



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

Podpora dítěte s vývojovou dysfázií do 10 let věku

Vypracovala: Eva Doležalová

Vedoucí práce: PaedDr. Alena Váchová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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 24. března 2017

Eva Doležalová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní PaedDr. Aleně Váchové za její cenné rady, připomínky a odbornou pomoc. Dále bych ráda poděkovala Antonii, její rodině, paní učitelkám mateřské i základní školy a paní logopedce. Touto cestou bych také chtěla poděkovat své rodině a svým blízkým za podporu a trpělivost v době mého studia.

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je analyzovat výchovu, vzdělávací i logopedickou podporu dívky s vývojovou dysfázií a to od narození do 10 let. Práce odkrývá i problémy a příklady dobré praxe. Teoretická část se zabývá vývojovou dysfázií – její terminologií, symptomatologií, etiologií, diagnostikou a terapií, dále také možnostmi vzdělávání dětí s touto vadou. Obsahem praktické části je případová studie dívky, která navštěvovala běžnou mateřskou školu a nyní se vzdělává v běžné základní škole. Studie je zaměřena na konkrétní projevy vývojové dysfázie, logopedickou intervenci, podporu rodiny a vzdělávacích zařízení. Odkrývá problémy, které ve vývoji dívky nastaly, i jejich řešení.

Klíčová slova

Vývojová dysfázie, vzdělávání, integrace, inkluze, logopedická péče.

Abstract

The aim of this thesis is analysis of upbringing, education and speech therapy support of the girl with developmental dysphasia from birth up to 10 birthday. thesis reveal problems and good examples of practice. In theoretical chapter will be composed developmental dysphasia, its terminology, symptomatology etiology, diagnosis and therapy, further also options of education of children with this dysfunction. In practical chapter will be composed case study of the girl, which visited normal kindergarten school and now is integrated in normal elementary school. In thesis will be describe manifestations of developmental dysphasia, speech therapy intervention, support of the family and educational institution.

Key words

Developmental dysphasia, education, integration, inclusion, speech therapy.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	9
1.1 Terminologie	10
1.2 Symptomatologie	10
1.3 Etiologie.....	12
1.4 Diagnostika.....	13
1.5 Terapie	16
2 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ.....	19
2.1 Vymezení pojmů výchova a vzdělávání.....	20
2.2 Možnosti vzdělávání dětí s vývojovou dysfázíí	21
2.3 Výchova dítěte s vývojovou dysfázíí.....	22
2.4 Inkluze	23
PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	28
3.1 Cíl výzkumu	28
3.2 Metody výzkumu.....	28
3.3 Případová studie.....	30
3.3.1 Osobní a rodinná anamnéza	30
3.3.2 Vývoj řeči.....	32
3.3.3 Paměť.....	34
3.3.4 Vývoj kresby	35
3.3.5 Vývoj grafomotoriky	37
3.3.6 Chování	38
3.3.7 Orientace v okolním světě	39
4 Diskuze.....	40

5 ZÁVĚR.....	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	52
SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

K životu člověka neodmyslitelně patří i řeč. Používáme ji proto, abychom mohli vyjádřit různé myšlenky, přání, city, pocity nebo potřeby. Pomocí řeči se snadno dorozumíme s ostatními lidmi. Komunikace je také spjata s myšlením, rozvíjením myšlenkové činnosti a osobnosti jedince. Nabýváme znalostí o světě, chápeme nejrůznější děje, navazujeme vztahy a kontakty s ostatními, na tom všem má nemalý podíl i schopnost dorozumívání se. S řečí sice na tento svět nepřicházíme, ale máme vrozenou potřebu se ji naučit, abychom se mohli lépe poznávat a sdělovat ostatním své potřeby.

Ne všichni lidé mají možnost bez problémů mluvit s ostatními. Někdy je to následek stydlivosti nebo také toho, že se člověk nachází v cizí zemi a neovládá příslušný jazyk. Jindy však může být člověk v rodné vesnici, obklopen blízkými a přesto má problém něco říct, s někým komunikovat. V těchto případech již nemůžeme říct, že se člověk stydí nebo neovládá jazyk, kterým se v okolí hovoří, ale může jít o vadu řeči. Takovýchto poruch je mnoho a jsou různě závažné od ráčkování až po úplnou absenci řeči, některé provází člověka celý život, jiné postupem času zmizí, přeucí se nebo v opačném případě se objeví.

Tato bakalářská práce bude pojednávat o vývojové dysfázii a následným začleněním dívky do běžné mateřské i základní školy. Slouží k přiblížení problematiky začlenění jedince s postižením do zdravého kolektivu. Cílem bakalářské práce je přiblížit problém vývojové dysfázie a inkluze na konkrétním případě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Vývojovou dysfázi lze klasifikovat jako sníženou nebo úplnou neschopnost verbální komunikace. Děje se tak i přesto, že podmínky pro vytvoření řeči jsou optimální – jedinec není sluchově ani mentálně postižený a žije v podnětném sociálním prostředí (Pipeková (ed.), 2006).

I když jsou podmínky pro vývoj řeči optimální (v rovině sluchové, mentální i sociální), mozek bývá nezralý nebo se během vývoje poškodí. Stačí malé odchylky od normy a dítě může trpět opožděným vývojem i vývojovou poruchou řeči. Porucha centrálního zpracování řečového signálu, tak lze definovat vývojovou dysfázi. Postižený nedostatečně rozumí řečovému signálu, proto je pak vlastní řeč defektivní (Lejska, 2003).

Narušená komunikační schopnost může zasahovat i do několika rovin mluveného projevu současně. Těchto rovin je několik: foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická. Vývojová dysfázie zasahuje zpravidla do všech výše vyjmenovaných složek. Nejčastěji se prvně projeví v rovině morfologicko-syntaktické, která je častým indikátorem poruch řeči. Tyto roviny se neprojevují pouze při verbální komunikaci, ale ovlivňují i neverbální část, která tvoří větší část lidské komunikace (Lechta in Bytešníková, 2012).

Říčan a Krejčířová (2006) vnímají vývojovou dysfázi jako poruchu osvojení si mluvené řeči, při které dochází k velkému rozdílu mezi porozuměním a produkcí. Zároveň blíže popisují její typy. Stejně tak i Klenková, Bočková a Bytešníková (2012) se přiklánějí k tomuto dělení.

1. Expresivní vývojová dysfázie – děti mají ve velké míře problémy s artikulací a gramatikou, proto nebývají schopné plynulého vyjádření. Pasivní slovní zásoba převládá nad tou aktivní, která se začne tvořit teprve kolem čtvrtého roku života. Tyto děti navzdory svému handicapu mají velký zájem o komunikování s ostatními.

2. Receptivní vývojová dysfázie – na rozdíl od expresivní vývojové dysfázie se tento typ vyznačuje tím, že dítě má obtíže se samotným porozuměním mluvené řeči a často také nevěnuje takovou pozornost verbálním projevům. Často se stává, že rozvoj symbolického a abstraktního myšlení je zpomalen, což může v budoucnu předpovídat potíže v matematice.

3. Smíšená vývojová dysfázie – jak již název napovídá, jde o kombinaci obou, výše zmíněným, typů.

Všichni autoři se shodují, že nejčastějším typem je smíšený typ vývojové dysfázie a dále dodávají, že postihuje více chlapců.

U vývojové dysfázie je důležité si uvědomit, že se nejedná o prostý opožděný vývoj řeči. Zde občas dochází k chybnému vymezení i v odborné literatuře. Hlavním rozdílem mezi vývojovou dysfázií a opožděným vývojem řeči je takový, že dítě s opožděným vývojem řeči dojde k normě, naproti tomu dysfatic se normě pouze přiblíží (Müller, 2001).

1.1 Terminologie

Slovo „dysfázie“ si můžeme rozdělit na dvě části. „Dys“ = narušený vývoj, a „fázie“ = odkazuje na celek řečových funkcí. Dřívější názvy, které se pro vývojovou dysfázii používaly, jsou: sluchoněmota, alálie, slabičná, slovní a větná patlavost nebo vývojová afázie (Kutálková, 2002).

Pro vývojovou dysfázii se také používá název specificky narušený vývoj řeči a tvoří zvláštní kategorii u narušeného vývoje řeči. Ve světě se může lišit názvem i definicí. V anglosaské literatuře se můžeme dočíst, že se jedná o poruchu expresivní nebo receptivní složku řeči s normálním výkonem v jiných dovednostech. Francouzská odborná literatura hovoří o těžké a specifické poruše vývoje mluvené řeči. V současné české praxi se užívají oba názvy – vývojová dysfázie i specificky narušený vývoj řeči (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

1.2 Symptomatologie

Na první pohled je patrné, že je narušen především verbální projev dítěte. Porucha řeči často svádí k tomu, abychom se domnívali, že je narušen i intelekt. Ovšem opak je

pravdou. Při vývojové dysfázii bývá intelekt většinou v pásu průměru (Klenková, 2006). Škodová a Jedlička (2003) však potvrzují i to, že intelekt může být v pásmu nadprůměrnosti a to i v případě, že se jedná o velmi těžkou formu vývojové dysfázie. Dále upozorňují i na opačný jev, který může být ovlivněn nevčasným zahájením terapie.

Mylně se můžeme domnívat, že dysfatické dítě má problémy pouze s mluvenou formou řeči (Pipeková ed., 2006). Vývojová dysfázie nezasahuje pouze do verbální složky jedince, ale prostupuje celou osobností. Zasahuje do složek lingvistických, ale i do složek nelingvistických. U každého jedince je zaznamenána různá míra i kombinace poruchy, proto se velmi těžko vymezují přesné symptomy, ale i následné terapie (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

Děti s vývojovou dysfázií obtížně rozlišují znělé a neznělé souhlásky, mají výrazné mezery ve výslovnosti jednotlivých slov a jejich řeč je nesrozumitelná – toto jsou některé příznaky v rovině foneticko-fonoogické (Bytešnicková, 2012). Tuto rovinu lze sledovat od samého narození dítěte. Jedním z důležitých momentů, který při řeči nastává, je přechod od pudového žvatlání k napodobování řeči a melodie hlasu, ke kterému u dětí s vývojovou dysfázií dochází mnohem později nebo vůbec (Michalová, Šotolová, Švecová, Teplá, Hájková, Housarová, 2003). Lejska (2003) uvádí, že jeden velmi nápadný příznak vývojové dysfázie je neschopnost tvořit řečové segmenty. Tím se také liší od lidí, co trpí poruchou artikulace. Těm sice také není rozumět (podobně jako dysfatickům), ale dodržují segmentální strukturu slov a vět.

Při běžném vývoji řeči se objevují počátky slovní zásoby mezi 10. – 12. měsícem života. Kolem roku a půl můžeme slyšet otázky: „Co/kdo je to?“ a zhruba ve třech letech se objeví otázka: „Proč?“. Ovšem u dysfaticků se tento vývoj opozdí i o několik let (Michalová, Šotolová, Švecová, Teplá, Hájková, Housarová, 2003). Hovoříme zde o rovině lexikálně-sémantické, mezi symptomy poruchy patří menší slovní zásoba, u které převažuje pasivní slovník, při čemž aktivní slovník se rozvíjí velmi pomalu. Dysfatici často používají vlastní slovník, kterému rozumí jen nejbližší rodina nebo lidé, které jsou s ním v častém kontaktu („Papa“ = děda, „teta Nka“ = teta Helenka, „čenda“=strejda, „leze holu“ = žebřík, apod.). Stává se, že používají slova, kterým nerozumí, proto se může zdát, že jsou drzejší (Bytešnicková, 2012).

Rovinu morfologicko-syntaktickou lze u dětí sledovat od jednoho roku, kdy se začíná rozvíjet vlastní řeč. Zdravý jedinec si zhruba kolem čtvrtého roku osvojí všechny slovní druhy (Michalová, Šotolová, Švecová, Teplá, Hájková, Housarová, 2003). Narušení této roviny má za následek to, že se dítě vyjadřuje v jednoduchých větách a někdy pouze jednoslovně. Věty mají nesprávný slovosled, mohou chybět předložky a není výjimkou špatné skloňování a časování. Slovo, které pokládá za nejdůležitější, řadí na začátek věty (Bytešníková, 2012).

Poruchy v pragmatické rovině jsou následující: neumí udržet dějovou linii a není schopně spontánně vyprávět, často je fixován na rodiče nebo na blízké lidi, protože ti slouží jako tlumočníci, díky svému handicapu se stává, že postižený nerad mluví a verbální komunikaci se vyhýbá (Bytešníková, 2012). Ovšem mějme na paměti, že k vědomému používání různých druhů řeči (slib, žádosti, zákazy, apod.) dochází až kolem sedmého roku života dítěte (Michalová, Šotolová, Švecová, Teplá, Hájková, Housarová, 2003).

Avšak specificky narušený vývoj řeči s sebou nepřináší jen potíže v oblasti komunikace, ale jak již je zmíněno výše, je to porucha prostupující celou osobnost jedince. Nalezneme problémy v oblasti motoriky, grafomotoriky, paměti, kognitivní deficity, obtíže se vyskytují i ve zrakové percepci nebo orientaci v prostoru a času. Kresba také neodpovídá vývojové normě a u dysfagických dětí má specifické rysy. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí hned několik typických znaků, které obsahuje kresba dysfatiků – například přerušované a roztřesené linie, čáry bývají často slabé, objekty nepřesné a natočené, proporčně obrázek neodpovídá realitě a velmi nápadným znakem bývá i využití plochy papíru – často kreslí přes sebe a nevyužívá celou plochu. Většina postižených touto poruchou nerado kreslí (Bytešníková, 2012).

1.3 Etiologie

Co je přesnou příčinou vzniku se ani dnes nepodařilo odhalit. Obecně se předpokládá, že příčina vývojové vady se vyskytuje v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním. Může být orgánového nebo funkčního původu. Určitou roli zde hraje i dědičnost a různé genové mutace (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Avšak ještě v 80. letech minulého století uvádí Sovák (1986), že možnou příčinou vzniku vývojové dysfázie je nevhodná rodinná péče a sociální útlum. Za vznik může přehnaná péče o dítě s diagnostikovaným opožděným vývojem řeči. Rodič se totiž snaží urychlit terapii a vrátit vývoj co nejrychleji do normálu, tímto však dosahuje opačného výsledku a u dítěte se rozvine vývojová dysfázie. Ale už i on připouští, že příčinou může být poškození centrální nervové soustavy. K teorii poškození centrální nervové soustavy se kloní většina odborníků.

V současné době se nejvíce uvádí názor Freil-Patti (1993, In: Mikulajová, 2003, In: Klenková, 2006). Ten tvrdí, že vývojová dysfázie má multidimenzionální charakter – to znamená, že na jejím vzniku se podílí více složitých interakcí.

Love, Webb (2009) například hovoří o genetických dispozicích. Mozková kůra, subkortikální jádra mozku, mozkový kmen, mozeček a mícha – tyto úrovně nervového systému se významně podílí na tvorbě řeči. Dodnes však není známá přesná neurologická a genetická příčina této vývojové poruchy. Kromě toho odborníci zjistili, že děti se specificky narušeným vývojem řeči (podobně i děti s ADHD/ADD) mají snížený průtok krve v mozku, který může být jednou z příčin vývojové dysfázie.

Lechta (2003) píše, že jednou z příčin může být poškození levé hemisféry, kde se nachází tzv. řečová zóna. Tuto teorii o poškození pouze levé hemisféry vyvrací Volková a Šachovská (2003, In: Klenková, 2006), které hovoří o poškození jak levé, tak i pravé hemisféry. Nejde však o výrazné poškození mozkové kůry, o to jsou však poškození četnější. To uvádějí i Škodová, Jedlička (2003) a upřesňují, že jde o difúzní poškození.

Lechta (2003) se vyjadřuje i k pořadí narození dítěte nebo bilingvní výchově, které podle něj na narušení komunikačních schopností vliv nemají. Tito činitelé ovlivňují vývoj pouze částečně. Skutečné příčiny se podle něj skrývají za tzv. příčinami vyššího řádu, které bychom mohli rozdělit na genetické, vrozené a získané. Určit přesnou příčinu je velmi složité a v některých případech prakticky nemožné.

1.4 Diagnostika

Správná diagnostika je důležitá, aby se mohlo přistoupit k té správné terapii. Mezi její hlavní cíle můžeme zařadit: identifikovat zda, jde opravdu o vývojovou dysfázii;

pokud je to možné přijít na její příčinu; a určit její stupeň. Někteří řadí mezi cíle diagnostiky i navrhnutí správné terapie (Lechta, 2003).

Obecně se dá diagnostika rozdělit na tři úrovně: orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření.

U orientačního vyšetření se zjišťuje, zda má vyšetřovaná osoba nějakým způsobem narušenou komunikační schopnost. Provádí se především na úrovni screeningu, resp. depistáže. Ta se provádí v mateřských školách nebo nejpozději v první třídě základní školy. Nedoporučuje se provádět vyšetření tak, že zkoumaná osoba opakuje předříkávaná slova či věty. Může to vést ke zkreslení a výsledky by nemusely být objektivní. Mnohem více se doporučuje provést řízený rozhovor nebo provést popis obrázku. I pro vyšetřenou osobu je druhý způsob příjemnější.

Základní vyšetření by mělo odhalit, o jakou narušenou komunikační schopnost se jedná. Určuje se základní diagnóza. Obecně se v této části určování diagnózy používá celkem osm kroků, které ve své publikaci uvádí Lechta (2003).

Speciální vyšetření blíže určuje diagnózu. Přiblíží o jakou formu, typ nebo stupeň postižení jde. Proto se většinou využívá podílení se více odborníků (v případě vývojové dysfázie jde především o spolupráci logopeda, foniatra, neurologa, psychologa) (Lechta, 2003).

Také autorky Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) zdůrazňují, že aby mohla být diagnostikována vývojová dysfázie, musí dítě projít návštěvami několika odborníků. Jako první zmiňují návštěvu dětského lékaře, který dítě sleduje od jeho narození. Díky rozhovoru s rodiči zjišťuje průběh těhotenství a porodu, dále psychomotorický vývoj dítě (ten souvisí s vývojem řeči). Dalším odborníkem je neurolog. Ten často provádí vyšetření EEG, protože změny na EEG a vývoj lidské řeči spolu souvisí. Škodová, Jedlička (2003) dodávají, že nález na EEG může být zcela negativní, ale může se nápadně podobat epilepsii, i když nedochází k epileptickým záchvatům. Tuto teorii potvrzují i Klenková (2006). Další, kdo se diagnostiky účastní je psycholog. Kromě inteligence (především té verbální), kterou může vývojová dysfázie negativně ovlivnit, se vyšetřuje motorická oblast, laterálita a zraková percepce. Aby mohla být potvrzena vývojová

dysfázie, musí se zároveň vyloučit sluchové postižení, mentální postižení, autismus, dysartrie, opožděný vývoj řeči, dyslalie, mutismus a syndrom Lanauův-Kleffnerův.

Jako jedno z nejdůležitějších vyšetření je vyšetření sluchu. Aby mohla být diagnostikována vývojová dysfázie, musí být sluch v pořádku. Sovák (1986) se domnívá, že pokud dítě slyší šepot na vzdálenost minimálně 8 metrů, je to dobrý základ pro vytvoření řeči, sluch klasifikuje jako dostatečný a z toho hlediska by se mohlo jednat o vývojovou dysfázii.

Škodová, Jedlička (2003) považují foniatrické vyšetření za jedno ze základních. Toto potvrzují i Říčan a Krejčířová (2006) a dodávají, že při zjišťování vývojové dysfázie nebývá narušen vývoj neverbální komunikace, ale může chybět motivace mluvit. Dále apelují na podrobný neuropsychologický rozbor. Uvádějí celkem sedm poruch, které vývojovou dysfázii mohou signalizovat (pomineme-li problémy v komunikaci) – poruchy percepce, pozornosti, paměti, exekutivních funkcí, motorická neobratnost, lehčí vizuoprostorové obtíže a poruchy symbolizace a abstrakce. Zároveň připomínají, že ne všechny poruchy se musí nutně objevit u všech dysfagických dětí.

Důležitá jsou také vyšetření prováděná v oblasti logopedie a speciální pedagogiky. Tato vyšetření dotváří celkový obraz dítěte a jeho schopností. Zjišťuje si při něm i případné opoždění vývoje v jednotlivých oblastech. Škodová, Jedlička (2003) uvádějí kromě oblasti řeči ještě tyto oblasti: lateralita, orientace v čase a prostoru, vyšetření motorických funkcí, sluchové a zrakové vnímání, grafomotorika, čtení, psaní, počítání a paměť.

Při diagnostikování vývojové dysfázie se musí dávat pozor, aby nedošlo k záměně s prostým opožděným vývojem řeči, dyslálií, nějakou sluchovou vadou, mentální retardací (která může být přidružena, ale jen v lehkém stupni), mutismem, autismem nebo s tzv. epileptickou afázií (Syndrom Landou-Kleffnera) (Klenková, 2006).

Na Slovensku můžeme nalézt Vysoce specializovaný odborný ústav pro děti s vadami řeči a učením Dialóg, s.r.o., který se zaměřuje především na specificky narušený vývoj řeči. Zde používají Heidelberský test vývoje řeči, který společně se svými spolupracovníky upravila Mikulajová (Klenková, 2006).

V České republice podobnou společnost jako na Slovensku nenajdeme. Specializovanou péči najdeme na Foniatrické klinice VFN a 1. LF v Praze. Další podporu nalezneme samozřejmě v SPC a PPP nebo na základních logopedických školách (Klenková, 2006).

1.5 Terapie

Terapie vývojové dysfázie nebývá jednoduchým procesem, a protože jde o poruchu prostupující celou osobností i na její nápravě se podílí několik odborníků. „Je i škodlivé, zaměřit své léčebné úsilí jen na rehabilitaci řeči, ...“ (Lejska, 2003, str. 102). Především je třeba si uvědomit, že dítě nemá zasaženou pouze komunikativní, samotná terapie by měla být tedy zaměřena na rozvoj celé osobnosti dítěte (Lejska, 2003).

Rehabilitační režim zahrnuje kromě rozvoje řeči i rozvoj zrakového a sluchového vnímání, paměti, pozornosti, myšlení, schopnosti orientace, motoriky a grafomotoriky – záleží na konkrétním případě, protože jsme každý jedinečnou osobností a u diagnózy vývojové dysfázie to platí obzvlášť.

Není možné stanovit jednu metodu terapie, a to z toho důvodu, že je velmi mnoho příznaků a (jako již bylo zmíněno) s každým jedincem se musí pracovat individuálně. Obecně lze říct, že se snažíme rozvíjet všechny složky osobnosti. Jedním ze základních cílů při rozvoji řeči by mělo být posílení obsahové stránky řeči. Rozvíjet tedy aktivní, ale i pasivní slovní zásobu a zároveň vytvářet a upevňovat gramatická pravidla slov a vět. Následně je potřeba rozvíjet formální stránku projevu.

Díky své praxi sestavili odborníci několik zásad, které by měli dodržovat při vykonávání terapie (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012):

- Zásada imitace normálního vývoje řeči – při této zásadě je důležité správně určit, ve které řečové fázi se dítě aktuálně nachází a na základě toho s ním společně procházet další fázemi ontogeneze řeči.
- Zásada „provokování“ ke spontánnímu řečovému projevu – jedná se o to, aby bylo dítěti vytvořeno takové prostředí a takové podmínky, ve kterých bude mít touhu komunikovat.
- Zásada preferování obsahové stránky řeči před výslovností – tato zásada úzce souvisí a vyplývá z první zásady o imitaci normálního vývoje řeči. Dítě

úplně přirozeně upřednostňuje obsah slova/věty před jeho zvukovou podobou.

- Zásada komentování - jak již název napovídá, jde o komentování situací nebo činností, ve kterých se dítě nachází. Komentáře by měly být jednoduché a tvořené pomocí krátkých vět.

Dále jsou sem řazeny i některé metody:

- Korekční zpětné vazby – v anglicky mluvících zemích používají pro tuto metodu název „recasting“. Jde o to, že dospělý opakuje slova/věty, které dítě řeklo, ovšem s rozdílem, že je zopakuje tak, jak by měly být vyslovovány správně.
- Metoda rozšířené imitace – Dospělý zopakuje slova vyřčená dítětem, ale doplní je o slova jiná, např. dítě řekne „maminka, deka“ a dospělý tyto slova rozvine „Maminka je přikrytá dekou“.
- Zásada názornosti a vývojovosti – jde o to, aby vše navazovalo na aktuální stádium vývoje řeči.

I ve Francii sestavili zásady a principy terapie (Montfort, Sanchez 1996 in Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012):

- Princip priority komunikace – vše, co se při terapii procvičuje, by mělo být využitelné i v běžném životě.
- Princip výběru potenciálně pozitivních oblastí – Terapeuti by měli vyzdvihovat kladné věci. Motivují tím nejen dítě, ale i jeho rodiče, kteří se často zaměřují jen na negativa.
- Princip multisenzoriality – francouzští logopedové počítají s tím, že dítě obtížně zpracovává informace pomocí sluchu. Proto využívají alternativní i augmentativní formy komunikace (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Další terapií, která se může využívat je tzv. Vojtova metoda reflexní lokomoce, kterou vytvořil prof. Václav Vojta. Metoda se využívá při nápravě motoriky a je založena na stlačování reflexních bodů. V obecné logopedii má Vojtova metoda vliv na motoriku orofaciální hybnosti, ale při terapii vývojové dysfázie má velký vliv na rozvoj

celkové motoriky (jak jemné, tak i hrubé nebo právě orofaciální). (Klenková a kolektiv, 2007).

Další metodou, která podporuje rozvoj oromotoriky a jemné i hrubé motoriky je Synergetická reflexní terapie. U jejího zrodu stál ortoped a traumatolog z Krasnojarsku Pfaffenrot. Doporučuje se kombinovat i s jinými fyzioterapeutickými metodami, např. s Vojtovou nebo Bobathovou (Klenková a kolektiv, 2007).

Jedním z hlavních cílů terapie vývojové dysfázie je její modifikace. Na jeho naplnění se z řad odborníků podílí nejvíce logoped. Dále se může zapojit speciální pedagoga především pedagog mateřské, popřípadě základní školy. Z laické veřejnosti se na terapii podílejí rodiče nebo opatrovník dítěte. Spolupráce rodiny a terapeuta je nesmírně důležitá. Nelze očekávat, že bude úspěšně splněn terapeutický cíl, pokud se na terapii bude aktivně podílet pouze jedna strana. Bohužel se stává, že rodiče si myslí, že stačí pouze docházet k logopedovi. Ovšem bez denního cvičení v domácím prostředí se cíle osahuje velmi obtížně (Lechta, 2005).

Zvolit správnou strategii, jakou bude probíhat terapie je však v kompetenci terapeuta. Některému je prospěšnější skupinová terapie, jiné potřebuje individuální přístup. Oboje možnosti mají svoje výhody i nevýhody. Proto terapeut nesmí zapomínat na individualitu dítěte- Nesprávné rozhodnutí by mohlo terapii výrazně zkomplikovat (Lechta, 2005).

Když terapeut zvolí cíl i strategii, musí najít i správnou techniku. V podstatě máme dvě terapeutické techniky a to nedirektivní a direktivní. Nedirektivní znamená, že dítěti nedáváme záměrné úkoly. Tuto techniku používají většinou rodičové, ale i někteří logopedi (zejména ti zkušenější). Snažíme se dítě rozvíjet pomocí otázek nebo naopak doplňujeme jejich odpovědi, říkáme slova a věty správně, tak jak by měly být. Nesnažíme se však dítě nutit, aby slova řeklo správně („řekni to znovu a lépe“). Naopak direktivní je nepřírozená a používají ji logopedi při individuálních sezeních. Někteří odborníci tvrdí, že direktivní technika brzdí dítě v jeho vývoji (Lechta, 2005).

2 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ

Někteří lékaři tvrdí, že až 3-4% dětské populace trpí specificky narušeným vývojem řeči. Proto je důležité se zabývat otázkou výchovy a vzdělávání takových to dětí. Každé dítě, bez rozdílu zdravotního nebo duševního stavu, má právo na vzdělání. A to v takovém rozsahu, ve kterém mu to jeho stav dovoluje. Vzdělávání dětí s vývojovou dysfázíí je obtížné v tom, že se jedná o poruchu, která nerovnoměrně zasahuje do celé osobnosti dítěte a u každého dysfatika se projevuje velice individuálně, proto nemohou odborníci přijít s jednotným řešením, jak tyto děti vzdělávat, aby vzdělávání bylo efektivní. Na čem se však shodují je spolupráce všech zúčastněným (odborníci, rodiče i žák) (Klenková et al., 2014).

Školní docházka začíná ve většině případů návštěvami mateřské školy. Vstup do ní je stresový pro každé dítě. Jak již bylo zmíněno, vady řeči se odhalují až po třetím roce života – tedy po nástupu do mateřské školy. V případě, že do třídy chodí dítě s vývojovou dysfázíí, případně dítě s jakkoliv narušenou komunikační schopností, je dobré, aby počet žáků byl nižší (vyhláška 27/2016 Sb. určuje, že ve třídě běžné základní školy by se mělo vzdělávat maximálně 5 žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, kterým byly přiznány podpůrná opatření druhého až pátého stupně. Zároveň určuje, že jeden žák se specifickými vzdělávacími potřebami snižuje počet žáků ve třídě o dva žáky). Při komunikaci s ním mu věnujeme dostatečnou pozornost, navazujeme oční kontakt a necháváme dítěti dostatečný prostor pro sdělení svých potřeb (Bendová, 2014).

Při vzdělávání dětí s vývojovou dysfázíí (v jakékoliv instituci) je velmi důležitá komunikace mezi pedagogem (vzdělávajícím) a žákem (vzdělávaným), která má své určité zásady. Potřebná je zvýšená trpělivost, protože dítě se specificky narušenou komunikační schopností používá vlastní slovník a pedagogům může nějakou chvíli trvat, než si na něj zvyknou, v některých případech dítě dokonce ani nerozumí mluvené řeči jiných lidí. Výhodnou pomůckou při komunikaci je používání alternativní a augmentativní komunikace. Většinou se používá přechodně, ale u některých případů ji lze využívat trvale. Pokud dítě nemluví nebo mluví velmi málo, mělo by dostat možnost se prezentovat se i jiným způsobem než jen verbálně (pozor, do verbální komunikace patří i psaná řeč) (Bendová, 2011).

2.1 Vymezení pojmů výchova a vzdělávání

Výchova i vzdělávání spolu úzce souvisí a mají mnoho společného. Laická společnost se domnívá, že návod k nim naleznou v pedagogice, která se výchovou a vzděláváním zabývá (Průcha, 2009). V pedagogickém slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2009) se můžeme dočíst, že výchova je chápána jako proces působení na jedince a jeho osobnost, jehož cílem je dosažení změn v různých složkách osobnosti. Oproti tomu vzdělávání chápou jako proces, který zcela vědomě a organizovaně působí na osvojování si různých poznatků a působí především ve školních zařízeních.

V obou případech je potřeba, aby se procesu účastnily dvě strany. První strana bývá tvořena zpravidla rodiči, pedagogy nebo pečujícími osobami. Ti stojí v čele výchovy a vzdělávání. Na straně druhé nalezneme dcery/syny a žáky, kteří jsou vychovávaní a vzděláváni. Nelze hovořit o výchově a vzdělávání, kdyby jedna ze stran nebyla zastoupena.

Výchova je charakteristický celoživotní proces, který probíhá od narození do smrti. Nejdříve jsme v roli vychovávaného a později získáváme i roli vychovávajícího (pokud se staneme rodiči, popřípadě vychovateli). Její podstatou je utvoření osobnosti člověka tak, aby se stal uvědomělým a tvůrčím ve vztahu ke světu.

Vzdělávání bychom mohli označit za specifický druh výchovy. Většinou probíhá dlouhodobě v institucionalizovaných zařízeních. Je ošetřena zákony a vedou ji především pedagogičtí pracovníci (Juklová, Loudová, Švarcová, Vondroušová, Skorunková, 2015).

V současné době se klade větší důraz na vzdělávání jedince. Pelcová, Semrádová (2014) došly k závěru, že v současném světě se již výchova „přežila“, proto může dnešní společnost působit dojmem, že má větší zájem o vzdělaného než vychovaného jedince. Přitom však nezpochybují potřebu kvalitní výchovy, která je základem kvalitního a jedinečného člověka, který zodpovědně přistupuje ke světu i vzdělávání. Ale jak již bylo zmíněno v úvodu kapitoly, vzdělávání je součástí výchovy. Záleží však, na co budou osoby stojící v čele těchto dvou procesů klást větší důraz.

2.2 Možnosti vzdělávání dětí s vývojovou dysfázíí

Děti s vývojovou dysfázíí mají především dvě základní možnosti, jak se vzdělávat. První možností je navštěvovat školu běžného typu a to jako mateřskou, tak i základní. Dle vyhlášky z roku 2016 mají nárok na osobního nebo pedagogického asistenta podle stupně postižení. (Vyhláška 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných). Druhou možností je dítě umístit do speciální školy. V předškolním věku jsou to speciální logopedické školy nebo školy, které nabízejí alespoň logopedickou třídu. V povinné školní docházce může dítě pokračovat na základní škole logopedické, která bývá často sdružena s mateřskou školou. Také se zde nabízí možnost, aby dítě navštěvovalo bývalé zvláštní školy, které dnes najdeme pod názvem základní škola (praktická). Vše však závisí na aktuálním stavu dítěte. Vývojová dysfázie sice ovlivňuje celkovou osobnost dítěte, ale není vždy nutné zařazovat tyto děti do specializovaných zařízení (Klenková et al., 2014).

Müller (2001) dodává, že některé děti jsou vzdělávány i ve školách pro sluchově postižené, byť mají sluch v pořádku.

Pipeková (2006) uvádí, že žáci s různými poruchami komunikačních schopností, tedy i s vývojovou dysfázíí, patří do kategorie zdravotně postižených. Je tedy jasné, že jejich vzdělávání bude komplikované a většina z nich se neobejde bez podpory. Aby se mohl dysfatic co nejvíce rozvíjet v mezích svých možností, zpravidla potřebuje speciální podmínky ve vzdělávání. Většina z nich ještě v době povinné školní docházky využívá logopedické podpory (převážně individuálního charakteru). Na základní škole by mělo být samozřejmostí, že při klasifikaci žáka se přihlíží na jeho poruchu a to i v jiných předmětech, než je pouze český jazyk, protože čtení a psaní je potřeba téměř ve všech vyučujících předmětech. Dále je vhodné, když počet žáků ve třídě je snížený a vytvoří se zde optimální sociální klima. Důležité pro úspěšně probíhající vzdělávání je důležitá spolupráce rodičů, pedagogů, odborných lékařů i speciálně pedagogického centra (Pipeková, 2006).

Při samotném procesu vzdělávání hraje nejdůležitější roli učitel, proto by se měl klást důraz na to, aby ve školním prostředí vzdělávaly pouze osoby s patřičným vzděláním. Ne jen však pouze učitelé, ale i ředitelé, kteří přijímají všechny děti, by měli mít přehled o různých možnostech. Právě na nedostatečné vzdělání ředitelek

mateřských škol upozorňuje Kaleja (2014). Varuje především před středoškolsky vzdělanými ředitelkami, které získali maturitu před rokem 1989. V té době se totiž ještě nepočítalo s integrací/inkluzí dětí se specifickými vzdělávacími potřebami.

V současné době se klade největší důraz na tolerování všech potřeb jednotlivých žáků. Každý žák je vnímán jako jedinečná, originální osobnost, proto se snaží minimalizovat rozdíly mezi dětmi s vadami a bez nich (Kaleja, 2014).

2.3 Výchova dítěte s vývojovou dysfázií

Ve výchově dítěte hraje velmi důležitou roli rodina. Tato důležitost nabývá na intenzitě, pokud jde o dítě postižené. Není však samozřejmostí, že výchova probíhá v rámci rodiny. Některé se o dítě postarat nemohou, jiné nechtějí. Rodina, která se rozhodne dítě přijmout a vychovávat, přijímá náročný úkol, který je většinou na celý život.

Vše začíná narozením dítěte a následným sdělením diagnózy. Vývojová dysfázie nepatří k postižením, která jsou patrná ještě v prenatálním období (např. Downův syndrom), dokonce ani ne hned po porodu. Jde o diagnózu, která se odhalí až v průběhu několika let života dítěte a dokonce není vždy konečnou. V některých případech se stává, že je diagnóza milná a o vývojovou dysfázii nejde. Po té, co se rodiče dozvědí diagnózu, si projdou několika fázemi. Ovšem ne všichni se dokážou se zprávou vyrovnat.

Bazalová (2014) popisuje celkem tři fáze:

1. fáze šoku a popření – tato fáze sebou přináší velmi silné emoce. Dospělý odmítá přijmout fakt, že zrovna jeho dítě je odlišné. Časté je hledání viníka na straně lékařů, partnera nebo předků. Protože ve své mysli diagnózu popírá, nechce přijmout potřebné informace, které se týkají například následné péče.
2. fáze bezmoci – rodiče se cítí bezmocní, skleslí, mohou se objevovat deprese a obavy z toho, jak tuto situaci přijme zbytek rodiny a nejbližší okolí. V této fázi dávají vinu sami sobě.
3. fáze postupné adaptace – také by se dalo říci, že je to fáze smíření. Rodiče začínají být aktivní a hledají různé způsoby, jak svému dítě pomoci v rámci jeho i

jejich možností. Pokud se do této fáze nedostanou oba rodiče, často se jejich vztah rozpadá a dochází k rozvodu (rozchodu).

Nutno podotknout, že hůře se s postižením vyrovnávají otcové, protože to berou jako osobní selhání. Často se stane, že muž odejde od ženy za vidinou založení nové „zdravé“ rodiny (Bazalová, 2014).

Pokud se však vztah nerozpadne, je důležité zaujmout k dítěti určitý postoj. Zvláště pro matky je typický hyperprotektivní postoj, kdy dítě nadměrně ochraňuje. Bohužel tento typ výchovy vede k tomu, že dítě nedosáhne takového rozvoje, který by mu jeho stav umožňoval. Další postoj, který zaujímá spíše otec, je odmítavý, který může vyvrcholit v hrubé zanedbávání nebo týrání postiženého dítěte. Někdy se tyto dva postoje střídají (Prevedárová, 1998).

Ne jen rodiče se podílí na výchově. Značnou roli zde hraje i sourozenec, který je většinou stavěný do role ochránitele a pomocníka. Často se však stává, že se mu nedostává tolik pozornosti, kolik by potřeboval. Může začít na postiženého sourozence žárlit a postupně si vytvořit k němu averzi (Prevedárová, 1998).

U dětí s vývojovou dysfázií (stejně tak u jinak postižených i nepostižených dětí) záleží na závažnosti, zda je nebo není zasažen intelekt a samozřejmě i na osobnosti samotného dítěte. Důležité však je, aby všichni členové rodiny, kteří sdílí společnou domácnost, pochopili podstatu terapie, která probíhá u dětí s vývojovou dysfázií hlavně v rámci rodiny. Častou chybou je, že se rodina zaměří pouze na verbální projev a dítě přes míru nutí do správné výslovnosti (nechápu, že jde o dlouhotrvající proces).

2.4 Inkluze

Před nově zavedeným inkluzivním zákonem zde platil zákon číslo 73/2005 Sb. Zákon číslo 73/2005 Sb. lze označit spíše za zákon, který podporoval integraci, ale ne inkluzi (Kaleja, 2014). Nově zavedený zákon (82/2015 Sb.), který podporuje inkluzivní vzdělávání, vešel v platnost 1. 9. 2016. Upřesňuje ho Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných z r.2016 (č. 27/2016 Sb.)

Nově stanovená vyhláška (č. 27/2016 Sb.) podporuje podpůrná opatření pro žáky se zdravotním nebo tělesným postižením, ale tentokrát pamatuje i na děti jinak znevýhodněné nebo děti nadané. Netýká se jen škol, do kterých budou žáka přijímat,

ale také poradenských služeb. Upravuje podmínky pro přijetí dítěte, používání podpůrných pomůcek, hodnocení žáků, práci s individuálním vzdělávacím plánem, přítomnost asistenta pedagoga, ale taky upravuje technické a stavební zázemí. Na výsledky zákona a jeho případná úskalí si lidé musí ještě počkat, protože vše ukáže až několikaletá praxe (Vyhláška č. 27/2016 Sb. Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných).

Na inkluzi v pedagogice hledíme dvěma způsoby. Prvním způsobem je, že naši pozornost zaměříme na edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Druhý úhel pohledu objevuje a upřesňuje vzdělávací procesy, které jsou orientovány na žáka se specifickými vzdělávacími potřebami (Lechta, 2016).

Inkluze může být definována jako vrchol integrace, tedy začlenění jedince se zdravotním nebo tělesným postižením do společnosti běžné populace. Na konci inkluze stojí přijetí myšlenky, že různorodost je normální (Lechta, 2016).

Ve světě se inkluze chápe třemi způsoby:

1. První názor staví inkluzi a integraci na stejnou rovinu a chápe ji jako synonyma.
2. Druhá skupina si vykládá inkluzi jako vylepšenou integraci.
3. Odborníci ve třetí skupině se shodují, že inkluze vnáší zcela nový pohled na zacházení s postiženými jedinci. Zaměřuje se na kvalitní péči poskytovanou dětem, u kterých plně akceptuje speciální požadavky (Lechta, 2010).

Lechta (2016) vidí jisté odlišnosti mezi inkluzí a integrací. Když je od sebe oddělíme, zjistíme, že se v některých ohledech liší a nenavazují na sebe. Integrace se zabývá dětmi s určitými poruchami, kdežto inkluze by zde měla být i pro děti nadané, neměla by brát v potaz intelektuální, sociální nebo například emocionální podmínky. Dalo by se říct, že jejím mottem je „škola pro všechny“. I díky mottu se inkluze snaží zařazovat všechny děti do běžných škol, ale integrace podporuje i školy speciální. Dalším rozdílem je i to, že integrace se zaměřuje na to, aby se žák přizpůsobil škole, ale u inkluze je tomu naopak. Odborníci se však shodují, že cílem integrace je inkluze a bez integrace by nikdy nebylo dosaženo inkluze (Lechta, 2016).

Watkins (2009, In: Havel, 2013) se domnívá, že hlavní rozdíl mezi inkluzí a integrací je ten, že integrace postižené začleňuje zpět do společnosti, kdež to inkluze s postiženými jedinci počítá hned od začátku školní docházky.

Kocurová (2002, In Havel, 2013) vidí hlavní rozdíl v tom, že integrace je zaměřená pouze na žáky s postižením, oproti tomu inkluze myslím na potřeby všech žáků.

Integrace a inkluze se mezi sebou neliší cílem, ale přístupem k dítěti a v dosahování cíle. Avšak i díky těmto dvěma přístupům přestává být výuka dětí se specifickými vzdělávacími potřebami hlavní doménou speciální pedagogiky, ale čím dál častěji se začíná speciální pedagogika zařazovat zpět do obecné (Lechta, 2010).

Havel (2013) vidí cíl inkluze v tom, že všechny děti budou schopné docházet do školy ve svém místě bydliště a budou se moci vzdělávat společně se svými vrstevníky z okolí. Zároveň se inkluze v jeho očích snaží odstranit bariéru, kterou mezi sebou mají zdravé a handicapované děti.

Inkluze sebou přináší mnoho otázek i obav, které z nich pramení. Pedagogové se obávají nedostatečného vzdělání. Rodiče se díky tomu obávají, že jejich dítěti se bude věnovat pedagog, který je nedostatečně seznámený s potřebami, které dítě vyžaduje. Dále se také obávají šikany ze strany zdravých spolužáků. Zdraví žáci si začínají uvědomovat rozdíly a odlišnosti kolem 3. roku života. Může se postupně vyvíjet odpor k postiženým, který vrcholí v adolescentním období. Záleží však na výchově a vzoru, který jim přináší jejich rodina. Podle výzkumů se postižení cítí lépe v běžných typech škol, což je vlastně cílem inkluze (Hájková, Strnadová, 2010).

Jako každá věc, tak i inkluze má dvě strany – pozitivní i negativní. Názory nechybí jak ze stran odborníků, tak i laické veřejnosti. Například Klenková (2014) řadí mezi pozitivní stránky fakt, že dítě nemusí složitě dojíždět do vzdálených speciálních škol. Může navštěvovat školu se svými „zdravými“ kamarády. Také dítě není vyloučeno a separováno od běžné populace. To může být přínosem nejen pro samotné dítě, ale i pro jeho spolužáky, kteří se učí přijímat svého spolužáka takového jaký je a prospívá to jejich prosociálnímu chování. Negativum, které uvádí je příliš velký objem učiva, který může být pro dítě velmi náročný a to i přesto, že je vypracován individuální vzdělávací plán. Dále jde i o velkou zátěž pro rodiče i samotného vyučujícího. Dítě se musí učit ve

škole a pak následně doma s rodiči. Přípravě se musí věnovat mnohonásobně větší pozornost než u dětí, které žádným handicapem netrpí. I pro pedagoga je příprava náročnější. Důležité je, aby měl k dispozici dostatečné množství informací o vývojové dysfázii a zároveň o inkluzivním vzdělávání. Je zde také určité riziko, že dítě nebude kolektivem přijímáno a stane se potencionální obětí šikany.

Aby mohla být inkluze přínosná, měla by na jejím počátku stát komplexní diagnostika, díky které se může určit cíl ve vzdělávání žáka a hlavně jeho postup. Dalším důležitým bodem je spolupráce všech poradenských zařízení, pedagogů, odborníků, rodičů i samotného žáka. K usnadnění přispívá i materiální a finanční zabezpečení vzdělávání (Klenková et al., 2014).

Samotnou inkluzi můžeme rozdělit do tří kategorií:

1. inkluze žáků s mírnou potřebou podpůrných opatření
2. inkluze žáků se zvýšenou potřebou podpůrných opatření
3. inkluze žáků s intenzivní potřebou podpůrných opatření

Žáky trpící vývojovou dysfázií bychom mohli zařadit do druhé kategorie. To ovšem za předpokladů, že není přidružena mentální retardace nebo jiné závažné postižení (Hájková, Strnadová, 2010).

Hájková a Strnadová (2010) i popisují celkem čtyři výchovné strategie, které se využívají v inkluzivním vzdělávání:

1. Frontální výuka – tato strategie je v běžných školách asi nejpoužívanější a zároveň pro inkluzi nejméně výhodná. Jedná se o „klasickou“ výuku, kdy dominantní postavení má pedagog a žák je zde v pasivní pozici.
2. Kooperativní učení - tento přístup je založen na spolupráci žáků. Pedagog se stává pouze jakýmsi manažerem procesu učení. Tato výuková strategie je zároveň nejlépe zdokumentovaná, co se týče inkluze v běžných typech škol.
3. Systémy vrstevnické podpory – spočívá v tom, že žáci utvoří dvojice, kdy jeden je v roli doučovatele a druhý v roli doučovaného. Pedagog zde hraje roli kontrolora, aby doučovaný bych doučován bez chyb.

4. Kognitivní a metakognitivní strategie – při této strategii se žák učí přijímat určitou odpovědnost za vlastní učení. Za klíčové se považuje naučit žáka přemýšlet tak, aby podával výkony na vědomé úrovni.

Na první pohled se může zdát, že speciální a inkluzivní pedagogika je téměř totožná, protože obě se věnují dětem se zdravotním nebo tělesným znevýhodněním. Lechta (2016) upozorňuje, že se liší přístupem k těmto žákům. Speciální pedagogika se snaží sloučit žáky se stejnými nebo příbuznými vadami. Oproti tomu inkluzivní pedagogika se tyto žáky snaží začlenit do běžných škol. Jak již bylo zmíněno, jejím cílem je co nejběžnější život a vzdělávání dětí s handicapem v rámci jejich možností. Někteří odborníci vnímají inkluzi jako ohrožení speciální pedagogiky jako takové, také se však uvádí, že úspěšná inkluzivní pedagogika spočívá ve spojení pedagogiky obecné a speciální.

Vzhledem k tomu, že inkluzivní vzdělávání si teprve hledá své místo ve společnosti, nejsou vymezeny shodné podmínky. Mezi odborníky se stále nalezne více či méně rozdílných teorií, které popisují inkluzi (Havel, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíl výzkumu

Cíle výzkumu

Hlavním cílem práce je analyzovat výchovu, vzdělávání a logopedickou podporu dívky s vývojovou dysfázií. Dále odkrýt problémy i příklady dobré praxe, které se v tomto konkrétním případě objevily.

Dílčí cíle výzkumu

Jaké problémy ve vývoji dívky nastaly, co přispělo k jejich řešení? Jaké příklady dobré praxe či rizika bychom mohly identifikovat v tomto případě?

Dílčí otázky:

- Jak a kdy byla zjištěna diagnóza?
- Jak probíhal vývoj dívky v oblastech řeči, paměti, grafomotoriky a kresby?
- Jak probíhala výchova dítěte v rodině? Jak rodina podporovala rozvoj dívky?
- Jak probíhalo institucionální vzdělávání dívky?
- Jak byla podporována ze strany školy?
- Jak probíhala logopedická intervence?

3.2 Metody výzkumu

Výzkumné šetření je kvalitativního typu, je provedeno pomocí designu případové studie dívky trpící vývojovou dysfázií.

Ve výzkumném šetření bylo využito těchto metod:

- analýza dokumentů
- analýza výsledků činností a úkolů vycházejících z jednotlivých oblastí (z pedagogické diagnostiky),
- metoda rozhovoru,
- přímé i nepřímé pozorování,

- analýza logopedické péče.

Rozhovor

Podle Hendla (2016) je důležité, aby člověk, který rozhovor vede, disponoval určitou dovedností, citlivostí, koncentrací, interpersonálním porozuměním a disciplínou. Dále upozorňuje na správné načasování kladení otázek – doporučuje začít neproblémovými otázkami, které by měly dotazovaného přimět k tomu, aby odpovídal popisně. Nejprve klademe otázky, které se týkají přítomnosti, teprve poté přecházíme k otázkám mapujícím minulost, případně budoucnost. Otázky by měly být otevřené.

Švaříček a Šedová (2007) doporučují pro získávání informací pomocí rozhovoru následující postup: výběr metody, příprava rozhovoru, průběh vlastního dotazování. Přepis rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýza dat, psaní zprávy a prezentace výzkumné zprávy. Cíl rozhovoru vidí v získání komplexní a zároveň detailní informace o daném jevu.

Pozorování

Ve většině případů jde o přirozený proces, který doprovází například rozhovor – pozorujeme chování respondenta, prostředí apod. Zapojujeme pouze vjemy vizuální, často se mísí i vjemy sluchové, čichové nebo pocitové. Pozorování můžeme rozdělit do několika kategorií (Hendl, 2016):

- Skryté nebo otevřené,
- zúčastněné nebo nezúčastněné,
- strukturované nebo nestrukturované,
- v umělé nebo neumělé situaci,
- sebe samého nebo někoho jiného.

Analýza dokumentů

Hendl (2016) považuje za dokumenty data z minulosti, kterým se zabýval někdo jiný, než je výzkumník. Rozlišuje dokumenty osobní, úřední, archivované údaje, výstupy masových médií a virtuální data. Dokumenty mohou doplňovat rozhovor a pozorování.

Švaříček a Šedová (2007) uvádějí dvě možnosti zpracování dat. Jako první uvádějí redukcí tištěných zdrojů. Druhou možností je rozkrytí a interpretace významů, která naopak vede k rozšiřování. Ve většině případů dochází k redukcí i rozšíření současně.

3.3 Případová studie

V praktické části se budu zabývat případovou studií dívky. Antonie (jak budu dívku v práci nazývat) trpí expresivní vývojovou dysfázií, dále jí byla diagnostikována dysartrie, (kterou se podařilo překonat), a centrální svalová hypotonie. V současné době jí je 10 let a chodí do 3. třídy běžné základní školy.

Hendl (2016) uvádí, že případová studie se zabývá jedním (případně několika málo) případem, který prozkoumává velmi detailně. Snaží se zachytit a poukázat na složitost případu. Případovou studii přirovnává k mikroskopu – její hodnota závisí na dobrém „zaostření“. Čím lepší zaostření je, tím lépe a důkladněji prozkoumáváme daný případ a lépe mu porozumíme.

3.3.1 Osobní a rodinná anamnéza

Antonie žije na malé vesnici společně s rodiči, dvěma staršími bratry a prarodiči z otcovy strany. V době porodu bylo matce téměř 30 let, otci 39. Bratři jsou o 4 a 3 roky starší než ona. U staršího bratra byla diagnostikována těžká forma dyslexie, dysgrafie a dysortografie. U žádného ze sourozenců se neobjevily logopedické vady nebo vývojové poruchy. Stejně tak rodiče se vyvíjeli v normě a neměli logopedické problémy. Nejbližšími příbuznými, kteří potřebovali logopedickou pomoc, byl bratranec se sestřenicí z otcovy strany.

Těhotenství probíhalo téměř bez komplikací – Antonie byla přenošená, a to o 14 dní, ke konci měla slabší srdeční ozvy a ukázalo se, že plodová voda byla zkalená.

Prodělala novorozeneckou žloutenku a od 6. týdne života je neurologicky sledována pro nevyrovnaný psychomotorický vývoj. Rodičům bylo doporučeno, aby začali s Antonií cvičit Vojtovu metodu, to z důvodů, že se Antonie nepřetáčela na záda. Metodu využívali zhruba tři měsíce, než se Antonie naučila přetáčet. Zpět k vojtově metodě se vrátili ve třech letech. Tentokrát byl důvod nesprávná chůze.

Ve 3 měsících ji lékaři odoperovali tříselnou kýlu. Později vznikly domněnky, že Antonie prodělala slabý zánět mozku, který by mohl být příčinnou vzniku vývojové dysfázie. Avšak tato domněnka se dosud nepodařila potvrdit a ani vyvrátit.

Rodiče říkají, že byla lekavé a plačtivé dítě, které se velmi často prohýbalo do oblouku. Lékaři pojali podezření, že by se mohlo jednat o dětskou mozkovou obrnu, ale tuto diagnózu se podařilo vyvrátit. Od 1 roku života byla neurologicky sledována pro disharmonický psychomotorický vývoj.

Ve dvou letech života ji opět čekala operace, tentokrát se jednalo o cystu, kterou měla za uchem. Již zde byl nápadný výrazně opožděný vývoj řeči. V současné době se cysta objevila znovu.

Logopedii začala navštěvovat ve třech letech, tehdy její nemluvnost připisovali opožděnému vývoji řeči, dyslálii a dysartrií. V té době mluvila jednoslovně (ka, ko, pí, bů, tata, mama, babí, papa (znamená děda), teta Nka (teta Helenka), toza (koza), apod.).

Lateralitu má Antonie zkříženou, to však bývá běžným jevem u dětí s vývojovou dysfázií. Senzomotoricky je levákem, ale motoricky se chová jako pravák.

Od roku 2010 s ní rodiče dojíždějí do rehabilitačních center i na ozdravné pobyty v lázních. Hlavně z důvodů špatného držení těla a problémy s chůzí.

Ve čtyřech letech byla integrována do běžné mateřské školy, kterou navštěvovala až do šesti let. Odklad školní docházky jí byl umožněn dva roky po sobě. Je to maximální počet, který povoluje školský zákon. První rok odkladu byl zdůvodněn přítomností vývojové dysfázie. Druhý rok je odůvodněn závažným zhoršením zdravotního stavu.

Jak již bylo zmíněno, během jejího života nastaly nejrůznější komplikace. Ze zdravotního pohledu bylo pravděpodobně nejzávažnější již podotknuté období prudkého zhoršení, které nastalo asi v 6 letech a trvalo půl roku. V tomto časovém úseku přestala Antonie komunikovat, byla apatická a zdálo se, že přestala rozumět řeči. Schovávala se, odmítala spát ve svém pokoji a to i s tím faktem, že tam s ní spávali starší bratři. Vyskytlo se podezření, že Antonie trpí i určitým druhem halucinací. I když matka s dcerou strávily téměř celý půl rok hospitalizacemi v různých nemocničních

nebo rehabilitačních centrech, nedokázal jim nikdo odpovědět na dvě otázky. Tou první byla logicky otázka: „Co Antonii vlastně je?“ a tou druhou: „Co je příčinou jejího stavu?“ Po návštěvě psychiatrie i jiných odborných pracovišť, bylo podezření na dětskou schizofrenii, Rettův syndrom, autismus nebo Hellerův syndrom (známý pod pojmem dětská dezintegrační porucha). Žádná z těchto domněnek se ovšem nepotvrdila. Jediná věta, na které se lékaři shodovali, byla: „Stav vašeho dítěte je velmi vážný, bohužel nevíme, co vůbec vaší dceři je a co je příčinou jejího stavu.“ Stejně tak, jako diagnóza, tak ani příčina se nepotvrdila. Je zde podezření na reakci na očkování, díky kterému prodělala další zánět mozku. To ovšem nikdo nepotvrdil a jedná se tím pádem pouze o další domněnku.

Naopak po půl roce se Antonie, k překvapení lékařů, začala sama od sebe zlepšovat a její rozvoj začal prudce stoupat. Začala opět komunikovat i reagovat na řeč. Přestala se schovávat před okolním světem a stala se z ní opět zvědavá a veselá dívka.

Hranice její inteligence není jednoznačně stanovena. Psycholožka, která se Antonii věnuje, říká, že není možné s přesností určit, jestli je intelekt opravdu poškozen a je v pásmu mentální retardace nebo je na vině porucha řeči. V některých situacích je patrné výrazné opoždění, v jiných jde naopak o chování odpovídající běžnému pásu inteligence.

V osmi letech nastoupila do základní školy, která je taktéž běžného typu. V současné době chodí do třetí třídy. Učí se podle individuálního vzdělávacího plánu a pomáhá jí asistentka pedagoga.

Z mnoha jejích domnělých diagnóz se potvrdila pouze vývojová dysfázie. Podle slov logopedky, ke které v současnosti dochází, to však nemusí být diagnóza konečná. Setkala se i s případy lidí, kterým byla vývojová dysfázie diagnostikována, ale v průběhu nebo na konci terapie se zjistilo, že nešlo o vývojovou dysfázii, ale o úplně jinou poruchu. Nyní navštěvuje Antonie pouze logopedickou ambulanci, neurologii a pedagogicko-psychologickou poradnu.

3.3.2 Vývoj řeči

Řeč dysfatiků má svá specifika a její nesprávný vývoj bývá nejčastějším důvodem k tomu, že rodič s dítětem navštíví logopeda. Pro logopeda je zase řeč důležitým

ukazatelem, aby mohl pojmout podezření na vývojovou dysfázii nebo případně jinou poruchu. Podobný „postup“ měla i Antonie.

Vývoj řečových dovedností byl velice opožděn. Jednoslovné výrazy se u ní začaly objevovat okolo třetího roku života. I když se v řeči vyvíjela a zlepšovala, rozumělo jí jen nejbližší okolí, které s ní bylo téměř v denním kontaktu. Již v anamnéze je popisováno období, kdy přestala úplně komunikovat. Toto období se ve vývoji její řeči stalo jakýmsi mezníkem. Pro lepší orientaci můžeme řeč rozdělit na období před „nemocí“ a po „nemoci“.

První období trvalo do 6 let věku. Její slovník se od toho běžného velmi lišil, proto bylo obtížné se s ní domluvit. Cizí člověk na ní pouze nechápavě koukal. Používala pouze pár slov, kterým rozumělo jen blízké okolí. Například: pokud říkala „Papa“ neznamenovalo to jídlo, jak většina malých dětí označuje pokrm. U Antonie toto slovo znamenalo „děda“. Ačkoliv většina lidí z jejího okolí ho oslovovalo „dědo“, Antonie si vzala příklad ze své babičky a snažila se napodobovat jeho jméno (Pepa). Po určitý čas byli všichni starší páni „Papové“. I Pro svého staršího bratra měla speciální pojmenování, říkala mu „Akua“(Jaroslav). Nedokázala rozlišit hlásky „E“ a „A“. Pokud se „E“ objevilo na začátku slova, tak jej nahrazovala hláskou „A“. Ovšem i s tímto nedostatkem si dokázala poradit – používala například přídavná jména pro rozlišení sestřenic Evy a Anny („velká a malá Aníka“). Toto období se také vyznačovalo tím, že řečový vývoj byl velmi pomalý. Na konci této doby mluvila spíše ve slovních spojeních než ve větách. Pokud se jí podařilo říci větu, šlo o větu velmi krátkou a holou.

Druhé období trvá kratší dobu. O to větší je vidět posun v mluveném projevu. V příloze (č. 1) nalezneme úryvek jejího řečového projevu ze současné doby. Během čtyř let se naučila znovu mluvit. Její specifický slovník postupně nahrazuje slovník, kterému rozumí i cizí lidé. Vymizelo speciální oslovení svého bratra i dědy. Začala rozlišovat „E“ a „A“, nyní to zvládá již bez upozornění. V současné době umí vyslovit všechny hlásky, kromě „R“. Avšak v mluveném projevu je patrné, že jí stále dělá problém zapojit všechny hlásky správně. I když se podle ukázky může zdát, že Antonie neumí říci hlásku „Ř“, není to pravda, pouze se musí na její vyslovení soustředit. V některých případech jí do slov naskočí sama od sebe (například slova: tři, bratři apod.). Při běžném rozhovoru nepoužívá žádné předložky. Proto je občas složitější

zjistit, o čem Antonie mluví, zvláště pokud začne mluvit o slově s více významy. Co je také nápadné (i v úryvku), je špatné skloňování slov a přiřazování rodů, například: nějaká jablíčko; Dali jí kamení (Dali mu kamení).

I když se může zdát, že Antonii přijdou některé slovní druhy zbytečné, snaží se mluvit tak, aby jí rozumělo co nejvíce lidí. Jde vidět velký zájem o komunikaci a rozvíjení se v řeči. V tomto směru Antonie potvrzuje to, co je napsáno v teoretické části o expresivní formě vývojové dysfázie.

3.3.3 Paměť

Jak již bylo zmíněno několikrát v teoretické části – vývojová dysfázie nezasahuje pouze oblast řeči, ale ovlivňuje celou osobnost a může zasáhnout i paměť – jak dlouhodobou, tak i krátkodobou nebo senzoricou.

Antoniina paměť je zaměřená na detail. Pamatuje si především věci, které jí něčím zaujaly nebo pro ni hrají určitou důležitost.

Její senzoricá paměť je oslabená především ve sluchové složce. Se zlepšením řeči je však patrné i zlepšení v této oblasti. Dříve si pamatovala jen názvy různých říkanek, případně pohyb, který ji doprovázel. Postupně začala opakovat poslední slabiky a následně i poslední slova z veršů. V současné době je schopná říct naučenou básničku nebo písničku zcela sama, avšak i sem se promítá neschopnost poskládat větu tak, aby byla gramaticky správně. Mezi její oblíbené říkanky patří ty, které jsou spojené s pohybem (např. Kolo, kolo mlýnský). Avšak ještě nikdy se nepodařilo, aby sama zopakovala básničku tak, jak je napsaná. Se zrakovou pamětí nemá žádný problém, naopak v této oblasti vyniká nad ostatními. Ani v hmatové paměti se neobjevují problémy.

Při používání dlouhodobé paměti je schopna si vybavit přesný příběh z knížky, který jí četla její sestřenice, když u ní byla na prázdninách. Při zadávání pracovních listů logopedkou ji Antonie upozorňuje na listy, které již dělala před půl rokem. Vše poznává díky drobným kresbám. Nebo například při prohlížení fotografií si vybaví detail v podobě vyrytého písmene „M“ na trámu houpačky, a to mezi pořízením fotografie a vybavením si detailu byla tříletá časová prodleva. Podle slov rodičů je neustále Antonie překvapuje, co všechno je schopná si zapamatovat. Na co si však moc nepamatuje a

nechce vzpomínat, je období, kdy navštěvovala mateřskou školu. Vybavuje si pouze dvě učitelky a to díky fotografiím, nic konkrétnějšího si většinou nevybaví.

S krátkodobou pamětí je na tom ovšem o něco hůře. Pokud se u ní zaměřujeme na detail, tak je schopná si vše pamatovat. Pokud se ovšem rodiče ptají, co měla Antonie k obědu, většinou si nic nevybaví. Hry, které jsou zaměřené na krátkodobou paměť, má ráda a vydrží je hrát opravdu pro ni až neuvěřitelně dlouhou dobu.

Dalo by se to shrnout tak, že Antonie si zapamatuje věci, které jsou pro ni důležité a mají pro ni zvláštní význam. Tak to ovšem má mnoho lidí, kteří netrpí žádnou poruchou.

3.3.4 Vývoj kresby

Kresba u dysfagických dětí má své specifické rysy. Její vývoj je značně opožděn. Svým vývojem kresby Antonie z řad dysfaticů nevybočuje. Co je však výjimečné, je chuť ke kreslení a k tvořivým činnostem. I jejím oblíbeným předmětem ve škole je výtvarná a pracovní výchova, již v mateřské škole si učitelky všimaly obliby, se kterou Antonie kreslila. Nejraději ke kreslení používá fixy, naopak nemá ráda práci s vodovými barvami.

Jak se vyvíjela její kresba, nejlépe přiblíží obrázky, které nakreslila během svého života (viz přílohy č. 2-6).

První obrázek (viz příloha č. 2) pochází z doby, kdy bylo Antonii 6 let. Bylo to v době před proděláním „nemoci“. Za povšimnutí stojí fakt, že Antonie nevyužívá celý prostor papíru a nepoužívá barvy, které by odpovídaly skutečnosti. Barvy si nevybírání, kreslí tou, která jí je nejbližší nebo si ji náhodně vybere. Dále je na kresbě vidět, že postavám chybí krk, uši, některým ruce a nohy. Důležitost pro ni hrála jízdní kola, ale detailní kresbou se zatím nezaobírá. Na části obrázku se nachází nepojmenovaná čmáranice. V době, kdy ho Antonie kreslila, ho zatím nedokázala okomentovat. V současné době ho okomentovala tak, že nakreslila dvě postavy. Jedna z nich skáče přes švihadlo a ta druhá jede na jízdním kole. Žlutý obrazec mezi dvěma postavami prý znázorňuje jízdní kolo.

Druhý obrázek (viz příloha č. 3) nakreslila Antonie v cca 6,5 letech. V této chvíli se začal zlepšovat její zdravotní stav, začala opět komunikovat a malovat obrázky. Tento obrázek již dokázala okomentovat. Od této chvíle vše, co je a obrázku komentuje a každý tah fixem má pro ni určitý význam. Nejvýraznější je na obrázku hlava prostřední osoby, která vyobrazuje její sestřenici, po její levé straně je Antoniin bratr a na kole k nim přijíždí přítel sestřenice. Všichni mají na hlavách cyklistické helmy, protože se chystají na vyjížďku. Stále však chybí postavám krk, nejsou zde vyobrazeny ani uši, to však Antonie zdůvodnila tím, že uši (i vlasy) jsou schovány pod helmami.

Třetí obrázek (viz příloha č. 4) pochází také z doby, kdy bylo Antonii přibližně 6,5 let. Ovšem je zde měsíční odstup od druhého obrázku. Stále nepoužívá reálné barvy. Podle jejích slov je na obrázku zobrazená dospívající dívka, která má před sebou dětský kočárek s plyšovým medvědem. Oproti předešlému obrázku si můžeme všimnout zobrazování detailů, jako jsou uši, náznak krku a dívčích prsou. Poprvé se zde objevuje kresba přes sebe.

Čtvrtý obrázek (viz příloha č. 5) nakreslila Antonie přibližně v 8 letech – před nástupem na základní školu. Vidíme na něm Antonii, která stojí před domem, ve kterém žije. Objevují se zde reálné barvy, které odpovídají skutečnosti. Zde je již zcela jasný krk a plno detailů – náušnice s červenými kamínky, tričko s puntíky, které měla zrovna na sobě nebo například přezky u pantoflů. Opět je zde vše promyšlené a ví, proč to tak kreslí – například kouř z komína se vrací zpět do komína, aby neznečišťoval ovzduší, Antonie sice stojí venku, ale na nohou má pantofle, které nosí doma – tuto skutečnost okomentovala bez váhání slovy tím, že je popleta a zapomněla se přezout. Co se však ještě neobjevuje, je vybarvování velkých ploch.

Poslední obrázek (viz příloha č. 6) zobrazuje současnost (únor 2017). K nakreslení použila opět fixy (i když měla na výběr i z pastelek). Na obrázku je opět její starší sestřenice a ona samotná. Společně hrají hru „Dobble“, kterou si Antonie velmi oblíbila. Oproti předešlému obrázku již vybarvuje plochu, všímá si i prvků, které se nachází v místnosti, kde se odehrávalo hraní hry a opět nechybí zdůvodnění.

I na jejích kresbách jde vidět vcelku rychlý vývoj, který nastal po zlepšení zdravotního stavu. Důležitost Antonie dává příběhu, který chce v obrázku vyjádřit. Pokud kreslí něco, co zrovna nevidí, chce vidět alespoň obrázek. Je zajímavé, že toto

vyžadovala ještě v době, kdy pro ni neměly význam reálné barvy (u druhého obrázku chtěla vidět fotku přítele sestřenice).

3.3.5 Vývoj grafomotoriky

Postupně se zdokonaloval i vývoj grafomotoriky. I když je i nyní vidět, že není zcela v pořádku. K tomu, aby byl vidět určitý vývoj, jsem použila pracovní listy, které Antonie vyplňovala zhruba rok po tom, co přestala mluvit a v současné době. V příloze je nalezneme pod čísly 7 – 10.

První pracovní list (příloha č. 7) Antonie vyplňovala před třemi lety. Snaží se dělat obloučky. Nutno podotknout, že při této aktivitě se musela velice soustředit a nebylo to pro ni jednoduché. Tužku držela správně, ale velmi křečovitě. Při detailnějším zhlédnutí si lze povšimnout pomocných teček, které se pro ni musely dokreslit, jinak úkol nezvládala.

Druhý pracovní list (příloha č. 8) je stejný jako předchozí, ovšem s rozdílem tří let. Stále přetrvává křečovitý úchop tužky. Za zmínku stojí fakt, že tentokrát vyplnění listu nedělalo Antonii žádný problém. Nepotřebovala ani pomocné tečky na posledním řádku. Co se však velmi projevovalo, byl psychomotorický neklid. Nedokázala se pořádně soustředit, a proto je na první pohled patrné, že si s úkolem nedala takovou práci a nevyvinula takovou snahu, jako při prvním vyplňování.

Třetí pracovní list (příloha č. 9) se opět vrací o tři roky zpět. U vyplňování byla Antonie soustředěná a snaživá. Ovšem problém jí dělala jakákoliv smyčka. Ztrácela se a nevěděla, jakým směrem má pokračovat. Tužku vedla velmi pomalu a nejistě. Zkoušela si projet dráhu několikrát. Ovšem vždy se zasekla na stejných místech, i když jí bylo vždy vysvětleno, kudy má tužku vést.

Čtvrtý pracovní list (příloha č. 10) vypracovávala Antonie velmi rychle, skoro si ani nesesedla za stůl. Okomentovala to slovy, že je to pro ni moc jednoduché. Na rozdíl od prvního vyplňování neviděla problém ve smyčkách. Co se jí pořád moc nedaří, je držení se předepsané linie. Zvláštností je to, že začala od levé strany, i když píše pravou rukou. Proto si můžeme všimnout, že ze začátku se chvíli snažila jet, co nejlíže lince, ale ovládl jí opět neklid a chtěla mít list rychle vyplněný.

I přesto, že pořád její úroveň grafomotoriky neodpovídá jejímu kalendářnímu věku, můžeme pozorovat pokroky, které během svého života dělá. Jde vidět, že psací náčiní nevede již tak obtížně, i když neustále přetrvává křečovitě držení tužky (popřípadě propisky). Tahy tužkou jsou jistější a přesnější.

3.3.6 Chování

V chování člověka se odráží jeho osobnost, ať jde o člověka s nějakou vadou nebo o člověka zdravého. I když můžeme chování vědomě ovlivnit, nastávají situace, kdy své chování nemáme zcela pod kontrolou.

Antoniino chování ovlivňuje nejen vývojová dysfázie, ale změna nastala i po onom půlročním období regresivního stavu. Do té doby bývala plachá a každému se podřizovala. Od doby, kdy se začala zlepšovat, si prosazuje svůj názor. Při hrách s kamarády se již nepodřizuje pouze jejich nápadům, ale snaží se přispět i vlastními. Snaží se to však sdělovat s určitou empatičností.

Občas se stává, že chování lidí s postižením bývá agresivní nebo nese stopy agresivity. To však není případ Antonie. Naopak je velmi citlivá, především na nepravosti, které by se děli jiným lidem nebo jí samotné.

Je velmi citlivá i na lidské povahy. Neříkají to pouze rodiče, ale všímají si toho i lidé z jejího okolí, včetně paní logopedky. Antonie dobře rozpozná, jestli se k ní lidé chovají upřímně nebo ne. Podle toho se i chová, ne všechny nechá vstoupit do svého osobního prostoru.

Co je nápadné a provází její chování je psychomotorický neklid. Většinou se projevuje neustálou prací nohou. Občas se projevují mimovolní pohyby celého těla. Také se zde odráží energie, kterou Antonie oplývá. Neustále musí být v pohybu. Ani když se snaží soustředit, nepřestávají jí pracovat nohy nebo ruce. Občas se objevuje krátké zahledění se. Mohlo by se zdát, že by zde mohla být diagnostikována porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Toto však odborníci vyvracejí s tím, že dítě trpící ADHD je ještě živější než Antonie.

Nemá ráda, když se na ni křičí a nemá to ráda ani v případě, když křičí někdo na někoho a ne přímo na ní. V takových situacích často pláče. Stahuje se do ústraní nebo naopak se v ní probudí vznětlivost a zvyšuje také hlas.

Rodiče o Antonii říkají, že je velice vznětlivá. Její vznětlivost se nejčastěji projevuje v rozhovoru s člověkem, který jí úplně nerozumí. Nemá ráda, když jí někdo nerozumí a neustále se jí ptá, co to říká – i to je známý projev z literatury. Nejvíce znatelné to bývalo v předškolním věku, kdy mluvila v krátkých spojeních a využívala převážně svůj specifický slovník.

Začlenit se do společnosti jí nedělá problém. Je velmi přátelská a ohleduplná. Ráda pomáhá druhým lidem.

3.3.7 Orientace v okolním světě

Ve svém okolí se Antonie orientuje s přehledem. Svě blízké pozná i ze starších fotografií, a to i v případě výrazné změny image (nárůst plnovousu, přibrání na váze, ztráta vlasů apod.). Občas jí dělá problém správně rozlišit a přiřadit pojmy bratr x bratranec, sestra x sestřenice. Ale i v tomto u ní nastalo zlepšení. V minulosti neměla snahu rozlišovat rozdíly. Na otázku: „Tehle kluk je tvůj bratr nebo bratranec?“ odpovídala jediné: „on je můj.“

Co bylo zvláštností, která již vymizela, bylo pojmenovávání strýců a tet. Antonie nepoužívala jména, ale měla je očíslované. Věděla, že „čenda“ (výraz pro strýce) první bydlí s tetou první v sousední vesnici a mají čtyři děti. Oproti tomu „čenda“ druhý a teta druhá bydlí společně s dvěma kluky v nedalekém městě. V současné době přetrvává pouze označení „čenda“, čísla již nahradila skutečnými jmény strýců a tet.

I přesto, že ráda pracuje s čísly, velkým problémem jí činí hodiny. Přes snahu učitelů i rodiny Antonie do současné doby nezná princip určování času. Čas chápe pomocí činností, které jsou specifické pro denní doby nebo určité významné dny v roce (Vánoce, Velikonoce, narozeniny apod.). Dělá jí problém vyjmenovat měsíce a určit, které jsou brané jako jarní/letní/podzimní/zimní. Jediné co jí nečiní problém je orientace ve dnech v týdnu. Ovšem jiné časové jednotky jí činí velké problémy.

Při orientaci v prostoru jí dělá jediný problém pravolevá orientace. Do dnešního dne se jí plete pravá a levá strana.

4 Diskuze

V teoretické části je uvedeno, že expresivní vývojová dysfázie se projevuje především potížemi s artikulací. Dále je psáno, že pasivní slovní zásoba převládá nad tou aktivní a dítě se hůře vyjadřuje. Objevují se problémy s gramatikou řeči. Toto se potvrdilo i v praktické části této bakalářské práce. Antonie slova zná, ale nechápe stavbu věty, mluvené řeči bez problému rozumí, nejprve jí byla diagnostikována dysartrie a o komunikaci má velký zájem. Zde by se zdálo, že je Antonie učebnicovým příkladem.

I při zjišťování možné příčiny se teorie shoduje s praxí. Sama vývojová dysfázie je velmi složitá porucha, která skrývá ještě mnoho nevyřešených otázek, proto není dodnes příčina jasně stanovena. Během Antoniiina života se objevilo mnoho domněnek, které by se mohly stát příčinou její diagnózy, avšak do dnešních dnů zůstává příčina skryta. Sice se objevily spekulace o možném zánětu mozku, který mohla prodělat a to hned dvakrát (poprvé jako novorozenec a podruhé v 6 letech), ovšem ani tyto teorie nikdo nepotvrdil.

Lechta (2003) klade důraz na správné stanovení diagnózy. V praktické části můžeme vidět, jak je to důležité. Zároveň však zůstává otázkou, jestli diagnóza vývojové dysfázie je konečná. Po rozhovoru s paní logopedkou, jsem došla k závěru, že není vyloučena možnost změny. Stává se tak prý i ve specializovaných zařízeních zabývajících se vývojovou dysfázií, že během vývoje dítěte odhalí zcela jinou příčinu jeho problému s komunikováním. Avšak si myslím, že Antoniiina diagnóza se nezmění a bude konečná. Jediné co zůstává zatím tajemstvím, je její budoucí vývoj.

Z mého pohledu je mnohem důležitější přístup rodiny než to, jak se postupem mění diagnóza nebo se vyvíjí zdravotní stav. Pro každé dítě je důležité funkční zázemí, které by mělo nalézat v rodině a u jakýmkoliv způsobem postižených dětí to platí dvojnásobně. Bazalová (2014) poukazuje na fáze, kterými si projdou všechny rodiče, kterým je sdělena nepříznivá diagnóza jejich dítěte. Ne všichni se dostanou k fázi, kdy dítě přijmou a smíří se s jejich osudem. Sami rodiče Antonie říkají, že si na všechno museli postupně zvykat a se situacemi, které nastaly během Antoniiina života, se sžívali velmi obtížně. Jako nejhorší období, během kterého si sáhli na dno, jednoznačně označují půlroční maraton po nemocnicích a rehabilitačních centrech v šesti letech

Antonie. V současné době jsou již smířeni s tím, že Antonie zřejmě nikdy nebude mluvit plynule, ale i přesto se snaží udělat maximum pro to, aby se normálu co nejvíc přiblížila. Pro Antonii hraje rodina důležitou roli a na nikoho ze svých blízkých nedá dopustit. V teoretické části Prevendárová (1998) upozorňuje na postoje, které zauímají rodiče. Jako každý rodič, tak i rodiče Antonie, mají o svou dceru strach. Tento strach se zvýšil především v období regrese a přetrvává dodnes. Avšak výchovný postoj není ryze hyperprotektivní, který by mohl bránit jejímu rozvoji. Což je patrné z jejího velkého pokroku, který udělala během posledních let.

Lechta (2010) uvádí celkem tři pohledy na inkluzi. Ovšem nikdo se doposud neshodl na jednom pohledu. V tom vidím problém při její realizaci. Z prostudování literatury jsem dospěla k názoru, že nejvíce autorů zaujímá druhý pohled. Tedy, že inkluze je jakýmsi vrcholem integrace. Samotné vzdělávání Antonie mi inkluzivní nepřijde, ač ho škola tak prezentuje. Její vzdělávání probíhá sice ve třídě s ostatními zdravými spolužáky, ale za svoji učitelku považuje asistentku pedagoga, která si ji bere stranou a vyučuje ji odděleně. Podle mého názoru by hlavním vyučujícím Antonie měla být její třídní učitelka a asistentka by jí pomáhala například se čtením zadaných úkolů.

Po porovnání teoretické a praktické části lze dojít k závěru, že ve velká části opravdu teorie odráží skutečnost. Nesmí se však zapomínat na jedinečnosti každého člověka. I když Antonie špatně mluví a i v současné době se musí posluchač soustředit, aby jí rozuměl, najdou se situace, ve kterých by mohla jít mnohým příkladem. Velice mě zaujal fakt, že i s vadou řeči nezapomíná pozdravit, poprosit i poděkovat. Na toto „slušné vychování“ nezapomínala ani před svým regresivním obdobím, kdy používala jen zlomek slov, které používá nyní.

Zde se nacházejí odpovědi na dílčí otázky, které byly položeny v úvodu praktické části a nejsou zcela jasně zodpovězeny v předešlých kapitolách. Jsou získány především díky rozhovorům s rodiči, pedagogy a logopedkou, ale i přímým a nepřímým pozorováním Antonie.

Jak a kdy byla zjištěna diagnóza vývojové dysfázie?

Již v anamnéze je psáno, že nejdříve se logoped domníval, že jde o opožděný vývoj řeči. V praxi je velice běžné, že před stanovením vývojové dysfázie se odborníci

domnívají, že jde o opožděný vývoj řeči. Ke změně diagnózy z opožděného vývoje řeči na vývojovou dysfázii došlo ve čtyřech letech Antoniina života.

Jak probíhala výchova dítěte v rodině? Jak podporovala rodina rozvoj dívky?

Již od narození Antonie se objevovaly příznaky poukazující na to, že nepůjde o zcela zdravé dítě. To se samozřejmě odrazilo v její výchově i ve výchově jejích starších sourozenců.

Nejdříve bylo zapotřebí, aby se rodiče vyrovnali se skutečností. Nebylo pro ně jednoduché tuto skutečnost přijmout. Nejvíce jim v tom bránil fakt, že se diagnóza často měnila, než se ustálila na vývojové dysfázii a ani ta nebyla zprvu vůbec jasná.

Rodiče se snažili vždy vyhledat odbornou péči, která by jim a především Antonii vyhovovala (změna PPP, logopedky, apod.). Doma i v rehabilitačních centrech cvičili Vojtovu metodu. Avšak nejen pomocí rad odborníků se snažili rozvíjet její osobnost. Sháněli pro ni nejrůznější hračky, které by jí v rozvoji pomáhali. Mnohdy si ani neuvědomovali, co všechno díky jedné hračce jejich dcera rozvíjí.

Informace o možnostech rozvíjení čerpali nejen od lékařů nebo logopedů, ale i od učitelek mateřské a základní školy a především z internetu nebo odborné literatury. A i když dbali rad odborníků, často se také řídili svou intuicí.

Ve výchově nastaly komplikace po zjištění těžké dyslexie u nejstaršího bratra Antonie. Bylo potřeba se s ním denně učit. Zároveň velkou pozornost vyžadovala i samotná Antonie. Prostřední syn by se na první pohled mohl jevit jako opomíjené dítě. Avšak ani na něj se snažili rodiče nezapomínat a věnovali mu svůj čas.

I když se snažili aplikovat demokratický styl výchovy, rodiče přiznávají, že především v období Antoniiny nemoci (jak sami nazývají zmiňovaný půlrok její regrese) volili liberálnější styl výchovy. Důležité pro ně bylo, aby se Antonie začala opět lepšit nebo alespoň aby se regrese zastavila.

Oporu nalézala Antonie nejen u rodičů, ale i starších bratrů, kteří se o ní zajímali. Rodičů se ptali na její zdravotní stav a chtěli vědět, čím je způsobená její nemluvnost. Dokonce společně procvičují logopedické úkoly. V teoretické části můžeme nalézt kapitolu, která se rodině věnuje. Je v ní zmínka i o tom, že si zdravý sourozenec (případně zdraví sourozenci) mohou vytvořit vůči k postiženému averzi. Zde nastal

druhý případ, kdy se sourozenec stane empatičtější a vytváří se velmi silné prosociální chování. Na obou bratrech jde vidět, že jim na sestře záleží (stejně tak na sobě navzájem). Berou jí takovou jaká je a i oni se snaží, aby mohla vést co nejkvalitnější život.

Antoniin rozvoj se snaží rodina podporovat především hrou. Proto se zajímají o různé hry a hračky, které podporují rozvoj především řeči, ale i sluchu, orientace, motoriky. Kromě her se Antonii snaží zapojit i co nejvíc do běžného každodenního života. Tím je myšleno to, že i Antonie má své povinnosti, které si musí plnit stejně, jako její bratři. Vše co se v jejím prostředí odehrává, se snaží rodiče komentovat a být jí dobrým mluvním vzorem.

I v odborných oblastech se snaží vybrat takové prostředí, které by bylo pro Antonii nejen přínosné, ale i přívětivé a přátelské. To je i důvod, proč několikrát změnili logopedickou ambulanci i pedagogicko-psychologickou poradnu.

V čem také tkíví podpora rodiny, je Antoniino vzdělání. Antonie nechodí do své spádové školy, kam chodí její bratři. Rodiče ji vozí do vzdálenější základní školy. Jinak by Antonie musela navštěvovat bývalou zvláštní školu. Rodiče se domnívají, že by to však nebylo ku prospěchu, proto zvolili možnost dojíždění. Aby Antonie mohla chodit do specializované základní školy, musela by být na internátě. To ale v jejím stavu nebylo možné.

Antoniin rozvoj podporovala i spolupráce rodičů a pedagogů (jak mateřské, tak i základní školy), dále spolupráce s psycholožkou a především s logopedkou.

V případě Antonie by se mohla uplatnit známá věta: „Nikdy se nevzdávej!“. Asi nejlépe vystihuje přístup rodičů, kteří to nevzdali ani v době regrese, kdy si i lékaři nevěděli rady. Podle jejich slov si sice sáhli na dno, ale dokázali se odrazit a podporovat svou dceru všemi možnými způsoby. I díky jejich trpělivosti a lásce se začala Antonie zlepšovat. Nad jejím zlepšením žasnou nejen rodiče, ale i odborníci, kteří Antonii léčili.

Jak probíhalo institucionální vzdělávání?

Mateřská škola:

Mateřská škola, do které Antonie nastoupila, se nachází v malém městě. Je rozdělena na tři třídy, kam bývají děti řazeny homogenně. S integrací jakkoliv handicapovaných dětí má bohaté zkušenost.

Antonie začala mateřskou školu navštěvovat ve svých čtyřech letech. Tedy v době, kdy byla diagnostikována vývojová dysfázie. Byla zde začleněna bez asistenta. První rok ve školce vůbec nekomunikovala. Druhým rokem se však komunikace velmi zlepšila, učitelka vyzdvihuje zvláště její neverbální stránku, začaly se objevovat jednoslovné odpovědi a postupně se rozvíjel rozhovor (který vedla především učitelka a Antonie odpovídala – převážně jednoslovně). Vzhledem k tomu, že školku v minulosti navštěvovali i starší bratři, v rozhovorech často figurovala rodina. Sama Antonie si ráda hrála na rodinu.

Vzhledem k tomu, že se děti setkávaly i s jinými handicapovanými dětmi, neměly problém Antonii přijmout mezi sebe. Podle učitelek byla Antonie oblíbeným a usměvavým dítětem. Děti ji tolerovaly a neměly problém ji zařadit mezi sebe. Přispěl k tomu přístup učitelek, které děti vedly k poznání, že každý jsme jedinečný. Dokonce v předškolní třídě si učitelky všimly, že Antonie je v některých oblastech šikovnější než průměrné děti, především se jednalo o vyplňování nejrůznějších pracovních listů (nejoblíbenější byly ty, které obsahovaly prvky matematiky). Jediný problém, který u ní přetrvával, byl ten logopedický.

Při řízených činnostech se Antonie ráda zapojovala. Jen při různých kulturních akcí vyhledávala útočiště u učitelky, nepůsobila na ní dobře neznámé prostředí, velké množství lidí a ve většině případů hlasitá reprodukce.

Co je u dysfatických dětí neobvyklé a u Antonie se projevilo, byla již výše zmíněná obliba v kreslení.

V mateřské škole nepoužívaly žádné speciální pomůcky, snažili se co nejvíce komunikovat a zapojovat Antonii do kolektivu. Což se dařilo. Antonie nebyla první dítětem, které navštěvovalo tuto mateřskou školu s diagnostikovanou vývojovou dysfázií.

Bohužel se ke konci její docházky komunikace výrazně zhoršila, Antonie přestala komunikovat, zhoršilo se i její porozuměním pokynům, které ji dříve nedělaly sebemenší potíže. Stala se apatickou a plačtivou. V komunikaci se omezila pouze na nejbližší členy rodiny a ani s nimi moc nehovořila. Zde začalo její půlroční nemluvení a zhoršování zdravotního stavu, které je popisováno výše.

Sama Antonie vzpomíná na školku s určitým odstupem. Její slova jsou: „Na školku zapomeň, dávám jí dvojku.“. To může plynout z faktu, že vedle Antonie, byl do mateřské školy integrován i chlapec s diagnostikovaným autismem a agresivními sklony. Podle slov matky nastala i situace, kdy se Antonie vrátila s boulí na hlavě, když po ní chlapec hodil kostku.

Antonii byl v šesti letech doporučen odklad povinné školní docházky, který se uskutečnil na základě vývojové dysfázie a Antoniině nevyzrálosti. Následující rok ještě navštěvovala mateřskou školu, v průběhu roku se však došlo k již zmiňovanému zhoršení zdravotního stavu. Proto následoval druhý odklad školní docházky. Tento rok mateřskou školu nenavštěvovala. Během tohoto roku navštěvovala především lékaře, kteří se jí snažili pomoci a zjistit příčinu jejího stavu.

Mateřská škola spolupracovala se speciální základní školou, která je zaměřena na logopedii. Rodiče o této základní škole uvažovali, ale je velice daleko a Antonie by musela být přes týden na internátu. To však nebylo možné především díky špatnému zdravotnímu stavu. Dále spolupracovali se speciálně pedagogickým centrem.

V mateřské škole měla vypracovaný individuální vzdělávací plán, podle kterého probíhalo celé její vzdělávání.

Rodiče byli s přístupem mateřské školy spokojeni. Podle jejich slov bylo dobře, že měla Antonie možnost navštěvovat běžnou mateřskou školu. I učitelky vidí tuto integraci jako přínosnou.

Základní škola:

Po dvou letech odkladů a nepřijetí na spádovou základní školu, začala navštěvovat běžnou základní školu vesnického typu. Jde o malotřídní školu, kterou děti navštěvují do 4. ročníku povinné školní docházky. Celkem jsou na škole dvě vyučující třídy.

Ročníky se spojují podle počtu žáků ve třídě. Sama škola o sobě říká, že jde o školu rodinného typu, protože maximální kapacita školy je 40 žáků.

Společně s Antoníí chodí do třetího ročníku ještě jeden žák. Celkem je v její třídě 15 dětí v rozmezí 3. a 4. třída.

Ze začátku její docházky byla pro děti zvláštní. Nerozuměly jí a to se také mohlo stát důvodem, že se jí posmívaly a nechtěly ji mezi sebe přijmout. Naštěstí se učitelkám podařila podobná věc jako učitelkám v mateřské škole – vysvětlit dětem rozdílnost každého člověka. Sama Antonie v té době dokázala říct svými slovy, v čem se liší od ostatních. Když děti pochopily všechny souvislosti a začaly rozumět i jejímu slovníku, který se stále více přibližuje normální řeči, našly si k ní cestu a v současné době vládne ve třídě přátelské prostředí, které je pro rozvoj všech dětí velmi důležité.

Antoniino vzdělávání zahrnuje všechny předměty kromě cizího jazyka. Probíhá tak, že ji vyučuje asistentka pedagoga, kterou Antonie vnímá jako svoji paní učitelku. Klasifikována je ze všech předmětů.

V českém jazyce se učí číst slabiky, které spojuje v kratší slova. Jediná metoda, která jí při osvojování si čtení nevyhovuje, je ta globální. Ani učitelé, ani logopedka nedokážou určit, který způsob čtení jí vyhovuje. Pole jejich slov používá Antonie ke čtení všechny metody (kromě zmíněné globální). Její písmo je kostrbaté. I když je vidět její snaha, písmena často nestojí na lince. Zapomíná na diakritická znaménka a najít chybu v textu je pro ni bez pomoci velmi obtížné. (viz příloha č. 11)

V matematice se jí daří téměř bez problému. Sčítání ani odečítání jí nečiní žádné problémy. Nyní se učí násobit dvěma. Ani zde nevidí vyučující žádný problém. Oproti českému jazyku, jí nedělá problém najít chybu ve sloupci číslic (viz příloha č. 12). Jediné, co jí činí problém je rozklad čísel.

Ve výchovných činnostech si vede podle učitelek velmi dobře. Je trpělivá a snaží se každou věc dokončit. Svou tvořivost rozvíjí ještě v keramickém kroužku, který škola nabízí.

V letošním školním roce poprvé použili slovní ohodnocení. Rodiče i učitelé se shodli na tom, že tento způsob klasifikace je pro Antonii nejvhodnější.

Samotná Antonie je ve škole velmi spokojená a ráda do ní chodí. Říká, že její oblíbený předmět je matematika, hudební a výtvarná výchova, a to i přesto, že na první pohled ani v jedné z výchov nevykuká. Styl jejího kreslení můžeme vidět v příložených obrázcích. V hudební výchově jí dělá problém opakování delšího rytmického cvičení a texty písní. Naopak nemá ráda čtení a tělesnou výchovu. Kromě jednoho spolužáka si na nic jiného nestěžuje. Od 5. třídy by měla začít chodit do nedaleké městské školy, kde by navštěvovala speciální třídu.

Škola se snaží Antonii podporovat pomocí již zmíněného individuálního plánu, asistentky i slovního hodnocení. Dále paní asistentka s Antonii procvičuje logopedická cvičení (například při hodinách, kdy se ostatní děti vzdělávají v cizím jazyku – Antonie je od něj osvobozena). Dále má více pracovních a výtvarných výchov oproti ostatním dětem.

Jak probíhá logopedická intervence?

Jak již je zmíněno v anamnéze, Antonie začala navštěvovat logopedickou ambulanci ve třech letech života. V průběhu let změnila logopedickou ambulanci celkem dvakrát. V prvním případě měli rodiče pocit, že se Antonii vlastně vůbec nevěnují. V druhé logopedické ambulanci na ni byli moc rychlí, to by však mohlo vést k opakované regresi řeči. Proto opět logopeda změnili.

V současné době navštěvuje již třetím rokem jinou logopedickou ambulanci. Každých 14 dní sem dojíždí ze vzdálenosti asi 50 kilometrů. Jde asi o hodinové sezení, při kterých se zaměřují společně nejen na samotnou výslovnost, ale i rozvíjení dalších oblastí. Vždy se do hodiny zapojuje i Antoniina matka.

Až zde se rodiče dozvěděli od logopedky, co to vlastně vývojová dysfázie je a co obnáší práce s takovými dětmi. Do této chvíle si museli informace vyhledávat sami v odborné literatuře nebo pomocí internetu.

Porovnála bych dvě hodiny, na kterých jsem se účastnila zhruba s půlroční prodlevou. První hodina, na které jsem byla, byla i první hodinou po letních prázdninách. Nejprve Antonie pozdravila, představila mě a poté si s paní logopedkou povídaly o tom, co dělala o prázdninách. Případné chyby se snažily společně s matkou hned odstranit. Zaměřily se především na hlásky „R“ a „Ř“. S těmito hláskami se

Antonie učí říkat pouze jednotlivá a hlavně krátká slova. Přes snahu vyslovit správně hlásku, zapomíná na poslední hlásky ve slovech (např. stroM, křiK). Čím víc se snaží, tím víc prská. Nevydrží dlouho klidně sedět, proto přechází od logopedického zrcadla k počítači, kde má za úkol určit u slov počet slabik, to jí ovšem bez pomoci vytleskávání dělá problémy. Dalším úkolem, který jí byl zadán na počítači, bylo určování dvou obrázků (např. na obrazovce se zobrazily dva obrázky – „lvice“ a „lavice“- hlas z počítače pojmenoval pouze jeden obrázek a Antoniiiným úkolem bylo říct, který z nich to je). Tento úkol na fonematickou diferenciaci jí větší obtíže nečinil. Posledním úkolem bylo zopakovat větu, ke které se vztahoval jeden ze dvou obrázků. Zde bylo patrné, že Antonie nepoužívá ve větách předložky. Na konci hodiny společně vybraly úkoly na doma. Paní logopedka s matkou se shodly, že není problém ve slovní zásobě, ale v gramatice vět. I tak došla paní logopedka k závěru, že Antonie udělala přes prázdniny velký pokrok. Mluví již v krátkých větách, postupně věty doplňuje o přídavná jména a příslovce.

Další hodina, kterou jsem s Antonii absolvovala, byla v únoru 2017. Tentokrát se učila tvořit celé věty tak, aby byly gramaticky správně. Největší problém jí dělaly předložky. Prvním úkolem bylo odpovídat ve větách. Antonii musela upozorňovat matka i paní logopedka. Když se cvičení obměnilo, ale princip zůstal stejný, musela být znovu napomenuta, že má odpovídat v celých větách. Oproti poslední hodině byla klidnější, u cvičení vydržela tak dlouho, jak bylo potřeba. Jediné, co naznačovalo, že není úplně v klidu, byla práce nohou pod židlí. Při snaze říci správně slovo nebo větu již neprská. Věty, které říká, nezní přirozeně díky slůvku „já“, například „Půjdu já vycházku“ (zde vidíme jak špatné zařazení osobního zájmena, tak i neužívání předložek). To bývá problémem téměř všech dysfagických dětí. Kromě předložek opomíná sloveso být. Hlásky „C“ a „Ž“ nahrazuje hláskou „Č“. I když u činností vydrží dlouho, rozhodí jí sebemenší neklid (dětský pláč doléhající z čekárny). Antonie má výborně rozvinutou dlouhodobou paměť. Vybaví si zadávané pracovní listy i ze začátku školního roku. Poznává je díky nepatrným detailům. V současné době se snaží číst. Jediná metoda, která jí nevyhovuje, je zmiňovaná globální. Ostatní používá tak, jak se jí zrovna hodí. To také potvrzuje logopedka se zkušenostmi s jinými dysfatiky, že je to

zcela běžný jev. Co je však u Antonie velmi specifické a silně vyvinuté je slabý jazykový cit. Zatím se jí nepodařila pochopit správná skladba vět.

Co se týká výslovnosti, jediná hláska, která se nepodařila zatím vyvodit, je „R“. I když těžší „Ř“ zapojuje do vět sama, „R“ jí dělá neustále problém a nedokáže ho vyslovit. I toto však není nic neobvyklého.

Potvrdilo se to, co se píše teoretické části, a to fakt, že každé dysfatické dítě je jiné. Proto nejde určit, v čem Antonie vybočuje z řad dysfatiků. Co ovšem paní logopedka u Antonie vyzdvihuje, je snaha o mluvení a děláním velkých pokroků během relativně krátké doby.

5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je zmapovat výchovu, vzdělávání a logopedickou podporu dívky s vývojovou dysfázií. Dalším cílem bylo na konkrétním případě odhalit problémy i příklady dobré praxe.

Problém, který se odhalil během vypracovávání bakalářské práce, je zřetelný na zjištění laxního přístupu odborníků k rodičům, jako k laikům. Vývojová dysfázie byla Antonii diagnostikována ve čtyřech letech. Ovšem co přesně tato diagnóza obnáší a jak se dá s dítětem pracovat, se rodiče dozvěděli o tři roky později (po druhé změně logopedky). Do té doby si informace hledali v odborné literatuře, ve které však nacházeli odborné názvy, kterým nerozuměli. V hledání informací jim také pomáhal internet, zde však nacházeli nepřesné informace, které je mátlly.

Teoretická část je věnována shromažďování informací o vývojové dysfázii, její terminologii, symptomologii, etiologii, diagnostice a terapii. Dále je zde zmíněn problém rodin s postiženými dětmi. V teoretické části se také zabývám vzděláváním dětí s vývojovou dysfázií. Jsou zde popsány možnosti, které jim školství nabízí v současnosti a ve zkratce je zde popsán i historický vývoj přístupu k jakkoliv znevýhodněným lidem. Zvláštní kapitolu tvoří inkluze, kde uvádím pohledy různých odborníků na tuto problematiku. Vzhledem k tomu, že jde o novodobý trend, pohledy na ni se liší, což je v kapitole patrné.

V praktické části jsem zpracovala případovou studii dívky, která navštěvovala běžnou mateřskou školu a v současné době navštěvuje základní školu, taktéž běžného typu. Díky dlouhodobému pozorování jsem mohla zaznamenat její vývoj v mateřské i základní škole. Také jsem se zaměřila na podporu ze strany rodiny i ze strany paní logopedky. Z případové studie vyplývá, že nejvíce ovlivněn byl její vývoj půlročním regresivním zdravotním stavem, kdy přestala komunikovat a vše se musela učit znovu. Zvláštní pozornost jsem věnovala vývoji kresby, který jsem sledovala od 6 let věku, dále grafomotice, paměti a řeči. Pro vývoj dívky ve všech oblastech byl podporující zejména přístup rodiny, který je vyjádřen v diskuzi.

Domnívám se, že cíl mé bakalářské práce se mi podařilo splnit a alespoň částečně přiblížit problematiku vývojové dysfázie na konkrétním případě. Tato problematika je velice složitá a rozhodně nejde říci, že by všechny případy měly podobný průběh. Jak již bylo řečeno, každé dítě s vývojovou dysfázií je specifické a má často odlišné problémy. Záleží na mnoha faktorech, protože nejen lidé s vývojovou dysfázií jsou jedineční. Každý člověk, ať s postižením nebo bez něj, je jedinečnou bytostí s určitým temperamentem, charakterem a vlastnostmi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
- BENDOVIÁ, Petra. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. Praha: Grada, 2011. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3853-6.
- BENDOVIÁ, Petra. Inkluzivní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-492-2.
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Komunikace dětí předškolního věku. Praha: Grada, 2012. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3008-0.
- HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]. Praha: Grada, 2010. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3070-7.
- HAVEL, Jiří. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na 1. stupni základní školy jako východisko inkluzivní didaktiky. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6395-2.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ. Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-427-4.
- KALEJA, Martin. Edukace dětí předškolního věku se speciálními vzdělávacími potřebami. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-630-0.
- KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti ; logopedická prevence ; logopedická intervence v ČR ; příklady z praxe. Praha: Grada Publishing, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina. Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí. Brno: Paido, 2000. Pedagogické literatury. ISBN 80-85931-91-5.

- KLENKOVÁ, Jiřina. Terapie v logopedii. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. Opožděný vývoj řeči: Dysfázie : metodika reedukace. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.
- LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor. Inkluzivní pedagogika. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
- LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy. Přeložil Zuzana LEBEDOVÁ. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MICHALOVÁ, Zdeňka. Speciálněpedagogická čítanka. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7290-109-5.
- MÜLLER, Oldřich. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
- PELCOVÁ, Naděžda a Ilona SEMRÁDOVÁ. Fenomén výchovy a etika učitelského povolání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2636-9.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. Rodina s postihnutým dieťaťom. Nové Zámky: Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. Pedagogický slovník. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika. 4., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-503-5.

- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a doplněné vyd. Praha: Grada, c2006. Psyché. ISBN 978-80-247-1049-5.
- SOVÁK, Miloš. Logopedie předškolního věku. Praha: SPN, 1984. Knížnice speciální pedagogiky.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- VYHLÁŠKA O VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI A ŽÁKŮ NADANÝCH. In: . 2016, ročník 2016, 10/2016 Sb., číslo 27.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přepis Antoniiny řeči

Příloha č. 2: Kresba z období 6 let

Příloha č. 3: Kresba z období 6,5 let

Příloha č. 4: Kresba z období 6,5 let (o měsíc později)

Příloha č. 5: Kresba z období 8 let

Příloha č. 6: Kresba ze současnosti

Příloha č. 7: Pracovní list – žába - před 3 lety

Příloha č. 8: Pracovní list – žába – současnost

Příloha č. 9: Pracovní list – cesta - před 3 lety

Příloha č. 10: Pracovní list – cesta - současnost

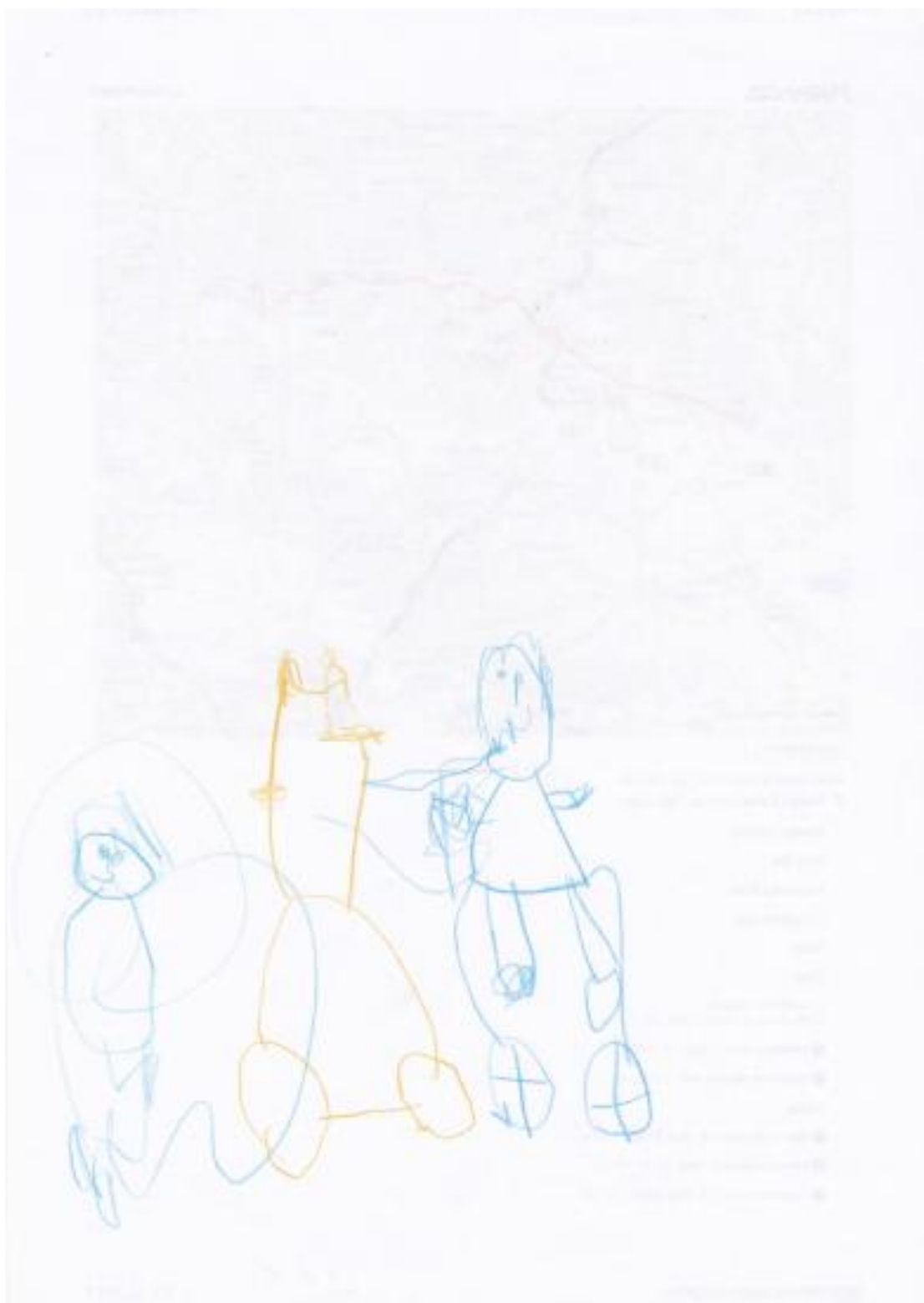
Příloha č. 11: Ukázka Antoniina písma

Příloha č. 12: Ukázka matematických dovedností

Příloha č. 1

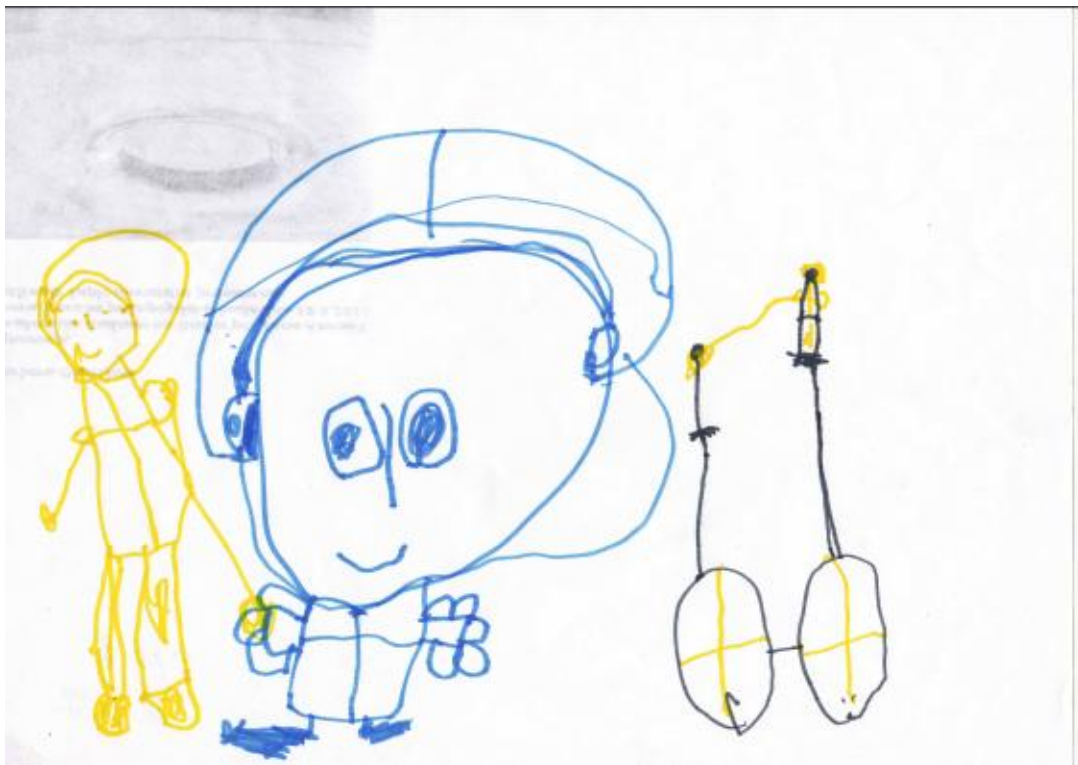
Byla malá houčička menovala Anička. Byla em tým čevená žíkalo Kalkulka. Maminka žíkala jí em Kalkulce: „Babička má švátek (naloleny? Švátek asi)“. Dala košíku em bábovku, víno a enakou ebličko. Šla cestou em tam byl vlk. Žíkal: „kam deš Kalkulko?“ „já du babičkou.“ „Jo, de to bydlí?“ „bydlí lese.“šel vl tam sněd tu, ťuká tadle (náznak zaťukání). Ťukal. „do je tam?“ „ já sem čevená Kalkulka.“. Šel jí babičku sněd. Šla Kalkulka nakukala (náznak ťukání). „Do je to?“ „Kalkula!“ „Babičko poč máš veliký em veliký em veliký oči?“ „Lépe viděla.“ „Poč máš veliký uši?“ „to lépa lyšela.“. „poč máš pusu?“ „ lépe tě snědla.“ Pšišel vlk, néééé myslivec. Myslivec! Lápal. Ona šla ten vlk, ne myslivec břicho ten pálal. Kalkulka chodila, ta čevená Kalkulka, ne ta babička. Em oni dali kamení. Dali jí kamení. Ten žíkal: „of, uf.“ Ten šel napít studánce a ukopil.

Příloha č. 2



Zdroj: vlastní

Příloha č. 3



Zdroj: vlastní

Příloha č. 4



Zdroj: vlastní

Příloha č. 5



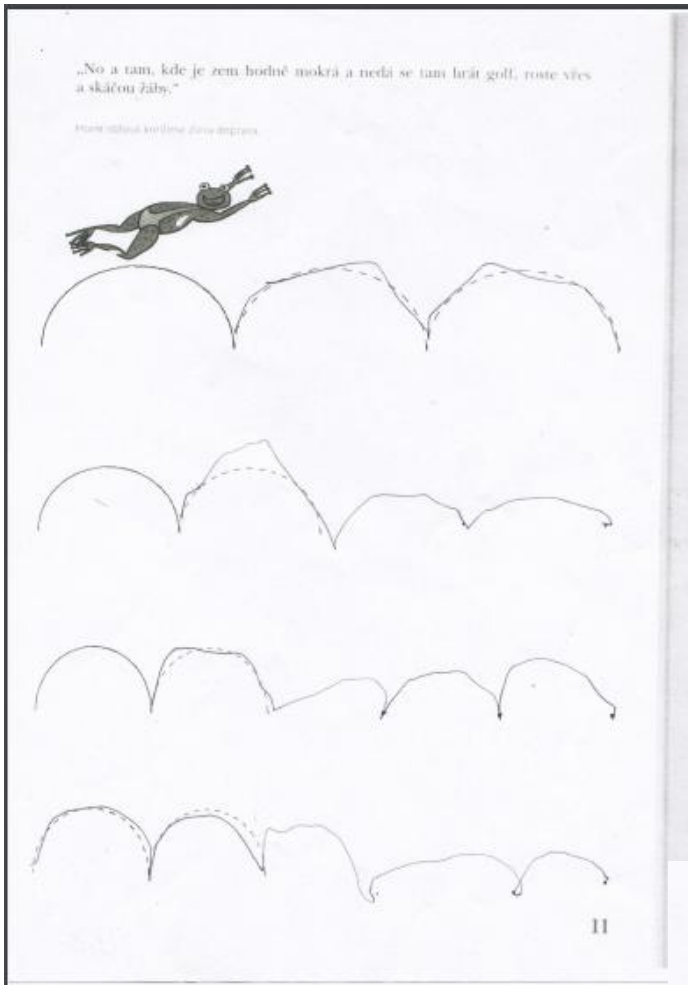
Zdroj: vlastní

Příloha č. 6



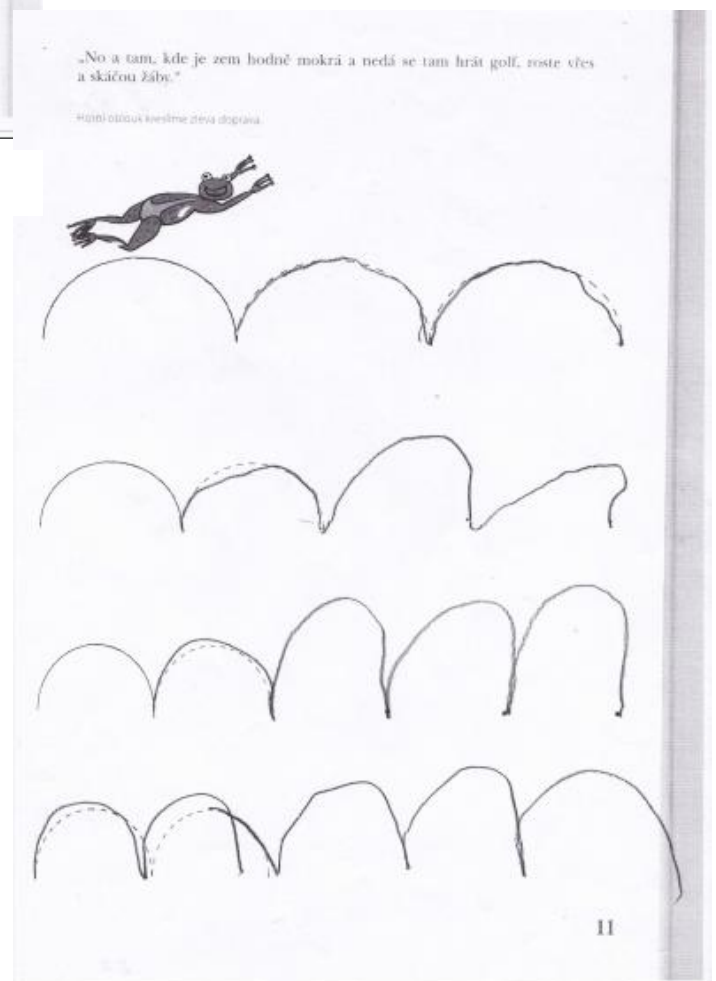
Zdroj: vlastní

Příloha č. 7



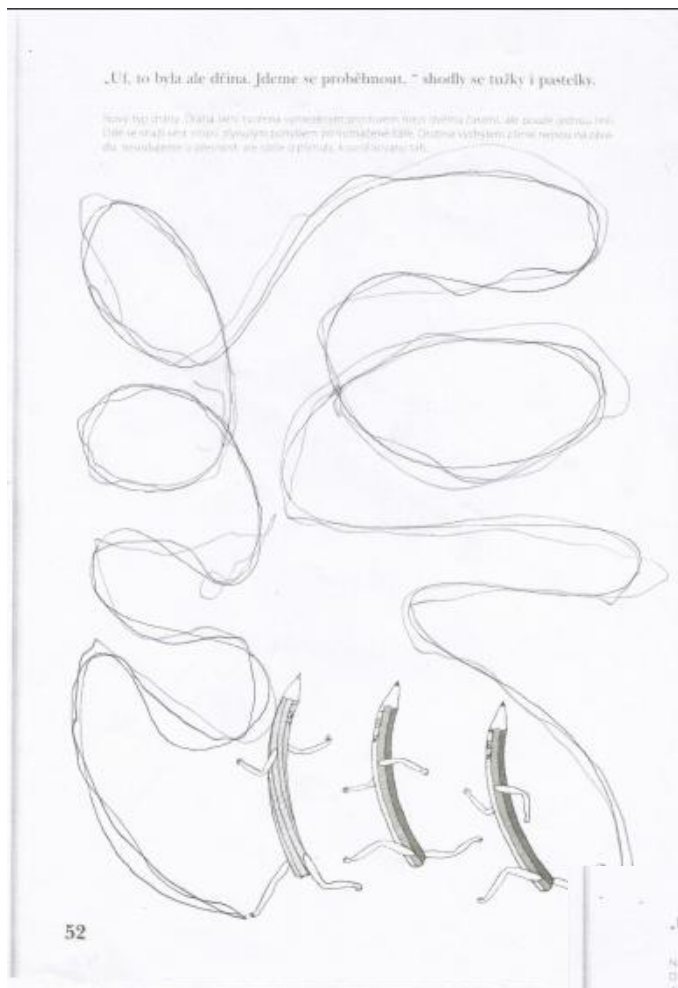
Zdroj: vlastní

Příloha č. 8



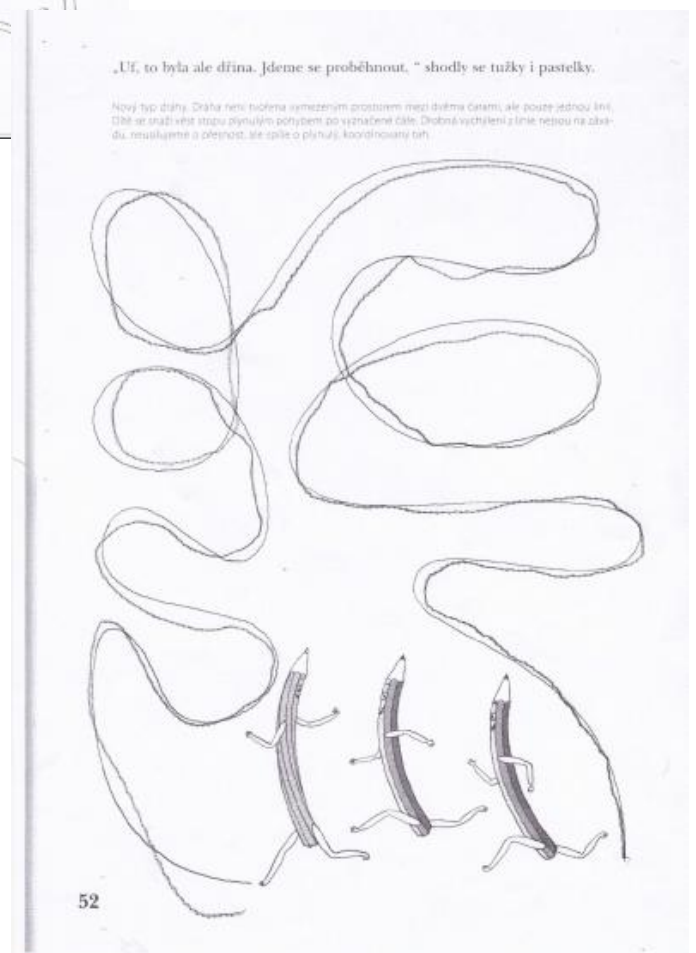
Zdroj: vlastní

Příloha č. 9



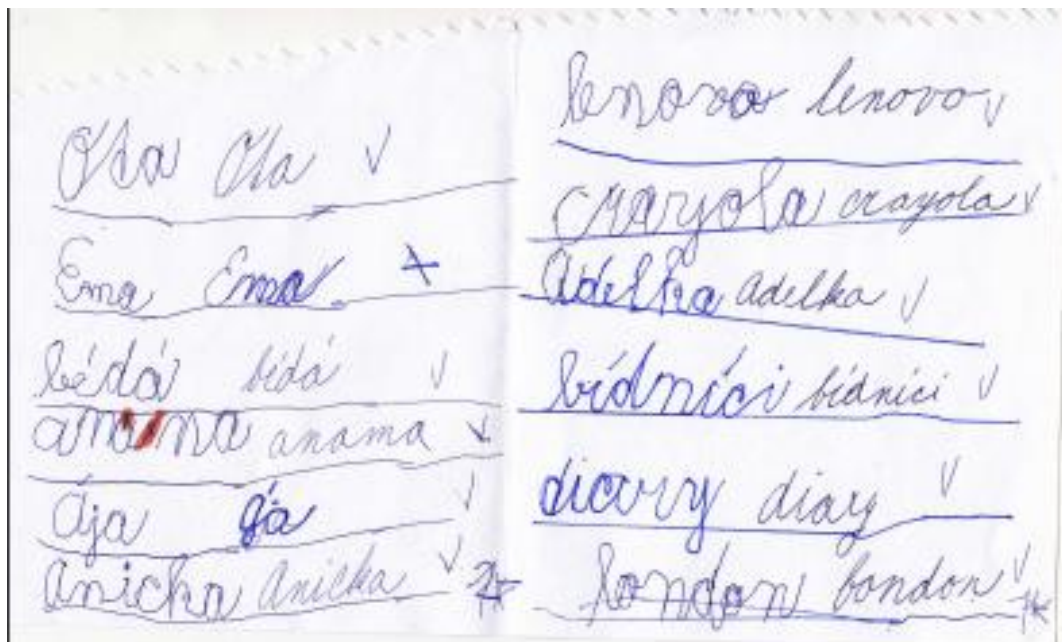
Zdroj: vlastní

Příloha č. 10



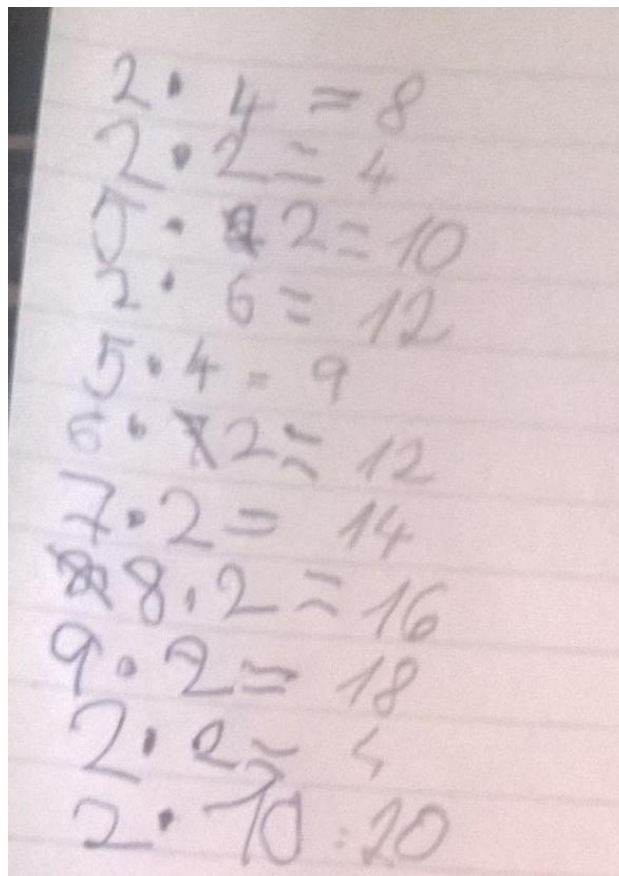
Zdroj: vlastní

Příloha č. 11



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 12



Zdroj: vlastní