KLENKOVÁ Jiřina. *Logopedie*. Dotisk prvního vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. První vydání. Praha: Portál, 1996. 216 s. ISBN 80-7178-115-0.

KUTÁLKOVÁ Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči: Logopedická prevence*. Páté, přepracované vydání. Praha: Galén, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7262-598-7.

KUTÁLKOVÁ Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem: 2., aktualizované vydání*. První vydání. Praha: Grada publishing, 2010. 136 s. ISBN 978-80-247-3080-6.

LECHTA Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. První vydání. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5

LECHTA Viktor a Barbara KRÁLIKOVÁ. Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči. První vydání. Praha: Portál, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7367-849-4.

LECHTA Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. První vydání. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA Viktor a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. První vydání. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5

LEJSKA Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

REIFOVÁ F. Sandra. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD. První vydání. Praha: Portál, 1999. 256 s. ISBN 80-7178-287-4.

SOBOTKOVÁ Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ, kol. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0398-X.

SOVÁK Miloš. *Logopedie*. Druhé vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 464 s. ISBN 06-40-11/II/2.

SOVÁK Miloš. *Logopedie předškolního věku*. První vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 224 s. ISBN 0-72-19/1.

SZABOVÁ Magdaléna. *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky: stimulační hry pro děti od 3 let*. První vydání. Praha: Portál, 1999. 152 s. ISBN 80-7178-276-9.

TŘESOHLAVÁ Zdeňka a Marie ČERNÁ, Marie KŇOURKOVÁ. Dříve než půjde do školy: lehká mozková dysfunkce v předškolním věku. První vydání. Praha: Avicenum, 1990. 128 s. ISBN 80-201-0015-6.

Seznam tabulek

Tab. č. 1 – Vyšetření hrubé motoriky Skupina A.....	46
Tab. č. 2 – Vyšetření hrubé motoriky Skupina.....	46
Tab. č. 3 – Vyšetření jemné motoriky Skupina A.....	47
Tab. č. 4 – Vyšetření jemné motoriky Skupina B.....	48
Tab. č. 5 – Vyšetření grafomotoriky Skupina A.....	49
Tab. č. 6 – Vyšetření grafomotoriky Skupina B.....	49
Tab. č. 7 – Vyšetření oromotoriky Skupina A.....	50
Tab. č. 8 – Vyšetření oromotoriky Skupina B.....	50
Tab. č. 9 – Vyšetření mikromotoriky Skupina A.....	51
Tab. č. 10 – Vyšetření mikromotoriky Skupina B.....	52
Tab. č. 11 – Celkové vyhodnocení motoriky.....	55

Seznam příloh

Příloha č. 1 : Tabulka plnění úkolů

Příloha č. 2 : Objekty zleva doprava

Příloha č. 3 : Obrázky na skládání

Příloha č. 4 : Grafomotorické prvky – Dítě A1

Příloha č. 5 : Grafomotorické prvky – Dítě A2

Příloha č. 6 : Grafomotorické prvky – Dítě A3

Příloha č. 7 : Grafomotorické prvky – Dítě A4

Příloha č. 8 : Grafomotorické prvky – Dítě A5

Příloha č. 9 : Grafomotorické prvky – Dítě B1

Příloha č. 10 : Grafomotorické prvky – Dítě B2

Příloha č. 11 : Grafomotorické prvky – Dítě B3

Příloha č. 12 : Grafomotorické prvky – Dítě B4

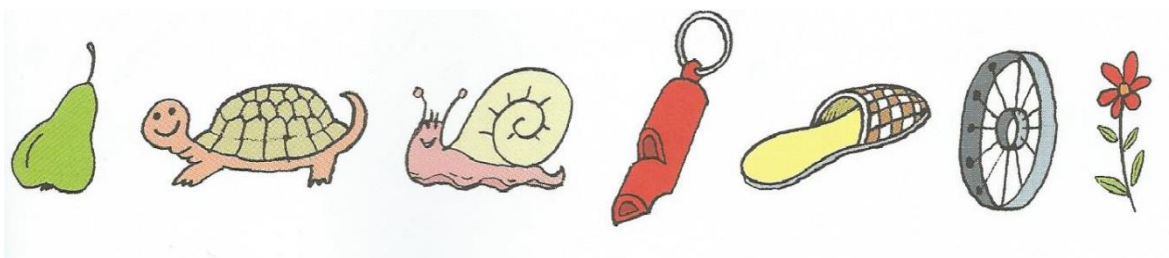
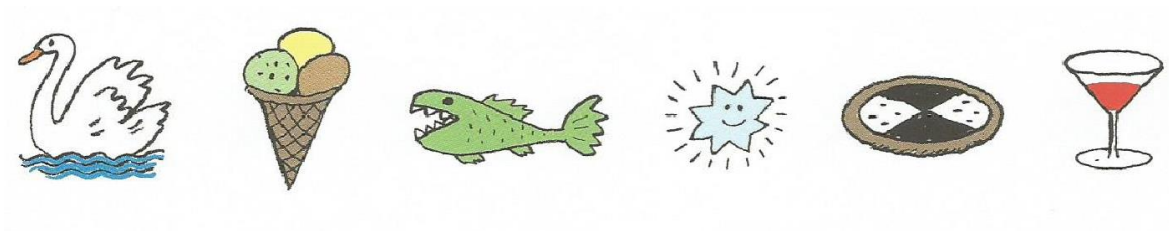
Příloha č. 13 : Grafomotorické prvky – Dítě B5

Příloha č. 1

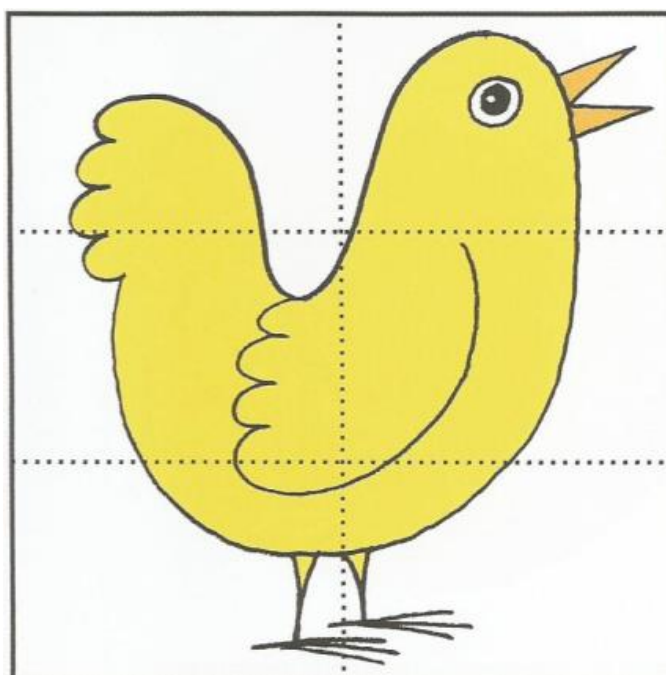
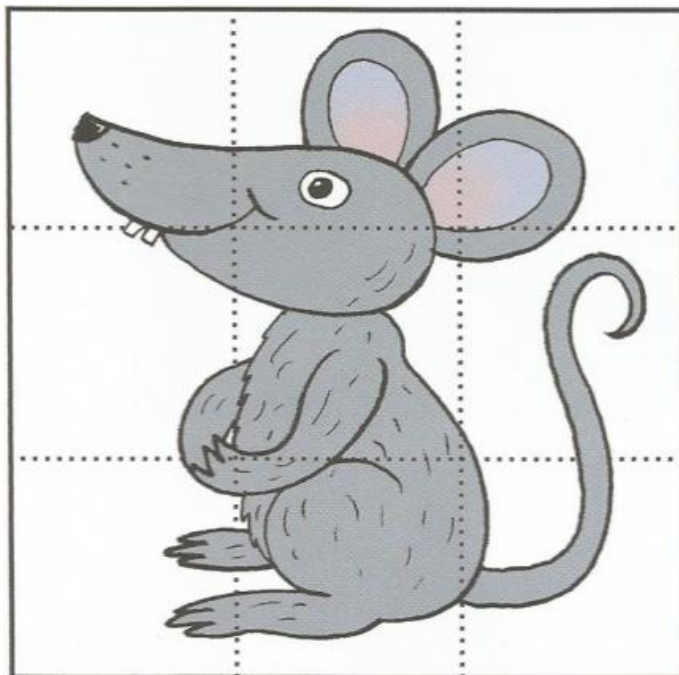
HRUBÁ MOTORIKA	Zvládá	Zvládá s obtížemi	Nezvládá
Stoj na jedné noze s upažením			
Přeskok přes nízkou překážku			
Poskoky na jedné noze			
Házení na cíl dominantní rukou			
Chytání míče oběma rukama			
Přejít přes kladinu			
Chůze po schodech (střídání nohou)			
JEMNÁ MOTORIKA			
Navlékání korálek dominantní rukou			
Stavění věže (8 kostek)			
Otevírání dlaně postupně po prstech			
Dotýkání palce s ostatními prsty			
Střihání prsty (nůžky)			
Vytrhávání obrázků			
GRAFOMOTORIKA			
Zuby			
Horní smyčka			
Spodní smyčka			
CELKEM BODY			

OROMOTORIKA			
Přísátí jazyka na horní patro (mlaskání)			
Ťukat špičkou jazyka za zuby (datel)			
Olizování rtů dokola			
Špičkou jazyka jezdit po zubech			
Široké otevírání a zavírání pusy			
Udělat ruličku z jazyka (korytko)			
MIKROMOTORIKA			
Jmenování obrázků zleva doprava			
Sledovat očima pohyb ruky			
Poskládat obrázek z několika částí (puzzle)			
CELKEM BODY			

Příloha č. 2



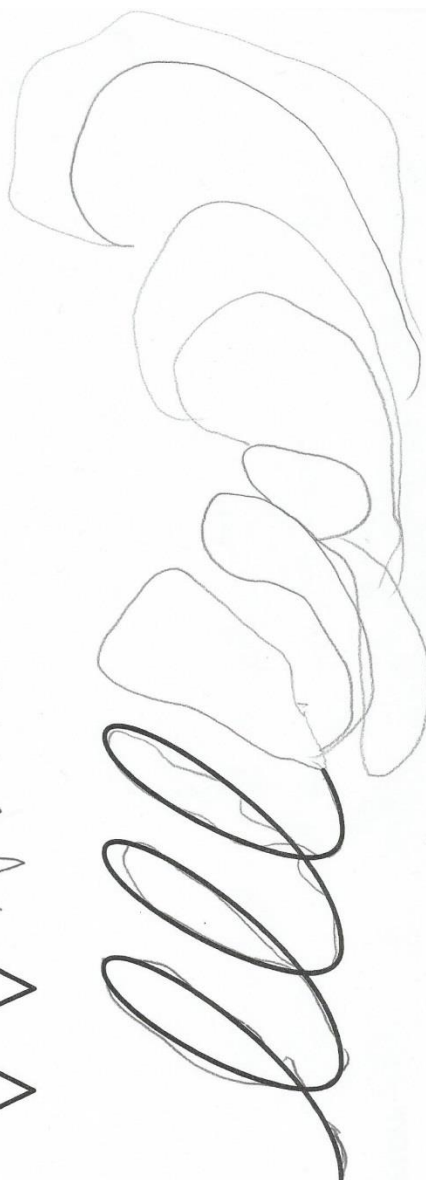
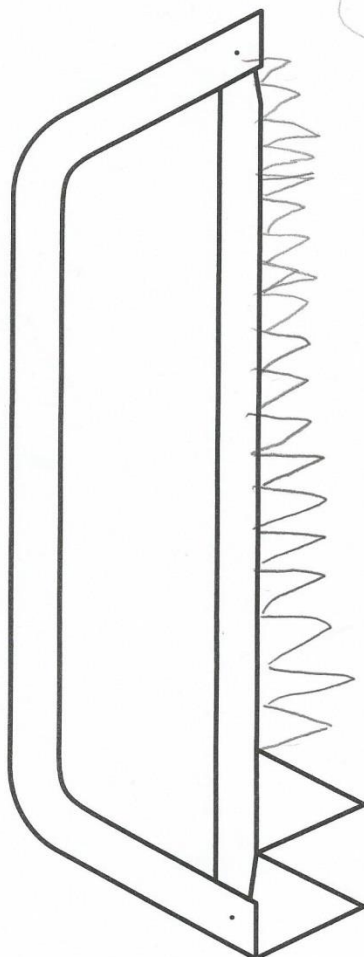
Příloha č. 3



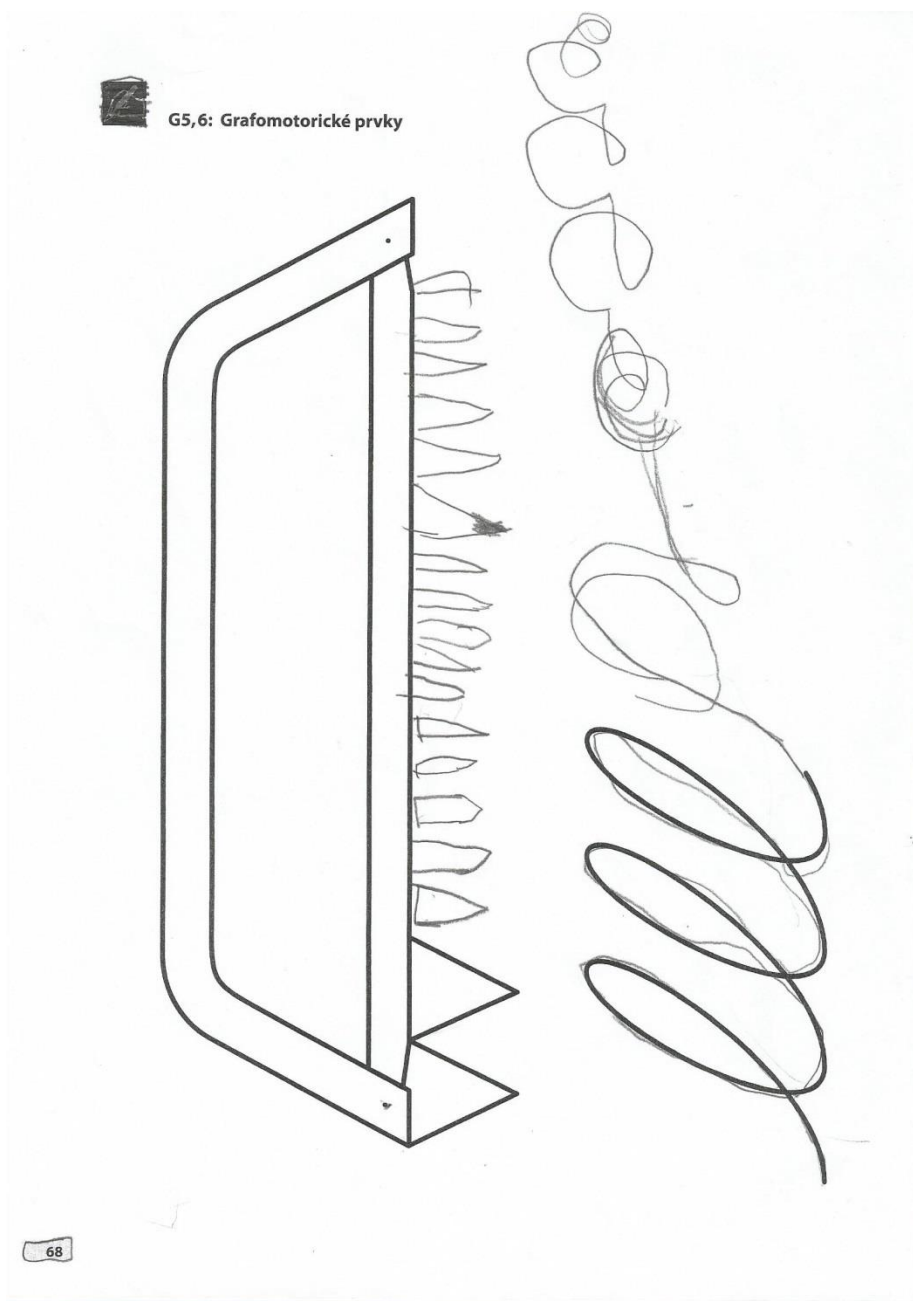
Příloha č. 4



G5,6: Grafomotorické prvky



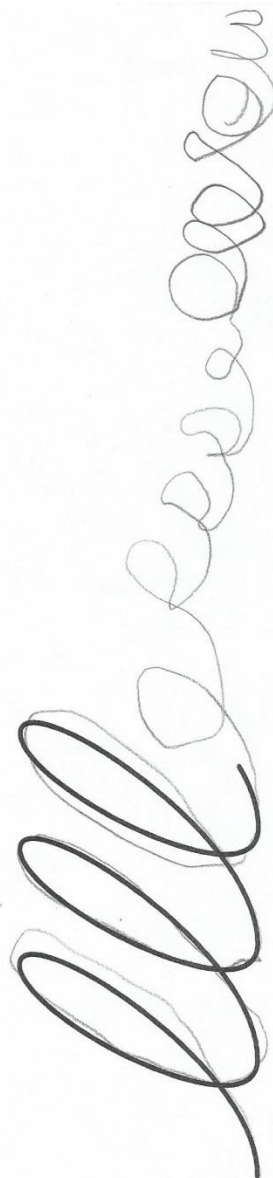
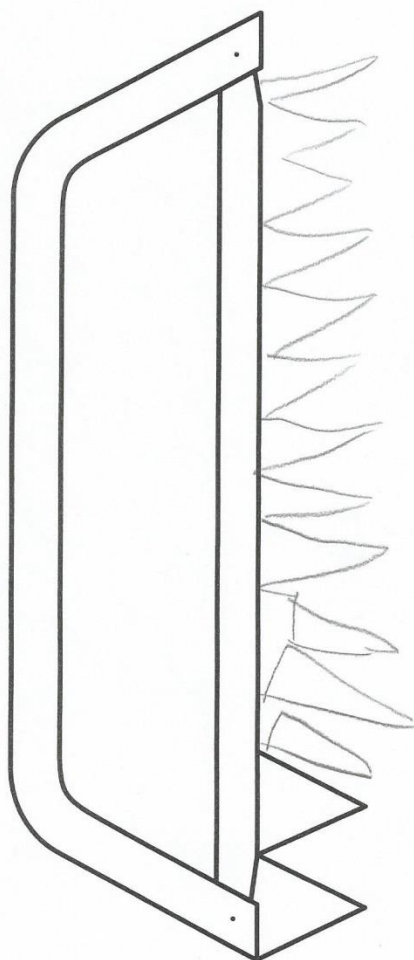
Příloha č. 5



Příloha č. 6



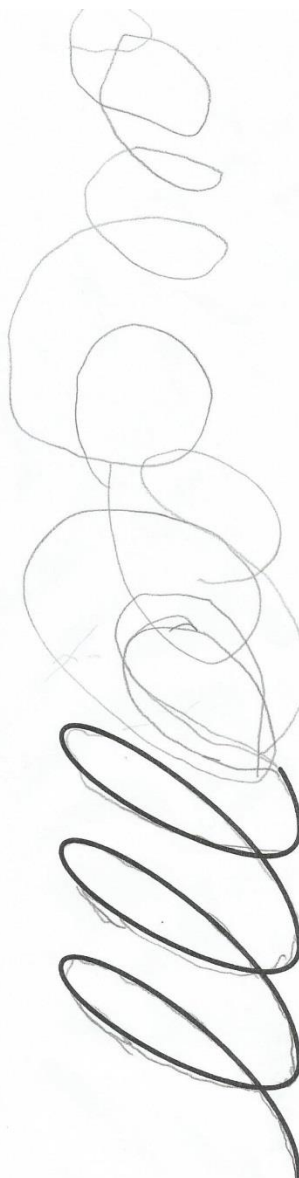
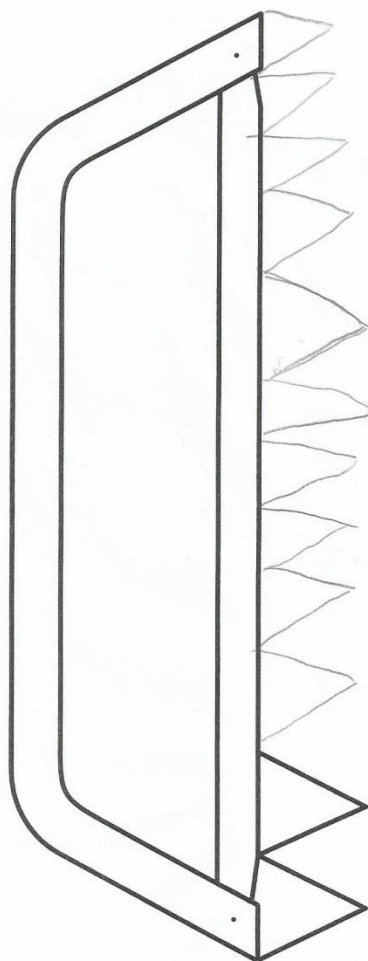
G5,6: Grafomotorické prvky



Příloha č. 7



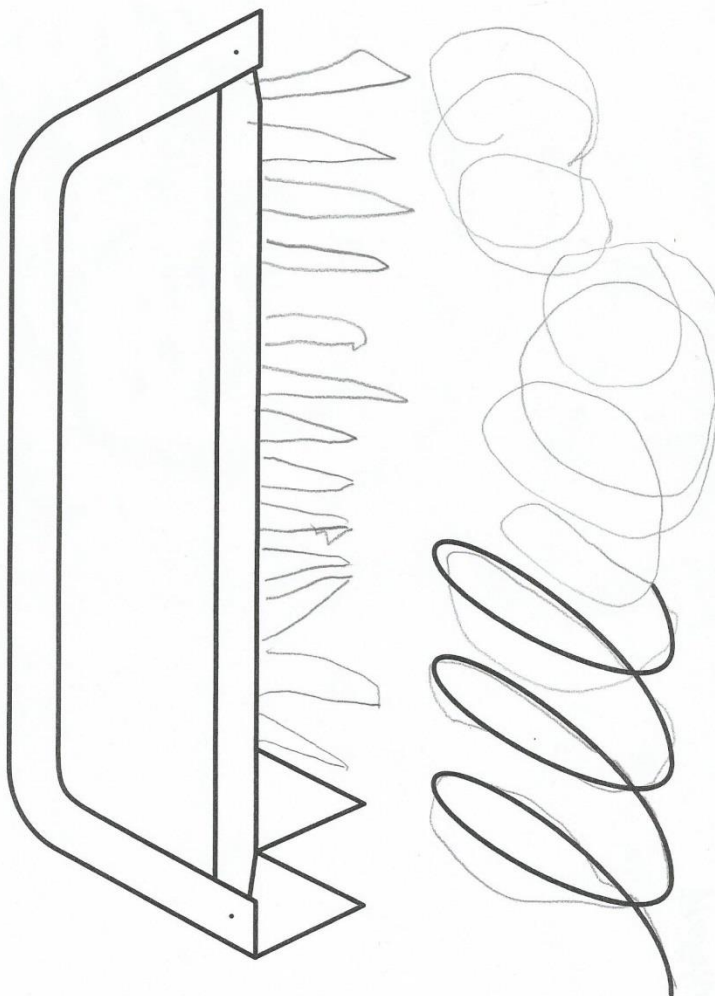
G5,6: Grafomotorické prvky



Příloha č. 8



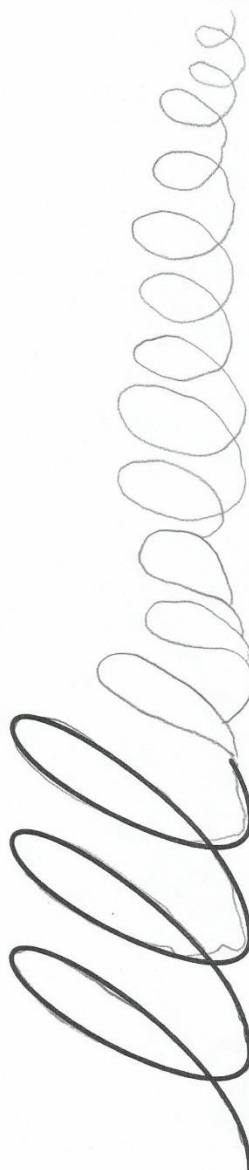
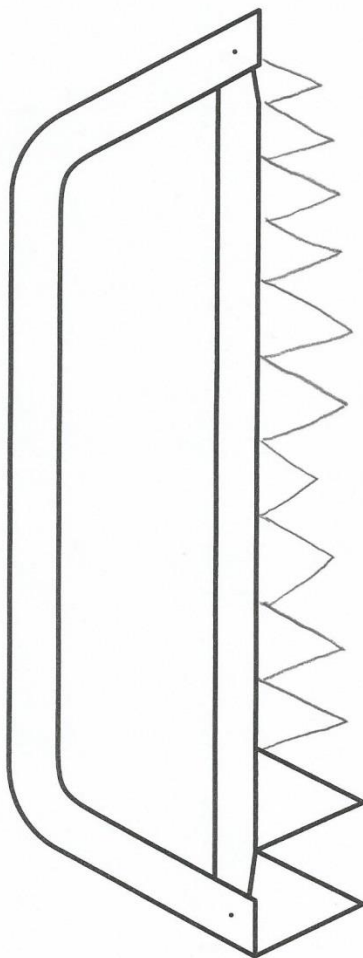
G5,6: Grafomotorické prvky



Příloha č. 9



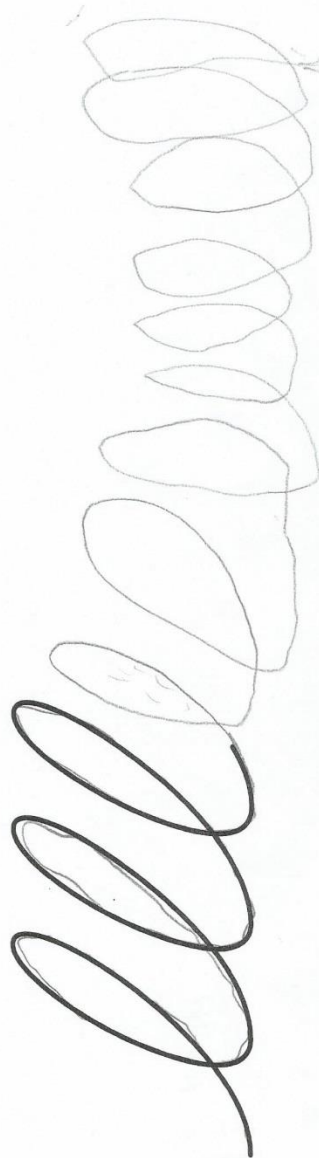
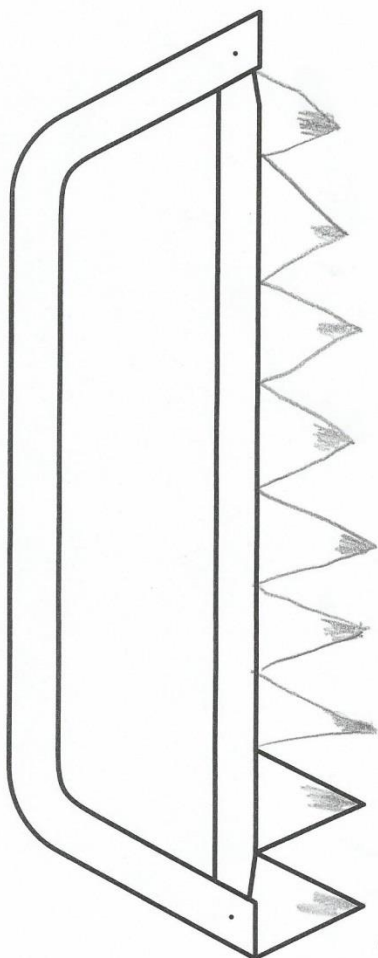
G5,6: Grafomotorické prvky



Příloha č. 10



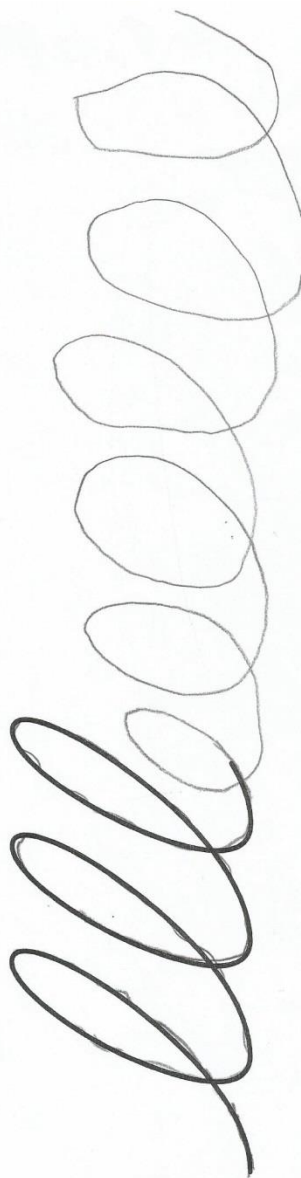
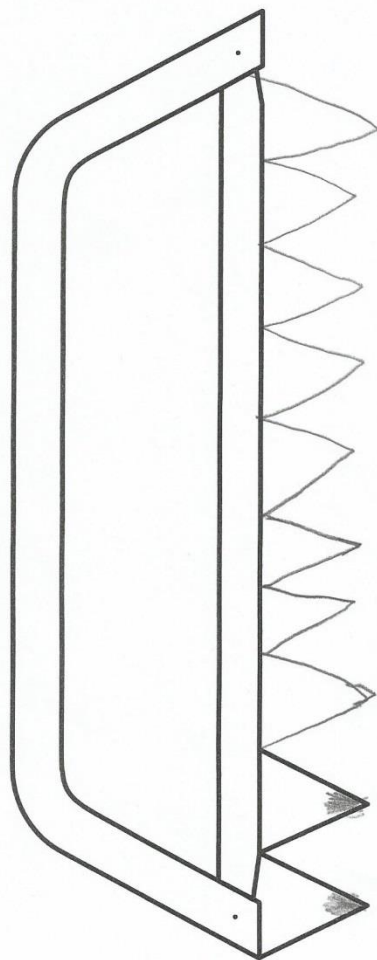
G5,6: Grafomotorické prvky



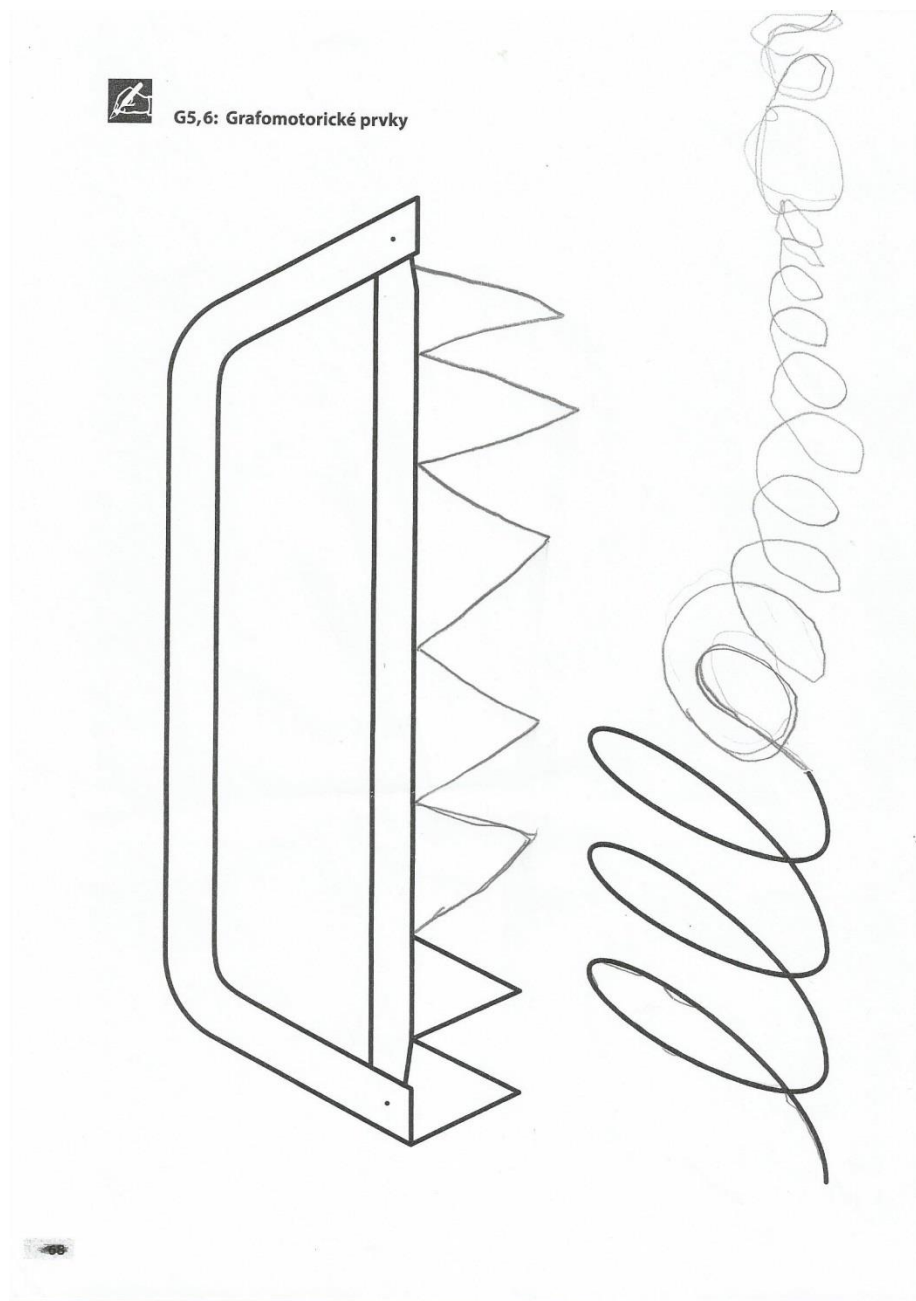
Příloha č. 11



G5,6: Grafomotorické prvky



Příloha č. 12



Příloha č. 13



G5,6: Grafomotorické prvky

