



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Ing. Jana Pištěková

Vedoucí práce: PhDr. Bc. Jana Jičínská, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Problematika narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní péči**“ 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2019

.....

Jana Pištěková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Bc. Janě Jičínské, Ph.D za vedení bakalářské práce, za připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této práce.

Problematika narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní péči

Abstrakt

Bakalářská práce na téma narušená komunikační schopnost u dětí v ústavní péči se nejprve v teoretické části věnuje vývoji řeči dítěte. Následuje vysvětlení pojmu narušená komunikační schopnost a specifika vývoje řeči u dětí vyrůstající během jejich kritického období ve věku 0-6 let v institucionální péči. Dále se v teoretické části zabýváme popisem jednotlivých poruch řeči, které se nejčastěji objevují u dětí předškolního a mladšího školního věku.

Cílem praktické části je prostřednictvím analýzy dotazníkového šetření srovnat vývoj řeči u dětí vyrůstajících v ústavním zařízení a u dětí z běžných rodin. Dále se zaměřujeme na domácí logopedickou péči, kterou s dětmi doma provádí rodiče a vychovatelé se svými svěřenci v dětském domově.

Klíčová slova:

Narušená komunikační schopnost; ústavní péče; předškolní a mladší školní věk, dyslalie, opožděný vývoj řeči

Issues of communication disability of children in institutional care

Abstract

The topic of this bachelor's thesis is an analysis of the communication disabilities of children in institutional care. The first theoretical section covers children's speech development. The second section defines communication disabilities which are specific to the speech development of children who are in institutional care during their critical development period (up to 6 years old). The third section has a theoretical description of the communication disabilities that are experienced most commonly by all pre-school and younger school age children.

The practical section aims to identify differences in the speech development of children growing up in institutional care, with the speech development of children growing up in their family's homes. The data for this analysis was compiled using questionnaires. The final section explains speech therapy techniques which parents carry out with their children at home, and care assistants carry out in instructional care facilities.

Key words

Communication disabilities; Institutional care; Pre-school and younger school age children; Dyslalia ; Delayed speech development

Obsah

Úvod.....	1
Teoretická část.....	2
1. Vývoj řeči	2
2. Narušená komunikační schopnost.....	6
2.1. Etiologie a klasifikace narušené komunikační schopnosti	7
2.2. Logopedická intervence	8
3. Narušená komunikační schopnost u dětí v ústavní péči	11
3.1. Narušený vývoj řeči.....	12
3.2. Afázie.....	14
3.3. Elektivní mutismus	15
3.4. Poruchy artikulace	16
3.5. Poruchy plynulosti a tempa řeči.....	20
3.6. Poruchy zvuku řeči	24
Praktická část	26
4. Narušená komunikační schopnost u dětí vyrůstající v ústavní péči	26
4.1. Cíl práce.....	26
4.2. Metody výzkumu a popis výzkumného vzorku	26
4.3. Stanovení hypotéz.....	29
4.4. Analýza výsledků dotazníkového šetření	29
4.5. Vyhodnocení výsledků	42
5. Závěr	45
6. Seznam použité literatury:.....	46
7. Seznam příloh	49

Úvod

Bakalářská práce se věnuje narušené komunikační schopnosti dětí předškolního a mladšího školního věku, které mají nařízenou ústavní péči a nevyrostají tedy ve své původní rodině, ale nejčastěji v dětských domovech.

Vzhledem k tomu, že tyto děti žijí v ústavních zařízeních často ve větších skupinách, které tvoří přibližně 8 dětí, nemají možnost během jejich kritického období (do 6 let věku) vyrůstat v prostředí, kde se mu věnuje jedna vztahová osoba. Tento primární pečovatel, nejčastěji rodič totiž dítěti může nabídnout jedinečnou intenzivní a individuální péči. Díky tomu, že matka tráví s dítětem do 3 let téměř veškerý čas, zná nejlépe jeho potřeby, rituály, signály a znamení, důležité pro předpojmové období, které je zásadní pro rozvoj slovní zásoby. Předpojmy (například, že „HAF“ znamená pes) znají matka a dítě pouze mezi sebou a matka je tak nejdůležitější osobou, pro překlenutí do pojmového období, kdy dítě začíná věci, osoby a zvířata správně pojmenovávat.

V období od 4-6 roku života dítěte se slovní zásoba prohlubuje a dítě se zároveň učí i komunikačním vzorcům. Velkou roli v rozvoji verbálního projevu hraje rodina (matka, otec sourozenci), která mu názorně předvádí mluvní projev, tj. slovní zásobu, melodii, intonaci, výšku hlasu. Dítě vyrůstající ve větší skupině dětí a s různými vychovateli, které se střídají v péči o skupinu, se dostává dítěti několika mluvním vzorům dospělých osob a dále i řečovým vzorům ostatních dětí ve skupině, u kterých se také mohou vyskytovat vady řeči, přenášejí se na další mladší děti.

Rozvoj verbálního projevu v ústavní výchově a v rodinném prostředí se jistě liší. Důvodů může být několik. Institucionální péče má v důsledku vyššího počtu členů na jednu rodinnou skupinu více pravidel a pevnější denní řád. Oproti tomu v rodině o 4 -5 členech může být denní režim rozvolněnější a tím pak může cílená logopedická péče postrádat svou pravidelnost. Nicméně v ústavním zařízení z důvodu vyššího počtu dětí na jednu pečující osobu často chybí možnost individuální přístupu a odpovídání na všechny dětské zvědavé dotazy v 1. a 2. věku

otázek. Z tohoto důvodu se u těchto dětí předpokládá i menší slovní zásoba, jak v aktivní, tak i v pasivní formě.

Nicméně v dnešní technologické době, kdy děti i rodiče tráví hodně času doma na mobilních telefonech, tabletech či počítačích, zbývá méně času na společné povídání, vyprávění si zážitků, hraní her nebo čtení pohádek. Je tedy pravděpodobné, že v současné době budou komunikační schopnosti i u dětí z běžných rodin slabší, a tudíž se rozdíl ve verbálním projevu u dětí s nařízenou ústavní výchovou a u dětí v klasickém rodinném prostředí bude snižovat.

Teoretická část

1. Vývoj řeči

„Od chvíle, kdy lidská bytost přišla na svět, stala se komunikace nejdůležitějším faktorem určujícím, jaké vztahy si člověk vybuduje, co se mu v životě přihodí, jak dokáže přežít, rozvíjet důvěrné vztahy, jak bude výkonný, jaký dá životu smysl“
(Satirová, 1994)

Řeč je důležitou součástí kognitivních struktur dítěte, která mu umožňuje jeho interakce s okolím. Při osvojování řeči dochází během poměrně krátké doby ke zvládnutí mnoha aktivit, které dohromady tvoří soubor řečových dovedností. Dítě se učí napodobit, porozumět a vhodně užít to, co slyší. Klíčovým obdobím, kdy je proces vývoje řeči realizován, je období do šestého roku života dítěte. Celkově lze říci, že oba rodiče sehrávají klíčovou úlohu pro své dítě v oblasti řečového vývoje přibližně do čtvrtého roku života dítěte. Ukazuje se, že absence rodičů v tomto období má nevratně negativní vliv, jak pro aktuální rozvoj řeči dítěte, tak i jeho pozdější vývoj. Velkou roli sehrávají i emoce. Pokud má dítě uspokojeny své základní potřeby, k nimž patří i emoce a kladný vztah mezi matkou a dítětem, je pak dostatečně motivováno ke zvukovým projevům. Dítě, které prožilo rané období bez rodičovské péče disponuje mnohem menší slovní zásobou, hůře rozumí čtenému textu, má zhoršenou schopnost rozlišovat jemnější jazykové nuance, tvořit rýmy, vyhledávat synonyma, homonyma apod. (Šulová, 2004)

Ve vývoji dětské řeči rozlišujeme období preverbální probíhající přibližně do prvního roku života a vlastní vývoj řeči, který nastupuje u intaktních dětí kolem prvního roku. (Bytešníková, 2012)

Je však prokázáno, že dítě vnímá lidskou řeč už v prenatálním období a objevují se u něj sluchové rozlišovací schopnosti, které jsou potřebné pro porozumění jazyku. (Smolík, 2014)

Po narození si dítě nejprve osvojuje dovednosti jako je sání, polykání a žvýkání, které jsou velmi důležité pro další rozvoj řeči. Prvním komunikačním projevem je křik, tj. hlasový reflex, kterým dítě reaguje na změnu prostředí, teploty a krevního oběhu. Kolem třetího týdne je u dítěte možné pozorovat úsměv, ale pouze jako vrožený výrazový pohyb. Později je úsměv projevem reakci na určitý podnět. (Bytešníková, 2012)

Postupně se objevují hlasové projevy broukání (od třetího měsíce) a napodobující žvatlání (od šestého měsíce). Pokročilá fáze žvatlání, kdy děti slabiky zdvojují („baba“, „dada“) se označuje jako kanonické žvatlání. (Smolík, 2014)

Dítě při komunikaci s rodičem sleduje mimiku, a hlavně mluvidla komunikující osoby, dává najevo radost, uslyší-li známý hlas a opakující se slova (např. kva, kva), kterým pozorně naslouchá. Spojuje si různé říkanky s určitými pohyby např. hopsání při „takhle jedou páni“. (Šulová, 2004)

Je tedy evidentní, že dítě v období mezi šestým až devátým měsícem života potřebuje zvýšené množství osobních kontaktů, oslovování, opakování, jistotu rodičovského vztahu a láskyplné rodinné prostředí. Pokud tomu tak není, aktivita kojence ke žvatlání upadá a nástup prvních slov a slovních spojení přichází později. (Čížková, 2003)

Mezi osmým a jedenáctým měsícem dochází k projevům první nápodoby zvuků a rozumí mnoha slovním výzvám (např. „udělej paci paci“). Je prokázána přímá úměra mezi rozsahem řečových projevů, kterým dítě rozumí a rozsahem projevů, které pak samo realizuje. (Šulová, 2004)

Kolem prvního roku života nastupují počátky vlastní řeči, dítě začíná užívat první slova, která mají funkci jednoslovných vět a vyjadřují pocity, přání a emoce. Proto se také toto stadium nazývá emocionálně volní. Význam vět napomáhají pochopit prozodické faktory. Pasivní slovní zásoba však převažuje před aktivní. Navazuje egocentrické stadium vývoje řeči (kolem roku a půl až dvou let), kdy dítě opakuje slova a prostřednictvím řeči napodobuje dospělé. Začíná také první věk otázek („Co je to?“, „Kdo je to?“). Na začátku druhého roku pokračuje vývoj dvojslovnými větami. Slova mají pojmenovací funkci a dítě reprodukuje jednoduché asociace. Stadium se proto nazývá asociálně reprodukční. Na přelomu druhého a třetí roku se dítě snaží prostřednictvím řeči dosáhnout drobných cílů. Toto období nazýváme jako období rozvoje komunikační řeči. Poté navazuje období logických pojmů, kdy dochází k osvojování si náročných myšlenkových operací. Slova spjatá do této doby s konkrétními jevy se prostřednictvím abstrakce stávají všeobecnými pojmy. Slovní zásoba se v tomto období pohybuje okolo jednoho tisíce slov. Vzhledem k velmi náročnému období ve vývoji dítěte může docházet k různým vývojovým obtížím například opakování hlásek, slabik a slov. Dítě ve věku tří let je schopné pojmenovat běžné předměty denní potřeby a orientuje se v časových pojmech (den a noc). Mezi třetím a čtvrtým rokem nastupuje tzv. druhý věk otázek (Proč?, Kdy?). Kolem čtvrtého roku života přichází stadium intelektualizace řeči, která přetrvává až do dospělosti. Rozvíjí se schopnost chápání obsahu, rozlišování abstraktních a konkrétních pojmů, zpřesňování gramatický forem, zkvalitňování verbálního projevu a rozšiřování slovní zásoby. (Bytešníková, 2012)

Mezi aspekty, které ovlivňují vývoj řeči patří stav centrální nervové soustavy, úroveň intelektových schopností, úroveň motorických schopností, úroveň sluchové percepce, úroveň zrakové percepce, vlivy sociálního prostředí a vrozená míra nadání pro řeč a jazyk. Pro správný vývoj řeči je důležité, aby žádná z částí centrální nervové soustavy nebyla narušena a CNS byla dostatečně vyžrána. Řeč je také těsně spjatá s myšlením. Kolem druhého roku života se řeč díky myšlení stává intelektuální a člověk dokáže pomocí řeči verbálně vyjádřit své myšlení. Jedinci, u

kterých je snížena celková úroveň intelektuálních schopností nemohou dosáhnout obvyklé normy ani ve vývoji řeči. Vývoj řeči dále ovlivňuje i úroveň motorických schopností. Správná funkce řečových orgánů je hlavním předpokladem rozvoje řeči. Pokud dojde k poškození hybnosti řečových orgánů dojde i k narušení v oblasti vyjadřování. Dalším vnitřním faktorem ovlivňujícím vývoj řeči je sluch. Na základě řeči sluchové percepce řeč nejen vnímáme, ale i realizujeme. Prostřednictvím sluchu vnímáme 60 % všech informací z okolí. Defekt sluchu má za následek omezení příjmu informací, ztráta kontroly vlastního verbálního projevu, což způsobí ztrátu melodicity a zploštění obsahu komunikace. Zrak, jakožto další důležitý činitel ovlivňující vývoj řeči je důležitý z dvou hledisek. S pomocí zraku je dítě podněcováno k vokalizaci, žvatlání až k samostatnému verbálnímu projevu. Z druhého hlediska je zrak důležitým nástrojem, prostřednictvím kterého dítě pozoruje pohyby mluvidel, mimiku a artikulaci dospělých osob a snaží se je napodobit. Při deficitu zrakového vnímání je důležitá včasná intervence a vhodný způsob kompenzace.

Z vnějších faktorů má velký vliv na vývoj řeči sociální prostředí a vrozená míra nadání pro řeč. Podstatnou úlohu má množství, ale i přiměřenost verbálních podnětů. Pokud dítě nemá dostatek verbálních podnětů dochází k opoždění ve vývoji řeči. Je ale nutné upozornit i na fakt, že v důsledku vyžívání centrální nervové soustavy je nadbytečné množství podnětů nežádoucí, jelikož může dítě přetěžovat. V důsledku nepřiměřeně vysokého množství podnětů, může docházet ke zvýšené unavitelnosti a snížení pozornosti. Nezbytné je hodnotit podněty po stránce kvalitativní.

V průběhu verbálního vývoje může být dítě vystaveno různým faktorům, které mohou mít později nepříznivý vliv na úroveň jejich komunikačních kompetencí. Mezi tyto faktory patří: zdravotní problémy dítěte, odchylky ve vývoji, nevhodný přístup rodičů a blízkého okolí, adaptační problémy, nedostatečná jistota vazeb, odloučení rodičů či jejich rozvod, nedostatečná spolupráce rodičů s odborníky. Dostatečná pozornost by měla být věnována zejména výše zmiňovaným kritickým obdobím ve vývoji řeči tzn. období mezi šestým a osmým měsícem života, období

kolem třetího roku života, doba nástupu do mateřské školy, období zahájení školní docházky. (Bytešnicková, 2012)

Do nástupu do školy by dítě mělo zvládnout řeč jak po stránce obsahové, tak i po stránce formální, tak aby mu řeč sloužila jako nástroj dorozumění, komunikace i poznávání. (Piaget, 2014)

2. Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost se týká nejčastěji vad a poruch řeči. Pojem narušené komunikační schopnosti však nezahrnuje pouze mluvenou řeč, ale týká se i její grafické formy a mimoverbálních prostředků. Ale vzhledem k tomu, že mluvená řeč je nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem jsou proto vady a poruchy řeči dominantní problematikou logopedické oblasti. (Slowík, 2016)

Komunikační schopnost skrývá několik rovin a to foneticko-fonologickou neboli zvukovou stránku řeči, morfologicko-syntaktickou představující gramatickou stránku řeči, lexikálně-sémantickou neboli obsahovou stránku řeči a rovinu pragmatickou, která představuje schopnost užívání řeči v běžném životě. (Klenková, 2006)

Komunikační schopnost jedince je narušena, pokud se některá z rovin jeho jazykových projevů, případně několik rovin současně odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. (Lechta, 2011).

Za narušenou komunikační schopnost však nelze pokládat projevy dítěte, které jsou dány fyziologicky. Mezi takovéto projevy patří například fyziologická dysfluence (neplynulost) objevující se okolo 3.-4. roku života dítěte. Dále za narušenou komunikační schopnost nelze považovat nesprávnou výslovnost, vynechávání nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o jev fyziologický. Posoudit, zda se jedná o narušenou komunikační schopnost, nebo zda jsou dané projevy úměrné fyziologickému věku dítěte, musí odborník individuálně na základě vyzrállosti nervového systému, obratnosti mluvidel či dalších faktorů. (Klenková, 2006)

2.1. Etiologie a klasifikace narušené komunikační schopnosti

Dle **období vzniku** dělíme příčiny na prenatální, perinatální a postnatální. K nejčastějším příčinám dle **místa vzniku** se řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (poruchy porozumění řeči), poškození centrální části mozku (narušení nejvyšších řečových funkcí), poškození efektorů, nepodnětné prostředí (opožděný vývoj řeči), narušení sociální interakce. (Klenková, 2006)

Narušená komunikační schopnost se může objevovat jak ve formě **verbální** (mluvené), tak **nonverbální** (grafické). Z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena **expresivní** složka komunikace či **receptivní** (porozumění řeči). Komunikační schopnost může být narušena pouze **přechodně**, například u většiny dyslalií či **trvale**, což je obvykle způsobeno orgánovým poškozením. Narušená komunikační schopnost se může projevovat jako **vrozená** vada řeči nebo **získaná** porucha řeči v průběhu života, přičemž se může jednat o **úplné** narušení např. totální afázie či **částečné** (parciální). NKS může být dominantním narušením v celkovém klinickém obrazu jedince nebo také může být příznakem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení. (Lechta, 2011).

Narušená komunikační schopnost se může promítat do sféry **symbolických procesů**, jako je například dysgramatismu či **nesymbolických procesů** (např. dyslalie). NKS může vzniknout na základě **orgánové** nebo **funkční** poruchy. (Klenková, 2006)

V současné době se v České republice používá klasifikace NKS dle Lechty a to dělení NKS do 10 základních kategorií:

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. Narušení plynulosti řeči (balbutismus, tumultussemonis)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)

7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči

2.2. Logopedická intervence

Pojem logopedická intervence zahrnuje komplexní práci logopeda, která má dle Lechty tři primární úkoly:

1. identifikovat narušenou komunikační schopnost,
2. eliminovat, zmírnit či překonat narušenou komunikační schopnost,
3. předejít narušení či zlepšit komunikační schopnost

Tento multifaktoriálně podmíněný proces je realizován na třech úrovních: logopedická diagnostika, logopedická terapie, logopedická prevence. (Klenková, 2006).

Logopedická terapie

Včasný počátek terapeutického procesu je zásadní podmínkou úspěšnosti péče. Cílem terapie je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života. (Škodová, 2003)

Logopedická terapie představuje řízené učení probíhající pod záměrným usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedického zařízení, případně i mimo ně. Může být realizována pouze s osobou s NKS nebo s jejími rodiči či příbuznými (individuální terapie) nebo s více osobami s NKS (skupinová terapie). Další formou je intenzivní terapie, která je realizována několikrát denně či intervalová, kdy se intenzivní terapie aplikuje v odstupu několika týdnů či měsíců. (Lechta, 2011)

Důležité je zvolit správnou strategii terapie, zda zařadíme dítě do individuální či skupinové terapie, popřípadě budou-li se obě formy kombinovat. U každého klienta se toto rozhodnutí provádí individuálně a vychází se především z aktuálního stavu a potřeb dítěte, potřeb a možností rodiny a v neposlední řadě i

potřeb logopeda. Výhodou individuální terapie je, že se logoped věnuje a přizpůsobuje jen jednomu dítěti podle jeho individuálních potřeb, komunikace je důvěrnější, může více poznat rodinu dítě. Nevýhodou je časová náročnost a díky tomu i větší intervaly mezi setkáními. Předností skupinové terapie je vzájemná motivace dětí, možnost upevňování a automatizace naučeného v přirozeném kontextu, využití soutěživosti mezi dětmi, rozvíjení sociálních interakcí, kolektivní setkání rodičů, kteří řeší podobné řečové obtíže u dětí. Pro terapeuta je však skupinová terapie podstatně náročnější na přípravu a organizaci. I přes skupinový charakter terapie musí logoped brát na zřetel mimo skupinových cílů i individuální cíle pro jednotlivé děti. Nevýhodou skupinové formy terapie je krátký časový prostor pro individuální práci s rodiči. (Lechta, 2011)

Logopedická diagnostika

Úkolem logopedické diagnostiky je co nejpřesnější postihnoutí narušené komunikační schopnosti jako základ pro správný výběr a aplikaci intervenčních metod. Při diagnostice logoped identifikuje druh poruchy, příčiny vzniku, průběh postižení, stupeň, zvláštnosti a také následky narušené komunikační schopnosti. Na základě logopedické diagnostiky je vypracován plán postupu při ovlivňování vývoje řeči u dětí s NKS. (Klenková, 2006)

Logopedické vyšetření má následující postup:

- navázání kontaktu
- osobní a rodinná anamnéza
- vyšetření sluchu
- vyšetření receptivní složky řeči
- vyšetření expresivní složky řeči – vyšetření výslovnosti jednotlivých hlásek, pasivní a aktivní slovní zásobu, gramatickou stavbu řeči, užití hlasu, prozodických faktorů řeči, muzikálnosti, dýchání při řeči,
- vyšetření motoriky – jemná a hrubá motorika, oromotorika
- vyšetření laterality
- prozkoumání sociálního prostředí (Lechta, 2011)

Jako nevhodnější věk na vyšetření řeči se uvádí 4. rok života dítěte. V České republice se však první vyšetření provádí v období mezi 5. a 6. rokem dítěte. Logopedická diagnostika zhodnotí projevy poruch řečové komunikace a stanoví plán terapeutické činnosti. Pro celkové zhodnocení schopností dítěte je zapotřebí zahrnout i dosaženou úroveň vývoje dovedností v oblasti školní výuky ve spolupráci se speciálním pedagogem.

Cílem logopedické diagnostiky je:

1. zhodnotit dosažený vývoj řečových a komunikačních schopností dítěte
2. diferenciatně stanovit příčinu poruchy řečové komunikace
3. stanovit typ a hloubku postižení komunikace s okolím
4. stanovit individuální plán logopedické péče (Škodová, 2003)

Logopedická prevence

V logopedii uplatňujeme metody primární, sekundární a terciální prevence. Úlohou primární prevence je předcházení narušené komunikační schopnosti v celé sledované populaci. Primární prevence se dělí na nespecifickou, která podporuje obecně žádoucí formy chování, jako je například péče o fyzické a psychické zdraví, dodržování zdravého životního stylu, udržování zdravého životního prostředí. Příkladem nespecifické prevence v logopedii může být propagování správné léče o řeč dítěte prostřednictvím osvětové činnosti, informačních letáků, brožur, přednášek, publikovaných článků, vstupů v rozhlase či v televizi. (Kerekrétiová, 2008)

Druhým typem primární prevence je specifická forma, která se zaměřuje na konkrétní rizika vzniku NKS (např. předcházení dyslalie, koktavosti, apod.). Sekundární forma prevence se zaměřuje na skupinu zvláště ohroženou některým z negativních faktorů. Může jít například o děti s vývojovou neplynulostí řeči, u nichž je zvýšené riziko vzniku počínající koktavosti, či opožděný vývoj řeči u dětí vyrůstajících v kojeneckých ústavech. Terciální prevence se orientuje na osoby, u kterých se nerušená komunikační schopnost již projevila. Cílem terciální prevence

je předejít dalším negativním následkům narušené komunikační schopnosti.
(Škodová, 2003)

S prevencí je potřeba začít již v předřečovém období. Prevence je většinou záležitostí medicíny. Včasnou komplexní péči lze předejít sekundárním následkům.
(Metodický portál rvp.cz, 2014)

3. Narušená komunikační schopnost u dětí v ústavní péči

Mnoho studií a výzkumů již prokázalo, že ústavní výchova má na vývoj dítěte značně negativní vliv. U dětí vyrůstajících v institucionální péči v období mezi prvním až třetím rokem života dochází k opožďování ve vývoji intelektovém, motorickém, nejvýraznější opožďování je však v oblasti sociální a v rozvoji řečových schopností. (MPSV, 2011)

Například výzkum provedený na Kings College London porovnával vzorek 132 dětí ve věku 0-42 měsíců adoptovaných z ústavní péče, přičemž u nich došlo k rozdílnému období adopce. U dětí, které byly adoptovány do 6 měsíce věku, dosahoval jejich rozvoj řeči ve věku 6–11 let stejné úrovně, jako u intaktních vrstevníků. Naproti tomu u dětí, které byly adoptovány až po 6 měsíci věku, byl sledován negativní efekt na vývoj řeči v důsledku nedostatku smyslových podnětů. Avšak výsledky neukazují, že by existovala korelace mezi délkou ústavní péče a stupněm narušení komunikačních schopností v období mezi 6-42 měsícem věku dítěte. Výzkum ukázal, že zásadní je období do 6. měsíce věku, kdy je nutné dítěti poskytnout dostatečnou stimulaci pro rozvoj řeči. (Croft a kol., 2007)

U dětí dlouhodobě umístěných v institucionální péči se může objevit psychická deprivace na základě nedostatečného uspokojení základních duševních potřeb, zejména sociálních, citových i senzorických podnětů. Dle publikace Ministerstva práce a sociálních věcí, která vychází z několika výzkumů psychologů Barnetta, Langmeiera a Matějčka, je u dětí v ústavní péči rozvoj řeči významně opožďován. Omezená individuální podpora dítěte, a tedy i podpora komunikace ztěžuje rozvoj mozkových struktur a spojení, která jsou zodpovědná za rozvoj řeči a slovní zásoby.

Pozorování Giese a Dawes z roku 1999 také ukázalo, že institucionální péče má zjevné dopady na rozvoj jazyka. Vývoj jazyka je limitován regulačním pracovním stylem personálu. Bylo prokázáno, že 83 % interakcí personálu s dětmi je velmi časově omezena (v průměru 3 sekundy). Jde obvykle o komunikaci krátkého trvání, zejména sdělení formou příkazů. Dítě vychovávané v ústavní péči trpí nedostatkem podpůrného, intenzivního a jedinečného vztahu s primárním pečovatelem, který je nezbytný pro optimální kognitivní vývoj dítěte. Bez stimulačního a podnětného prostředí nedochází u dítěte v institucionální péči k dostatečnému procesu synaptických spojení a vývoji nervových drah, což vede k atrofii některých částí mozku. (Johnson a kol, 2006)

3.1. Narušený vývoj řeči

Důvodem deficitu ve vývoji řeči bývá často nezrálость centrální nervové soustavy, nedostatečný rozvoj percepčních, jazykových, kognitivních a motorických funkcí. Opožděný vývoj řeči v předškolním věku má často negativní vliv v oblasti psychického vývoje, sociálních vztahů, školní úspěšnosti a následně i v pracovním zařazení.

Pojem „narušený vývoj řeči“ zahrnuje veškeré poruchy řeči, se kterými se lze ve vývoji dětské řeči setkat. Jde o strukturní a systémové narušení jedné či většího počtu oblastí vývoje řeči. Projevy se mohou vyskytovat ve všech jazykových rovinách. (Bytešníková, 2012)

Velmi důležitou úlohu má logopedická prevence, včasná a správná diagnostika a včasná stimulace. Zásadní je v tomto případě spolupráce dalších lékařských i nelékařských odborníků, instruktáž rodičů a pedagogů v MŠ. (Bytešníková, 2012)

Z hlediska průběhu vývoje řeči dělíme narušený vývoj řeči na **opozděný vývoj řeči**, jehož příčinou může být dědičnost, opožděný vývoj centrální nervové soustavy, nedoslýchavost, nepodnětné, nestimulační prostředí. Pokud se však problém podchytí včas a dochází ke správné intervenci, je prognóza dalšího vývoje dobrá. Velkou roli sehrává spolupráce rodič-logoped-mateřská škola. Komunikační schopnost dítěte bude odpovídat jeho věku a bez obtíží zahájí povinnou školní

docházku. Druhým typem je **omezený vývoj řeči**, který je způsoben mentální retardací, poruchou sluchu či extrémními případy nepodnětného prostředí. V těchto těžkých případech je prognóza nepříznivá a řeč nikdo nedosáhne normy. Dalším typem je **přerušovaný vývoj řeči**, jehož příčinou může být úraz či vážná duševní onemocnění. Po tomto přerušení může vývoj pokračovat a dosáhnout řečové normy, pokud je příznivý stav dítěte po vyléčení. Posledním typem je **odchylný vývoj**, způsobený například rozštěpem patra, kdy se odchylka od normy projevuje pouze v některé řečové rovině (např. vývoj artikulace). (Klenková, 2006)

V některých případech se narušený vývoj řeči může projevovat **vývojovou nemluvností**. Za vývojovou nemluvnost se považuje, pokud nemluvnost u dítěte přetrvává i po ukončení 3. roku života dítěte. (Klenková, 2006)

Vývojová dysfázie je takové narušení očekávaného vývoje jazyka, které není doprovázeno narušením intelektových funkcí. Při dysfázii jsou opožděny všechny oblasti jazyka. V některých oblastech je postižení výraznější, což způsobuje celkovou synchronizaci vývoje řeči. Vývojová dysfázie vzniká při organickém postižení mozku u dítěte během těhotenství, při porodu či po narození až do 1 roku života.

Mezi symptomy projevující se v rovině foneticko-fonologické patří porucha fonetické a fonologické realizace hlásek, narušení diferenciaci znělosti a neznělosti, výrazné deficity ve výslovnosti, nesrozumitelný řečový projev. V rovině lexikálně-sémantické se narušení projevuje sníženou slovní zásobou, aktivní slovní zásoba se rozvíjí velice pomalu, děti často mívají „vlastní slovník“ nebo používají slova bez pochopení jejich obsahové stránky pouze díky mechanickému naučení. U dítěte s vývojovou dysfázií se v rámci morfologicko-syntaktické roviny může objevovat dysgramatismus, nerozvinutý jazykový cit, používání jednoslovných až dvouslovných vět, nesprávný slovosled ve větě, problémy se skloňováním a časováním, používání sloves v infinitivu či v jedné osobě, kladení subjektivně nejdůležitějšího slova na první místo ve větě. V rámci roviny pragmatické se objevuje v komunikaci převaha nonverbální komunikace nad verbální, neschopnost udržet dějovou linii, prodloužené pauzy ve verbálním

projevu, neschopnost reprodukovat text, ztrácení chuti ke komunikaci po získání záporných zkušenostech při komunikaci, problémy se získáváním nových informací.

Typickým znakem vývojové dysfázie je nerovnoměrné rozložení rozumových schopností, výrazný nepoměr mezi složkou verbální a nonverbální. Velmi negativním způsobem ovlivňuje nejen intelektový vývoj dítěte, ale mohou se v důsledku toho objevovat i nedostatky v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměťových funkcí (zejména verbálně akustické paměti) a dalších kognitivních funkcí. U dětí s vývojovou dysfázií se mohou vyskytovat i deficity ve zrakové percepci, rovněž dochází k problémům v pravolevé, prostorové a časové orientaci. Kresby dysfaticů mají typické znaky. Často se v kresbě objevují deformované tvary, nepřesné napojování čar, obrázky mají špatné proporce a jsou nakresleny přes sebe, přičemž velká část papíru zůstává nevyužita. Děti s dysfázií mají také často sníženou celkovou psychickou výkonnost, pozornost a jsou rychleji unavitelné. Často mají také tyto děti přidruženou specifickou poruchu učení. Dysfázie zasahuje různým způsobem také vývoj osobnosti dítěte, jeho citovou, motivační a zájmovou oblast. (Bytešníková, 2012)

Vzhledem k tomu, že má vývojová dysfázie příznaky nejen v řečové oblasti, ale projevuje se nerovnoměrným osobnostním vývojem dítěte, vyžaduje terapie komplexní přístup a týmovou spolupráci rodičů a odborníků jako je pediatr, foniatr, neurolog, logoped, psycholog, pedagog. (Bytešníková, 2012)

3.2. Afázie

Afázie je definována jako ztráta již naučených schopností dorozumívat se mluvenou, psanou nebo čtenou formou řeči, jejíž příčinou je ložiskové poškození mozku. Úspěch péče závisí na rozsahu, místu a formě poškození mozku. Dalším faktorem je věk a celková osobnost pacienta, dále také intenzita a délka reedukace řeči. Obecně platí, čím mladší je pacient, tím vyšší šance na úspěšnou reedukaci. (Metodický portál rvp.cz, 2014)

Nezbytný je včasný zásah logopedické intervence, který by měl nastat bezprostředně po stabilizování zdravotního stavu. Logopedická péče se nejprve zaměřuje na navrácení verbálního projevu a psychické stability pacienta, kdy se využívá individuální terapie. Následně je zapotřebí obnovit sociální kontakty, které byli v důsledku poruchy narušeny. (Logopedie - pomůcky, 2009)

U dětí v ranném věku (2.-3. rok) hovoříme o infantilní vývojové afázii, která představuje získané orgánové narušení komunikační schopnosti vzniklé v důsledku úrazu mozku, hořčnatého onemocnění, encefalitidy, epilepsie či nádoru mozku. Po určité době (1 rok) si dítě může řeč opět osvojit, protože se vytvořily mechanismy řeči v druhé hemisféře. Po 10. – 12.roku k úplnému přenosu již nedochází. U dětí do 7.-8. roku, které neměly dosud zafixovanou řeč, se upravuje porucha podstatně snadněji než u osob dospělých. Pro značnou plastičnost vyšší nervové činnosti se u dětí rychleji a snadněji obnovují řečové funkce buď na hemisféře postižené, nebo se přesouvají na zdravou hemisféru. V komunikaci se objevují již zmíněné závažné deficity v oblasti porozumění, slovní pohotovosti a sluchové krátkodobé paměti, poruchy plynulosti řeči, dysgramatismy, neúmyslné nahrazování slov, řečové automatismy, poruchy artikulace. Ve školním věku jsou to pak poruchy čtení a psaní. (Klenková, 2006)

3.3.Elektivní mutismus

Dalším druhem narušené komunikační schopnosti vyskytujícím se u dětí předškolního věku je elektivní mutismus. Pojem mutismus představuje ztrátu schopnosti verbálně komunikovat. Tato ztráta však není podmíněna organickým poškozením centrální nervové soustavy. Elektivní mutismus znamená absenci řeči v určité situaci, určitém prostředí nebo s určitými osobami. (Klenková, 2006)

Pravděpodobnost vzniku zvyšují geneticky podmíněné osobnostní rysy jako je například přehnaná stydlivost, výbušnost, nepřiměřené obavy z cizích lidí. Ke vzniku potíží mohou však přispět i rodiče svým hyperprotektivním chováním, vytvářením psychicky zatěžujícího prostředí pro dítě (stěhování, konflikty v rodině, nepřiměřené nároky na dítě). Za bezprostřední příčiny jsou považovány

tělesné tresty, agresivní chování mezi rodiči, ponižování ze strany spolužáků či dospělých. Obtíže jsou řešeny většinou formou psychoterapie rodinné, individuální i skupinové. (Klenková, 2006)

Nejčastěji se vyskytuje u dívek v předškolním a školním věku. Dítě často odmítá oční kontakt. Využívá se proto nenátlakových komunikačních metod a k navazování kontaktu dochází prostřednictvím hraček a maňásků. Velmi důležitá je proto prevence zejména formou informování rodičů, učitelek MŠ a prvního stupně ZŠ o nebezpečí neurotizace. (Metodický portál RVP, 2014)

3.4. Poruchy artikulace

Dyslalie

Dyslalie neboli patlavost patří mezi nejčastěji se vyskytující narušení komunikačních schopností. Tvoří až dvě třetiny všech druhů NKS. Dyslalie je definována jako neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v komunikačním procesu dle příslušných jazykových norem přiměřeně svému věku. Porucha se projevuje jak na fonetické úrovni (vynecháváním, zaměňováním, nahrazováním nebo nepřesným vyslovováním hlásek) a na fonologické úrovni (v plynulé řeči, při používání elementárních řečových zvuků ve spojování slabik, slov a vět). (Bytešnicková, 2012)

Je nutné však rozlišovat vadnou výslovnost (dyslalii) od nesprávné výslovnosti, která je dána fyziologicky, přirozeným jevem do určitého věku dítěte tzv. fyziologická dyslalie. Dyslalie je vada vývojová, vznikající během vývoje výslovnosti a přetrvávající do 6. -7. roku života dítěte, kdy se fixují mluvní stereotypy.

Tabulka 1 Věkové vymezení vývoje artikulace hlásek

Věk	vývoj artikulace hlásek
1-2,5 roku	<i>b, p, m, a, o, u, i, e, j, d, t, n, l</i>
2,5-3,5 roku	<i>au, ou, v, f, h, ch, k, g</i>
3,5-4,5 roku	<i>bě, pě, mě vě, d', ě, ň</i>
4,5-5,5 let	<i>č, š, ž</i>
do 6 let	<i>c, s, z, r, ř, diferenciaci č, š, ž a c, s, z</i>

Zdroj: Bytešnicková, 2012

S přibývajícím věkem (zejména mezi 5.-9. rokem) výskyt nesprávné výslovnosti klesá, nejen díky vlivu logopedické intervence, ale také v důsledku dozrávání jedince a výuce čtení a psaní. Z hlediska pohlaví se dyslalie vyskytuje více u chlapců než u dívek, a to v poměru 60:40 %. Také častěji se objevuje u žáků speciálních škol než u žáků intaktních, ale je nutné brát v potaz individuálně u každého jedince zvlášť vliv prostředí, organické odchylky mluvidel, muzikální schopnosti apod. Například špatná výslovnost hlásky R tzv. rotacismus není výjimkou ani u žáků s výborným školním prospěchem. (Klenková, 2006)

Příčiny vzniku dyslalie dělíme na funkční a orgánové. Důvodem funkční dyslalie není porucha mluvidel. Rozeznáváme typ motorický a senzorický. U motorického typu je narušení důsledkem celkové neobratnosti jedince včetně neobratnosti mluvidel. Senzorický typ představuje nesprávné vnímání i diferenciaci mluvních zvuků. Vyskytuje se u nemuzikálních dětí. Dyslalie orgánová je způsobena nedostatkem na mluvních orgánech nebo jako následek porušení sluchových drah či porušení centrální nervové soustavy.

Dále rozlišujeme příčiny vnitřní, mezi které patří poruchy sluchu, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy či kognitivně-lingvistické nedostatky a příčiny vnější, kam patří především psychosociální vlivy - dědičnost, vliv prostředí (nesprávný mluvní vzor, trestání, napomínání aj.) poruchy sluchových a zrakových analyzátorů (nedoslýchavost způsobuje, že dítě nerozlišuje správně jednotlivé hlásky, zejména sykavky), poruchy fonemického sluchu (dítě nediferencuje jednotlivé fonémy, u těchto dětí bývá častá dysmúzie až amúzie).

Dyslalie můžeme klasifikovat dle hlásky, kterou dítě vyslovuje nesprávně například při nesprávném vyslovování hlásky K se jedná o kappacismus, u L se jedná o Labdacismus, R – rotacismus, Ř rotacismus bohemicus, či v případě sykavek jde o sigmatismus. Pokud je postižena výslovnost většiny hlásek jedná se o dyslalii univerzalis neboli mnohočetnou dyslalii. Při špatné výslovnosti menšího rozsahu hlásek, než v předchozím případě jde o dyslalii multiplex a pokud je vada jen u několika hlásek, jedná se o dyslalii parciální. Dále se porucha artikulace dělí na hláskovou, kdy se postižení týká jednotlivých hlásek a kontextovou, kdy dochází

ke špatné výslovnosti slabik nebo slov, ale izolovaně dítě vyslovuje hlásky správně. (Klenková, 2006)

Při vyšetření výslovnosti se používají artikulační zkoušky a obrázkové testy, ve kterých se zjišťuje výslovnost sledované hlásky na začátku, uprostřed a na konci slova. Dále v koartikulaci se samohláskami a souhláskami.

Důležité je, aby terapie dyslaliků probíhala již v předškolním věku, aby dítě, které přichází do školy, umělo správně vyslovovat všechny hlásky. Dítě se pak může plně věnovat výuce a všem ostatním školním povinnostem a není zatěžováno nácvikem správné výslovnosti. Dítěti se pak snáze učí číst a psát.

Pro úspěšnou terapii je nutné navázat dobrý vztah s dyslalikem, získat jeho důvěru, vytvořit pocit pohody, klidu a chuť spolupracovat. Motivace je zásadním předpokladem úspěchu.

Dále je důležité držet se v terapii několika zásadami a to:

1. Zásadou krátkodobého cvičení, kdy výslovnost procvičujeme 2-3 minuty 10-20x denně.
2. Zásadou využití sluchové kontroly, kdy klademe důraz na sluchové vnímání nově vytvářené hlásky.
3. Zásadou používání pomocných hlásek. Navozování správných artikulačních stereotypů spočívá v narušení starých nesprávných artikulačních spojů a na nácviku nových pohybových spojů za pomoci používání pomocné hlásky, které umí dítě správně artikulovat a které mají podobný způsob tvoření a místo artikulace. Například pro vyvozování hlásky R využíváme pomocnou hlásku D. Je však vhodné, aby si dítě nácvik správné výslovnosti dané hlásky neuvědomovalo, jelikož by jinak zapojovalo staré nesprávné artikulační stereotypy.
4. Zásadou minimální akce, kdy se cvičení provádí bez přílišného úsilí a napětí artikulačních orgánů. Proto se doporučuje každou novou hlásku nacvičovat šeptem.

První fází terapie jsou přípravná cvičení, kde si upřesníme artikulační pohyby a rozvineme fonematickou diferenciaci. Následuje vyvozování hlásek. Podaří-li se vyvodit správnou výslovnost hlásky, přichází fáze fixace, což představuje upevnění artikulačních stereotypů dané hlásky. Poslední fází je automatizace výslovnosti hlásek, jejímž výsledkem je správná výslovnost hlásky ve spontánní řeči.

Logopedická intervence by měla probíhat od raného věku, kdy by měla rodina poskytovat dítěti správný artikulační vzor, stimulovat foneticko-fonologickou jazykovou rovinu. Na rodinu by měla poté navázat mateřská škola a pokračovat ve stimulaci tak, aby děti přicházely do základní školy již se správnou výslovností. (Klenková, 2006)

Dysartrie

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie je nejčastějším typem poruchy artikulace. Nejtěžší stupeň tzv. anartrie se projevuje neschopností verbální komunikace a může být také spojena i s neschopností tvořit hlas (afonií). Dysartrie zahrnuje řadu typů řečových poruch způsobených obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů tzv. motorických řečových poruch. Při dysartrii dochází v různé míře k postižení respirace, fonace, rezonance a artikulace. Dále může docházet také k výskytu poruchy polykání (dysfagií). (Škodová, 2003)

U vývojové dysartrie jde o poruchu vzniklou od počátku vývoje dítěte na základě organického poškození CNS. Nejčastěji se vyskytuje u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Není ale výjimkou, že je u dětí, kdy je probíhající proces zrání CNS a rozvoj řečových schopností narušen úrazem mozku neb infekčním či onkologickým onemocněním. Takto vzniklé dysartrie mohou však mít příznivější vývoj než poruchy doprovázející DMO. Je možné i praktické odeznění poruchy nebo mírné reziduální obtíže. U vývojově vzniklých dysartrií především na základě DMO může dojít ke zvýšení sebekontroly motoriky mluvidel, zlepšení srozumitelnosti mluvy, zlepšení srozumitelnosti projevu a navození kompenzačních

forem komunikace. Při degenerativním onemocnění nervové soustavy je vývoj dlouhodobě nepříznivý a závisí na vývoji onemocnění CNS.

(Škodová, 2003)

3.5.Poruchy plynulosti a tempa řeči

Za poruchu plynulosti řeči považujeme stav, kdy dochází ke zrychlení tempa až do překotnosti, což vede ke snížení srozumitelnosti projevu (breptavost) nebo stav, kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (kuktavost – balbuties)

Kuktavost

Kuktavost patří mezi nejtěžší a nejnápadnější druhy narušené komunikační schopnosti. Má často značně nepříznivý dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Existuje mnoho rozličných teorií zabývajících se etiologií kuktavosti. Psychologická teorie považuje kuktavost za reakci na určitou situaci. Může jít o strach z mluvení, reakci na nepříjemné zážitky apod. Dynamická teorie vysvětluje kuktavost jako stav, při kterém dochází ke křeči hlasivek a poruše koordinaci mluvidel způsobené vlivem postižení CNS a vrozených dispozic. Lechta pokládá kuktavost za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým tonickým nebo klonickým přerušováním plynulosti mluvené řeči. (Škodová 2003)

U tonické formy dochází ke zvýšenému fonačnímu tlaku při uzavřené hlasové šterbině neboli k prefonačnímu napětí. Je při ní patrné zvýšené napětí některých artikulačních svalů a někdy i zevních krčních svalů. Porucha se týká i dýchání během mluvení, kdy dochází k nevhodnému rychlému výdechu. Klonická forma se projevuje volným opakováním slabik, které je nepotlačitelné. Nejčastěji u prvních slabik, při těžších forem i uprostřed. Nejčastější je tonoklonická forma, která je spojením obou výše uvedených symptomů. Opakování slabik je předcházeno zvýšeným prefonačním napětím (řečovým blokem). (Škodová 2003)

U balbutiků se projevují i vnitřní příznaky, jako je strach z mluvení (logofobie), a to především v situacích, které jsou pro něj důležité nebo emočně vypjaté. Postupně se jedinec vyhýbá přímému řečovému projevu nebo v případě hlásek, u kterých předem ví, že se na nich zadržává si pomáhá vyhledáváním náhradního slova. Logofobie v dětském věku se objevuje spíše tam, kde porucha plynulosti vznikla náhle, po silném emocionálním prožitku. Dále k ní dopomáhá i negativní reakce okolí na neplynulý řečový projev nebo časový tlak na odpovídání. Tyto příznaky vedou k trvalému stresování jedince a působí mu značné potíže v osobním, školním a později i profesním životě. (Škodová 2003)

Na vzniku koktavosti se podílejí vzájemně se prolínající etiologické skupiny faktorů:

1. Dispoziční činitele – dědičnost, prenatální, perinatální a postnatální vlivy působící během raného vývoje dítěte
2. Orgánové odchylky – poruchy CNS
3. Patopsychosociální vlivy – interpersonální konflikty, psychotraumata, neurotizace v domácím nebo školním prostředí
(Bytešníková, 2012)

Koktavost lze rozlišit dle několika hledisek a to:

Dle doby vzniku – porucha vzniká nejčastěji mezi třetím a sedmým rokem života dítěte.

Dle verbálního projevu rozlišujeme formu tonickou, klonickou tonoklonickou a klonotonicickou (viz výše).

Dle geneze může jít o fyziologické potíže v řeči, kombinaci s breptavostí, dysartrickou koktavost (při organickém poškození mozku), dysfatickou koktavost (při poškození CNS), hysterickou či traumatickou koktavost vznikající náhle v závislosti na nějakém psychotraumatu.

Z hlediska uvědomování si poruchy je za primární poruchu považován stav, kdy si dítě v předškolním věku ještě své řečové problémy neuvědomuje. Při sekundární

poruše si jedinec svém řečové potíže uvědomuje, v důsledku čehož pak může vzniknout logofobie.

Dle stupně poruchy dělíme na balbutismus 1. stupně – minimální příznaky, jen ve stresových situacích, 2. stupně – zjevné a časté příznaky v obvyklých situacích, 3. stupně – výrazné projevy doprovázené zjevnými a častými spasmy řečových orgánů, 4. stupně – výrazné křeče, které často zcela znemožňují komunikaci, u jedince se rozvíjí logofobie a upřednostňování psané formy komunikace. (Škodová 2003)

Problematika terapie koktavosti je velice složitá. I přesto, že bylo vytvořeno mnoho terapeutických přístupů a metod, žádná z nich není stoprocentně účinná. (Škodová, 2003). Při terapii koktavosti v předškolním věku lze využít přímé i nepřímé přístupy. Při přímé formě terapie se logoped zaměřuje zejména na řeč dítěte. Nepřímá forma se zaměřuje na vytvoření vhodných podmínek pro zlepšení plynulosti řečového projevu. Předchází tomu zhodnocení rodinného a sociálního prostředí, ve kterém dítě žije. Důležitá je spolupráce rodičů a pedagogů. Rodiče by se měli vyvarovat kritizování, korigování a pomáhání dítěti slova a věty dokončovat. (Bytešnicková, 2012)

Breptavost

V případě breptavosti jde o narušení plynulosti řeči, která se projevuje extrémně zrychleným tempem řeči. Akcelerace tempa řeči je do takové míry, že mluvní aparát nestačí motoricky realizovat řeč. Dochází k vypouštění, přemísťování a zkomolování slabik i celých slov. Zároveň je také postiženo i dýchání a fonace, dochází ke zvýšené frekvenci nádechů a při řeči nejsou dodržovány pauzy.

Nejde o izolovaný symptom narušené komunikační schopnosti, ale jedná se o syndrom, který může být kombinací psychických (zejména narušení pozornosti), lingvistických (dysfluence, dysgramatismus) a fyziologických (dechová dysrytmie) projevů. Breptavost je pokládána za projev centrálních poruch řeči. Má vliv na

veškeré komunikační cesty (čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování).
(Bytešníková, 2012)

Následkem extrémní akcelerace verbálního projevu dochází k sekundárním problémům. V důsledku zrychleného tempa dítě nezvládá řeč dobře artikulovat. Dále dochází během verbálního projevu k redukci samohlásek, opakování a vynechávání slabik a slov. U dětí s breptavostí se také vyskytuje i porucha dýchání. Řeč je narušena častými vdechy a inspiračními šelesty. Dalším ze symptomů breptavosti je i dysmúzie (porucha v oblasti hudebních schopností) a dysprozódie (porucha prozodických faktorů řeči – melodie, tempo, rytmus, přízvuk). Z prozodických faktorů je kromě tempa narušena i melodie řeči, která je charakteristická svou monotónností (Bytešníková, 2012)

Mezi typické příznaky v neverbálním projevu patří zvláštnosti v chování. Osoby trpící breptavostí jednájí unáhleně, impulzivně, jsou roztržití a nepořádní. Breptaví při komunikaci ztrácejí sebeovládání a jsou špatnými posluchači. Příznaky se objevují i v psané komunikaci (výrazná dysgrafie). (Škodová, 2003)

Ke vzniku breptavosti dochází často již během raného dětství. Příčiny vzniku breptavosti nejsou stále zcela objasněny. Má se však za to, že je breptavost způsobená orgánovou mozkovou odchylkou, která vznikla v důsledku dědičnosti či onemocnění mozku v perinatálním období. Lechta považuje za příčiny vzniku breptavosti vrozené predispozice, negativní vliv prostředí a poruchy dominance mozkových hemisfér. Určitý vliv může mít i syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou i bez hyperaktivity (ADHD, ADD). Breptavost je pokládána za druh narušené komunikační schopnosti způsobené orgánovou mozkovou odchylkou. (Bytešníková, 2012)

Logopedická intervence by měla být dostatečně dlouhá, jelikož se symptomy mohou opět navrátit. Terapie se zaměřuje na zpomalení tempa řeči, zlepšení artikulace včetně fonace, respirace a odstranění narušených prozodických faktorů. Dále se v rámci terapie provádí cvičení motoriky a nácvik koncentrace pozornosti. (Bytešníková, 2012)

V předškolním věku jde spíše o nápodobu chybného mluvního vzoru rodičů nebo sourozenců. Je tedy důležité, aby v období, kdy je vysoká plasticita dětského mozku, byla rodina vzorem klidného a volného řečového projevu. Dobrý mluvní vzor přináší větší efekt než pozdější léčba. Breptavost je na rozdíl od koktavosti zvládnutelná vůlí. (Škodová, 2003)

3.6. Poruchy zvuku řeči

Huhňavost

Huhňavost neboli rinolalie je porucha rezonance řeči způsobena organickým nebo funkčním poškozením mluvidel. Jde o poruchu, kdy je narušena zvuková podoba mluvy a hlasu. (Kejklíčková, 2011)

Charakteristický zvuk hlasu člověka při komunikaci je podmíněn mírou jeho nosí rezonance. Vlivem získaných poškození patrohltanového uzávěru nebo orgánových poruch v oblasti dutiny ústní a hltanu může dojít k narušení rovnováhy ústní (oralita) a nosní rezonancí (nazalita). V důsledku toho pak člověk mluví nápadně hodně či málo tzv. „přes nos“. K poruše dochází, pokud se prostor dechové trubice tj. nosohltanu a dutiny nosní podílí na rezonanci příliš silně nebo naopak příliš slabě. Jestliže je u orálních hlásek nazalita vyšší a u nazálních hlásek naopak nižší dochází k narušení oronazální rovnováhy a tím k poruše zvuku řeči. (Klenková, 2006)

Rozeznáváme tři typy huhňavosti, a to huhňavost otevřenou, zavřenou a smíšenou. Při otevřené huhňavosti proniká vzduch nosohltanem do nosu stále, nosní dutina tím rezonuje a hlas i mluva tak má nosový zvuk. K tomuto dochází například u vrozeného rozštěpu patra, kdy je otvor mezi nosem a dutinou ústní příliš velký a většina vydechaného vzduchu proudí do nosu, v ústech mezi zuby a rty se nevytvoří dostatečný tlak pro správnou artikulaci hlásek. Tato porucha se také nazývá palatolalie, které se podrobněji věnujeme níže. (Kejklíčková, 2011)

Zavřená huhňavost vzniká opačně, a to tak, že do nosu neproniká výdechový proud vzduchu tehdy, kdy by měl, což se projevuje výslovností nosovek *m, n, ň*. Tyto nosovky se pak podobají souhláskám bez nosní rezonance tj. *b, d, d'*.

Příčinou je neprůchodnost nosu nebo nosohltanu. Na přechodnou dobu vzniká zavřená huhňavost také při rýmě. Smíšená huhňavost je kombinací otevřené a zavřené huhňavosti. Vzniká, pokud je patrohltanový uzávěr neúplný a současně je ztížena průchodnost nosem (organickou překážkou v oblasti nosu). Vzdušný proud částečně proniká do nosohltanu, ale nosovky m, n, ň, zní bez nosní rezonance, která je oslaben v důsledku ztížené neprůchodnosti vzduchu nosem. (Kejklíčková, 2011)

Palatolalie

Pojem palatolalie označuje narušenou komunikační schopnost vznikající v důsledku orofaciálního rozštěpu. Palatolalie patří mezi jednu z nejnápadnějších narušení komunikačních schopností. V některých odborných pramenech označována jako otevřená huhňavost. V zahraniční literatuře je palatolalie definována jako řeč při rozštěpu patra. Orofaciální rozštěpy (tj. rozštěpy dutiny ústní, tváří a obličeje představují orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru. Projevují se dislokací, vadou či úplným chyběním měkkých i kostních částí tkání. Tyto orgánové změny působí jedincům s rozštěpem patra závažné funkční i estetické potíže. Palatolalie vzniká, pokud rozštěp není operován nebo se operací nepodařilo vytvořit dostatečný patrohltanový uzávěr. Tato porucha se řadí mezi vady vývojové, vzhledem k tomu, že vzniká na vývojové vadném základě.

(Klenková, 2006)

Příčiny rozštěpů nejsou dodnes zcela objasněny. Za možné faktory způsobující orofaciální rozštěpy je považována dědičnost a působení teratogenních vlivů během intrauterinního vývoje v prvním trimestru těhotenství. Mezi teratogenní faktory se řadí infekční onemocnění (toxoplazmóza, zarděnky apod.), poruchy ve výživě plodu (např. při vícečetném těhotenství), vyšší věk matky, toxické a chemické látky, léčiva, či působení rentgenového záření.

Terapie palatolalie se zaměřuje na korekci narušené nosní rezonance, narušené artikulace, srozumitelnosti řeči, narušeného vývoje řeči, poruch hlasu a narušeného koverbálního chování. Součástí logopedické korekce palatolalie je sluchový

diferenční výcvik, jehož cílem je rozeznat a identifikovat hypernazalitu ve vlastní řeči i v řeči jiných. V některých případech však korekce hypernazality není žádoucí. Pokud je patrohltanový mechanismus nedostatečný, může terapie zapříčinit zvýšené respirační úsilí, hyperfunkci hlasového orgánu a funkční dysfonii. (Kerekrétiová, 2008)

Praktická část

4. Narušená komunikační schopnost u dětí vyrůstající v ústavní péči

4.1. Cíl práce

V praktické části se budeme věnovat narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní výchově ve vybraných dětských domovech. Cílem zkoumání, které bude obsahem praktické části, je ověřit, zda pobyt v ústavní péči má vliv na komunikační schopnosti dětí, které vyrůstají v dětském domově.

4.2. Metody výzkumu a popis výzkumného vzorku

V rámci zkoumání byla použita metoda sběru dat formou dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval uzavřené i otevřené otázky týkající se logopedické péče realizované v zařízení ústavní péče.

Pro účely zkoumání jsme oslovili pět dětských domovů z pěti okresů České republiky. Jeden z oslovených dětských domovů zahrnuje několik odloučených pracovišť, z nichž byly osloveny ty skupiny, kde jsou umístěny i děti předškolního věku, což bylo pro výběr vhodných respondentů zásadním kritériem. Proto bylo osloveno celkem sedm zařízení. Pro zachování maximální autenticity odpovědí, byly dotazníky vyplňovány za podmínky neuveřejnění konkrétních názvů dětských domovů.

První z nich se nachází v okrese Příbram. Zařízení je určeno pro děti od 3-18 let, nicméně v roce 2018 zde byly umístěny i děti mladší 3 let společně s dalšími svými staršími sourozenci. Aktuálně je zde umístěno 49 dětí. Součástí dětského domova je základní škola dle § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., základní škola speciální, dětský domov a školní jídelna. Vzdělávání umístěných dětí se

uskutečňuje na různých typech škol (MŠ, ZŠ, ZŠ § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., ZŠ speciální, OU, SOU). V roce 2018 navštěvovalo běžnou ZŠ 23 žáků a ZŠ speciální 5 žáků. Část dětí s lepšími školními výsledky navštěvuje místní základní (10 žáků) a mateřskou školu (6 dětí), kde jsou v kolektivu s ostatními intaktními spolužáky. Ve školním roce 2017/2018 pracovalo v zařízení 46 zaměstnanců z toho 27 pedagogických pracovníků, z čehož 4 jsou učitelé na ZŠ (včetně ředitele DD), 2 pracovníci působí jako asistenti pedagoga a 21 pedagogických pracovníků představují denní a noční vychovatelky či vychovatelé. Nepedagogických pracovníků funguje v zařízení 19 (1 sociální pracovníce, 1 zdravotnice a ostatní personál zajišťující provoz jídelny, úklid atd.). V zařízení nepůsobí žádný klinický logoped. Děti s narušenou komunikační schopností dojíždí se zdravotnicí za klinickým logopedem jednou za měsíc.

Druhé zařízení se nachází v okrese Benešov. Zařízení působí jako dětský domov rodinného typu, což obnáší maximální kapacitu 48 dětí. V roce 2018 zde bylo umístěno 35 dětí. Děti jsou rozděleny do 6 rodinných skupin, přičemž v každé z nich je nyní 5-6 dětí (maximálně však 8 dětí na skupinu). Ve skupinách jsou chlapci a děvčata různého věku, při zachování sourozeneckých vazeb. Dětský domov je určen pro děti s nařízenou ústavní nebo ochranou výchovou zpravidla ve věku od 3 do 18 let. V případě, že ještě studují, zůstávají zde až do ukončení studia.

V zařízení pracuje celkem 31 zaměstnanců, z čehož 18 zaměstnanců tvoří vychovatelé a zbylých 13 zaměstnanců zajišťuje provoz školy (včetně ředitele DD).

Dětský domov nedisponuje vlastní školou, proto děti docházejí do běžných škol. Děti chodí do místní mateřské školy (4 děti), základní školy (24 žáků), na gymnázium (2 žáci), na střední školu (2 studenti) a učiliště (3 studenti). Zařízení využívá externě služby odborných z oborů psychologie a logopedie.

Třetí vybraný dětský domov se nachází v Praze. Je určen zejména pro děti od 1-6 let. V odůvodněných případech jsou zde však umístěny jak děti mladší, tak i starší. Péče je poskytována ve skupinách s průměrným počtem 4 dětí na 1 pečující osobu. Na péči o děti se podílí odborný personál ve složení klinický psycholog,

klinický logoped, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, speciální pedagog. Celkem v zařízení pracuje 8 vychovatelů. Poskytovaná péče má interdisciplinární charakter. Děti předškolního a školního věku dochází do místní mateřské a základní školy. V roce 2018 bylo v zařízení umístěno průměrně 16 dětí.

Čtvrtý oslovený dětský domov se nachází v okrese Třebíč. Do DD jsou umístovány děti zpravidla od 3 nejvýše do 19 let. Výchovné skupiny tvoří 7-8 dětí různého věku a pohlaví. V roce 2018 bylo v DD umístěno 31 dětí ve čtyřech rodinných skupinách, z toho 6 dětí předškolního věku. V DD pracuje celkem 23 zaměstnanců, z toho je 11 vychovatelů. Klinický logoped v zařízení nefunguje. Děti s vadami řeči dojíždí za klinickým logopedem do logopedické poradny.

Pátý dětský domov, který se zúčastnil našeho dotazníkového šetření, se nachází v Karlovarském kraji. Do dětského domova mohou být umístovány děti ve věku zpravidla od 3 do 18 let. Kapacita zařízení je 100 dětí. Dětský domov má 8 odloučených pracovišť, které tvoří dohromady 13 rodinných skupin. V jedné rodinné skupině může být až osm dětí, o které se zpravidla starají 3 pedagogičti pracovníci a 2 noční vychovatelé. V zařízení pracuje celkem 72 zaměstnanců, z toho je 23 vychovatelů, 13 asistentů pedagoga a 26 asistentů rodinné skupiny. Dětský domov úzce spolupracuje se školskými poradenskými zařízeními a klinickými psychology a logopedy.

Jako kontrolní vzorek jsme zvolili respondenty mezi rodiči dětí navštěvující mateřskou školu, kam dochází i děti z prvního z výše popsáných dětských domovů. Rodiče odpovídali na stejné otázky jako zástupci vybraných dětských domovů. Na začátku byli rodiče dětí z MŠ upozorněni, na anonymitu vyplňování dotazníků. Pro zajištění anonymity odevzdávali rodiče dotazník do krabic umístěných v šatnách jednotlivých tříd MŠ. Celkově bylo osloveno 74 rodin, z čehož 46 rodin dotazník vrátilo vyplněný a bylo je tedy možné zahrnout do kontrolního vzorku.

4.3. Stanovení hypotéz

Jako první hypotézu (H1) jsme stanovili předpoklad, že u dětí vyrůstající v ústavní péči je vyšší procento výskytu narušené komunikační schopnosti než u dětí vyrůstajících v rodinném prostředí.

Druhá hypotéza se týká logopedické péče tj. H2: Předpokládáme, že logopedická péče u dětí v rodinném prostředí je vyšší než logopedická péče realizovaná v dětském domově.

Třetí hypotéza (H3) má odpovědět na otázku, zda u dětí vyrůstajících v ústavní péči je vyšší procento výskytu narušené komunikační schopnosti přetrvávající i po nástupu na ZŠ.

4.4. Analýza výsledků dotazníkového šetření

Zástupci DD vyplňovali data o svých svěřencích za období 3 let (2016-2018). V roce 2016 bylo v námi oslovených zařízeních umístěno celkem 45 dětí předškolního věku, z nichž u 31 dětí byla indikována vada řeči tj. 73 % dětí s vadou řeči v ústavní péči. V následujícím roce se podíl dětí s NKS zvýšil o jeden procentní bod na 74 %. V roce 2018 byl podíl dětí s vadou řeči z celkového počtu dětí z námi oslovených ústavních zařízení 67 % tj. o 7 procentních bodů nižší než v roce předcházejícím.

Tabulka 2: Výskyt vad řeči u dětí předškolního věku s nařízenou ústavní výchovou

ústavní péče	2016	2017	2018
celkový počet dětí předškolního věku	45	42	39
z toho počet dětí s NKS	33	31	26
% počet dětí s NKS	73 %	74 %	67 %

Ze 46 dětí předškolního věku, tj. od 3 - 6 let, jejichž rodiče se zapojili do dotazníkového šetření navštěvuje pravidelně logopedickou poradnu 12 dětí. U dalších 3 dětí byla diagnostikována vada řeči, ale logopedickou poradnu nenavštěvují. Narušená komunikační schopnost se tedy vyskytovala u 33 % ze zapojených dětí do dotazníkového šetření.

Statistické testování hypotéz

H_0 : Pravděpodobnost výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí vyrůstajících v ústavní péči je stejná jako pravděpodobnost výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí vyrůstajících v rodinném prostředí.

Vzhledem k charakteru dat, které mají binární (alternativní) rozdělení jsme použili pro testování hypotézy Personův Chí-kvadrát (test dobré shody). Test ověřuje nulovou hypotézu, která tvrdí, že získané četnosti ze vzorků se rovnají, tedy že pozorované jevy jsou nezávislé. Pokud však vypočtená hodnota P-Value je menší než $\alpha = 0,05$, znamená to, že rozdíl skutečných a očekávaných četností je tak velký, že nemůže být náhodný a mezi sledovanými jevy existuje určitý vztah. (Rimarčík, 2007)

Pro statistické testování hypotéz jsme použili program Minitab, který nám spočítal P-hodnotu rovnou 0,002. Na hladině významnosti 5 % tedy zamítáme nulovou hypotézu H_0 , neboť pravděpodobnost, že relativní vyšší četnost narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní péči vznikla náhodou je menší než 5 %, proto nulovou hypotézu, že jsou proměnné nezávislé zamítáme.

Z výsledku statistického testování hypotézy nám vychází, že pravděpodobnost výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí s nařízenou ústavní péčí je vyšší než pravděpodobnost výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí v běžných rodinách. Výsledky měření můžeme tedy pokládat za relevantní.

Obrázek 1: Pearsonův Chí-kvadrát test

Tabulated Statistics: vada řeči; Worksheet columns

Rows: vada řeči Columns: Worksheet columns

	ústavní		
	péče	rodina	All
ANO	26 18,81	15 22,19	41
NE	13 20,19	31 23,81	44
All	39	46	85

Cell Contents
Count
Expected count

Chi-Square Test

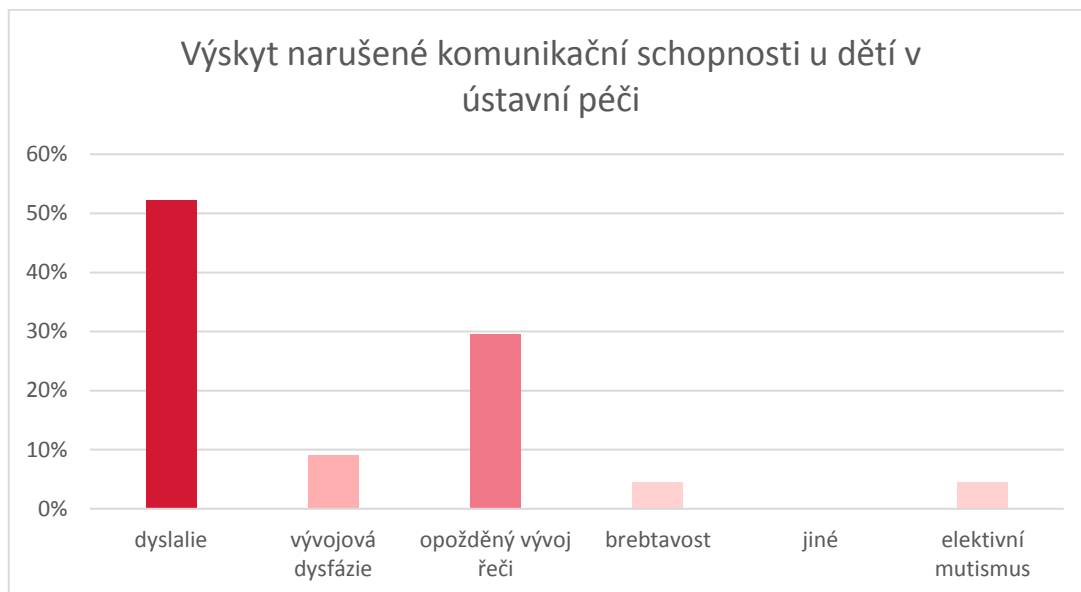
	Chi-Square	DF	P-Value
Pearson	9,805	1	0,002
Likelihood Ratio	9,995	1	0,002

Fisher's Exact Test

P-Value
0,0023163

Mezi dětmi s nařízenou ústavní výchovou se v nejvíce případech vyskytovala dyslalie, a to celkem ve 21 případech, což představuje 52 % z vyskytujících se vad řeči. Největší problém dělá dětem písmeno R a Ř, což se vyskytovalo u 13 z 23 dětí. Dále mají děti potíže se sykavkami (sigmatizmus), celkem v 11 případech a s písmenem L, což se vyskytovalo u 5 dětí. Většina dětí však nemá problém s výslovností jedné hlásky, ale špatně vyslovuje více hlásek. Jedná se tedy o dyslalii multiplex, která se vyskytovala u 16 dětí, tj. u dvou třetin dětí s dyslalii. Dále byl u 13 dětí diagnostikován opožděný vývoj řeči, což představuje 30 % z celkových vad vyskytujících se u dětí s nařízenou ústavní výchovou. U 4 dětí se objevila vývojová dysfázie (9 % z vyskytujících se vad řeči), u dvou dětí (5 % dětí s NKS v ústavní péči) se vyskytuje brebtavost a stejně tak se ve dvou případech objevil i elektivní mutismus, který je vzhledem k životnímu příběhu dětí s nařízenou ústavní péčí více očekávatelný než u dětí vyrůstající v běžné rodině.

Graf 1: Výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí v ústavní péči



Mezi dětmi z běžných rodin se stejně jako mezi dětmi vyrůstající v ústavní péči nejčastěji vyskytovala dyslalie, a to v necelých 45 % případů dětí s vadou řeči. Dyslalie se objevovala zejména ve formě rotacizmu a rotacizmu bohemicus. Osm dětí má problém s výslovností R a Ř, nicméně skoro u poloviny z nich se mimo to objevuje i špatná výslovnost jiných hlásek, zejména s L (Labdacizmus) a to ve třech případech, dále se také objevuje problém s K, V, F a Č. U necelých 30 % se vyskytoval opožděný vývoj řeči a u 17 % dětí s vadou řeči byla diagnostikována vývojová dysfázie. V jednom z 15 případů tj. (6 % výskytu) byla diagnostikována brebtavost. Taktéž byla u jednoho dítěte v MŠ diagnostikována orofaciální dysfagie, která je doprovázena vývojovou dysfázií a opožděným vývojem řeči. U jednoho z 15 dětí s vadou řeči se vyskytovala nesprávná výslovnost celkem u pěti hlásek (V,F,R,Ř,L) tj. multiplex dyslalie.

Rozložení výskytu narušené komunikační schopnosti u dětí vyrůstajících v běžné rodině znázorňuje graf č. 2.

Graf 2: Výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí v běžné rodině



Hypotéza č. 2

Předpokládáme, že logopedická péče u dětí v rodinném prostředí je vyšší než logopedická péče realizovaná v dětském domově.

Za účelem ověření hypotézy č. 2 jsme se zástupců dětských domovů ptali, kolikrát za den provádí vychovatel s dítětem logopedická cvičení dle doporučení klinického logopeda. Skoro dvě třetiny zástupců zařízení odpověděli, že logopedická cvičení vychovatel s dětmi provádí každý den. Ve třech případech, tj. ve více než 40 % zařízení přesahuje celková doba trvání pravidelného každodenního tréninku 5 minut denně. V dalších dvou zařízeních se logopedickým cvičením věnují 4-5x za týden v rozsahu 6-20 minut. Pouze v jednom dětském domově s dětmi procvičují zadání od klinického logopeda jen 2-3 x týdně po dobu 11-20 minut.

Tabulka 3: Četnost a doba trvání logopedických cvičení v ústavní péči

logopedická cvičení	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	neprovádí	Σ	Σ %
do 5 min	1	0	0	0	1	14 %
6-10 min	2	1	0	0	3	43 %
11-20 min	1	1	1	0	3	43 %
21-30 min	0	0	0	0	0	0 %
31 a více min	0	0	0	0	0	0 %
neprovádí	0	0	0	0	0	0 %
Σ	4	2	1	0		
Σ %	57 %	29 %	14 %	0 %		

Více než polovina z oslovených rodičů taktéž provádí logopedická cvičení doma s dítětem každý den. Dvacet procent rodičů provádí logopedická cvičení 4-5x za týden, v jedné z 15 rodin (7 % rodičů) provádí cvičení 2-3 x za týden a u dvou případů (13 % rodičů) neprovádí logopedická cvičení s dítětem doma vůbec.

Tabulka 4: Četnost a doba trvání logopedických cvičení v rodinách

logopedická cvičení	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	neprovádí	Σ	Σ %
do 5 min	1	2	0	0	3	20 %
6-10 min	4	1	1	0	6	40 %
11-20 min	1	0	0	0	1	7 %
21-30 min	1	0	0	0	1	7 %
31 a více min	2	0	0	0	2	13 %
neprovádí	0	0	0	2	2	13 %
Σ	9	3	1	2		
Σ %	60 %	20 %	7 %	13 %		

Rodiče nejčastěji provádí logopedická cvičení po dobu 6-10 minut, a to celkem v šesti případech (40 % rodičů), z toho 4 rodiny každý den. V jedné rodině (7 % z dotázaných) provádí cvičení 4-5 x za týden a taktéž v jednom případě 2-3 x za týden. Dvě rodiny tj. 13 % případů provádí logopedická cvičení každý den po dobu více než 30 minut. V dalších třech případech (20 % z dotázaných) s dětmi procvičují zadání od klinického logopeda každý den nebo alespoň 4-5 x týdně s délkou trvání maximálně do pěti minut.

Další otázka z dotazníkového šetření byla otevřená a týkala se činností na podporu řeči dítěte, které s nimi vychovatelé, resp. rodiče provádí nad rámec

logopedických cvičení doporučených od klinického logopeda. Odpovědi byly otevřené. Účelem otázky bylo mimo jiné i zjistit, zda si vychovatelé, resp. rodiče uvědomují, jaké všechny činnosti, které s dětmi provádí, mohou přispět k rozvoji a zlepšení komunikačních schopností dítěte.

Zástupci DD nejčastěji uváděli učení básniček a říkadel, zpívání písniček, hraní deskových her, zejména pexesa a her zaměřených na rozvoj hrubé a jemné motoriky. Dále se také snaží zlepšit mluvní projev dětí opravováním výslovnosti při běžné komunikaci.

Rodiče nejčastěji uváděli čtení knih a opakování básniček a říkadel, celkem v 8 případech (53 % rodičů dětí s vadou řeči). Další oblíbenou aktivitou je zpívání a hraní her na rozšíření slovní zásoby. U jednoho dítěte rodiče využívají ke zlepšení komunikačních dovedností dítěte metodu VOKS a počítačové aplikace. Ve třech případech rodiče neuvedli žádné aktivity pro rozvoj řeči u jejich dítěte.

Poté následovala otázka podobného charakteru, nicméně zde byly konkrétní aktivity zacílené na rozvoj komunikačních dovedností již vypsány a zástupci DD, resp. rodiče měli zaškrtnout, které z těchto aktivit s dítětem vychovatelé resp., rodiče provádí a v jakém rozsahu.

Mezi nejvíce rozšířené aktivity v ústavních zařízeních patří zpívání písniček, učení básniček a říkadel, prohlížení knih. Vychovatelé také dětem běžně čtou a hrají s nimi jak společenské hry, tak i hry zacílené na rozvoj zraku a paměti. V polovině případů děti v námi oslovených dětských domovech hrají na hudební nástroj. Formou divadla děti rozvíjí svůj verbální projev pouze v jednom ze 7 námi oslovených zařízení. Nejvíce činností pro rozvoj komunikačních dovedností vychovatelé s dětmi provádí každý den, což probíhá v necelé polovině z oslovených ústavních zařízení. Druhá polovina zařízení realizuje s dětmi níže uvedené aktivity s pravidelností minimálně 2-3 x za týden. Pouze v jednom ze 7 oslovených zařízení se některé ze základních činností pro rozvoj verbálního projevu realizuje pouze 1x za týden. Převážná většina z níže uvedených aktivit se provádí ve všech z oslovených dětských domovů.

Tabulka 5: Aktivity pro rozvoj komunikačních dovedností v ústavní péči

aktivity v ústavním zařízení	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	1 x za týden	Σ
čtení knih	3	1	3	0	7
říkadla a básničky	3	1	2	1	7
písničky	3	2	2	0	7
divadlo	0	0	0	1	1
prohlížení knih	3	2	2	0	7
společenské hry	2	2	2	1	7
hra na hudební nástroj	0	0	3	0	3
hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti	3	2	2	0	7
Σ	17	10	16	3	

V případě oslovených rodin doma téměř všichni rodiče s předškolními dětmi prohlíží knihy (celkem 14 rodičů z 15), z toho skoro dvě třetiny rodin tuto aktivitu provádí pravidelně každý den nebo minimálně 4x do týdne. Skoro 90 % z oslovených rodičů doma dětem čtou knihy, přičemž téměř polovina každý den a druhá polovina minimálně 2 x za týden. Nejvíce aktivit se však v rodinách realizuje v rozsahu 2-3 x za týden. V této týdenní frekvenci rodiče s dětmi nejčastěji procvičují různá říkadla a básničky a hrají hry rozvíjející zrak a paměť. Běžně se v rodinách také hrají společenské hry (v 73 % případech) a zpívají písničky (v 67 % případech), a to v rozsahu 4-5 x za týden. Pouze se dvěma dětmi (tj. 13 %) rodiče rozvíjí komunikační dovednosti prostřednictvím divadla a jen jedno z 15 dětí (7 %) s vadou řeči hraje na hudební nástroj.

Tabulka 6: Aktivity pro rozvoj komunikačních dovedností v rodinách

aktivity	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	1 x za týden	Σ
čtení knih	6	1	6	0	13
říkadla a básničky	3	2	8	0	13
písničky	3	4	2	1	10
divadlo	1	0	0	1	2
prohlížení knih	5	4	4	1	14
společenské hry	0	4	5	2	11
hra na hudební nástroj	0	0	0	1	1
hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti	4	0	7	2	13
Σ	22	15	32	8	

Abychom mohli vyhodnotit, v jakém případě je péče o rozvoj komunikačních dovedností vyšší, zvolili jsme matici, kde jsme jednotlivé frekvence obodovali a četnosti jednotlivých variant znormovali, tak aby byla výsledná bodová hodnota relevantní pro srovnání logopedické péče v ústavním zařízení a v běžné rodině. Vypočtené hodnoty znázorňují tabulky č. 7 a 8. Dle výsledku je patrné, že intenzivnější péče zacílená na rozvoj komunikačních schopností dětí se děje v ústavních zařízeních, kde dosahovala celkového počtu 19 bodů.

Tabulka 7: Bodové ohodnocení jednotlivých aktivit a jejich týdenní frekvence v ústavních zařízeních

body	4	3	2	1	
aktivity	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	1 x za týden	Σ
čtení knih	1,7	0,4	0,9	0,0	3,0
říkadla a básničky	1,7	0,4	0,6	0,1	2,9
písničky	1,7	0,9	0,6	0,0	3,1
divadlo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
prohlížení knih	1,7	0,9	0,6	0,0	3,1
společenské hry	1,1	0,9	0,6	0,1	2,7
hra na hudební nástroj	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9
hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti	1,7	0,9	0,6	0,0	3,1
Σ	9,7	4,3	4,6	0,4	19,0

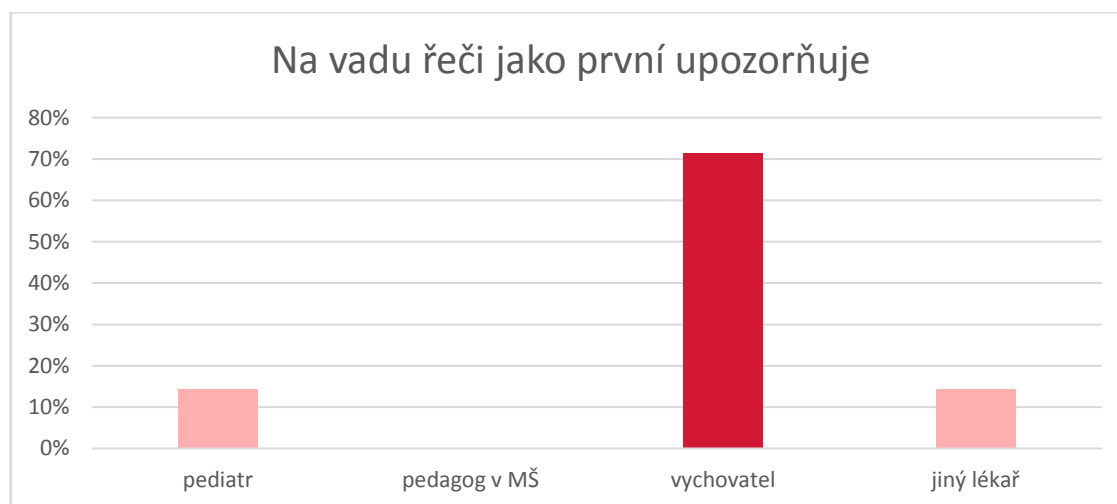
Logopedická péče v běžných rodinách získala v bodovém hodnocení necelých 14 bodů.

Tabulka 8: Bodové ohodnocení jednotlivých aktivit a jejich týdenní frekvence v běžných rodinách

body	4	3	2	1	
aktivity	Každý den	4-5x za týden	2-3x za týden	1 x za týden	Σ
čtení knih	1,6	0,2	0,8	0,0	2,6
říkadla a básničky	0,8	0,4	1,1	0,0	2,3
písničky	0,8	0,8	0,3	0,1	1,9
divadlo	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
prohlížení knih	1,3	0,8	0,5	0,1	2,7
společenské hry	0,0	0,8	0,7	0,1	1,6
hra na hudební nástroj	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti	1,1	0,0	0,9	0,1	2,1
Σ	5,9	3,0	4,3	0,5	13,7

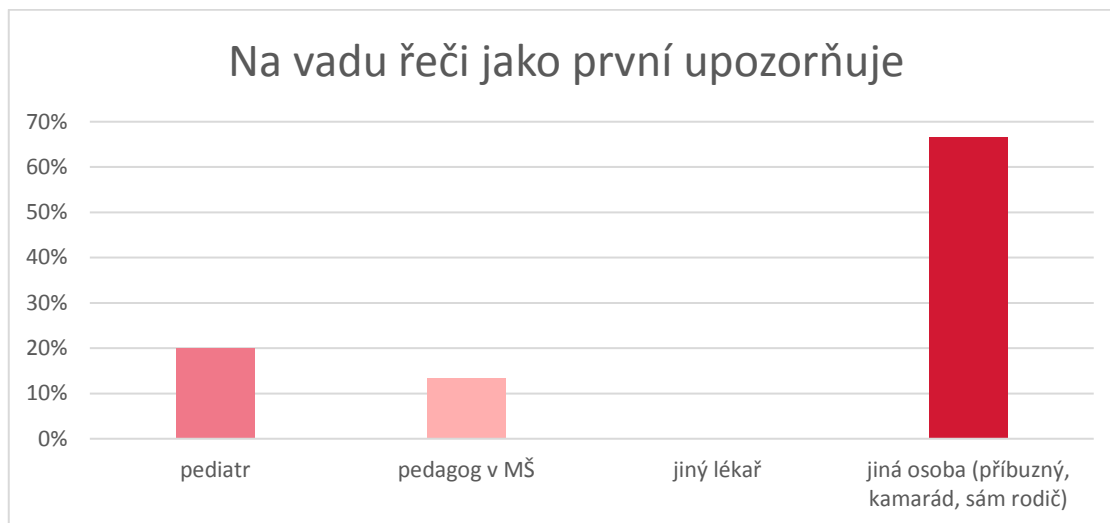
Poté následovala otázka, která zjišťovala, jaká osoba nejčastěji jako první na vadu řeči u dítěte upozorňuje. Z výsledků šetření vyplynulo, že ve většině případů (přes 70 % zařízení) na poruchu verbálního projevu upozorní vychovatel, jakožto osoba, která s dítětem tráví nejvíce času. V případě jednoho z námi oslovených dětských domovů na vadu řeči upozorňuje nejčastěji klinický logoped, vzhledem k tomu, že každé dítě při nástupu do DD nejprve absolvuje vstupní vyšetření a následně mu logoped případně indikuje logopedickou péči. V jednom ze 7 zařízení (tj. 14 %) na vadu řeči u dítěte upozorňuje nejčastěji pediatr.

Graf 3: Osoba, která na vadu řeči u dítěte v ústavní péči jako první upozorňuje



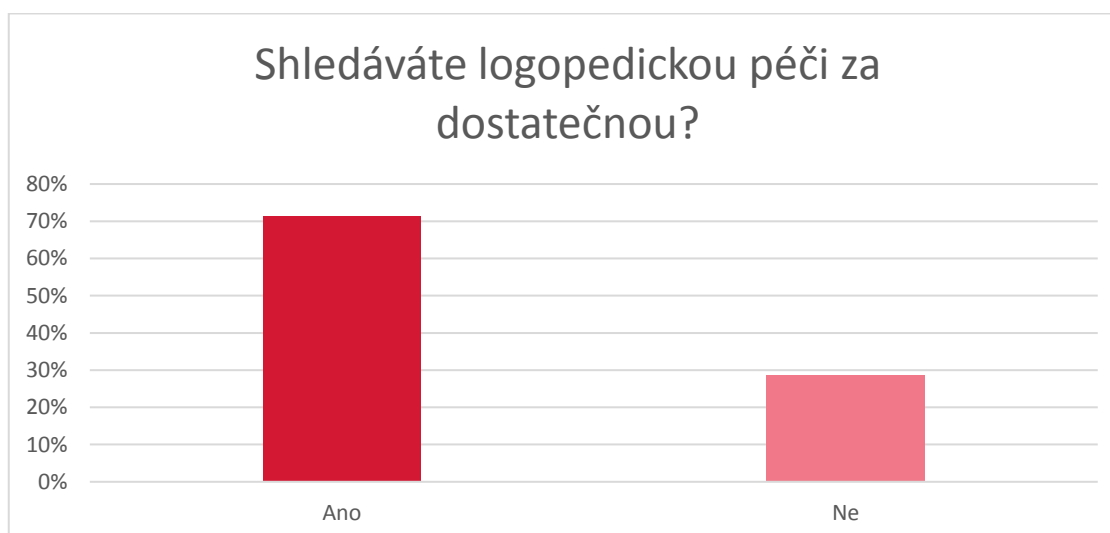
Podobná situace je i v běžných rodinách. Nejčastěji si vady řeči u dítěte všimne sám rodič a požádá o pomoc odborníka, a to celkem v 10 případech z 15 (tj. dvě třetiny z dotázaných). U tří dětí z 15 (20 % rodin) na vadu řeči upozornil pediatr a u dvou dětí pedagogický pracovník mateřské školy.

Graf 4: Osoba, která na vadu řeči u dítěte v rodině jako první upozorňuje



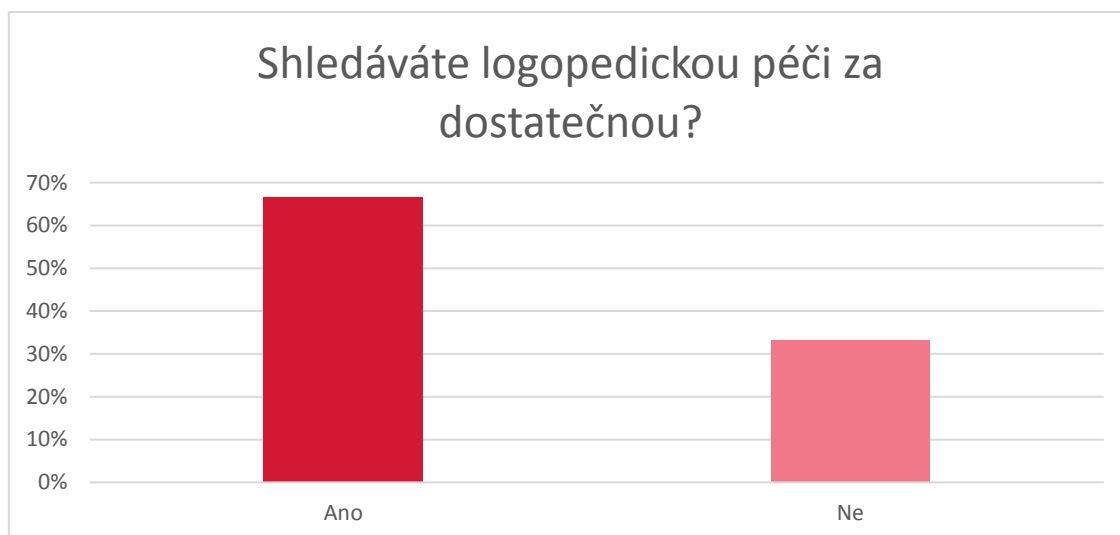
Při poslední otázce měli rodiče a zástupci DD zhodnotit, zda považují jejich domácí logopedickou péči o komunikační schopnosti jejich dítěte, resp. jejich svěřenců za dostatečnou, či nikoli. Většina ze zástupců ústavního zařízení shledávají jejich logopedickou péči o svěřence v DD za dostatečnou. Pouze z pohledu dvou ústavních zařízení by měla být logopedická péče vyšší. V obou případech byl za hlavní důvod, proč se rozvoji řeči nevěnují v dostatečné míře, uvedena pracovní vytíženost vychovatelů.

Graf 5: Zhodnocení domácí logopedické péče z pohledu ústavního zařízení



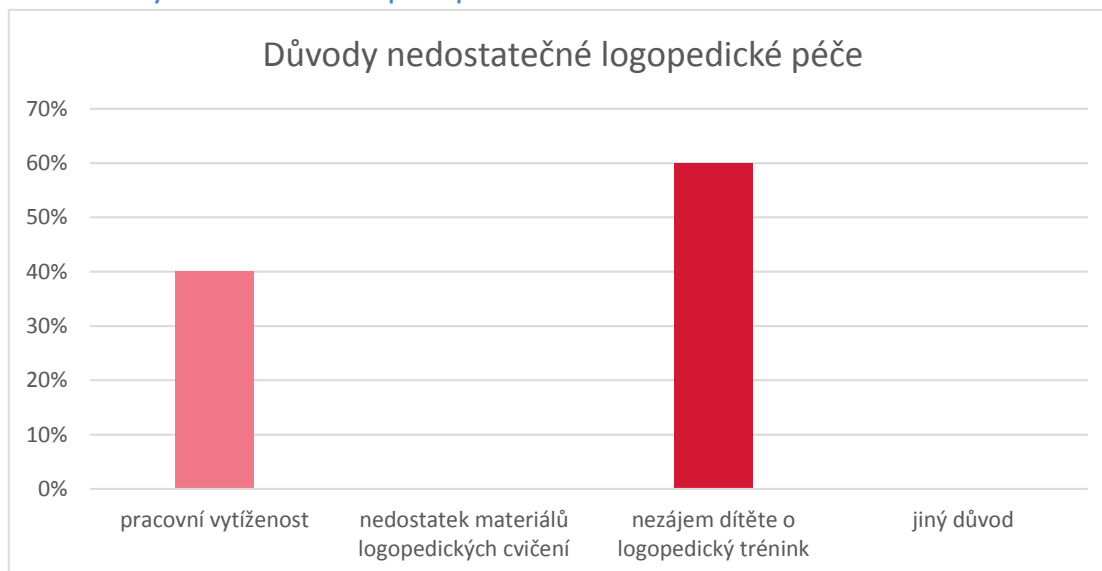
Stejný názor zastávali i rodiče. Dvě třetiny rodičů považují množství a intenzitu aktivit zacílených na rozvoj komunikačních schopností jejich dítěte za dostatečnou.

Graf 6: Zhodnocení domácí logopedické péče z pohledu rodičů



Dle názoru jedné třetiny rodičů by jejich logopedická péče měla být vyšší, nicméně jejich dítě nemá o logopedický trénink zájem nebo nemohou z časových důvodů způsobených pracovní vytížeností, logopedické péči věnovat více času.

Graf 7: Důvody nedostatečné domácí péče z pohledu rodičů



Hypotéza č. 3

Předpokládáme, že u dětí vyrůstajících v ústavní péči je vyšší procento výskytu narušené komunikační schopnosti přetrvávající i po nástupu na ZŠ.

Celkový počet dětí navštěvující 1. třídu základní školy z námi oslovených dětských domovů v posledních tří letech zobrazuje následující tabulka. V průběhu let 2016-2018 se procento dětí, u kterých vada řeči přetrvávala až do první třídy se pohybovalo mezi 30 % - 40 %.

Tabulka 9: Přetrvávání vady řeči v mladším školním věku u dětí v ústavní péči

ústavní péče	2016	2017	2018
celkový počet dětí v 1. třídě	40	43	42
z toho počet dětí s NKS	16	14	13
% počet dětí s NKS	40%	33%	31%

Situace v běžných rodinách je o trochu příznivější. V průběhu minulých 3 let přetrvávala porucha komunikace i při nástupu na základní školu u méně než 30 % dětí.

Tabulka 10: Přetrvávání vady řeči v mladším školním věku u dětí v běžných rodinách

rodiny	2016	2017	2018
celkový počet dětí v 1. třídě	34	36	39
z toho počet dětí s NKS	7	10	11
% počet dětí s NKS	21%	28%	28%

Pomocí statistického testování hypotéz jsme ověřovali předpoklad, že procento dětí s nařízenou ústavní výchovou, u kterých vada řeči přetrvávala i při nástupu na ZŠ je vyšší než u dětí z běžných rodin.

Nulová hypotéza H_0 předpokládá, že neexistuje rozdíl mezi výskytem vad řeči u dětí v ústavní výchově a u dětí z běžných rodin navštěvující 1. třídu.

Obrázek 2: Pearsonův Chí-kvadrát test a Fisherův test

Tabulated Statistics: Worksheet rows; Worksheet columns

Rows: Worksheet rows Columns: Worksheet columns

	DD	rodiny	All
1	43 37,93	28 33,07	71
2	82 87,07	81 75,93	163
All	125	109	234

Cell Contents
Count
Expected count

Chi-Square Test

	Chi-Square	DF	P-Value
Pearson	2,091	1	0,148
Likelihood Ratio	2,104	1	0,147

Fisher's Exact Test

P-Value
0,156936

Dle výsledků Chí- kvadrát a Fisherova testu, kde vypočítaná P hodnota je větší než $\alpha = 0,05$ přijímáme na 5 % hladině významnosti nulovou hypotézu. Rozdíly mezi přetrvávání vad řeči i na základní škole u dětí v ústavní péči a u dětí v běžných rodinách nejsou statisticky významné a lze tedy s 95 % spolehlivostí tvrdit, že ústavní výchova nemá jednoznačný vliv na přetrvávání vady řeči u dětí až do mladšího školního věku.

4.5. Vyhodnocení výsledků

Ověřování hypotéz pomocí statistických testů ukázalo, že ústavní péče má na pravděpodobnost výskytu vady řeči u dětí statisticky významný vliv. V letech 2016-2018 se potíže ve verbálním projevu objevovala skoro u tří čtvrtin dětí s nařízenou ústavní výchovou. Oproti tomu děti vyrůstající v rodinném prostředí měly problém s řečí v jedné třetině z oslovených respondentů.

Ze všech výše popsaných druhů narušené komunikační schopnosti se u dětí s nařízenou ústavní péčí vyskytuje zejména dyslalie, a to u více než poloviny dětí

z námi oslovených dětských domovů. Ve většině případů však nejde o nesprávnou výslovnost pouze jedné hlásky, ale o špatnou výslovnost skupiny hlásek, tj. dyslalie parciální a dyslalie multiplex (u 36 % dětí s vadou řeči). Více než v případě dětí vyrůstajících v běžné rodině (u 28 % dětí s vadou řeči). Další často se vyskytující druh narušené komunikační schopnosti je opožděný vývoj řeči, který představuje 30 % ze všech vyskytujících se vad řeči. U dětí z běžných rodin je procento výskytu této vady přibližně stejné, opožděný vývoj řeči se objevuje u 28 % dětí. Další objevující se poruchou je vývojová dysfázie, která vzniká při organickém poškození mozku během těhotenství, při porodu nebo krátce po narození. Tato porucha se objevila ve větší míře u dětí z běžných rodin (17 %). U dětí v ústavních zařízeních je výskyt této vady méně než 10 %. Brebtavost se vyskytovala v přibližně stejném rozsahu (kolem 5 %) jak u dětí z DD, tak u dětí z běžných rodin. Elektivní mutismus vznikající často u dětí z důvodu chronické frustrace, kdy nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte se v našem výzkumném vzorku objevil pouze u dětí s nařízenou ústavní výchovou.

Pokud jde o logopedickou péči, kterou rodiče či vychovatelé s dětmi doma provádí jde spíše o kratší cvičení do 20 minut, ale za to s každodenní pravidelností. Přibližně 60 % vychovatelů i rodičů provádí logopedická cvičení od klinického logopeda s dětmi každý den. Z dotazníkového šetření je však patrné, že rodiče u jejichž dítěte byla diagnostikována závažnější porucha komunikace se logopedickému tréninku věnují intenzivněji než v případě vychovatelů v dětských domovech. Dvě rodiny z 15 (tj. 13 %) se logopedickému tréninku věnují pravidelně více než půl hodiny denně.

Dle bodového ohodnocení četností u jednotlivých frekvencí aktivit pro rozvoj řeči dítěte vyplynulo, že vychovatelé v dětských domovech s dětmi provádí činnosti zacílené na zvýšení komunikačních schopností častěji než rodiče se svými dětmi doma.

Z výsledků analýzy dotazníkového šetření vyplynulo, že vady řeči si nejčastěji jako první všimá pečující osoba, tj. rodič, či vychovatel.

Zástupci DD i rodiče se shodli také v poslední otázce týkající se zhodnocení míry jejich logopedické péče o své děti či svěřence. Přibližně dvě třetiny vychovatelů i rodičů považují jejich domácí logopedickou péči za dostatečnou. Zbylá třetina si myslí, že jejich logopedická péče by měla být vyšší, ale z důvodu pracovního vytížení nebo nízkého zájmu dítěte o logopedický trénink nevěnují aktivitám pro rozvoj komunikačních dovedností tolik času, kolik by si představovali.

Při ověřování hypotézy č. 3 jsme došli k závěru, že poruchy komunikace přetrvávají stejně často u dětí v ústavní péči jako u dětí z běžných rodin.

5. Závěr

Dle vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření se vady řeči objevují ve větším rozsahu u dětí vyrůstajících v ústavní péči. Nelze ovšem jednoznačně tvrdit, že za vznik či přetrvávání vady řeči je zodpovědná pouze ústavní výchova. Vyšší výskyt narušené komunikační schopnosti u dětí vyrůstajících v dětských domovech může být způsoben několika faktory, jejichž míra vlivu může být různá. Opožděný psychomotorický vývoj si děti mohou z rodin odnášet vlivem dědičnosti, málo podnětného prostředí či traumatizujících zážitků, vzhledem k tomu, že tyto děti, byly z rodin odebrány z důvodu nedostatečné sociální a ekonomické situace, či domácího násilí. Všechny tyto stavy předznamenávají jak nízké dosažené vzdělání, tak i nízký profesní status rodičů, což může být způsobeno podprůměrnou úrovní rozumových schopností. U dětí přicházejících do ústavního zařízení se tak objevuje opožděný vývoj řeči doprovázený slabou slovní zásobou, či elektivní mutismus, způsobený různými traumaty, kterým bylo dítě v rodině vystaveno.

I přes to, že v ústavních zařízeních provádí vychovatelé se svými svěřenci aktivity zaměřené na rozvoj komunikačních dovedností častěji než rodiče se svými dětmi doma, je výskyt narušené komunikační schopnosti vyšší u dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, což podporuje tvrzení, že pro vývoj řeči dítěte je zásadní péče jedné primární dospělé osoby, kterou mu může poskytnout jen vřelý rodič či blízký příbuzný. Děti mají častější příležitost ke komunikaci, a i když rodiče zrovna s dětmi neprovádí cílený logopedický trénink, tak děti v průběhu běžné komunikace při nesprávné výslovnosti opravují.

Nicméně dle výsledků statistického testování hypotézy č. 3 je patrné, že rozdíl mezi přetrváváním vady řeči u dětí v ústavní péči a u dětí v běžných rodinách není tak jednoznačný, což může být dáno i technologickými vymoženostmi dnešní doby, které způsobují, že příležitostí ke komunikaci i v běžných rodinách je stále méně a méně.

6. Seznam použité literatury:

1. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARDA. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.
2. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
3. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
4. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Koncepce rané logopedické intervence v České republice: teorie, výzkum, terapie*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7561-0.
5. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaediadclinic. ISBN 978-80-902536-6-7.
6. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4750-7.
7. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
8. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
9. KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1.
10. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
11. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Rozvoj výslovnosti dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 2012. ISBN 978-80-7216-301-4.
12. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

13. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 80-7178-801-5.
14. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
15. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
16. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
17. NOVOTNÁ, Ivana. *Připravujeme se na školu: logopedická cvičení pro předškoláky*. Ilustroval Miroslav RŮŽEK. Brno: Edika, 2016. ISBN 978-80-266-0974-2.
18. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické poradenství: příklady a analýzy*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2666-3.
19. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Přeložil Eva VYSKOČILOVÁ. Praha: Portál, 2014. Klasici. ISBN 978-80-262-0691-0.
20. RIMARČÍK PHD., Ing. Marián. *Štatistika pre prax*. 1. Vydané nákladom vlastným, 2007. ISBN 978-80-969813-1-1.
21. SMOLÍK, Filip a Gabriela MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4240-3.
22. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
23. ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.
24. Croft C, Beckett C, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, et al. *Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. II: Language as a protective factor and a vulnerable outcome*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48:31–44.

Internetové zdroje

25. *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. 2019 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: www.klinickalogopedie.cz
26. JOHNSON, REBECCA, KEVIN BROWNE a CATHERINE HAMILTON-GIACHRITSIS. YOUNG CHILDREN IN INSTITUTIONAL CARE AT RISK OF HARM. *Trauma Violence and Abuse* [online]. 2006, (7), 27 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/u%C5%BEivatel/Dokumenty/Downloads/TVAarticlepdf.pdf>
27. *Logopedie - pomůcky* [online]. 2009 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: <http://www.logopedie-pomucky.cz/afazie/>
28. Metodický portál inspirace a zkušeností učitelů. *Metodický portál RVP.CZ* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://rvp.cz/>
29. *Vývoj dětí v náhradních formách péče: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR* [online]. 2011, , 54 [cit. 2019-02-04]. ISSN ISBN 978-80-7421-040-2. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13150/nahradni_pece.pdf
30. *Vývoj řeči a její terapie u pacientů s orofaciálním rozštěpem* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.rozstep.cz/vyvoj-rci-a-jeji-terapie-u-pacientu-s-orofacialnim-rozstepem/>

7. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro zástupce DD

Dotazník – logopedická péče

1. Počet dětí předškolního věku (z toho počet dětí s vadou řeči)

rok	počet dětí 3-6 let	z toho počet dětí s vadou řeči
2016		
2017		
2018		

2. Počet dětí, u kterých vada řeči přetrvávala při nástupu do ZŠ

rok	počet dětí 1. třída ZŠ	z toho počet dětí s vadou řeči
2016		
2017		
2018		

3. U jednotlivých poruch doplňte prosím počet dětí s danou vadou řeči

vada řeči	počet dětí
dyslalie (patlavost)	
špatná výslovnost hlásky R a Ř	
špatná výslovnost hlásky K	
špatná výslovnost hlásky L	
špatná výslovnost hlásky S a Š	
špatná výslovnost většiny hlásek	
opožděný vývoj řeči	
vývojová dysfázie	
dysartrie	
koktavost	
breptavost	
elektivní mutismus (nemluvnost)	
porucha hlasu	
huhňavost (rinolalie)	
jiné (vypiště prosím, o jaké poruchy se jedná)	

4. Vychovatel s dětmi provádí **logopedická cvičení** dle doporučení klinického logopeda:

- 1x za týden
- 2-3x za týden
- 4-5x za týden
- každý den
- neprovádí

5. Doba trvání logopedického cvičení

- do 5 minut
- 6- 10 minut
- 11- 20 minut
- 21-30 minut
- 31 a více minut

6. Jaké jiné činnosti pro podporu řeči s dítětem vychovatel provádí?

7. Zaškrtněte činností, které vychovatel s dítětem provádí, a uveďte u nich rozsah za týden:

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> čtení knih | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> říkadla a básničky | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> písničky | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> divadlo | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> prohlížení knih | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> společenské hry | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> hra na hudební nástroj | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti (např. pexeso) | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |

8. Jako první na vadu řeči u dítěte nejčastěji upozorňuje

- pediatr
- pedagog MŠ
- vychovatel
- jiný lékař _____ (dopíšte obor)
- Rodič

9. Shledáváte logopedickou péči, kterou s dítětem vychovatel provádí za dostatečnou?

- Ano
 - Ne (Pokud ne, zaškrtněte prosím důvody, které Vám brání se logopedické péči věnovat intenzivněji.)
 - pracovní vytíženost
 - nedostatek materiálů logopedických cvičení
 - nezájem dítěte o logopedický trénink
 - Jiný důvod (popiště)
-

Příloha č. 2 – Dotazník pro rodiče

1. Navštěvuje Vaše dítě logopedickou poradnu

Ano

Ne

2. Jaká vada byla u Vašeho dítěte diagnostikována

dyslalie (patlavost) špatná výslovnost hlásek _____ (doplňte hlásky,
které dítě špatně vyslovuje)

opožděný vývoj řeči

vývojová dysfázie

dysartrie

koktavost

breptavost

elektivní mutismus (nemluvnost)

porucha hlasu

huhňavost (rinolalie)

Jiné _____

3. **logopedická cvičení** dle doporučení klinického logopeda provádíte doma:

1x za týden

2-3x za týden

4-5x za týden

každý den

neprovádím

4. Doba trvání logopedického cvičení je

do 5 minut

6- 10 minut

11- 20 minut

21-30 minut

31 a více minut

5. Jaké jiné činnosti pro podporu řeči s dítětem provádíte?

6. Zaškrtněte činnosti, které s dítětem provádíte, a uveďte u nich rozsah za týden:

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> čtení knih | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> říkadla a básničky | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> písničky | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> divadlo | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> prohlížení knih | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> společenské hry | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> hra na hudební nástroj | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |
| <input type="checkbox"/> hry zaměřené na rozvoj zraku a paměti (např. pexeso) | <input type="checkbox"/> 1x za týden | <input type="checkbox"/> 2-3x za týden | <input type="checkbox"/> 4-5x za týden | <input type="checkbox"/> každý den |

7. Kdo Vás jako první upozornil na vadu řeči u Vašeho dítěte?

- pediatr
- pedagog MŠ
- jiný lékař _____ (dopíšte obor)
- jiná osoba (např. příbuzný, kamarád, sám rodič)

8. Shledáváte logopedickou péči, kterou s dítětem doma provádíte za dostatečnou?

- Ano
- Ne (Pokud ne, zaškrtněte prosím důvody, které Vám brání se logopedické péči věnovat intenzivněji.)
- pracovní vytíženost
 - nedostatek materiálů logopedických cvičení
 - nezájem dítěte o logopedický trénink
 - jiný důvod (popište)

Velice děkuji za Váš čas. Dotazník je anonymní. Vhodte prosím vyplněný dotazník do krabice v šatně.

Děkuji, Jana Pištěková