

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

A

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI

Socializace dětí s vývojovou dysfázií v mateřských školách

Autorka: Vilma Johaníková, DiS.

Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, Ph.D.

Studijní obor: Sociální pedagogika

Specializace: Výchovná a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 30.03.2012

Čestné prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 sb. V plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou 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 odevzdání 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 30.3.2012

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní PaedDr. Erice Nehrerové Ph.D. za odborné vedení, rady a připomínky k mé bakalářské práci. Zároveň bych ráda poděkovala všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomáhali při vypracování této práce.

ANOTACE

Teoretické informace ohledně vývojové dysfázie, její etiologie a symptomatologie, popis její současné diagnostiky a terapie. Dále pak práce v teoretické části popisuje problém socializace, včetně její diagnostiky a problematiky u dětí s vývojovou dysfázií. Praktická část se zabývá problémem socializace dětí s vývojovou dysfázií v mateřských školách a informovanosti pedagogických pracovníků předškolních zařízení. Použité metody průzkumu jsou případová studie, polostrukturovaný rozhovor a dotazník. Výsledky praktické části ukazují na určité vyčlenění dětí s vývojovou dysfázií z kolektivu vzhledem k jejich pomalejšímu vývoji sociálních dovedností. Část zjišťující informovanost ohledně vývojové dysfázie poskytuje přehled o znalostech, týkajících se této oblasti, u pedagogických pracovníků předškolních zařízení.

Klíčová slova: vývojová dysfázie, socializace, sociální dovednosti

ABSTRACT

Theoretical information about developmental dysphasia, its etiology, symptomatology, a description of its current diagnosis and therapy. Then work describing problem of socialization, including it's diagnosis and it's problems in children with developmental dysphasia. The research deals with the problem of the socialization of children with developmental dysphasia in kindergarten and teachers awareness about this problem. The methods used in research are case study, semi-structured interview and questionnaire. The results of the research indicate a separation of children with developmental dysphasia from the group due to their, in some cases, difference of emotional development or due to their otherness. Part inquiring information regarding developmental dysphasia provides survey of forknowledge of respondents to this question.

Key words: developmental dysphasia, socialization, social skills

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická východiska.....	9
1.1 Vymezení pojmu vývojová dysfázie.....	9
1.2 Etiologie vývojové dysfázie.....	10
1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie	12
1.3.1 Řečové a jazykové symptomy	12
1.3.2 Neurologické, audiologické a foniatrické symptomy	13
1.3.3 Behaviorální, emocionální a sociální symptomy	13
1.3.4 Symptomy vyplývající z motorických deficitů.....	14
1.4 Diagnostika vývojové dysfázie	16
1.4.1 Neurologické vyšetření	16
1.4.2 Foniatrické vyšetření.....	17
1.4.3 Psychologická a speciálně pedagogická diagnostika.....	19
1.4.4 Diferenciální diagnostika	24
2 Terapie vývojové dysfázie.....	27
2.1 Logopedická terapie	27
2.1.1 Dechová a fonační cvičení	27
2.1.2 Cvičení na rozvoj sluchu, fonematického sluchu, sluchové paměti	28
2.1.3 Cvičení zaměřená na hlasovou techniku.....	28
2.1.4 Cvičení zaměřená na rozvíjení pohyblivosti řečových orgánů	28
2.1.5 Sluchové vnímání.....	29
2.1.6 Paměť a pozornost	30
2.2 Rozvoj grafomotoriky dysfatiků	30
2.2.1 Motivace ke kreslení	32
2.2.2 Rozvoj hrubé a jemné motoriky.....	33
2.2.3 Činnosti rozvíjející jemnou motoriku	34
2.2.4 Myofunkční terapie a ergoterapie	36

3	Socializace v předškolním věku	37
3.1	Socializace dětí v předškolním věku.....	37
3.1.1	Socializační vývoj.....	37
3.1.2	Sociální dovednosti v předškolním věku	38
3.1.3	Rozvoj sociálních dovedností v předškolním věku	39
3.1.4	Vztahy ke kamarádům	41
3.1.5	Specifika socializace postižených jedinců	44
3.2	Metody diagnostiky úrovně sociability v běžných každodenních situacích	46
3.3	Socializace dysfatických dětí.....	47
4	Praktická část.....	48
4.1	Průzkum pro zjištění socializace dětí s vývojovou dysfází	48
4.1.1	Případové studie dětí s vývojovou dysfází	48
4.1.2	Průzkum sociálních vztahů ve skupině dětí předškolního věku	56
4.1.3	Polostrukturovaný rozhovor pro zjištění vztahů ve třídě MŠ	56
4.1.4	Výsledky šetření.....	57
4.1.5	Zhodnocení socializační části průzkumu	58
4.2	Dotazník pro zjištění obeznámenosti pedagogů vybraných mateřských škol s vývojovou dysfází.....	59
4.2.1	Znění dotazníku obeznámenosti a zkušeností s vývojovou dysfází	60
4.2.2	Výsledky šetření.....	61
4.2.3	Zhodnocení výsledků šetření	66
5	Závěr.....	68
	Seznam použité literatury	70
	Internetové zdroje	72
	Seznam obrázků.....	73
	Seznam tabulek.....	74
	Seznam grafů	75
	Přílohy	76

Úvod

Tato bakalářská práce zpracovává téma vývojové dysfázie a její dopad na ztíženou socializaci dětí, které se s konkrétní formou vývojové dysfázie musí vypořádat. Vývojová dysfázie ovlivňuje do jisté míry celé okolí jedince s touto poruchou, rodiče a pedagogičtí pracovníci předškolních a specializovaných zařízení musejí těmto dětem věnovat zvláštní pozornost a jejich výchovu a vedení přizpůsobit nejen osobnosti dítěte, ale i povaze jejich znevýhodnění.

Děti s vývojovou dysfázií mají ztíženou situaci tím, že vývoj jejich fatických funkcí je na různých úrovních posunutý, jedná se nejen o vývoj řeči, který je především v literatuře týkající se vývojové dysfázie řešen, ale i jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, kognitivních funkcí, paměti a také sociálních dovedností. V závislosti na míře poruchy se dítě může jevit až jako mentálně postižené. Tak tomu však není, děti mohou být chytré, živé, vnímavé, jen vývoj určitých funkcí není rovnoměrný, případně synchronizovaný.

Právě míra, a například i druh poruchy může mít za důsledek větší či menší vyloučení z kolektivu, neuznávání dítěte ostatními dětmi, apod. To může negativně ovlivnit celý rozumový vývoj dítěte. Na tomto místě jsou potřeba znalosti a především pochopení rodičů a pedagogických pracovníků předškolních zařízení.

Toto téma jsem si vybrala jako zajímavé, neboť souvisí s celkovým vývojem dítěte. Jeho podrobnější prozkoumání přináší mnoho informací i z jiných oblastí, ať formou studia, kterých zdrojem byla odborná literatura podmiňující vytvoření teoretické části práce. Či z výstupů z dotazníků, které přinášejí určitý přehled toho, jak lidé osobně zúčastnění na této věci na ni a na její aspekty nahlízejí. Téma socializace přináší lidský rozměr do této oblasti a otvírá cestu myšlenkám o dětské a lidské osobnosti.

Cílem této bakalářské práce je tedy vytvořit souhrn důležitých pojmů týkajících se vývojové dysfázie a pomocných činností odstraňujících její dopady, dále pak popis problémů vyskytujících se v procesu socializace dětí s touto poruchou, tak jak nám poskytuje odborná literatura. Formou průzkumu dále získat konkrétní informace ohledně tohoto jevu mezi rodiči a pedagogickými pracovníky v oblasti Českých Budějovic.

1 Teoretická východiska

1.1 Vymezení pojmu vývojová dysfázie

Vývojovou dysfázií lze podle Lejska definovat jako poruchu centrálního zpracování řečového signálu. Postižený řeč normálně slyší, ale nedostatečně a nepřesně rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči. Dítě se snaží v řeči reprodukovat vše tak, jak rozumí. Protože rozumí chybně, defektně, a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní. V jazykovém projevu dítěte nacházíme poruchu fonetické i fonologické realizace hlásek, dále pak v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje atd., vážne syntaktické spojování slov do větných celků, řeč je agramatická, často nesrozumitelná, vážne percepcí rozlišovacích rysů, fonematická percepcí postižena, vyskytuje se neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky, dítě nedokáže využít redundance k doplnění, dále pak nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu. Bývá postižena krátkodobá paměť, dysfatičtí jedinci mívají malou aktivní slovní zásobu, vyskytuje se dyslexie, dyspraxie, nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi, je porušena kresba, jemná motorika a lateralizace a percepcí zrakových, hmatových a rytmických signálů.

Nápadným znakem je nejenom nesrozumitelnost řeči, ale především segmentální postižení slov a vět. Dítě s prostou, byť těžkou artikulační poruchou, vyslovuje stejně nesrozumitelně, ale vždy dodržuje segmentální strukturu slov a vět. Naproti tomu dítě s vývojovou dysfázií není schopno dodržovat a tvořit řečové segmenty (hlásky, slabiky, morfémy, slova). Hlásky jsou přehazovány a zaměňovány, slabiky splývají, jsou nahrazovány či se trhají. Sluch je většinou zcela normální. Existuje nepoměr mezi slyšením a rozuměním.

Dítě není primárně nemocné v oblasti komunikace. Poruchy řeči jsou v tomto případě jen příznakem poruchy „zrání“ mozkových funkcí.¹

Takto definuje M. Lejsek v knize *Poruchy verbální komunikace a foniatrie* vývojovou dysfázií. Tento popis vystihuje převážné chápání této dysfunkce a při studiu literatury byly nalezeny převážně obměny této definice. Někteří autoři na tuto poruchu nahlíželi z úhlu pohledu svého profesního zaměření a definovali dysfázií například jako „specificky narušený vývoj jazyka (řeči), projevující se ztíženou

¹ LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno : Paido, 2003. Vývojová dysfázie, s. 48-49.

schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj jazyka (řeči) jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření.“²

V cizojazyčné literatuře bývá vývojová dysfázie označována termíny „Specific Language Impairment (SLI, specificky narušená řeč), developmental dysphasia (vývojová dysfázie), language impairment, language learning disability (neschopnost naučit se řeč), developmental language disorder (vývojová řečová porucha), delayed speech (zpožděná řeč), deviant language (abnormální řeč).“³

Předpona dys- a adjektivum vývojová vyjadřuje, že se jedná o narušení doposud nevyvinutých funkcí, přípona -fázie zase narušení fatických funkcí, tedy funkcí týkajících se porozumění řeči a schopnosti pojmenovávat předměty.

Zařazení vývojové dysfázie dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) Světové zdravotnické organizace (WHO) ji tradičně dělí na Expresivní poruchu jazyka (dg F80.1) a na Receptivní poruchu jazyka (dg F80.2), vyskytuje se však spíše v tzv. smíšené, kombinované formě.

U dětí na navštěvujících předškolní zařízení je uváděna prevalence vývojových poruch jazyka 7-14 %. U školních dětí se pohybuje výskyt kolem 2 % populace.⁴

Autoři odborné literatury zabývající se touto problematikou se shodují na tom, že každé dítě (každý jedinec) je postižen v jiné míře i v jiné oblasti vývoje řeči a problém tedy většinou bývá specifický a je nutný individuální odborný přístup.

1.2 Etiologie vývojové dysfázie

Vznik a příčiny specifických poruch vývoje řeči a jazyka jsou předmětem neustálého zkoumání, z neurologického hlediska tkví příčina v poruše centrálního nervového systému, tedy mozku, a to zejména jeho sluchové a řečové oblasti.

² DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. Ždár nad Sázavou : Edice Logopaedia Clinica, 2007. Vývojová dysfázie, s. 44.

³ ULLMAN, Michael T.; PIERPONT, Elizabeth I. SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT IS NOT SPECIFIC TO LANGUAGE : THE PROCEDURAL DEFICIT HYPOTHESIS. *Cortex*. 2005, 41, s. 399-433.

⁴ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, 2005. Vývojová dysfázie, s. 42.

Předpokládá se, že např. v důsledku nedostatečného okysličení mozku či nějaké infekce dojde k poruše vývoje šedé hmoty mozku již nitroděložně anebo při porodu.

Existuje několik etiologických konceptů. Odborná literatura se shoduje na přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze a na multifaktoriální příčině.

Dále se předpokládá deficit na úrovni časového zpracování řečového signálu, jenž je přítomen na podkladu širšího narušení vývoje kognitivních funkcí, podle Vitáskové a Peutelschmiedové Tallová uvádí, že jde především o poruchu rychlého zpracování krátce prezentovaných nebo rychle se střídajících komplexních auditivních podnětů. Komplikace způsobuje rovněž prokázaná porucha krátkodobé paměti pro řečové zvuky.

Důsledky dopadu předpokládaných organických faktorů, ať již vznikajících v období prenatálním, perinatálním a postnatálním, jsou spíše všeobecného charakteru (mají tzv. generalizovaný dopad na vývoj dítěte). Z prenatálních příčin je uváděn negativní vliv farmakoterapie (chlorpromazin, kortikoidy, antialergika) či virových onemocnění, z perinatálních asfyxie, inkompabilita Rh faktoru, těžká novorozenecká žloutenka či nízká porodní hmotnost.

Podle výsledků současných výzkumů však přímá etiologická souvislost mezi perinatálními komplikacemi a specificky narušeným vývojem řeči nebyla prokázána. Rovněž nebyl potvrzen negativní dopad hypertenze matky v době gravidity či vliv toxémie (preklampsie), což vyvrací dřívější teorii Bishopové. Děti s perinatálními problémy (jako např. s nízkou porodní hmotností, extrémní prematuritou apod.) vykazují spíše generalizované kognitivní deficity, na jejichž podkladu se projevuje také narušení jazykových schopností.⁵

Dědičný podklad není jednoznačný. V klinické praxi se často setkáváme s tím, že někdo z rodičů či sourozenců měl v dětském věku alespoň artikulační obtíže (potíže s vyslovováním) nebo má méně obratný jazyk. Vyšetření velkých rodin s několika postiženými jedinci však dává tušit, že genetický přenos z generace na generaci ve vzniku onemocnění může hrát roli. Příčina onemocnění ale bohužel zůstává většinou neobjasněná.

Byl však prokázán určitý podíl genetických predispozic typu polygenní dědičnosti na úrovni genu SPCHI přítomného v oblasti chromozom 7q31 a vlivu

⁵ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, 2005. Vývojová dysfázie, s. 42-43.

pohlaví na vývoj hemisferální lateralizace psychických funkcí již od intrauterinního života.

Příčiny vzniku vývojové dysfázie a jejich zkoumání jsou nejednoznačné. Vyšetření pomocí magnetická rezonance (MRI) je přínosné zejména tam, kde jsou přítomné další příznaky, a je nutné vyloučit závažnější postižení, například v rámci některého geneticky podmíněného syndromu.⁶

1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie mívá mnoho různých příznaků. Tyto symptomy se projevují ve všech oblastech vývoje. Jedná se o symptomy v oblasti motoriky, řeči, sluchové a zrakové percepce, paměti apod. Celkový vývoj osobnosti dítěte je nerovnoměrný.

1.3.1 Řečové a jazykové symptomy

Problémy v řeči se projevují jak v povrchové, tak i v hloubkové struktuře. Vnější příznaky se podle rozsahu mohou projevovat jako výraznější patlavost, nesrozumitelný projev anebo jako úplná nemluvnost. Důležitým příznakem je vždy opožděný vývoj řeči.

Co se týče hloubkové struktury, tak zde může zasahovat do oblasti sémantické, syntaktické a gramatické. Projevuje se např. špatnými koncovkami při ohýbání slov, přehazováním slovosledu, vynecháváním některých slov, omezením slovní zásoby, redukcí stavby věty na dvouslovné nebo někdy i na jednoslovné apod.

V povrchové struktuře se projevuje tak, že jedinec má potíže v rozlišování distinktivních rysů hlásek. Problémy má také v rozlišování znělosti a neznělosti, závěrovosti a nezávěrovosti, kompaktnosti a difúznosti. Řeč se projevuje jako patlavá až nesrozumitelná. Jedinec může zaměňovat nebo vynechávat hlásky nebo slabiky ve slovech. Může se jednat o opožděný, ale někdy až o odchýlný vývoj řeči.⁷

Z hlavních symptomů lze jmenovat poruchu krátkodobé sluchové paměti, časového zpracování akustických signálů, poruchu binaurální integrace akustických podnětů, malou aktivní slovní zásobu, nerovnoměrnou frekvenci užití druhů slov,

⁶ NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

⁷ MIKULAJOVÁ, M., JEDLIČKA, I. Poruchy vývoje řeči. In ŠKODOVÁ, E. (ed.) *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. s. 91 - 142 ISBN 80-7178-546-6.

narušení fonologického vnímání distinktivních rysů hlásek (především v kategoriích znělost, difúznost a závěrovost). Za jeden z nejvýraznějších symptomů jsou považovány tzv. dysgramatismy, rozlišené většinou do tří stupňů dle jejich důsledků pro produkci řeči. Důležitý je i důsledek narušení segmentální struktury řeči (poruchy fonologie a segmentace řeči). V suprasegmentální rovině se projevují dysprozodie, dysrytmie, dysmuzie. Ve školním věku dochází velice často k transformaci projevů specificky narušeného vývoje řeči do specifických vývojových poruch školních dovedností (tedy do narušení grafické formy řeči).⁸

1.3.2 Neurologické, audiologické a foniatrické symptomy

Na základě neurologických, audiologických a foniatrických vyšetření byly u dětí s vývojovou dysfázií vysledovány absence korových odpovědí na komplexní verbální podněty, prodloužená latence mezi III. a V. vlnou na BERA (tónový audiogram však vykazuje fyziologický nález), epi- nález bez projevů epilepsie. Výsledek vyšetření pomocí počítačové tomografie bývá negativní, index vnitřní řeči je nižší než 0,7.⁹

Porucha fonematického sluchu způsobuje obtíže se sluchovým rozlišováním zvukově podobných hlásek, zvl. v distinktivním rysu znělost x neznělost. Děti s vývojovou dysfázií mají tuto schopnost výrazně porušenu, záměna hlásky mění význam celého slova. To má vliv na percepci i realizaci víceslabičných slov. Tento deficit a deficit ve zrakové percepci se ve školním období mohou projevit ve formě specifické poruchy učení (porucha čtení a psaní).¹⁰

1.3.3 Behaviorální, emocionální a sociální symptomy

Z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření vyplývají zvláštnosti behaviorální, emocionální a sociální. Uváděny jsou například psychomotorický neklid, poruchy aktivity a pozornosti, impulzivita, lpění na rutinách, excentrický manýrismus, organicita, nerovnoměrnost výkonů vzhledem k jednotlivým

⁸ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, 2005. Vývojová dysfázie, s. 42-43.

⁹ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, 2005. Vývojová dysfázie, s. 42-43.

¹⁰ DLOUHÁ, Olga. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled foniatra. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

intelektovým funkcím, snadná unavitelnost, poruchy koncentrace pozornosti, opoždění vývoje jemné motoriky, poruchy pravolevé orientace a seriality, nesoulad mezi verbální a neverbální složkou intelektu, poruchy auditivně-verbální paměti, poruchy vizuální percepce, poruchy vnímání tělesného schématu na podkladě poruch kinestetického vnímání a poruch prostorové a pravolevé orientace, poruchy barvocitu. U některých dětí se může sekundárně vyvinout symptomatologie neurotická. Častá je porucha na úrovni vnímání mimických reprezentantů emocionálního stavu, popřípadě jejich exprese. Ve školní i předškolní práci se projevují deficity v kresbě, které jsou důsledkem organického podkladu poruchy a percepčních deficitů. Vysoká je koincidence vývojové dyskalkulie.¹¹

1.3.4 Symptomy vyplývající z motorických deficitů

V posledních letech je stále častěji diskutována hypotéza etiologické spojitosti narušení jazykových a motorických schopností. Motorické obtíže mohou být navíc mnohem dříve diagnostikovány než samotné narušení jazykových schopností. Bylo prokázáno téměř u jedné třetiny hodnocených dětí společný výskyt psycholingvistických (především v oblasti vizuální a auditivní percepce) a motorických deficitů (především v oblasti bimanuální pravolevé koordinace, kreslení a statické rovnováhy).

Vitásková a Peutelschmiedová uvádí, že podle výzkumů Noteraemové existují menší signifikantní rozdíly mezi výskytem neuromotorických deficitů u dětí s expresivní a receptivní poruchou jazyka (u obou skupin se vyskytovaly jak verbální, tak neverbální deficity). Obě skupiny dětí mají statisticky vyšší výskyt motorických obtíží v několika neurologicky hodnocených podsystémech.

U dětí s narušeným vývojem řeči se objevují poruchy taktilního (hmatového) vnímání. Především se projevují v manuální identifikaci tvarů bez vizuální kontroly, tzv. stereognozií. Narušení stereognozie je součástí poruch somatosenzorického systému. Děti s nenarušeným vývojem řeči mají také signifikantně lepší výsledky v levostranných haptických úlohách. Levostranná lateralita ruky přitom převažuje u dětí s receptivním narušením jazyka.¹¹

¹¹ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, 2005. Vývojová dysfázie, s. 42-43.

Menší skupina dětí má nápadné obtíže artikulační z důvodů inervační poruchy mluvidel (asymetrické kontrakce měkkého patra, omezené pohyby jazyka a musculus orbicularis oris i dalších svalů a zejména koordinační obtíže klasifikované jako dyspraxie) a postižení i centrálního motoneuronu. Tato skupina má vývojovou dysarthrii (kdy je ale rozumění řeči neporušené). Objevuje se však i skupina dětí, které mají smíšené, kombinované formy vývojové poruchy řeči (dysfázii a dysarthrii). Různorodost klinického obrazu je daná percepční a motorickou patologií. Děti začínají mluvit později, mají výrazné obtíže v motorice mluvidel (až anarthrii) a postupně s věkem začínají hrát významnější typické dysfatické obtíže.¹²

Motorika v orální oblasti, oromotorika, je narušena především na úrovni lingvální motility. Výrazné jsou obtíže či nestálé výkony v elevaci jazyka a v tzv. diadochokineze. Nedostatečný bývá i velofaryngeální mechanismus (zadní části měkkého patra velum palatinum a hltanu faryngu; oblast zodpovědná za uzavření nosohltanu při polykání). Příмым důsledkem jsou tedy rinolálie (především hypernazalita) a obtíže při realizaci velárních okluziv (k, g) či vibrant. Poruchy elevace hrotu jazyka a oslabení diferenciací schopnosti na úrovni taktilní i auditivní vede k asimilaci sibilant či k nekonsekventní dyslálii. Častá je dyslalia multiplex, která přetrvává i ve školním věku.¹³

Dle hypotézy procedurální poruchy, mnoho, jestliže ne většina, jedinců s diagnostikou SLI jsou postižení procedurálními systémovými odchylkami mozku, které mají za následek zhoršení gramatiky a anebo nedostatků ve výběru slov. Tito jedinci mohou být označeni jako postižení procedurální řečovou poruchou. Důležité je, že tito jedinci také mají zhoršené ne-lingvistické funkce, které také závisejí na postižených mozkových strukturách procedurálního systému, jako např. učení nového, kontrola nad již zavedeným, pohybové a kognitivní schopnosti, a jinými postupy, jako psaní, jízda na kole a zkušenosti v hraní her.¹⁴

¹² DLOUHÁ, Olga. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled foniatra. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

¹³ NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

¹⁴ ULLMAN, Michael T.; PIERPONT, Elizabeth I. SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT IS NOT SPECIFIC TO LANGUAGE : THE PROCEDURAL DEFICIT HYPOTHESIS. *Cortex*. 2005, 41, s. 399-433.

1.4 Diagnostika vývojové dysfázie

Pro objektivní diagnostiku vývojové dysfázie je potřeba vyšetření víceoborové. Jedná se o foniatrické vyšetření sluchu, neurologické vyšetření encefalografu, diagnostiku psychologickou a speciálně pedagogickou.

1.4.1 Neurologické vyšetření

Základním úkolem neurologa při běžném vyšetření dětí s vývojovou dysfázií je zejména vyloučit těžší postižení. Neurologický nález u vývojové dysfázie bývá zcela normální nebo mohou být přítomny známky celkové lehké nezralosti centrální nervové soustavy, které mohou s věkem vymizet. Neurolog si však také může všimnout odchylek ve vývoji, které rodičům uniknou a které mohou znamenat závažnější postižení.

Během pohovoru s rodiči neurolog pátrá například po případných příčinách postižení z období před porodem a kolem porodu, ptá se také na možnou přítomnost záchvatového onemocnění (epilepsie) či poruchy spánku u dítěte nebo v jeho rodině.

Neurologická konzultace je vhodná zejména tehdy, jde-li o středně těžkou až těžkou dysfázií a je-li zároveň přítomna porucha pozornosti. Z vyšetřovacích metod je vhodné EEG a ve výjimečných případech MRI.

EEG čili elektroencefalografie ukáže elektrickou aktivitu mozkové kůry. Tato aktivita s věkem vyzrává a liší se ve bdění a ve spánku. Vyšetření informuje o stupni zralosti mozku.

V posledních letech se ukazuje, že u některých dětí s vývojovou dysfázií může být narušena takzvanými epileptiformními výboji. Tyto výboje nalézáme zejména u dětí se záchvatovým onemocněním – epilepsií, ale mohou být přítomné i u dětí s dysfázií, ba i u zcela zdravých jedinců. Jejich záchyt se zvyšuje ve spánku, proto se často snímá EEG během celonočního spánku. Přítomnost epileptiformních výbojů svědčí pro abnormální činnost určité oblasti mozku. Nevyřešeným problémem zůstává otázka, zda porucha řeči a přítomnost epileptiformních výbojů jsou dva nezávislé projevy vadné mozkové kůry, nebo zda epileptické výboje druhotně narušují řečové funkce. Je známo, že výboje lze potlačit léky proti epilepsii. Tudíž je tu šance, že by bylo možné alespoň některým dětem s vývojovou dysfázií mohli pomoci. Bohužel, je také známo, že antiepileptická léčba může mít nežádoucí účinky a její užití u dětí, které nemají epilepsii, je proto velice sporné. Ve studii,

kteřá právě probíhá na Klinice dětské neurologie Fakultní nemocnice v Motole, se lékaři snaží ověřit, zdali má potlačení epileptických vývojů vliv na zlepšení řeči. Rozsáhlé celosvětové studie, které by přinesli jednoznačné výsledky a doporučení, zatím neexistují. Lékaři se tak opírají o své praktické zkušenosti a přístup jednotlivých dětských neurologů se proto může lišit.

Vyšetření pomocí magnetická rezonance (MRI) ukáže strukturu mozku ve třech kolmých rovinách s několikamilimetrovým rozlišením. V současné době je to nejpresnější zobrazovací vyšetření, které máme k dispozici. U malého procenta dětí může odhalit vývojovou vadu mozkové kůry, vzniklou v prenatálním období, v oblastech odpovídajících řečovým centřům. Někdy můžeme vidět drobné změny vzniklé v perinatálním období, tj. v období kolem porodu. Převážná většina dětí s vývojovou dysfázií má však na MRI zcela normální nález. Změny mozkové tkáně mohou být na mikroskopické úrovni a tedy pod rozlišovací schopností magnetické rezonance. Nebo může být struktura mozkové kůry vytvořena správně, avšak poněkud vážne spolupráce mezi neurony. Vyšetření pomocí MRI využívá magnetického pole, nejde tudíž o rentgenové záření. Doposud nebyly prokázány žádné negativní účinky magnetické rezonance na lidský organismus. Problémem je, že během vyšetření, které trvá 15-20 minut, je provázeno zvýšeným hlukem a dítě nesmí hýbat hlavou. U malých a neklidných dětí to znamená potřebu celkové anestezie (tj. uspání), která sebou určitá, byť minimální, rizika nese. Magnetická rezonance v raném věku je přínosná zejména tam, kde jsou přítomné další příznaky, a je nutné vyloučit závažnější postižení, například v rámci některého geneticky podmíněného syndromu.¹⁵

1.4.2 Foniatrické vyšetření

Foniatrie je lékařský obor zabývající se poruchami a vadami hlasu, řeči a sluchu všech druhů a stupňů. Vyšetření je v případech vývojové dysfázie zapotřebí zejména kvůli vyloučení poruch sluchu a dále se zaměřuje na zjištění stavu všech složek řeči.

¹⁵ NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

Před vlastním vyšetřením je stanovena rodinná a osobní anamnézy se zaměřením na možné příčiny vady sluchu. Lékař se ptá na rizika prenatální, perinatální, postnatální a na názor rodičů, co si myslí o stavu sluchu jejich dítěte.

Dříve než se uskuteční sluchová zkouška, je důležité otoskopické vyšetření uší, aby se vyloučila možná převodní porucha sluchu způsobená mazovou zátkou ve zvukovodu. Pro vlastní vyšetření sluchu se používá klinická sluchová zkouška, která je právě pro potřeby doplněna na specializovaných pracovištích vyšetřením elektrofyziologickými metodami nebo audiometrickým vyšetřením (u dětí se provádí od 3. roku věku).

Klinická sluchová zkouška může být provedena pomocí zvukových podnětů, kdy sledujeme reakce dítěte na tyto zvuky, nebo pomocí řeči.

Vývoj řeči - Prvním projevem sdělování je novorozenecký křik, ze kterého lze usuzovat podle jeho nasazení na emoční stav dítěte. Na rozhraní 1. a 2. měsíce života se objevuje broukání. Mezi 6. až 8. měsícem začíná dítě žvatlat. Kolem 1. roku života se objevuje první slovo. Objevení prvního slova může být posunuto i o několik měsíců.

Po 18. měsíci věku děti začínají spojovat 2 slova, a tak vytvářejí jednoduchou větu. Ve 3 letech by měly být schopné samostatného vyprávění. Slovní zásoba dítěte ve věku 1 roku se pohybuje mezi 3 až 20 slovy. Kolem 2. roku dítě má zásobu asi 50 až 100 slov a ve 3 letech 1000 slov. Děti ve věku 7 let mají slovní zásobu kolem 3000 slov.

Vyšetření řeči - Při vyšetření řeči se lékař zaměřuje na slovní zásobu, stavbu věty, výslovnost (šišlavost), protože artikulace by měla být upravena před nástupem dítěte do základní školy. Dále sleduje poruchy nosní rezonance (huhňavost), poruchy plynulosti řeči (kóktavost, brebtavost). Spolu se stavem řeči posuzuje i hlas. Právě vyšetření řeči je zásadní pro diagnostiku vývojové dysfázie.

Důležité je zaměřit se na všechny složky řeči. Co se týká řečové percepce, u každého dysfatického dítěte jsou určité deficity ve vnímání řeči, i když je na lepší úrovni než produkce řeči. Řeč je dobře chápána a dítě se slovními pokyny řídí. V předškolním věku však ještě není úplně zvládnuto chápání složitějších pokynů, které zdravý jedinec běžně zvládá. K vyšetření se využívá nejrůznějších testů, např. Wepman-Matějčkova zkouška, test pro vyšetření fonematického sluchu od Škodové aj.

Řečová exprese je na horší úrovni než percepce. Tato složka řeči se u dysfatických dětí vyšetřuje velmi těžko zejména proto, že nemají zájem o verbální projev. V řeči se také vyskytuje špatné tvoření sykavek a hlásek „l“ a „r“. Dítě většinou tvoří jen jednoduché věty.

K diagnostickým vodítkům receptivní vývojové dysfázie můžeme zařadit to, že okolo prvního roku věku dítě nereaguje na běžná slova. Kolem 1,5 roku není schopno pojmenovat běžné předměty. Kolem 2 let dělá dítěti potíže porozumět běžným slovním pokynům. Dítěti dělá problémy nebo není schopno pochopit např. otázky a záporny. Objevuje se echolálie. Jedinec má také vlastní (nesrozumitelný) slovník, dokola se ptá „cože“, „co“, „co to je“, položenou otázku si nejdříve pro sebe zopakuje a pak teprve odpovídá, na otázky typu „kdo? co? kdy?“ apod. dítě odpovídá neadekvátně. S tím také souvisí častý opožděný expresivní vývoj řeči. Spontánní řeč je realizována pomocí naučených vět. Dítě má potíže se zapamatováním jmen a míst, s opakováním slov a čísel v posloupnostech. Objevuje se nepozornost, hyperaktivita a nezájem o mluvené slovo. Někdy se může objevit i izolovanost od vrstevníků, zvýšená citlivost apod. Neverbální komunikace bývá narušena jen minimálně. Může se objevit i porucha vnímání vysokých tónů, která však nevysvětluje poruchu řeči.¹⁶

1.4.3 Psychologická a speciálně pedagogická diagnostika

Speciálně pedagogická diagnostika se zabývá poznáváním zvláštností člověka s postižením. Dotyčný jedinec je totiž charakterizován nejen svým handicapem (jeho druhem, hloubkou, dobou, kdy k postižení došlo, jeho příčinami a následky), ale především svými individuálními vlastnostmi, které ho odlišují od ostatních a které mohou podstatně ovlivnit jeho prožívání, vztah k sobě a jiným lidem v jeho sociálním okolí a tím i postoj prostředí k němu.

Vývoj každého člověka, i jedince s postižením, je dynamickým procesem, ve kterém se uplatňují různé faktory, a proto není možno na speciálně-pedagogickou diagnózu nahlížet jako na něco statického a neměnného. Úkolem speciálně-pedagogické diagnostiky je v tomto smyslu snaha o prognózu, tedy odhadnout na základě získaných poznatků možnosti výchovy a vzdělávání do budoucna. Potřeba otevřené budoucnosti je jednou ze základních psychických potřeb a v případě jedince

¹⁶ MYŠKA, Petr. www.orl.cz [online]. 5.4.2005 [cit. 2011-09-23]. Vyšetření sluchu a vývoj řeči. Dostupné z WWW: <<http://www.orl.cz/diagnozy/audiologie/5/kopie/vysetreni-sluchu-a-vyvoj-rci-166579.1.html>>.

s postižením její význam a naplnění úzce souvisí s cílem speciální pedagogiky: tj. se zařazením člověka se specifickými potřebami do společnosti tak, aby mohl prožít pokud možno plný a spokojený život.

Diagnostický proces v rámci speciální pedagogiky je procesem poznávacím. Na jeho počátku se vychází z určitého předpokladu, který se týká člověka jako individua. Při ověřování tohoto předpokladu používáme určité metody a získané výsledky interpretujeme. Tímto způsobem ovlivňují výsledky diagnostiky průběh speciálně-pedagogického procesu a naopak. Diagnostika je tak jedním z regulujících faktorů speciálně vzdělávacího a výchovného procesu.

Pedagogická účinnost závisí hlavně na správné a včasné diagnostice, která svými závěry vytváří předpoklady pro individuální přístup speciálního pedagoga k dítěti. Diagnostika je tak východiskem všech dalších opatření, která sledují výchovně-vzdělávací cíle, tj. co nejlepší začlenění do společnosti. Diagnóza naznačuje prognózu, která v sobě obsahuje potenciální možnosti jedince, kterých můžeme za určitých podmínek dosáhnout.

Diagnostické metody musí odpovídat určitým požadavkům tak, aby výsledky, které jejich užitím získáme, byly objektivním zobrazením stavu daného jedince. (Např. validita určuje, zda metoda měří opravdu to, co má, reliabilita vyjadřuje spolehlivost metody apod.).

Při práci s diagnostickými metodami je třeba respektovat tyto principy:

- Princip komplexnosti – komplexní diagnóza je výsledkem týmového přístupu odborníků (jak již bylo výše uvedeno)
- Princip všestrannosti – vyplývá z předchozího principu a zdůrazňuje požadavek zachycení všech významných vlastností a znaků v globální diagnostice, což předpokládá co nejvšestrannější vyšetření jedince.
- Princip dynamičnosti – spočívá v tom, že se nevyšetřují jen aktuální schopnosti, ale především potenciální a perspektivní možnosti člověka
- Princip modifikace – znamená, že každou metodu je třeba přizpůsobit druhu a stupni postižení vyšetřovaného jedince. To představuje nutnost individuálního přístupu, výběr optimálních metod a hledisko dlouhodobého sledování.

Realizace speciálně-pedagogických diagnostických aktivit by měla být kromě respektování druhu a stupně postižení či narušení také v souladu se zvláštnostmi danými věkem postižených osob. Každé věkové období má svá specifika, která je třeba respektovat.¹⁷

Psychologická a speciálně pedagogická diagnostika využívá inteligenčních testů pro porovnání verbální a neverbální složky inteligence či specifické testy motoriky orofaciální oblasti, např. Orientační test dynamické praxe. Dále se využívají testy vizuální, sluchové, popřípadě taktilní percepce.

V diagnostice specificky narušeného vývoje řeči je velice využívána také Kaufmanova hodnotící baterie pro děti. Za první komprehenzivní test pro diagnostiku specificky narušeného vývoje řeči mezi třetím až osmým rokem věku je považován Rice/Wexler Test of Early Grammatical Impairment (TEGI).¹⁸

Oblast motoriky

V oblasti motoriky se prověřují celkové pohybové schopnosti jedince. Zda dítě vykazuje spíše pasivitu, nebo je aktivní, zda dokáže své pohyby zkoordinovat.

Součástí motorických projevů jsou:

- Reflexní pohyby (jsou vázané na určitý podnět, např. mrkání víčka při vniknutí cizího tělesa do oka)
- Spontánní pohyby (jsou prováděny z vlastního popudu)
- Volní, záměrné pohyby (sledují určitý účel)
- Výrazové, expresivní pohyby (vyjadřují naše emoce)
- Pohyby mluvidel při řečové komunikaci

Pro diagnostiku motorických funkcí se užívá komplexních testů vývojové úrovně motoriky, nejpoužívanějším testem v dnešní době je Bruininks-Oseretského test motorické zdatnosti, zjišťuje zmíněnou koordinaci horních a dolních končetin a pravolevou orientaci. Dále se využívá Orientační test dynamické praxe. Dítě s vývojovou dysfázií má také velké problémy s napodobením obličejů a koordinací

¹⁷ PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi*. Brno : MU, 1997. 89 s.

¹⁸ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. 1. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, s.r.o., 2005. 181 s. ISBN 80-244-1088-5. s. 41-46.

mimického svalstva. Pro vyšetření motoriky mluvidel je u nás užíván Kwintův test aktivní psychomimiky.¹⁹

Grafomotorika

Při zjišťování úrovně grafomotoriky se zaměřujeme na:

- Kvalitu úchopu a držení psacího nebo kresebného nástroje
- Manipulaci s kresebným nástrojem
- Pohyby prstů a ruky
- Uvolnění ruky a plynulost pohybů při kreslení a psaní
- Přítlak při psaní či kreslení (slabé nebo naopak vyrývané čáry)
- Sklon čar při psaní a kreslení
- Schopnost dotahovat kresbu k základní obrysové linii
- Zaplnění plochy papíru

Kresba dysfatického dítěte je velmi nápadná. Objevují se deformace tvarů, nepřesné dotažení, nepřesné proporce, roztřesený pohyb ruky, nesprávné držení psací potřeby, zvláštní využití plochy papíru (obrázky nakreslené přes sebe) atd. Za účelem nezbytného vyšetření kresby se doporučuje užití standardizovaných kresebných diagnostických technik, např. Zkoušky obkreslování či Test kresby lidské postavy.²⁰

Chápání prostoru a času

Dle Škodové je chápání prostorových vztahů je viditelně narušeno. Dítě má problémy určit co je vpředu, vzadu, vedle atd. nepoužívá správné předložky. Stejně tak je tomu i u časové orientace. Velký problém mu činí chronologické seřazení děje. Zpravidla se objevuje narušení pravolevé orientace. Pro vyšetření laterality se užívá samostatný Test laterality od Žlaba a Matějčka.

Paměť

Jak bylo zmiňováno jedním ze symptomů vývojové dysfázie je poškození krátkodobé (operativní) paměti. Proto se také této oblasti věnuje pozornost. Dětem s vývojovou dysfázií činí velký problém zapamatování si (i krátkých) říkanek,

¹⁹ NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfазie.info>>.

²⁰ JEDLIČKA, I., ŠKODOVÁ, E. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6. s. 113.

písniček, rytmických celků. Problém jim dělá nakreslení obrázku po předložení vzoru. Vyšetření paměti zahrnuje tyto paměťové procesy: okamžitou sluchovou verbální paměť, okamžitou zrakovou paměť, vybavování v podmínkách inhibice paměťové stopy a paměťové učení.²¹

Zraková percepce

Zraková funkce tvoří podstatnou složku našeho vnímání a orientování v okolním světě. Zrakové vnímání je u dysfatických dětí v porovnání se sluchovými funkcemi podstatně kvalitnější a většina jeho složek se vyvíjí normálně. Problematické se jeví jen zrakové vnímání spojené s trojrozměrnou představivostí, vizuomotorickou orientací a pravo-levou orientací.²²

Čtení, psaní

Na rozdíl od osvojování si mateřského jazyka, čtení a psaní vyžaduje od dítěte motivovanou a vědomou spoluúčast. Proces čtení má komplexní charakter. Začíná vnímáním jednotlivých grafém, pokračuje jejich převodem do fonologické roviny a dále analýzou a syntézou foném dospívá k porozumění slov a textu. Opírá se přitom o mechanismy vnitřní řeči. Kvalitní fonologická analýza a syntéza je nevyhnutelným předpokladem, aby se dítě naučilo číst u nás užívanou analyticko-syntetickou metodou. A právě ta se u dysfatických dětí ukázala výrazně deficitní.²³

Počítání

Při hodnocení numerických schopností se většina psychologů shoduje v tom, že souvisí především s celkovou rozumovou kapacitou jedince. Z tohoto hlediska potom musíme rozlišovat různé úrovně poruch matematických schopností. Všeobecně rozlišujeme: akalkulii, dyskalkulii a ologokalkulii. V předškolním věku se ještě nevyžaduje ovládání početních úkonů, není tedy možné komplexně vyšetřovat jednotlivé složky matematických schopností.

²¹ MIKULAJOVÁ, Marína; RAFAJDUSOVÁ, Iris. Vývinová dysfázia: Špecificky narušený vývin reči. 1. Bratislava: Ludoprint, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6. s. 148-151.

²² MIKULAJOVÁ, Marína; RAFAJDUSOVÁ, Iris. Vývinová dysfázia : Špecificky narušený vývin reči. 1. Bratislava : Ludoprint, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6. s. 139.

²³ MIKULAJOVÁ, Marína; RAFAJDUSOVÁ, Iris. Vývinová dysfázia : Špecificky narušený vývin reči. 1. Bratislava : Ludoprint, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6. s.146-147.

Velmi náročné jsou pro děti slovní úlohy i když jsou velmi jednoduché. Udržet v paměti znění úlohy a uvažovat přitom o výsledku je téměř neřešitelný problém.

Výrazně deficitní je paměť na čísla. Je to pochopitelné, protože čísla představují celkem abstraktní paměťový materiál a dítě si ho nijak neumí představit či asociovat s ničím známým. Projevuje se tu tzv. efekt okraje, když si zapamatují první a poslední číslo řady, a i to nejednou vyžaduje vícenásobné opakování.²⁴

1.4.4 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika má zejména odlišit, zda se nejedná o mentální retardaci, autismus, mutismus a prosté opoždění vývoje řeči právě od specificky narušeného vývoje řeči. Ze základního diferenciálně diagnostického pohledu by měla být retardace vývoje verbální komunikace v kontrastu s fyziologickým psychosomatickým vývojem s markantnějšími projevy v oblasti expresivní složky řeči.

Např. Noterdaemová se dle Vitáskové a Peutelschmiedové blíže zabývala ověřováním diferenciálně diagnostických kritérií mezi autismem a specifickým narušením jazyka (SLI, specific language impairment) při použití Autism MKN WHO. Zjistila, že děti s autismem projevovaly mnohem deviantnější prvky chování než děti se SLI, v položkách posuzujících jazyk, komunikaci a sociální interakci. Přestože tedy děti se SLI projevují narušení v podobných oblastech jazykových dovedností, obtíže autistických dětí jsou v průběhu vývoje stabilnější. Socioemocionální problémy dětí se SLI však dle jejich studie nepramení ze sekundárních důsledků pocitu jazykového handicapu, ale z podstaty primární specifické poruchy vývoje. Rozdíly byly shledány i na úrovni inteligence. Děti s expresivní poruchou jazyka mají mnohem vyšší neverbální IQ než děti s receptivní formou.²⁵

Další poruchou nutnou k diagnostickému odlišení je vývojová dysartrie, která vzniká na podkladě lokalizovaného pre- či perinatálního postižení subkortikálních oblastí na úrovni centrálního i periferního motoneuronu v období raného vývoje řeči.

²⁴ MIKULAJOVÁ, Marína; RAFAJDUSOVÁ, Iris. Vývinová dysfázia : Špecificky narušený vývin řeči. 1. Bratislava : Ludoprint, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6. s. 147-148.

²⁵ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedie. 1. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, s.r.o., 2005. s. 40-48.

Projevuje se opožděním vývoje řeči spojeným s poruchami motorické realizace hlásek na podkladě poruchy koordinace a napětí orofaciálního svalstva. Na úrovni svalstva mluvidel je patrná funkční asymetrie při kontrakci. Nejvíce je narušena artikulace vibrant a frikativ II. Artikulačního okrsku. Přítomna je porucha motoriky mluvidel. Na rozdíl od dětí s vývojovou dysfázií zde absentuje porucha percepce řeči či fonemického sluchu. Rovněž korové odpovědi na komplexní podněty jsou fyziologické, BERA však vykazuje absenci odpovědi na postižené straně. Symptomatologie vývojové dysartrie však může postupně přejít do dominantnější fatické poruchy s přechodnými stadii tzv. kombinované formy postižení.²⁶

Od specificky narušeného vývoje řeči je nutné odlišit kategorii opožděného vývoje řeči (retardace vývoje řeči, opožděn mluva), přesněji opožděného vývoje prostého. Opožděný vývoj řeči je označením pro zpožděné dosažení předpokládaného fyziologického vývojového stadia ontogeneze řeči. Pokud je samostatnou nozologickou jednotkou, jedná se o tzv. opožděný vývoj řeči prostý. Může však být i vedlejším symptomem jiné poruchy.

Jestliže však dítě vykazuje známky výrazného opoždění vývoje řeči se snížením aktivní slovní zásoby, slabou iniciací řeči a přetrvávajícími obtížemi na úrovni morfologicko-syntaktické roviny komunikační schopnosti bez jakýchkoli abnormálních nálezů ORL, neurologických, psychologických, hovoří foniatriká literatura o pravděpodobnosti tzv. „opožděného vývoji řeči při malém vrozeném nadání pro řeč“.

Z diferenciálně diagnostického hlediska je rovněž významné zjistit, zda nemůže být případné narušení vývoje jazykových dovedností etiologicky spjato se získaným organickým poškozením mozku. V takovémto případě by se tedy mělo jednat o získanou fatickou poruchu – afázii.

Za kritičtější je samozřejmě z pohledu narušení vývoje řeči pokládáno poškození levé mozkové hemisféry, která je považována za rozhodující pro ovlivňování řečových a jazykových funkcí. U dětí s lézemi levé mozkové hemisféry často dochází k přesunu řečových funkcí z levé hemisféry na pravou. Přes poměrně rychlou spontánní úpravu fatických funkcí zůstává u mnoha dětí mírně zvýšené riziko výskytu poruch řeči (především u chlapců). Hovoří se také o jakési

²⁶ DLOUHÁ O. *Poruchy plynulosti řeči u dětí s vývojovou dysfázií*. In. Sborník přednášek 10. semináře univerzitního společenství pro stadium hlasu a řeči. Olomouc, 2002. s. 3-5.

„reorganizaci řeči“, ke které dochází v důsledku negativní transformace některých pravohemisférových, spíše neverbálních, funkcí na funkce levohemisférové. Jedná se o přirozený důsledek zapojení kompenzačních mechanismů využívajících poměrně vysoké plasticity vyvíjejícího se mozku v dětském věku.

Získaná afázie s epilepsií, známá též jako Landau-Kleffnerův syndrom, označuje ztrátu již dříve nabytých expresivních i receptivních jazykových schopností. Vzniká pravděpodobně v důsledku zánětlivé encefalopatie, která je v rozporu s intaktní obecnou inteligencí. Nejčastější nástup této poruchy je mezi třetím až sedmým rokem věku.

Diferenciální diagnostice vývojové dysfázie a sluchového postižení se podrobně věnuje např. Dlouhá, jak uvádí Vitásková a Peutelschmiedová. Ta podotýká, že i u dětí se sluchovým postižením může být souběžně diagnostikována vývojová dysfázie (v tomto případě se jedná o tzv. vícenásobné postižení). Bohužel bývá přehlédnutí příznaků lehkého či dokonce středního stupně sluchové vady poměrně časté.

Odlišení vývojové dysfázie od mentální retardace je uskutečňováno na základě již výše zmíněného psychologického vyšetření prostřednictvím inteligenčních testů a souborů, popřípadě vývojových škál.

Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit verbální či orální formy dyspraxie.²⁷

²⁷ VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. 1. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, s.r.o., 2005. 181 s. ISBN 80-244-1088-5. s. 46-47.

2 Terapie vývojové dysfázie

Vzhledem k široké symptomatologii kombinují jednotliví odborníci mnoho terapeutických přístupů, které nejsou ve své podstatě specificky určeny jen pro terapii dysfázie. Jedná se o ovlivňování jednotlivých deficitních schopností a dovedností. Pro příbuznost etiologie se využívají i postupy známé z intervence specifických poruch školních dovedností, poruch pozornosti a aktivity a další. Ze systematicky propracovaných programů zaměřených nejenom na dítě s narušeným vývojem řeči, ale také na jeho rodinu (a to již od raného věku) lze jmenovat například Hanen program.²⁸

Využívá se jak individuální, tak skupinové terapie. Výhodou u individuální terapie je, že se logoped intenzivně věnuje jen jednomu dítěti, má možnost blíže poznat dítě a jeho rodinu, může se přizpůsobit jeho potřebám, komunikace je důvěrnější než ve skupině, dítě si může vybírat činnosti apod. Naopak negativem je to, že si dítě může začít uvědomovat svůj problém, kvůli kterému logopeda navštěvuje, rodiče mohou ignorovat některé terapeutické postupy, a proto terapie není tak účinná jak by mohla být. Výhodou skupinové terapie je, že se děti pohybují celý den v kolektivu dalších dětí, jako jedním z prvků terapie je využíváno hry, děti se vzájemně motivují a podporují, dá se také využít soutěživosti, her v rolích, umožnění kolektivního setkání rodičů. Nevýhodou však je, že se dítě dostane méně často do verbálního kontaktu s terapeutem, nesmělé děti mohou být upozad'ovány, skupinová terapie je náročná na přípravu.²⁹

2.1 Logopedická terapie

2.1.1 Dechová a fonační cvičení

Cílem dechových cvičení je prohloubení dýchání a zvládnutí fyziologicky správného vdechu a výdechu při mluvení, tj. prodloužení fáze výdechu a jeho správné řízení. Z hlediska typu dýchání usilujeme o navození kombinovaného dechu – žeberně-bráničního.

²⁸ NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfазie.info>>.

²⁹ MESÍKOVÁ, B. *Porovnanie individuálnej a skupinovej terapie při práci s dětmi s vývinovou dysfaziou*. Bratislava, 2000. In LECHTA, V. A KOL. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005.

Cvičení se provádí v sedě, následně v leže a nakonec ve stoje. Děti se učí nadechovat zhluboka nosem a vydechovat vzduch ústy, musí se zabránit zvedání ramen.

Dítě může vonět ke kytce, naparfémovanému kousku vaty apod., při výdechu napodobovat zvuky zvířat – houkat jako sova, vlak, předvádět bučení krávy, hrát si na kopanou s kouskem vaty, „zahřívát“ zmrzlé ruce, divit se. Při cvičeních se zapojením hlasu je třeba dbát na měkký hlasový začátek.

2.1.2 Cvičení na rozvoj sluchu, fonematického sluchu, sluchové paměti

U dětí, které mají potíže se sluchovou percepcí, zpočátku zaměříme úsilí na identifikování předmětů podle zvuků, cvičíme sluchově percepční ostrost. Terapeut vydává různé zvuky (např. chrastí klíči, pouští vodu) a klient rozpoznává, o jaké zvuky se jedná. Při těchto cvičeních používá různé hudební nástroje, Orffova instrumentária.

Při cvičení fonematické diferenciaci terapeut vyslovuje dvojice slov, která se liší jedním fonémem. Úkolem jedince s narušenou komunikační schopností je určit, zda jsou tato slova stejná či nikoliv. Obměnou je vyslovování příslušného názvu, který má být nalezen mezi množstvím jiných obrázků. Provádíme analýzu a syntézu slov, necháme klienta doplňovat chybějící část slova, nebo hádat, jaký předmět máme na mysli při vyslovení počátečního písmena, slabikujeme slova, hrajeme tzv. slovní kopanou, určujeme první a poslední slabiku ve slově, délku slabiky. Problematická bývá schopnost sluchové paměti, jež procvičujeme formou vyprávění příběhů, které má dysfatik volně převyprávět, či odpovídat na otázky, zopakovat slova či věty apod.

2.1.3 Cvičení zaměřená na hlasovou techniku

Hlasová cvičení jsou zaměřena na výcvik mluvního i pěveckého projevu. Cílem hlasových cvičení v logopedii je „výcvik v ovládnutí fyziologicky správně vytvořeného hlasu na realizaci mluvené řeči“.

2.1.4 Cvičení zaměřená na rozvíjení pohyblivosti řečových orgánů

Cvičení jsou určena zejména pro děti se zhoršenou motorikou artikulačních orgánů. Protože tyto děti většinou nedokážou ovládat mluvidla podle slovní

instrukce, je nezbytné pracovat s nimi nejdříve individuálně před logopedickým zrcadlem, za bohaté hmatové kontroly. Cvičení je vhodné motivovat.

Cvičení na rozvíjení pohyblivosti řečových orgánů zaměřujeme na rty, dolní čelist, jazyk a měkké patro.

Při cvičení pohyblivosti rtů procvičujeme špulení rtů, vtahování rtů dovnitř úst, stahování koutků úst vpravo-vlevo-současně a to při rtech otevřených, pootevřených a zavřených, rozkmitání rtů.

Při cvičení dolní čelisti procvičujeme spouštění a přitahování dolní čelisti při otevřených a sevřených rtech, spouštění čelisti, krouživý pohyb oběma směry.

Při cvičení hybnosti jazyka se zaměřujeme:

- Na ovládání celého jazyka (vysouvání a zasouvání jazyka do úst, krouživý pohyb jazyka při otevřených rtech...)
- Na procvičení ovládání stran jazyka (mistička, trubička)
- Na procvičení hybnosti hrotu jazyka
- Na procvičení polohování hrotu jazyka nahoru, dolů v artikulačním postavení za horními a dolními řezáky
- Na procvičení napětí jazyka v artikulačním postavení za horními řezáky
- Na rozložení jazyka, tisknutí a odtahování celého jazyka k tvrdému patru

2.1.5 Sluchové vnímání

Sluchové vnímání je u dětí s vývojovou dysfázií výrazně narušeno. Jde především o schopnost sluchem rozlišit jednotlivé zvuky, nedokáží totiž rozlišit jednotlivé hlásky a pořadí hlásek a slabik. Dále mají problém s rozpoznáním klíčových slov pro pochopení celkového obsahu řeči. Často se vyskytující porucha krátkodobé paměti je příčinou nedokonalé fixace řečových vzorů, nedokáží si zapamatovat říkanku, vyskytují se poruchy rytmu tempa řeči. Při terapii využíváme sluchová cvičení, která se využívají při reedukaci dětí s vadami sluchu, ale i speciální cvičení například pro zlepšení fonemického sluchu. Základní sluchová percepce mluvené řeči se nacvičuje pomocí jednoduchých zvukových vzorců, kdy záměna hlásky znamená záměnu významu slova. Zvuk musí být spojen s vyhledáváním příslušného obrázku. Vývoj fonemického sluchu by měla být ukončena kolem 5.

roku života, pokud tomu tak není, je nutné provádět systematický nácvik fonemického sluchu včetně nácviku zpětné vazby při vlastní řečové produkci.

2.1.6 Paměť a pozornost

Je nutné je procvičovat v průběhu všech terapeutických metod. Opakování všech nacvičovaných činností a pracovních postupů je důležité pro dysfatické děti z hlediska jejich dalšího rozvoje a vzdělávání.³⁰

2.2 Rozvoj grafomotoriky dysfatiků

Jestliže se dítě v oblasti grafomotoriky nerozvíjí podle očekávání, kreslení nevyhledává nebo ho dokonce odmítá, kresba odpovídá mladšímu věku, oproti vrstevníkům je obsahově chudá, linie čar jsou nerovnoměrně vedeny apod., je vhodné zaměřit se nejdříve na oblast hrubé motoriky, posléze na rozvoj motoriky jemné, zvyšování obratnosti jemných svalových skupin a koordinace oka a ruky a až poté přímo na grafomotoriku.

U dětí, které mají zhoršenou koordinaci pohybu (v chůzi, běhu, při hrách), doporučujeme rozvíjet nejdříve hrubou motoriku. Častěji zařadit rytmická cvičení, rehabilitační tělocvik. Pokud má dítě v pohyblivosti výraznější potíže, je vhodná konzultace s odborníkem (rehabilitačním pracovníkem, lékařem) a zařazení odpovídajících cvičení. Základní pohyby při psaní a kreslení vycházejí z hrubé motoriky, z pohybu velkých kloubů. Proto pokud se dítěti kreslení nedaří, je hrubá motorika první oblastí, na kterou je dobré se zaměřit.

Rozvíjení jemné koordinace ruky a tím posléze i kresby napomáhají i činnosti podporující obratnost jemné motoriky. Rozvoji grafomotoriky napomáháme především vytvářením dostateku příležitostí ke kreslení. Dítě by mělo mít k dispozici kout, kde má volně dostupné tužky a pastelky, dostatečné množství papíru ke kreslení. Nepodceňujme „čmáranice“. I na tyto kresby poskytněme potřebný prostor. Dítě je potřeba v kreslení povzbuzovat, oceňovat i dílčí úspěchy. Obzvláště u dětí, u kterých se grafomotorické dovednosti nerozvíjejí jako u jejich vrstevníků, nehodnoťme záporně jejich výkony, naopak oceňujme snahu o kresbu.

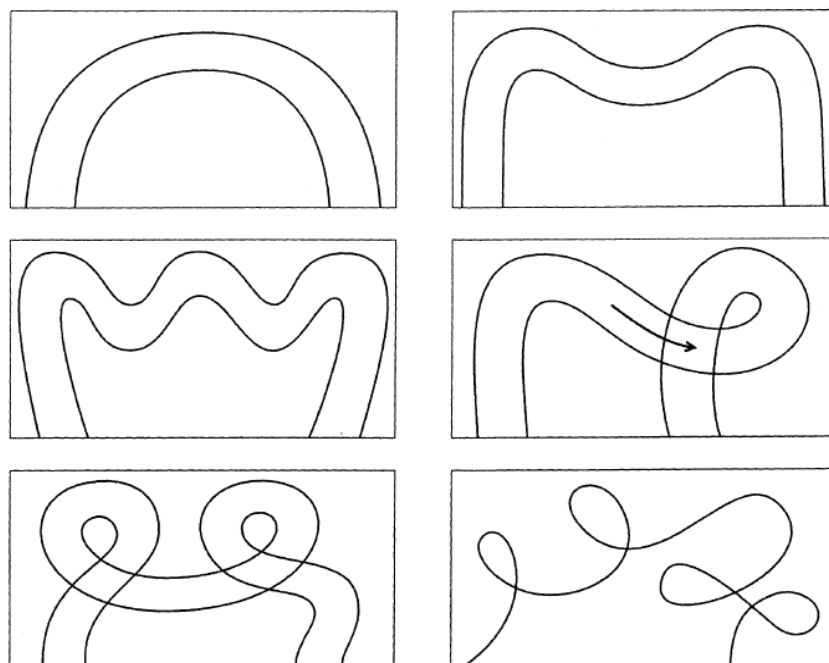
Vlivem negativní zkušenosti tyto děti později tvoří skupinu, která kreslení nevyhledává, tím se potíže v oblasti grafomotoriky prohlubují a psaní v počátku

³⁰ KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno : Paido, 1997. 93 s. ISBN 80-85931-41-9.

školní docházky činí potíže. V těchto případech je vhodné neporovnávat kresbu dítěte a vrstevníky, spíše ocenit, co nás zaujalo, byť i z pohledu dospělého na méně zdařilé kresbě.

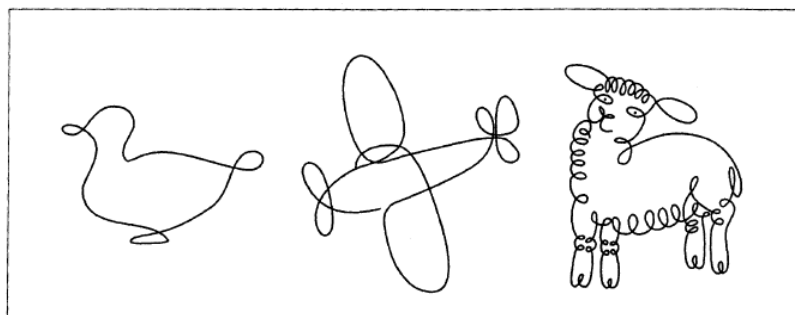
U dětí s vývojovou dysfázií je důležité při rozvoji grafomotoriky postupovat zvolna a nenásilně. Tyto děti většinou kreslí nerady, jejich kresby vypadají, jak bylo výše uvedeno, jako čmáranice a často ani nic nepřipomínají. Nejdříve proto musíme nacvičit jednotlivé prvky jako je čára, kolečko, vlnovka. Dětem vše musíme ukázat a také musíme postupovat po jednotlivých krocích. Poté co dítě zvládne jednotlivé prvky, zkusíme jejich kombinaci. Kombinace musí být jednoduchá a musí něco znázorňovat (např. sněhulák). Poté co dítě zvládne jednoduchou kombinaci prvků, přecházíme ke složitějším kombinacím, které začínají představovat jednoduchý obrázek. Návik grafomotoriky u dysfaticů je časově náročnější než u intaktních jedinců.³¹

Při rozvoji grafomotoriky je důležité dodržovat jisté zásady jako je např. správné sezení, správný úchop psacího náčiní, rozcvičení dle úrovně jejich grafomotorických schopností apod.



Obrázek č. 1 – uvolňovací grafomotorické cviky (dráhy, cesty) od nejméně náročných po obtížnější

³¹ MIKULAJOVÁ, M., JEDLIČKA, I. Poruchy vývoje řeči. In ŠKODOVÁ, E. (ed.) Klinická logopedie. Praha : Portál, 2003. s. 91 - 142 ISBN 80-7178-546-6.



Obrázek č. 2 – příklady jednotažných uvolňovacích cviků

2.1.1 Motivace ke kreslení

Značná část předškolních dětí ráda kreslí. Není tomu tak ale u všech dětí. Zejména děti grafomotoricky neobratné kreslení nevyhledávají.

Motivovanost dítěte k činnosti závisí nejen na jeho grafomotorické obratnosti, ale i na stupni obtížnosti požadavků. Jestliže úkol podceňuje schopnosti dítěte, jeho plnění mu nepřináší nové poznání, dítě pak úkol plní spíše mechanicky nebo ho odmítá. Naopak vysoké nároky, které dítě nemá možnost kvůli stupni rozvoje svých schopností uspokojit, jej od činnosti odrazují, upevňují pocit selhání.

Svou roli hrají i odchylky ve vývoji v rámci normy, kdy určité opoždění oproti vrstevníkům může být pouze dočasné a krátkodobé. Pokud dítě v tomto období dostává pouze náměty, které sice odpovídají jeho věku, ale jsou nad úrovní jeho možností, obtížněji se rozvíjí a mnohdy ztrácí motivaci k činnosti.

Při kreslení, tak jako i u ostatních činností, musíme postupovat od nejjednodušších prvků, ponechat dostatek času na jejich zautomatizování, zvýšit grafomotorickou obratnost a nechat dítěti zažít pocit úspěchu.

Motivace dítěte kreslit dále závisí na podpoře dospělým a oceňování i dílčích úspěchů. Náměty kreseb by měly odpovídat věku dítěte, být mu blízké. Při kreslení by měla panovat hravá, uvolněná atmosféra.

Výsledky dětského snažení je vhodné uschovávat, kresby, pracovní listy archivovat. Na dokončené výtvary napsat datum a podle data uložit. Je výhodné nechat dítě se na ukládání spolupodílet. Založit společně desky, kam se práce ukládají. Některé děti vytvářejí knihu (kresby si spínají kancelářskými svorkami, ukládají do šanonu apod.).³²

³² BEDNÁŘOVÁ, Jiřina; ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Rozvoj grafomotoriky: Jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno : Computerpress, 2006. 80 s. ISBN 80-251-0977-1. s. 43.

2.1.2 Rozvoj hrubé a jemné motoriky

Základní pohyby při psaní a kreslení vycházejí z hrubé motoriky, z pohybu velkých kloubů. Proto pokud se dítěti kreslení nedaří je hrubá motorika první oblastí, na kterou je dobré se zaměřit. Je třeba mít na paměti, že z rozvoje hrubé motoriky vychází rozvoj motoriky jemné, z té pak rozvoj grafomotoriky.

U dětí, které mají sníženou koordinaci pohybu, je vhodné nejprve podpořit rozvoj hrubé motoriky. Pozorujeme dítě při hrách, všímáme si chůze, běhu, skákání, seskakování, lezení, přelézání, podlézání, chytání, házení, udržování rovnováhy při chůzi přes lavičku, kládu, chůze po schodech, stoje a skákání na jedné noze. Pokud má dítě v těchto činnostech potíže, jeho obratnost se výrazně odlišuje od vrstevníků, je nejisté nebo bojácné, potom je potřebné umožnit mu dostatek pohybu, možností spontánního běhání venku, překonávání překážek, her s ostatními dětmi. Tyto spontánní pohybové aktivity je vhodné doplnit o cvičení v tělocvičně, např. cvičením rodičů s dětmi, zařazení rytmických cvičení. Pokud má dítě v pohyblivosti i nadále výraznější potíže, je na místě konzultace s odborníkem (rehabilitačním pracovníkem, lékařem) a zahájení odpovídajících cvičení, rehabilitačního tělocviku. Svaly pro koordinaci jemných pohybů potřebné pro uchopování, manipulaci s drobnými předměty, později pro kreslení a psaní, se vyvíjejí pozvolna. Rozvoji jemné motoriky napomáhají každodenní činnosti, sebeobsluha, manipulační hry, tvořivé a rukodělné činnosti.

Rozvoji jemné motoriky mohou posloužit přirozené příležitosti. Předškolní období je doba, kdy se dítě snaží napodobovat dospělé, chce jim pomáhat. Pro svou menší zručnost však bývá od mnoha činností odrazováno z obav, aby něco nerozbilo, nepokazilo, případně se nezranilo a v neposlední řadě také proto, aby práce dospělému rychleji ubíhala. Čím častěji se nám však podaří dítě do práce zapojit, tím získává více příležitostí k rozvoji jemné motoriky a poznání vůbec. Všechny vykonávané činnosti by pro dítě měly mít smysl, mělo by v nich vidět užitek, např. pokud s dítětem navlékáme korálky, je přínosem, pokud šňůru navlečených korálů ono samo nebo maminka po určitý (třeba i krátký) čas nosí. Pokud po dokončení navlékání korálky ze šňůrky vyvlečeme a dítěti určíme, že má navlékat znovu, jeho práce smysl ztrácí a dítě není motivováno v činnosti pokračovat nebo se k ní později vracet.

Z hraček bychom měli pro dítě vybírat stavebnice, mozaiky, puzzle. Pro rozvoj tvořivosti je velice výhodné, pokud se dítě samo může spolupodílet na výrobě svých hraček. Pro činnosti rozvíjející jemnou motoriku je vhodné, aby mělo k dispozici zásobu různých materiálů – přírodnin (kamínky, šišky, kaštiny...), na jejichž shromažďování se samo podílelo; odstřížky látek, barevné papíry, korálky, kuličky.³³

2.1.3 Činnosti rozvíjející jemnou motoriku

- Skládání kostek - vlaky, mosty, vyšší věže, hrady.
- Skládání mozaik, zasouvání kolíčků do otvorů - nejdříve používáme mozaiky s většími korálky, kolíčky, postupně volíme drobnější materiál. Při práci rozvíjíme uchopování špičkou prstů.
- Vkládání kuliček, korálků do lahví.
- Navlékání korálků, knoflíků, těstovin, matiček, rozstříhaných slámek. Zvyšujeme přesnost při zacházení s jemnými předměty, koordinaci obou rukou při trefování do otvorů.
- Stavění řad (vlaků) z knoflíků, korálků a přírodních materiálů. Řady mohou mít předlohu postavenou dospělým, v řadě se mohou pravidelně střídát určité skupiny - barvy, velikosti, tvary, materiály. Mezi skupinami můžeme dodržovat i pravidelné mezery, třídit je podle materiálů, velikostí, barev.
- Práce se stavebnicemi, různorodost stavebnic - vhodné je se vzrůstající koordinací pohybů postupné zmenšování jednotlivých dílů.
- Šroubování - uzávěry lahví, větší šroub a matka... Můžeme využít lahviček a krabiček od vitaminů, krémů. Je vhodné, aby šroubování lahviček nebylo samoučelné, proto uvnitř můžeme něco uchovávat, třídit, dítě do jednotlivých lahviček přiřazuje určený počet předmětů apod.
- Montování práce s náradím - lze využít, dětského náradí ke šroubování, zatloukání kladívkem apod.
- Házení na cíl - míčky do krabice, knoflíky do misky, kroužky na tyč.
- Provlékání šňůrek otvory nejrůznějších tvarů.
- Výroba řetězu z kancelářských sponek.

³³ BEDNÁŘOVÁ, Jiřina; ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Rozvoj grafomotoriky: Jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno : Computerpress, 2006. 80 s. ISBN 80-251-0977-1. s. 44.

- Vytváření tvarů z měkkého drátu.
- Úkony spojené se sebeobsluhou - zapínání knoflíků, zipů, navlékání ponožek...
- Pomoc při každodenních činnostech v domácnosti - hnětení tvarů z těsta, krájení zeleniny...
- Listování v knize po jednotlivých listech.
- Motání klubíček vlny.
- Modelování - z plastelíny, hlíny...
- Malování - nejdříve můžeme použít pastelových barev, přecházet na vodové a temperové barvy.
- Obtiskování - využití razítek s dětskými motivy, vlastní výroba tiskátek.
- Mačkání papíru - výroba větších papírových koulí.
- Stříhání.
- Lepení - slepit z krátkých proužků dlouhý pruh (např. výroba silnice, řetězu, koláží...).
- Skládání z papíru.
- Puzzle - skládání koupených puzzlí i skládání a výroba samostatných skládanek.
- Karetní a deskové hry, hra Mikádo.
- Rozvíjení hmatu - dotýkání se předmětů z různých materiálů, poznávání materiálů hmatem.
- „Hra na klavír“ – ťukání jednotlivými prsty na desku stolu, prsty se libovolně střídají, neťukají.
- „Tleskání“ prsty.

Tyto činnosti většinou nerozvíjejí pouze jemnou motoriku. Zároveň je rozvíjena celá řada dalších schopností, jako senzomotorická koordinace, zrakové vnímání, prostorová orientace, koncentrace pozornosti, a další.³⁴

³⁴ BEDNÁŘOVÁ, Jiřina; ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Rozvoj grafomotoriky*. Brno : Computerpress, 2006. Rozvoj hrubé a jemné motoriky, s. 44-74.

2.1.4 Myofunkční terapie a ergoterapie

V praxi speciální psychologie jsou využívány specifické terapie zaměřené na odstranění průvodní jevů, pro rozvoj určitých oblastí motoriky se konkrétně využívá i Myofunkční terapie a Ergoterapie.

Myofunkčními poruchami rozumíme poruchy, které souvisí s činností svalstva orofaciálního systému. Pod pojmem myofunkční porucha se skrývá zejména chybné polykání u dětí, které souvisí s dystonií a dysfunkcí v orofaciální oblasti. Myofunkční poruchy se však neprojevují pouze poruchami polykání, ale také častými poruchami řeči (dyslalie, dysartrie). Jedná se zejména o nesprávnou funkci svalstva obličeje, rtů a jazyka.³⁵ Přestože myofunkční terapie není přímo určená k léčbě projevů vývojové dysfázie, můžeme tato cvičení navržená Garlinerem či Kittel zahrnout do její terapie v případě problémů s jemnou motorikou v orofaciální oblasti u takto postižených dysfaticů.

Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přeměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu rehabilitanta.

Pro každého nemocného se vypracovává individuální léčebný program. Při něm musí být dodržovány a uplatňovány specifické formy a metody léčby.

Na základě zvoleného cíle se rozlišuje ergoterapie podle čtyř oblastí. Jedná se o kondiční ergoterapii, ergoterapii cílenou na postiženou oblast, ergoterapii zacílenou na rozvoj soběstačnosti a předpracovní rehabilitaci.

³⁵ KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. Praha : Grada, 1999. Myofunkční poruchy, s. 12-25.

3 Socializace v předškolním věku

3.1 Socializace dětí v předškolním věku

Socializace předškolního dítěte probíhá především v rodině. Dítě si zde osvojuje základní normy chování, s nimiž se postupně ztotožňuje. Zatím je pro ně důležité především to, jak bude za jejich dodržení oceněno. V tomto věku se děti učí žádoucím způsobům chování, především prosociálního, které respektuje práva ostatních. Rodiče slouží dítěti jako model různých rolí, jako vzor, s nímž se identifikují. V předškolním věku se postupně uvolňuje vázanost na rodinu a na dospělé. Děti navazují kontakt s vrstevníky. Při výběru kamaráda převažuje důraz na shodu v oblasti potřeb a zájmů. Ve vrstevnické skupině dochází k postupné diferenciaci rolí. Dítě se zde učí soupeřit i spolupracovat.³⁶

3.1.1 Socializační vývoj

Rodina zůstává i v předškolním období nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte, tj. uvádí je do společenství lidí. Zmíníme se poněkud blíže o pojmu socializace. I když pojem socializace bývá definován různě široce, v podstatě se předpokládá, že socializační proces zahrnuje tři vývojové aspekty:

- Vývoj **sociální reaktivity**, tj. vývoj bohatě diferencovaných emočních vztahů k lidem v bližším i vzdálenějším společenském okolí. Příklad úplného selhání vývojového postupu může představovat autistické dítě, pro které lidé neznamenaají víc než neživé předměty, nedokáže vstupovat do komunikace s lidmi (ani verbální, ani neverbální), dává přednost spíše samotářské hře a nedává nijak najevo, že by rozlišovalo mezi jednotlivými lidmi.
- Vývoj **sociálních kontrol** a hodnotových orientací. Jde především o vývoj norem, které si jedinec postupně vytváří na základě příkazů a zákazů udělovaných mocnými dospělými a které pak přijímá za své. Ty pak jeho individuální chování usměrňují do mezí určených společností (tak, aby společnost jako celek byla chráněna). Chování jedince je však omezováno nejen hranicemi, v nichž se může pohybovat, ale je určováno i cíli, na jejichž

³⁶ LANGMAJER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9. s. 93-94.

dosažení je orientováno úsilí jedince (hodnoty materiální a kulturní). Příkladem selhání vývoje sociálních kontrol jsou nejspíše mladiství delikventi či lidé s asociální poruchou osobnosti („anetičtí psychopati“ – lidé s takovou osobnostní výbavou, ve které jsou etické hodnoty dalekosáhle ignorovány).

- Osvojení **sociálních rolí**, tj. takových vzorců chování a postojů, které jsou od jedince očekávány ostatními členy společnosti, a to vzhledem k jeho věku, pohlaví, společenskému postavení apod. Nejde tu tedy pouze o jednotlivou povolenou či zakázanou činnost, ale o celek navzájem souvisejících, smysluplných činností určených postavením ve skupině. Od dětí se už v předškolním věku vyžaduje plnění odlišných rolí doma a v kolektivu druhých dětí. Překrývání různých rolí vede nezřídka k poruchám v sociálním fungování.

3.1.2 Sociální dovednosti v předškolním věku

Citový a sociální vývoj ovlivňuje celá řada faktorů, proto jsou v této oblasti mezi dětmi poměrně velké rozdíly. Děti vyrůstají v různých sociokulturních a ekonomických podmínkách. Stejně odlišnosti se týkají i rodiny. Významným činitelem je zdravotní stav dítěte (rizikové faktory v anamnéze, které mohly vést k neurologickému poškození, vrozené vady nemoci, handicapy a omezení, hospitalizace, poruchy psychického vývoje...). Rozdíly mezi dětmi jsou také v osobnostních charakteristikách /např. temperament, extroverze-introverze, odvážnost-bázlivost, odolnost-úzkostnost, samostatnost-závislost...), v úrovni rozumového vývoje, v úrovni komunikačních schopností.

Je tedy patrné, citový vývoj a sociální učení, resp. osvojování si základních sociálních dovedností, závisí na velkém množství vlivů (vnějších i vnitřních). V přístupu k dítěti, v požadavcích na něj je třeba uvědomovat si tyto souvislosti a postupovat citlivě. Platí, že každé dítě má jiné předpoklady, možnosti, tempo vývoje a jiné potřeby.³⁷

Jako přílohu 2 přikládám tabulku sociálních dovedností, kde vývojové škály v ní uvedené, respektive jednotlivé položky, je třeba chápat spíše jako vodítko, náměty pro to, co sledovat, v čem dítě podporovat, na čem pracovat. Tabulka je

³⁷ BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007, s. 54-58. ISBN 978-80251-1829-0.

rozdělena na sloupec obsahující přibližný věk dítěte a v druhém sloupci je uvedeno, jakou konkrétní sociální dovednost by mělo zvládat.

Jak bylo výše v této kapitole citováno oblast socializace je velmi individuální a různé děti mají i bez zdravotního handicapu charakter socializačního vývoje značně odlišný. Vzhledem k etiologii vývojové dysfázie, kdy stejně jako u ostatních SLI dochází k poruše mozkové kůry a to s rozličnými odchylkami, navíc ve spojení s dědičnými a vrozenými vlastnostmi dětí, má tato porucha prokazatelný vliv i na oblast socializace, a to právě velmi rozličný. Sociální dovednosti těchto dětí jsou na různých úrovních zpožděné, či na nižší úrovni.

3.1.3 Rozvoj sociálních dovedností v předškolním věku

V předškolním věku se dítě učí také žádoucím vzorcům chování, které mají obecný charakter, tj. nejsou součástí jen některé role. V této oblasti jde především o rozvoj prosociálního chování, které lze charakterizovat jako pozitivní, respektující ostatní. Jeho rozvoj je spojen s dosažením určité úrovně empatie, se schopností kontroly agresivity a ovládání vlastních aktuálních potřeb.

Jedním z předpokladů pro rozvoj prosociálního chování je uspokojení dětské potřeby jistoty a bezpečí. Děti, které se cítí nejisté a ohrožené, snadněji reagují asociálně. Předškolní děti, které získaly základní pocit důvěry v život, nahlízejí na svět jako na relativně bezpečný a věří, že je možné ovlivňovat dění, které v něm probíhá i vlastními silami. To znamená, že vlastní chování má nějaký význam, že se lze spolupodílet na tom, jak se budou různé sociální situace rozvíjet atd. Tyto děti se naučily bez větší úzkosti dávat i brát a respektovat také potřeby jiných lidí, resp. dětí. Není proto udivující, že tyto děti získávají i větší množství pozitivních sociálních zkušeností.

Rozvoj prosociálního chování je závislý na dosažené úrovni kognitivních kompetencí. Ke konci předškolního věku je dítě schopné alespoň omezeně uvažovat z pohledu jiného člověka, a tudíž chápat i jeho potřeby. Decentrace dětského hodnocení představuje pozitivní základ pro rozvoj sociálně žádoucího chování, protože dítě lépe chápe jeho smysl.

Prosociální chování je ovšem také výsledkem sociálního učení nápodobou, resp. na základě identifikace, ale i pomocí vysvětlování a podmiňování (tj. trestem a odměnou). Jestliže dítě nemá v rodině vhodný model, tj. pokud se tak rodiče sami nechovají, resp. ani od dítěte podobné jednání nevyžadují, nelze očekávat, že by se

mohlo chovat žádoucím způsobem. Za těchto okolností dítě často ani neví, jaké chování je vhodné. Děti předškolního věku dovedou projevit empatii a zkouší pomoci, když je jiné dítě či dospělý v nesnázích. Avšak schopnost empatie i reálné pomoci je v tomto věku omezena:

- Předškolní děti mají zúženou citlivost pouze k některým emočním prožitkům druhých lidí (jde hlavně o ty, které se jednoznačně projevují navenek).
- Předškolní děti se nedovedou distancovat od příliš intenzivních emočních projevů. Dítě nakonec takové emoci podlehne, sdílí ji a není schopné nic jiného dělat.

Altruismu se dítě učí především na úrovni primárně symetrických vztahů, v nichž se občas dostává do výhodnější pozice, než v jaké je jeho kamarád (který např. onemocněl nebo se mu něco nepovedlo). Důraz na nediferencovanou rovnost, která nepočítá s nutností reagovat na různá znevýhodnění, by potlačoval tendence k solidaritě i k soucitu. Za těchto okolností by neměly žádný smysl. Stejně tak je těžké projevoval altruismus k nadřazeným a všemocným dospělým. Ti se dítěti jeví jako bytosti, které nic podobného nepotřebují.

Rozvoj prosociálního chování je spojen s kontrolou a ovládnutím agresivních tendencí. V chování předškolních dětí se objevují různé druhy agresivních projevů. Mladší děti reagují snadněji fyzickou agresí, u starších převažuje agrese verbální. V průběhu vývoje obvykle klesá četnost instrumentální agrese, k níž se uchylují mladší děti, když jsou nějak frustrovány a nedovedou reagovat zralejším způsobem.

Při hodnocení agresivního chování předškolních dětí je třeba vzít v úvahu zejména:

- a) Motivaci k takovému jednání, event. návyk chovat se tímto způsobem.
- b) Schopnost dítěte pochopit negativní důsledky jednání.
- c) Schopnost dítěte chování ovládat a volit přijatelnější způsoby prosazování svých potřeb. V předškolním věku se tyto kompetence teprve rozvíjejí.

Je třeba zdůraznit, že i v případě agresivního chování hraje roli jak dispozice, tak sociální učení, tj. zkušenost (zejména z rodiny, ale i z vrstevnické skupiny, z médií apod.). V tomto směru je významná obecná sociální tolerance k agresivitě, typická pro určitou společnost, a její specifická varianta, typická pro určitou rodinu. Sociální tolerance k agresivitě je v každé společnosti jiná a je dětem prezentována

mimo jiné i na symbolické úrovni, např. v pohádkách, dětských filmech, hračkách. Zejména v klasických pohádkách se dítě setká se značným množstvím agresivních projevů, které jsou zde ovšem nějakým způsobem usměrněny ve prospěch dobra. V moderních akčních filmech nic takového není.³⁸

3.1.4 Vztahy ke kamarádům

Při získávání kamaráda má předškolní dítě určitou možnost volby. Může jej, na rozdíl od sourozence odmítnout, pokud mu nevyhovuje. Předškolní dítě preferuje takového kamaráda, který by mu byl podobný, měl podobné kompetence a stejné potřeby i zájmy. Jde zde o jakýsi trend „volby dvojníka“. Významná je především shoda v oblasti vnějších znaků a projevů, dítě má potřebu sdílení činnosti (zatím nehraje téměř žádnou roli potřeba sdílení pocitů a názorů). Z hlediska předškolního dítěte je kamarád ten, kdo se mnou dělá různé věci, se kterým si můžu hrát. Kamarád je ten, kdo chce to, co chci já. Na druhé straně děti v této době přijímají i postiženého vrstevníka, ještě si dostatečně nezafixovaly běžné sociální předsudky. Důležité je především to, aby kamarád uspokojoval jeho potřeby.

Výběr kamaráda v předškolním věku ovlivňují hlavně zjevné znaky a situační faktory.

a) Významným kritériem pro výběr kamaráda je pohlaví. Velkou roli zde hraje pocit příslušnosti ke stejnému pohlaví, identifikace s chlapeckou nebo dívčí rolí, preference určitého způsobu chování, hry apod.

b) Zevnějšek dítěte je první informací, kterou o něm jeho vrstevníci získají. Dítě, které je atraktivní v rámci aktuálních normativních kritérií, bývá preferováno dospělými i vrstevníky. Zde se projevuje vliv sociálního stereotypu, podle něhož vše hezké je zároveň také dobré. Tento způsob posuzování vyhovuje vázanosti předškolního dítěte na zjevné znaky a rigiditě jeho uvažování. Dítě má představu, jak mají jeho vrstevníci vypadat, a když se od tohoto stereotypu nějak odchylují, jsou pro ně méně atraktivní. Shoda s normou uspokojuje jeho potřebu jistoty.

c) Sociální atraktivitu zvyšuje vlastnictví zajímavého předmětu (např. hračky nebo jiné věci, zvířete). Děti chtějí získat účast na této výhodě, popřípadě část prestiže, kterou přináší, a zároveň s ní akceptují i dítě – majitele. Tímto způsobem se

³⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha : Portál, 1997. Socializace dítěte v předškolním věku, s. 89-99.

rozvíjejí určité sociální strategie, které přetrvávají až do dospělosti, jedinec se naučí, že lze vlastní prestiž zvýšit prostřednictvím vlastnictví něčeho žádoucího, co jiní nemají.

d) Chování je dalším viditelným znakem, který spoluurčuje sociální úspěšnost. Populární děti bývají přátelské, dobře laděné a sociálně zdatnější. Dovedou snadno iniciovat kontakt, udržovat rozhovor, jsou schopny respektovat dohodnutá pravidla hry apod. Kamarádství s nimi je snadné a příjemné. I zde se vytváří základ budoucích sociálních rolí a určitého sociálního statutu. Děti, které jsou dobře disponované a mají všechny žádoucí kompetence, získávají obvykle lepší sociální role. Takové role potvrzují jejich sociální hodnotu a zároveň fungují jako pozitivní zpětná vazba. Jsou dobrým základem i pro budoucí chování.

Děti, které se chovají nepříjemně, které ostatní ruší, kterým nelze dobře rozumět, které nedovedou respektovat pravidla hry, tj. které „nejsou kamarádi, jaké potřebuji“, bývají odmítány. D. E. Papaliaová a S. W. Oldsová dle Vágnerové uvádějí, že agresivní děti měly malou popularitu ve srovnání s těmi, které se chovaly přátelsky. V tomto případě může jít o důsledek negativní zkušenosti, která začala již v raném dětství. Děti, které nebyly pozitivně akceptované svými rodiči, bývají agresivnější, dráždivější a hůře přizpůsobivé. Rozvinuly se u nich takové vlastnosti, které jim ani v jiných sociálních vztazích nezaručí pozitivní přijetí. Tím se jejich nepříznivá zkušenost opakuje a prohlubuje. V tomto směru se zhoršuje i jejich očekávání a samozřejmě také chování, které by mohlo být prostředkem k lepší sociální akceptaci. Avšak bez pozitivní korektivní zkušenosti je není dobře možné změnit. Dítě samo to nedokáže.

Přestože jsou předškolácká kamarádství značně povrchní a proměnlivá, je už i v této vývojové fázi zřejmý rozdíl ve vzájemném chování dětí, které k sobě mají kamarádský vztah, a dětí, které kamarády nejsou. V tomto věku jde vesměs o dyadické vztahy. Děti občas dokonce vytvoří párovou koalici, ze které vyloučí třetí dítě. V takovém páru spolu dovedou lépe kooperovat, více vzájemně komunikují, vzájemně se napodobují a méně usilují o získání nějakých výhod nebo o sebeprosazení. Ke konci předškolního věku začínají mít význam další osobní kvality dětí, které už mají obecnější hodnotu. I zde začíná být zřejmý ústup z egocentrické pozice.

Jedním ze základních úkolů této vývojové fáze je sebeprosazení. Dítě se ovšem může prosadit jen ve skupině vrstevníků, jinde to nejde. Starší děti nebo

dospělé osoby jsou nedostupnou konkurencí, s níž nelze soupeřit. Sociální vztahy s vrstevníky mají jiný charakter než vztahy s dospělými a dítě zde získává jiné role. Dospělý je pro dítě autoritou a jeho role je typická nadřazeností a vyšším statutem. Ve skupině vrstevníků se rozvíjejí vztahy na stejné úrovni. Děti mají obdobnou úroveň sociálních kompetencí, ale začínají se zde projevovat individuální rozdíly dané osobností či specifickými zkušenostmi. Ve vrstevnické skupině dochází postupně k diferenciaci a specifikaci sociálních rolí. Dítě zde získává nějaké postavení, které odpovídá určité roli a má určitý status, např. hvězdy, outsidera, baviče atd. V dětské skupině se rozvíjí schopnost soupeřit i spolupracovat. Dítě se učí uplatňovat svoje schopnosti a prosazovat se mezi ostatními. Prožitek úspěšnosti se stává součástí osobní identity a ovlivňuje v tomto směru dětské prožívání i chování. Soupeřivá role, motivovaná potřebou sebeprosazení, má v současné společnosti značnou prestiž a její atraktivnost ovlivňuje rozvoj dětské identity nejen předškolního, ale zejména školního věku. Vlastní hodnota bývá spojována s výkonem a s jeho relativní pozicí uvnitř referenční skupiny stejně starých dětí. P. Říčan uvažuje o významu soupeřivé role jako o způsobu sociálně únosné transformace agresivity (pokud by respektovala určitá pravidla).

Role soupeře je snazší a atraktivnější, zejména pro dominantní a dobře vybavené děti. Role spolupracovníka je obtížnější, protože vyžaduje spoluúčast zralejších mechanismů, jako je sebeovládání, vzdání se egocentrického pohledu na situaci, potlačení touhy po bezprostředním uspokojení vlastních potřeb, sdílení uspokojení s ostatními apod. To znamená i přijetí určité frustrace v oblasti potřeby sebepotvrzení, tj. dosažení co nejvyšší osobní prestiže, která je v tomto věku uspokojována hlavně sebeprosazováním. To všechno je pro egocentricky uvažujícího a prožívajícího předškoláka obtížné. Dítě se sice dovede vcítit do někoho jiného, ale efekt soucítění bývá zatím jen omezený (v čase i intenzitě působení). Předškolní děti získávají různé další role, které se učí ovládat. Každá role, jako soubor určitých postojů a chování, má své typické rysy. Dítě musí diferencovat svoje chování podle situace, v níž je, a podle role, kterou zde zaujímá. Nezvládnutí tohoto vývojového úkolu se projeví nepřiměřeností v chování a posléze, vlivem negativní zpětné vazby, i zmatkem v pocitech (eventuálně v sebehodnocení). Tento problém je typický např. pro děti se syndromem hyperaktivity, které nerozlišují různé sociální role a chovají se všude stejně, familiárně a vlezle, bez respektu k jakémukoliv omezení. Výsledkem takového chování je vzrůst odmítavých reakcí prakticky všech dospělých lidí i

vrstevníků. Jednotlivé role bývají spojeny s určitou sociální prestiží, mohou představovat nějaký vývojový mezník, který je pro dítě potvrzením jeho vyspělosti. Může to být role dítěte, které chodí do mateřské školy, umí plavat, stará se o psa apod.³⁹

3.1.5 Specifika socializace postižených jedinců

Tělesné či smyslové postižení je jev, který je nápadný tím, že je relativně řídký. Postižení jsou tedy v populaci spíše výjimeční, neběžní a odlišují se tím ve svých prospěch od běžných norem populace.

Jedním z měřítek kvality života ve společnosti je u jedinců se zdravotním postižením úroveň sociability, tedy míra jejich schopnosti navazovat a pěstovat mezilidské vztahy v užším i širším sociálním prostředí.

Je jednou z podmínek pro začlenění a adaptaci jedince ve společnosti. Proto je diagnostika této oblasti u jedinců zdravotně postižených velmi významná.

Osobnost každého člověka se rozvíjí v interakci s prostředím, přičemž zde máme na mysli zejména sociální prostředí. U jedinců, kteří trpí vrozeným nebo raně vzniklým postižením, se vliv prostředí uplatňuje jinak než u zdravých jedinců. Zdravotní postižení s sebou přináší různá omezení, která negativně ovlivňují kvalitu a míru možností pronikání do prostředí a tím i příležitost ke vzájemným kontaktům a výměně zkušeností.

Rozvoj osobnosti dítěte s vrozeným a raně získaným postižením závisí na:

- Přijetí dítěte rodiči a rodinou – zda a jak bylo dítě rodiči a rodinou přijato;
- Způsobu výchovy v rodině – zde je větší nebezpečí výskytu extrémních výchovných stylů (např. nekritická preference dítěte s postižením se současným opomíjením zdravého sourozence, nebo naopak udržování dítěte v závislosti na rodině apod. Tyto nesprávnou výchovou vypěstované, charakteristiky osobnosti pak mohou velmi komplikovat začlenění jedince do společnosti, jeho sociální adaptaci a schopnost interakce a komunikace s ostatními lidmi;

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Praha : Portál, 1997. Socializace dítěte v předškolním věku, s. 89-99.

- Míře kontaktů se sociálním prostředím (s tím souvisí i možnost poznání a získání různých sociálních rolí a sociálních zkušeností).

Vývoj socializace zdravotně postiženého jedince závisí především na tom, jak se k němu zejména rodina, ale i jeho širší sociální prostředí a společnost jako celek chová a jaké mu vytváří podmínky pro rozvoj jeho sociálních dovedností a možnosti je uplatnit v praxi.

Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení.

V této souvislosti je třeba vymezit pojem handicap, znevýhodnění, které je dáno jednak omezením nebo postižením, ale i tím, jak dokáže jedinec subjektivně zvládnout své postižení. To na druhé straně souvisí i se sociální pozicí daného jedince.

Ve věku, kdy dítě vyrůstá ze své rodiny a proniká do širšího sociálního prostředí, nabývá postupně zkušenosti z kontaktu s vrstevníky a současně dochází ke konfrontaci s nimi, což se opět promítá do jeho zkušeností a podílí se i na volbě strategií, způsobů chování a prezentace vlastní osoby v sociální skupině.

Tento proces se týká jak dětí s vrozeným nebo raně získaným postižením, tak i dětí zdravých, které se setkávají s dětmi postiženými a učí se chápat jejich potřeby a zvláštnosti.

Postoje zdravých dětí k jejich zdravotně postiženým vrstevníkům jsou v tomto vývojovém období imitací a opakováním postojů jejich rodičů. Mohou být velmi různorodé, od ohleduplnosti, vstřícnosti, projevů empatie a akceptace k odmítání, zavrhování a odsuzování. Tyto postoje samozřejmě nic o skutečné kvalitě osobnosti postiženého dítěte nevypovídají.

Problémy v začlenění do sociální skupiny mohou být u zdravotně postižených dětí způsobeny jejich nápadností, neobratností (motorickou i sociální), nedostatkem potřebných schopností a dovedností. Proto se takové dítě nedovede přiměřeným způsobem ve skupině vrstevníků prosadit a získat pro sebe přijatelnou pozici. Velmi často nemůže dítě pro svůj handicap nic vrstevníkům „nabídnout“, a proto nebývá považováno za rovnocenného kamaráda a partnera

V této souvislosti se zmiňuje nesymetrická role postiženého spolužáka. Sociální skupina chápe, že takové dítě potřebuje ochranu a pomoc, toleruje ho, ale na druhé straně ho nebere jako sobě rovného. Takový jedinec se ocitne na okraji skupiny, která ho nepovažuje, a proto ani nepřijme za rovnocenného člena.

Mezi dětmi se tak nevytváří partnerský, rovnovážný vztah. Děti s postižením jsou rovněž ohroženy šikanou, která u mladších dětí může pramenit z neznalosti a u starších již z potřeby kompenzovat si své vlastní problémy.⁴⁰

3.2 Metody diagnostiky úrovně sociability v běžných každodenních situacích

V běžných každodenních situacích můžeme úroveň sociability zjišťovat pomocí rozhovoru, pozorováním jedince v různých situacích (u dětí při společné hře, kresbě, ve vyučování, v rámci volnočasových aktivit). Zaměřujeme se na:

- Přiměřenost
- Sebevědomí a sebehodnocení dítěte
- Na sociální obratnost při navazování vztahů ve skupině (úzkostnost, bojácnost, autoritativnost)
- Schopnost se prosadit
- Vytrvalost
- Aktivitu
- Projevy impulzivita při řešení sociálních situací
- Snahu vyhnout se řešení problému apod.

Důležitá je i znalost výchovných podmínek, ve kterých dítě žije. „Rozvoj sociálního zaměření dítěte a jeho vztah k životnímu prostředí úzce souvisí s citovým vývojem a citovou výchovou“. Je třeba si v této souvislosti uvědomit, že dítě předškolního věku je obrazem své rodiny, což je patrné ze všech jeho projevů, chování a jednání.

Sociabilita se obvykle projevuje:

- V chování na veřejnosti

⁴⁰ PŘINOSILOVÁ, Dagmar. Diagnostika ve speciální pedagogice. Brno : Paido, 2007. Diagnostika socializačního a citového vývoje, s. 95-106.

- Ve vztazích k ostatním lidem
- V ukázněnosti a respektování autority
- V úrovni sebevědomí a sebehodnocení
- V osobnostních charakteristikách, jako je například altruismus, empatie, egocentrismus, negativismus, hostilita apod.⁴⁰

3.3 Socializace dysfatických dětí

Osobnost každého člověka se rozvíjí v interakci se sociálním prostředím. Míra postižení dysfatika může ovlivnit vztahy v rodině i ve skupině a tím i jeho sociální a emoční vývoj. Podle toho jak, jakou mírou a zda jsou různé oblasti (řeč, jemná a hrubá motorika) postiženy může dojít ke ztížení socializace.

Jak bylo zmiňováno, v období předškolního věku je rodina tím nejdůležitějším socializačním prvkem, poskytuje mu ať vědomé či nevědomé sociální podněty a větší či menší emoční jistotu. Přijetí dysfatického jedince rodinou nebývá problém vzhledem k tomu, že postižení mívá méně podstatné projevy než například mentální retardace a je zde jistá vyhlídka na zlepšení, zmírnění stavu. Mohou se vyskytnout problémy, které vývoj nasměrují nežádoucím směrem, autoritativnost a vysoký tlak a požadavky mohou vést k uzavření se, naopak hyperprotektivita a přehnaná péče k panovačnosti až v patologické formě. Důležité je dítěti poskytnout zázemí, lásku a pomoci mu vyrovnat svůj handicap nácvikem odborníky doporučených terapeutických cviků a komunikací na téma jeho specifik.

Nelze však ani opomenout vliv vrstevnické skupiny v předškolním zařízení. Zde již dochází k sociální interakci, „poměrování“ sil se sobě rovnými. Dítě se může cítit a být výlučné (většinou negativně), projevují se zde různé na svůj věk různě vyzrálé a osobitě svými rodinami ovlivněné osobnosti předškoláků. Přijetí do skupiny a postavení v ní ovlivňuje v případě vývojové dysfázie i míra postižení. Velmi záleží na osobnosti dítěte, jak moc se ostatním straní, jaké má chápání spolužáků, apod. Je potřeba, aby pedagogičtí pracovníci citlivě zasahovali do vzájemných interakcí.

4 Praktická část

Cílem praktické části je zjistit, zda existují reálné problémy se socializací u dysfatických dětí v mateřských školách a míru informovanosti o této specifické poruše u pedagogických pracovníků mateřských škol. Předpokladem je, že děti s vývojovou dysfázií mají reálné problémy se začleněním do kolektivu a se zvládáním sociálních dovedností. U informovanosti předpokládáme osobní zkušenosti pedagogů a alespoň částečnou míru informovanosti.

Praktickou část jsem rozdělila do dvou hlavních částí. V první části jsem na základě řízených rozhovorů vytvořila případové studie vytipovaných dětí a dále jsem pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pedagogy zjistila postavení těchto dysfatických dětí v sociální skupině třídy mateřské školy.

Druhá část je zaměřená na zjištění informovanosti, kde jsem jako diagnostickou metodu zvolila dotazník, jehož výsledky jsem pro přehlednost zpracovala do tabulek a grafů. Očekávaným výstupem je zhodnocení informovanosti pedagogů předškolních zařízení.

4.1 Průzkum pro zjištění socializace dětí s vývojovou dysfázií

4.1.1 Případové studie dětí s vývojovou dysfázií

Průzkum jsem zahájila zjišťováním údajů o dětech, které jsem na základě doporučení pedagogů předškolních zařízení zařadila jako subjekty své práce. Jedná se o tři děti s diagnostikovanou vývojovou dysfázií. Vzhledem k nutnosti osobního kontaktu při zjišťování údajů a pro zjištění dat stejného typu za účelem vytvoření případových studií tří dětí, jsem zvolila diagnostickou metodu částečně standardizovaného řízeného rozhovoru s pevně stanoveným cílem a záměrem, přičemž jeho vedení bylo volné za účelem uvolnění se dotazovaných. Otázky se týkaly specifik vývoje dysfatických dětí se zaměřením zejména na průběh porodu a poporodní problémy (poranění hlavy, novorozenecká žloutenka a jiné komplikace), dále na vývoj motoriky, řeči a sociálních dovedností, souvislosti v otázce dědičnosti, chování dítěte, přístupu rodičů k němu a vztahu dítěte k okolí.

Formu výstupu jsem zvolila případovou studii, jejíž součástí je osobní a rodinná anamnéza, pro objektivní posouzení míry vývojové dysfázie i s jejími

příčinami. Tyto údaje jsem získala rozhovorem s pedagogy mateřských škol a speciálních zařízení, rodiči dětí, dále pak z lékařských zpráv.

Nejprve jsem se u pedagogických pracovníků mateřských škol informovala o případech dětí s diagnostikovanou vývojovou dysfázií za účelem získání kontaktů pro vytvoření práce. Na základě získaných tipů jsem se pokusila získat souhlas se sběrem dat od rodičů těchto dětí. Ne všichni oslovení rodiče byli ochotni spolupracovat, po vysvětlení náležitostí jsem získala ve třech případech souhlas se zpracováním anonymních údajů pro mou bakalářskou práci.

Následně jsem tedy navštívila rodiny dětí a pedagogy, kteří mají děti v péči, a popsanými způsoby jsem provedla průzkum. Rozhovory jsem vedla dle obecných doporučení, kdy jsem v úvodní fázi navázala kontakt, vytvořila optimální atmosféru, poté jsem se v jádru rozhovoru snažila získat co nejvíce diagnostických informací, v závěru jsem předaslala plány následné spolupráce. Při tvorbě kazuistik jsem v socializační části vycházela z tabulky sociálních dovedností dětí předškolního věku uvedené v příloze 2. Výstupem první fáze zjišťování údajů jsou následující případové studie:

Chlapec č.1

Osobní údaje:

Jméno: Tomáš

Věk: 6

Diagnóza: Vývojová dysfázie

Osobní anamnéza:

Těhotenství bez problémů. Porod proběhl v termínu. Komplikace během porodu, z důvodu alterace ozev a hrozící hypoxie byl proveden pomocí císařského řezu. Po porodu novorozenecká žloutenka v délce jednoho týdne se slabším průběhem, neozářován. Jako batole byl velmi neklidný a řvoucí i z toho důvodu velmi opečovávaný. Chodit začal v jednom roce. Projevuje se zhoršená motorika, hlavně jemná a oromotorika, např. neumí cucat bonbón, žvýkat žvýkačku, olíznout rty, udělat čerta, atd., dále pak opožděný vývoj řeči. Ve čtyřech letech právě z důvodu horší jemné motoriky, lehce sníženému svalovému napětí diagnostikována vývojová dysfázie. Mírné obtíže i v oblasti hrubé motoriky, velmi rychle však odstraněny, předpokládají se spíše osobní psychologická specifika, jako je bázlivost

a nechuť ke spolupráci. V sebeobsluze nesamostatný. Z důvodu řečových obtíží odklad povinné školní docházky.

V předškolním zařízení zpočátku (hlavně v prvním roce) problémy se socializací, s dětmi si hůře hraje i komunikuje. V dalších letech se tento stav výrazně zlepšuje, i když spíše vychází s holčičkami než s chlapečky a více s dospělými než s vrstevníky, což je dáno jeho jemností i v určitých směrech vyšší inteligencí, uvědomuje si svou odlišnost, nechápe „drsnější“ hry chlapců. Vyrůstá v rodinném domě jako jedináček a dlouho očekávané dítě. Materiální zabezpečení je nadprůměrné, matka se mu komplexně věnuje. Vzhledem k osobnostním rysům dítěte, jako je jistá míra panovačnosti, neochota k obtížné či pro něj obtížněji zvládnutelné činnosti a přecitlivělosti se osvědčuje osobní přístup při terapii průvodních jevů.

Rodinná anamnéza:

Matka narozená roku 1978, vysokoškolského ekonomického vzdělání, v současné době studující sociální pedagogiku, je pečlivé perfekcionalistické povahy, ve vztahu k dítěti hyperprotektivní, avšak částečně sebereflektivní. Dle svých slov myslí především na synovo dobro. Zajišťuje mu odbornou péči dle doporučení odborníků i dle svých nadprůměrných vědomostí v tomto oboru.

Otec narozený roku 1977, vyučený obráběč kovů, pracující jako nižší vedoucí pracovník, autoritativní, avšak ve vztahu k synovi benevolentní, ve výchově má hlavní slovo matka.

Žádný z rodičů nemá diagnostikovanou jakoukoliv vadu.

V roce 2010 se rodiče rozvedli, při výchově zvolili střídavou péči. Přibližně po půl roce se k matce přistěhoval nový přítel. Jeho vztah k dítěti je dobrý. Matka začala působit přehnaně protektivně, aby nový partner měl co nejmenší vliv na výchovu dítěte. To mělo za důsledek částečné odcizení nového partnera od Tomáše, který k němu zaujal mírně negativní vztah, časem se však vztahy zlepšili.

Tomáš rozchod rodičů nese relativně dobře, vzhledem k péči, která je mu věnována. Přeje si však, aby rodiče a on žili společně.

Terapie:

Klient byl neurologicky a foniatricky vyšetřen. Bylo doporučeno navštěvovat logopedii, ergoterapii a průběžně probíhají psychologické kontroly.

Logopedie:

Vzhledem k špatné oromotorice a neovládání jazyka má Tomáš problémy s vyslovováním písmen ž, č, š, ě, s, c, z, l, r, ř. Logopedická cvičení pomáhají odstraňovat tyto problémy. Vzhledem k nízké frekvenci návštěv logopedie a nepravidelnosti domácího cvičení vzhledem k Tomášově nechuti a nedostatku disciplíny rodičů byla terapie pomalá, byla tedy zvolena forma placených návštěv pedagožky v Tomášově domově.

Ergoterapie:

Nedostatky v jemné motorice, byly odstraňovány za pomoci ergoterapie vedené centrem Arpida. Ergoterapie spočívá v léčbě pomocí práce. Jednalo se o modelování plastelíny, navlékání korálků, provlékání nití, vázání tkaniček, trénink sebeobsluhy.

Grafomotorika:

Terapie probíhala opět s pomocí centra Arpida. Na papír formátu A1 se předepsaným způsobem kreslily předepsané tvary pomocí speciálního nástroje. Zde se projevila pečlivost matky a cvičení probíhala pravidelně i mimo návštěvy centra, z tohoto důvodu došlo k velmi rychlému zlepšení. Ukázka kresby – příloha 1.

Vývoj socializace a sociálních dovedností:

Tomášovi sociální dovednosti jsou na střední úrovni a projevuje se u něj zpožděný, v současné době však rychlý, vývoj sociálních dovedností. Teprve okolo šestého roku začal akceptovat ostatní děti a naučil se zapojovat do her s nimi, s čímž měl dříve problémy, v období kolem svého šestého roku si také našel kamaráda. Jeho komunikace s dospělými je familiární, i po vysvětlení má problémy s pochopením autority, i když i toto se postupně zlepšuje. Je nepořádný a nesamostatný, částečně vinou rodičů, částečně dispozičně si nedokáže poradit v některých složitějších situacích, pravděpodobně je spíše líný je řešit, z části je nechápe. Morálka je u něj vyvinutá, zdvořilostí neoplývá. Své názory vyjadřuje suverénně.

Pohybový vývoj:

Pomocí ergoterapie a tréninku grafomotoriky se podařilo odstranit nejzávažnější problémy v jemné motorice, které by Tomášovi ztěžovaly proces učení

na ZŠ. Celkové zlepšení v oblasti motoriky je dáno velkou snahou matky na kompenzaci těchto nedostatků, množství podnětů donutilo Tomáše překonávat svůj handicap, v některých zhoršenou motorikou ovlivněných oblastech je díky cvičení na vyšší úrovni než zdraví průměrní vrstevníci. V současné době navštěvuje oddíl karate, což prospívá nejen jeho pohybovému vývoji, ale i jeho sebevědomí.

Předpokládaný vývoj a prognóza:

Vývojová dysfázie se u Tomáše projevuje v mírné formě. Pomocí vhodně volených terapií se daří odstraňovat průvodní jevy. Je však stále zapotřebí věnovat pozornost vývoji řeči a rozvoji motorických schopností a to zejména grafomotoriky z důvodu blízkého nástupu do základní školy. Doporučuje se pokračovat v logopedické terapii ve zvolené formě a nácvik kreslení. Jelikož Tomáš navštěvuje zájmové kroužky i v tomto ohledu ho podporovat, zejména ze socializačních důvodů.

Vzhledem ke skokovému vývoji dítěte, péči matky a většímu pochopení okolí došlo k zlepšení Tomášovy komunikace s ostatními dětmi. Rozumový vývoj a přístup dospělých v jeho nejbližším okolí přispěl k Tomášově akceptaci ostatních dětí a jejich rozdílností, stejně tak jako k pochopení, pro jiné přirozených, souvislostí ve vztahu k ostatním lidem. Nicméně v tomto ohledu se v budoucnosti i nadále předpokládají problémy, vzhledem k jinakosti a zvýšené citlivosti může dojít k zhoršenému začlenění do společnosti, může hrozit i šikana. Oblasti socializace je potřeba věnovat neustálou pozornost.

Chlapec č.2

Osobní údaje:

Jméno: Lukáš

Věk: 5

Diagnóza: Vývojová dysfázie

Osobní anamnéza:

Těhotenství probíhalo normálně bez jakýchkoliv odchylek. Porod fyziologický 8 dní po termínu, vyvolaný. Bez postnatálních problémů. Samostatná chůze v 9 měsících. V hrubé motorice je obratný. Jemná motorika potřebuje rozvoj. V sebeobsluze je samostatný. Lateralita u chlapce není dosud vyhraněná. První slova okolo jednoho roku, věty začal tvořit krátce po dovršení třetího roku. Bylo mu špatně

rozumět, ale měl potřebu komunikovat. Slyší dobře. Dýchá nosem. Nástup do mateřské školy bez problému přizpůsobení se. S učiteli i s dětmi vychází velmi dobře.

Rodinná anamnéza:

Rodiče bez vad řeči. Matka středoškolsky vzdělaná, pracuje jako referentka prodeje. Spíše praktická, ale nepřiliš důsledná. O dítě se stará přiměřeně, i když dává jistý důraz na svůj klid. Dbá na jeho vývoj, s pedagogy spolupracuje, projevuje iniciativu na střední úrovni. Otec učitel houslí o dítě příliš nedbá, upřednostňuje svou práci a koníčky, ty jsou spíše závislostí. Na výchově se částečně podílí, projevují se „vychovatelskými záchvaty“.

Terapie:

Logopedie:

Nepoužívá v řeči hlásky f, t, d, a, k, g, izolovaně je však umí. Nepoužívá sykavky. Artikulace je setřelá. Po roce logopedického nácviku zmíněné hlásky používá, ostré sykavky csz izolovaně zvládá, v řeči nejasné, tupé sykavky čšž v řeči nečisté.

Jemná motorika:

Nebyla použita speciální terapie. Na doporučení probíhal nácvik pouze v rámci sebeobsluhy a činností osobního zájmu – omalovávání, lepení papírových modelů, tvorba jednoduchých origami, atd.

Další:

Rodiče využívají CD-ROM Chytré dítě, hru pro děti od 3-7 let, která slouží i k odstranění vývojových poruch řeči dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, podporuje psychický vývoj a je doporučena i pro dysfatické děti.

Vývoj socializace:

Lukáš se socializoval bez problémů, kolektiv ho dle vyjádření matky a pedagogů přijal. Hlavním důvodem je jeho bezkonfliktnost, ale i to že má základ sebedůvěry, kterou dokáže na svůj věk přiměřeně prosadit. O ostatní děti od začátku projevuje zájem, zapojuje se do her. V případě konfliktů s ostatními dětmi se i po

několika domluvách spíše uchyluje k tělesným výpadům. Vůči ostatním dětem projevuje netrpělivost. Je zdvořilý, autority uznává.

Předpokládaný vývoj a prognóza:

Chlapec potřebuje intenzivní logopedickou péči, vhodné by bylo zařadit jej do speciální třídy pro děti s vadami řeči mateřské školy, případně pravidelným domácím nácvikem toto nahradit. U jemné motoriky se soustředit na nácvik psaní, podporovat jej v jeho zájmech. Hrubá motorika se u Lukáše rozvíjí především hrou s kamarády, rád jezdí na koloběžce i na kole a hraje míčové hry, nevykazuje sice přímo talent, ale hrubá motorika je na velmi dobré úrovni a nemusí být speciálně rozvíjena či sledována. Socializace probíhá také bez problémů vzhledem k jeho přátelské povaze, pouze je třeba usměrňovat jeho netrpělivost a citlivě převést řešení konfliktů z tělesné do slovní rovny.

Chlapec č.3

Jméno: Jakub

Věk: 6 let

Diagnóza: Vývojová dysfázie

Osobní anamnéza:

Těhotenství bez rizik, porod v termínu, fyziologický, silná novorozenecká žloutenka, porodní hmotnost 2 800g. Bez postnatálních potíží. Slyší dobře, nebývá často nemocen. Lateralita dlouho nevyhraněná, převládá leváctví.

Opožděný vývoj řeči, první slova v roce, vývoj poté do tří let váznul. Komunikoval spíše nonverbálně – gestikulací. Pasivní slovní zásoba je vyšší než aktivní. Používá obsahově chudé věty. Zaměňuje významově různá slova, která jsou zvukově podobná. Měl snahu komunikovat.

Zhoršená jemná i hrubá motorika, kresba jeví výrazné známky vývojové dysfázie, i po delším výcviku nezvládá jízdu na kole, neumí skákat žabáky.

Je pohodlnější, raději říká, že neví, než by se zamyslel nad správnou odpovědí. Projevuje se u něj výraznější motorický neklid.

Ve styku s vrstevníky je neobratný, přijímají jej s obtížemi. Z důvodu sociální nevyzrálosti mu byl udělen odklad povinné školní docházky

Rodinná anamnéza:

Otec dítěte začal mluvit později. Rodina je úplná, má jednoho staršího sourozence u kterého se neprojevují žádné vady řeči. Rodiče jsou oba středoškolsky vzdělaní a o rozvoj dítě týkající se vývojové dysfázie se příliš nezajímají.

Terapie:

Jakub navštěvuje logopedickou poradnu, nicméně perioda jednou měsíčně je silně nepostačující, vzhledem k laxnímu přístupu rodičů. Žádná další terapeutická centra zaměřená na odstraňování průvodních projevů nenavštěvuje.

Vývoj socializace:

Po nástupu do mateřské školy se velmi těžko aklimatizoval. Velkým problémem při nástupu do předškolního zařízení bylo odloučení od matky, přestože na ní není extrémně fixován. Kamarády si hledal vzhledem ke své uzavřenosti, zhoršené komunikační schopnosti a celkové jinakosti obtížně, jejich společnost nevyhledával. Zpočátku se vyskytovaly problémy ve hře s ostatními, nespolupracoval a nedělil se, po častém působení učitelů mateřské školky se však vztah postupně zlepšoval a přibližně po roce hru s ostatními alespoň akceptuje, příliš často ji nevyhledává. Časem byl kolektivem přijat, i když na prestižně nižší úrovni. Mluví-li s ním dospělý má tendenci se odvracet. Je spíše uzavřený, ale reaktivní. Občas probíhají scény na veřejnosti, na návštěvách je prý těžké ho rozumně usměrnit v ohledu k tomu, že má tendenci používat veškeré věci, co vidí.

Předpokládaný vývoj a prognóza:

Nezmění-li se přístup rodičů, chlapec bude mít v školním období problémy. Měl by být kladen důraz na odstranění vad řeči a vylepšení motoriky. V oblasti socializace je potřeba specifický přístup a podporovat zájmové aktivity a zlepšení komunikace s vrstevníky, brát ohled na jeho specifika a ty negativní vhodně kompenzovat. Přínosem by mohly být návštěvy pedagogicko-psychologické poradny či přímo dětského psychologa.

4.1.2 Průzkum sociálních vztahů ve skupině dětí předškolního věku

Pro zjištění postavení sledovaných dětí ve skupině jsem zvolila namísto původního záměru použít sociometrický test dětí, vzhledem k nízké validitě odpovědí a nemožnosti přímého kontaktu se všemi dětmi tříd se spolužákem, u něhož byla diagnostikována vývojová dysfázie, bez souhlasu rodičů všech dětí, pouze nepřímý průzkum formou polostrukurovaných rozhovorů s pedagogy dětí. Vzhledem k tomu, že pedagogové s dětmi pracují, nebo je sledují několik hodin denně, považují jejich znalost dětí za dostatečnou k vytvoření popisu sociálních vztahů dané skupiny.

Otázky jsou zaměřeny na interpersonální sociopreferenční vztahy, rozhovor je založen na tom, že pedagogové vztahné skupiny odpovídají na otázky, kdy na základě určitých kritérií, určují, jak které dítě vybírá jisté spolužáky ze zkoumaného kolektivu. Výstupem rozhovoru by mělo být sestavení postavení osob ve skupině, případně různé podskupiny a jejich vztahy, chceme díky němu posoudit sociální postavení konkrétních dysfatických dětí ve skupině.

Výstupem průzkumu je přehled sociálních vztahů ve skupině třídy mateřské školy zaměřený na postavení třech vybraných dětí.

Dotazy byly především vytvořeny s ohledem na možnosti pedagoga. Soustředila jsem se především na využití učitelových znalostí dětí a na vztahy určitých typů dětí k dysfatickému spolužákovi a naopak.

4.1.3 Polostrukurovaný rozhovor pro zjištění vztahů ve třídě MŠ

- i. Je mezi dětmi nějaké nejoblíbenější dítě ve třídě, kolik má přívrženců a kolik odpůrců?
- ii. Je mezi dětmi nejméně oblíbené dítě ve třídě, kolik má přívrženců a kolik odpůrců?
- iii. Jaký je vztah Lukáše/Tomáše/Jakuba k nejoblíbenějšímu dítěti ve třídě a naopak?
- iv. Jaký je vztah Lukáše/Tomáše/Jakuba k nejméně oblíbenému dítěti ve třídě a naopak?
- v. Kolik dětí má Lukáš/Tomáš/Jakub rád?
- vi. Kolik spolužáků má Lukáš/Tomáš/Jakub nerad?
- vii. Kolik dětí si s Lukášem/Tomášem/Jakubem rádo hraje?

- viii. Kolik dětí se dá označit jako přátelé Lukáše/Tomáše/Jakuba?
- ix. S kým si nejčastěji Lukáš/Tomáš/Jakub hraje?
- x. Hraje si Lukáš/Tomáš/Jakub raději sám nebo s dětmi?
- xi. Vyhledává Lukáš/Tomáš/Jakub ostatní spolužáky při určitých činnostech?
- xii. Hraje si raději Lukáš/Tomáš/Jakub s chlapci nebo s děvčaty?
- xiii. Je Lukáš/Tomáš/Jakub pozitivního nebo negativního ladění?

4.1.4 Výsledky šetření

Na základě odpovědí pedagogů na dotazník uvedený v předchozí kapitole jsem sestavila tabulky pro jednotlivé třídy mateřských škol, kde se nachází děti zvolené pro průzkum. Z tabulek je jasné, že ze zkoumaných dětí není ani jedno hvězdou, ale ani nejméně oblíbeným spolužákem. Ze všech tří zkoumaných je ve své třídě oblíbenější Tomáš a nejméně pozitivních ohlasů obdržel Jakub.

třída 1 22 žáků					
	Σ pozitivních voleb	Σ pozitivních ohlasů	Σ negativních voleb	Σ negativních ohlasů	Σ recipročních vztahů
Hvězda	2	11	2	0	3
Omega	1	1	2	14	1
Lukáš	4	4	2	6	4

Tabulka 1 – základní přehled vztahů v třídě 1

třída 2 19 žáků					
	Σ pozitivních voleb	Σ pozitivních ohlasů	Σ negativních voleb	Σ negativních ohlasů	Σ recipročních vztahů
Hvězda	5	9	1	1	2
Omega	0	1	12	11	1
Tomáš	4	6	4	2	2

Tabulka 2 - základní přehled vztahů v třídě 2

třída 3 20 žáků					
	Σ pozitivních voleb	Σ pozitivních ohlasů	Σ negativních voleb	Σ negativních ohlasů	Σ recipročních vztahů
Hvězda	3	9	0	0	2
Omega	0	1	3	9	1
Jakub	2	1	1	2	1

Tabulka 3 - základní přehled vztahů v třídě 3

Dále odpovědi na otázky netýkající se přímo sociálních vztahů, ale souvisí s nimi, poskytují následující doplňující souhrn o jednotlivých dětech:

Otázka x. - Hraje si Lukáš/Tomáš/Jakub raději sám nebo s dětmi?

Lukáš – si raději hraje s ostatními dětmi

Tomáš – podle nálady, často si s dětmi hraje, ale rád si hrává i sám

Jakub – nejraději si hraje sám, pro hru si nejraději volí stále jednoho konkrétního kamaráda

Otázka xi. - Vyhledává Lukáš/Tomáš/Jakub ostatní spolužáky při určitých činnostech?

Lukáš – rád se účastní jakékoliv činnosti rád s kamarády

Tomáš – nejčastěji vyhledává spolubojovníky pro „války“ nebo sportovní hry

Jakub – musí-li s někým tvořit skupinu, pak se nejčastěji druží s jedním určitým kamarádem.

Otázka xii - Hraje si raději Lukáš/Tomáš/Jakub s chlapci nebo s děvčaty?

Lukáš – raději si hraje s chlapci

Tomáš – dříve preferoval dívky, dnes si hraje raději s chlapci

Jakub – raději si hraje s chlapci

Otázka xiii - Je Lukáš/Tomáš/Jakub pozitivního nebo negativního ladění?

Lukáš – pozitivně laděné dítě

Tomáš – negativně laděné dítě

Jakub – spíše pozitivně laděný

4.1.5 Zhodnocení socializační části průzkumu

Šetření mělo za účel zjistit postavení vybraných dětí ve skupině, tj. třídě mateřské školy. Všichni zkoumaní chlapci jsou v mateřské škole přibližně 3 roky, to je dost času, aby se aklimatizovali, dostatečně se seznámili s prostředím, pedagogy a spolužáky. Vztahy jsou budovány po dlouhou dobu a předpokládám je v rámci prostředí za relativně ustálené.

Ani jeden z chlapců není hvězdou třídy, ale není ani tím nejméně oblíbeným. V mateřské škole jsou vztahy se spolužáky povrchnější, takže jim lze klást nižší význam, ve vyšší třídě však přesto nezanedbatelný. Velmi silně zde působí rodiče, pedagog, ale dochází zde i ke srovnání s ostatními a různým vztahům se spolužáky.

Ze zkoumaných je nejoblíbenější Tomáš, který má nejsilnější zázemí, to uvádím zejména z důvodu, že při vstupu do mateřské školy se svým chováním velmi vyčleňoval a nebyl tedy příliš oblíbený u spolužáků, některé učitelky navíc provokoval svým negativním laděním. Na základě případové studie a výsledů průzkumu sociálních vztahů můžeme říct, že došlo k výraznému posunu. Z osobního setkání soudím, že na tomto má svůj podíl hodně jeho vzhled, nejen to, že je to fyzicky krásný chlapec, ale jeho rodiče se hodně věnují i tomu jak vypadá, například jak je oblečen. Podpora rodičů je i v odstraňování chyb, které jsou zapříčiněny vývojovou dysfázií a v podpoře sebevědomí.

O Lukášovi se dá z výsledků soudit, že je standardně přijímaným členem třídy, v oblasti vztahů ve třídě je od samého začátku na tom dobře, je členem obvyklé skupinky chlapců.

Jakub ve své uzavřenosti není příliš oblíbený, ale ani neobdržel mnoho negativních voleb. Směřuje sám sebe do pozice outsidera.

Ke zhodnocení je potřeba dodat, že forma zjištění vztahů nebyla sice úplně ideální, nebylo možno třídy sledovat přímo, ale náhled jednotlivých pedagogů je relevantní i s případným nadřezováním nebo zaujatostí. Dále je potřeba přihlídnout i k citové nevyspělosti všech dětí a tedy i k určité nižší vážnosti některých vztahů mezi spolužáky, vyšší míře ovlivnění rodiči. Výsledky v tabulkách samozřejmě také nejsou absolutní, hlavním důvodem je rozdílnost složení jednotlivých tříd, kdy kupříkladu jeden žák/žákyně dokáže změnit celou atmosféru třídy.

4.2 Dotazník pro zjištění obeznámenosti pedagogů vybraných mateřských škol s vývojovou dysfázií

K zjištění obeznámenosti s problematikou vývojové dysfázie, potažmo LMD, pedagogických pracovníků mateřských škol, jsem přistoupila z důvodu mých osobních zkušeností s neznalostí specifik takto diagnostikovaných dětí právě u učitelek mateřské školy. Přístup právě pedagogů předškolních zařízení může napomoci začlenění dysfatických jedinců do kolektivu a významně pomoci i při

odstraňování některých průvodních jevů. Použitá metoda získání informací je dotazníková, osobní rozhovor a pozorování při vysvětlování žádosti o zpracování dotazníku. Očekávaným výstupem dotazníku bude přehled základních vědomostí/nevědomostí týkajících se vývojové dysfázie.

Požádala jsem ředitelky mateřských škol v Českých Budějovicích a okolí o pomoc formou spolupráce vyplněním dotazníku informovanosti o vývojové dysfázii v jejich mateřských školách. Vysvětlila jsem, za jakým účelem průzkum provádím a předala jsem ji pro vyplnění dotazníky.

Dotazník jsem zvolila hlavně pro jeho písemnou formu, která umožňuje dotazovaným si otázky promyslet a v klidu připravit. Forma dotazníku je kombinovaná, na některé otázky lze odpovědět ano/ne, jiné je potřeba rozvést, zejména, ptám-li se na osobní názor dotazovaných. Typy otázek jsou zaměřeny na základní informovanost o postižení LMD a vývojovou dysfázii a její terapie, na osobní zkušenost s takto diagnostikovanými dětmi a na osobní názor ohledně socializace. Dotazník jsem připravila v papírové i elektronické formě. Obě tyto možnosti vyplnění byly využity. Otázek jsem zvolila osm, tak aby co nejlépe vedli k zjištění základních informací a co nejméně působily na dotazované nepříjemným dojmem „zkoušky“ znalostí a aby co nejlépe poskytly relevantní výstup.

Návratnost dotazníku jsem zajistila osobní dohodou s dotazovanými s určením termínu, do kterého má být zpracován, nedodání jsem aktivně řešila dle jednotlivých případů a zajistila nápravu.

4.2.1 Znění dotazníku obeznámenosti a zkušeností s vývojovou dysfází

- a) Setkala jste se ve své praxi s dítětem s vývojovou dysfází, případně s žákem s LMD (lehkou mozkovou dysfunkcí)?
 - Na úvod byla zvolena osobní jednoduchá otázka, na kterou se snadno odpovídá. Požaduje se pouze informace o osobní zkušenosti.
- b) Jaká jsou specifika dětí s vývojovou dysfází?
 - Teoretická otázka, obecného charakteru, na kterou se podle mého názoru snadno odpovídá a to buď dle vlastních vědomostí či vyhledáním termínu v odborné literatuře (což je rizikem této otázky, i když, dá-li si už někdo práci s vyhledáním termínu, bude ochotný odpovídat i na další otázky), případně lze odpovědět nevím, což neočekávám.

- c) Myslíte si, že děti s vývojovou dysfázií, mají problémy se začleněním do kolektivu v mateřské škole a případně jaké?
 - Otázka se týká socializace dětí. Má-li učitel zkušenost, popíše svou zkušenost, případně napíše svůj názor.
- d) Mají některé normální děti tendenci více ubližovat dětem s vývojovou dysfázií či s nějakou lehčí formou postižení?
 - Dotaz opět na problém socializace, tentokrát konkrétnější. Předpokládám rozvinutí odpovědi na tuto otázku, ne pouze odpověď typu ano/ne.
- e) Jak je, podle vašeho mínění, správné přistupovat k dětem s vývojovou dysfázií nebo LMD z pohledu pedagoga mateřské školy?
 - Otázka má za cíl vyjádření se dotazovaného k jeho vlastnímu přístupu k specificky postiženým dětem.
- f) Jaké používá vaše mateřská škola prostředky a pomůcky pro rozvoj motoriky a řeči?
 - Cílem dotazu je zjištění, jak mateřská škola přistupuje k rozvoji dětí.
- g) Spolupracuje vaše mateřská škola se speciálně pedagogickým pracovištěm, případně s jakým?
 - Otázka na základě odpovědi zjišťuje informovanost pedagogů mateřské školy ohledně speciálně pedagogický zařízení.
- h) Jaký je váš názor na informovanost pedagogů mateřských škol v souvislosti s postižením LMD či vývojovou dysfázií?
 - Zjištění osobních postojů ohledně osobních znalostí získaných přípravným studiem či pravidelným proškolením.

4.2.2 Výsledky šetření

Charakteristika souboru

Z vytipovaných mateřských škol v okolí Českých Budějovic se mi podařilo získat odpovědi 12ti pedagogických pracovníků, jejichž analýzu uvádím v následující části. Tito dobrovolníci jsou všichni pedagogové mateřských škol s průměrnou délkou praxe 15,5 let (od 5 let do 28 let), 7 z nich má středoškolské vzdělání a 3 mají bakalářský titul a 2 magisterský titul.

Analýza odpovědí na jednotlivé otázky:

Otázka č.1 - Setkala jste se ve své praxi s dítětem s vývojovou dysfází, případně s žákem s LMD?

Na tuto otázku odpovědělo sedm pedagogů kladně a pět záporně. Odpovědi byli pouze typu ano/ne.



Graf 1 – Osobní zkušenost z praxe s vývojovou dysfází nebo LMD.

Otázka č.2 - Jaká jsou specifika dětí s vývojovou dysfází?

Všech dvanáct pedagogů uvedlo, že hlavním příznakem vývojové dysfázie je problém s vývojem řeči, přičemž 4 toto konkretizují o základní znaky – porucha výslovnosti a přehazování slabik. 10 učitelů dále uvádí problémy s kresbou, 8 popisuje různé příklady problémů s motorikou, 6 odpovědí uvádí poruchu soustředění. 3 učitelé (pozn. Ti kteří mají konkrétní zkušenost) uvádějí určitou formu citové lability, na základě odpovědí nejlépe formulovanou jako výrazně posunuté emoční zranění a problémy v oblasti citů.



Graf 2 – Názory na specifika dětí s vývojovou dysfází.

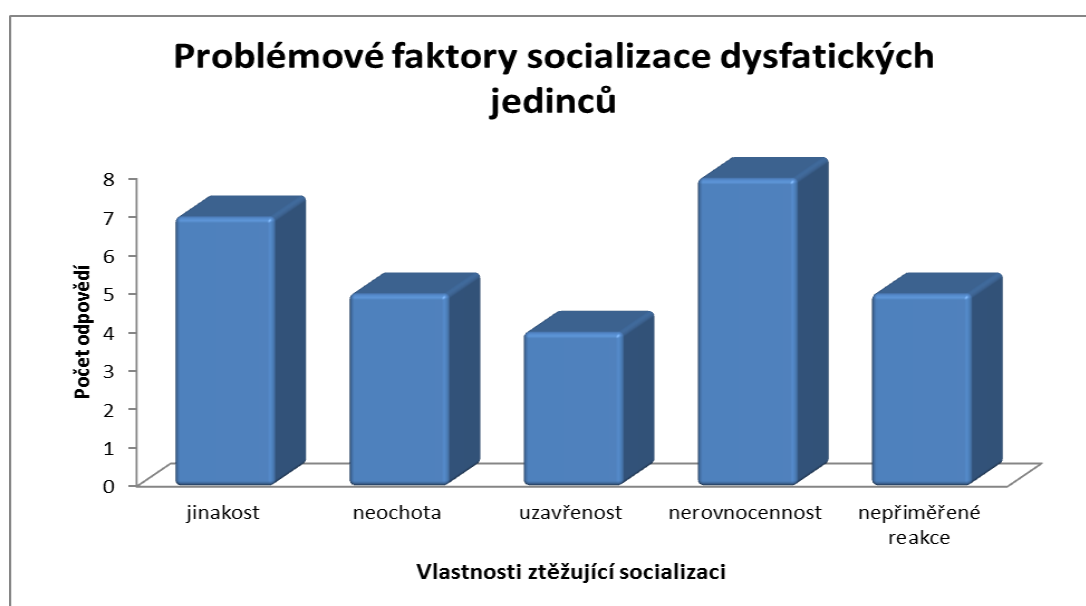
Otázka č.3 - Myslíte si, že děti s vývojovou dysfázií, mají problémy se začleněním do kolektivu v mateřské škole a případně jaké?

V mém malém dotazovaném souboru pedagogů se na tuto otázku vyskytly velmi různě pojaté odpovědi s rozličnými úhly pohledu a vyhraněností na základě charakteru a zkušenostech dotazovaných. Otázka sama má dvě části proto se dá vyhodnotit ze dvou směrů. První část otázky zda mají děti s vývojovou dysfázií problémy se začleněním do kolektivu se jednoduše dá rozdělit na čtyři druhy odpovědí, kdy k správnému zařazení slouží druhá část odpovědi, která může první část otázky upřesňovat:



Graf 3 – Mají děti s vývojovou dysfázií problém se začleněním do kolektivu?

Vlastnosti, o kterých si dotazovaní myslí, že ztěžují začlenění do kolektivu:

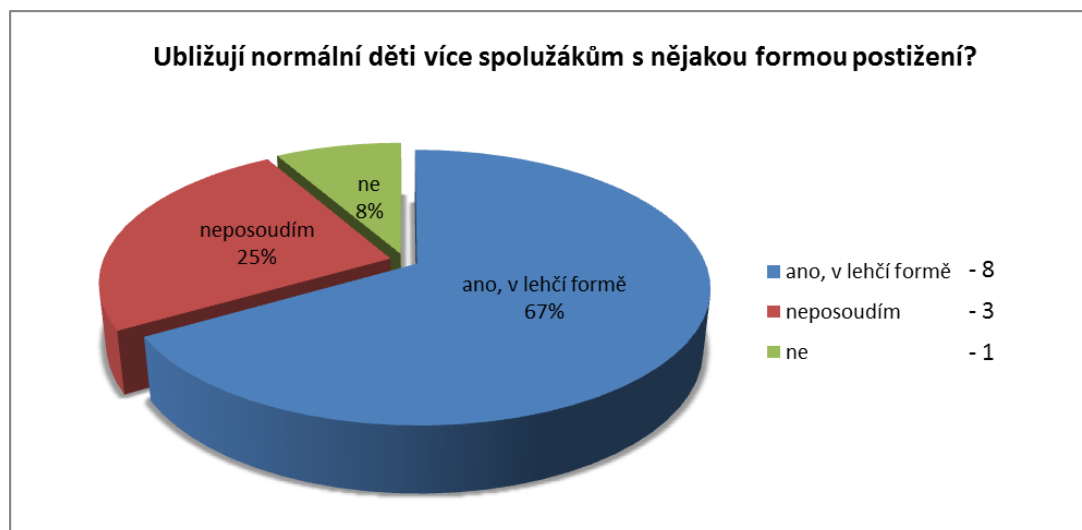


Graf 4 – Názory na problémové faktory socializace dysfatických jedinců.

Dotazovaní uvedly několik vlastností, které podle jejich názoru mohou způsobovat problémy se socializací. Tyto vlastnosti nejsou specifiky dětí s vývojovou dysfázií, avšak jak někteří dotazovaní uvádějí, se velmi často u dětí s vývojovou dysfázií mohou objevovat, případně objevují v souladu s realitou a to dle míry postižení a osobnosti dítěte, což v různých obměnách uvedlo 8 pedagogů.

Otázka 4 - Mají některé normální děti tendenci více ubližovat dětem s vývojovou dysfázií či s nějakou lehčí formou postižení?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 8 dotazovaných s dodatkem, že ubližování je v lehčí formě (posměšky, drobné naschvály, apod.), 5 z nich upozorňuje na osobu učitele, která tyto jevy při zjištění eliminuje. 3 dotazovaní nedokáží objektivně posoudit a 1 nesouhlasí.



Graf 5 – Ubližují normální děti více spolužákům s nějakou formou postižení?

Otázka 5 - Jak je, podle vašeho mínění, správné přistupovat k dětem s vývojovou dysfázií nebo LMD z pohledu pedagoga mateřské školy?

Odpovědi na tuto otázku se různily dle povahy a osobních zkušeností jednotlivých pedagogů. Souhrn odpovědí vykazuje některé prolínající se názory. Všech 12 učitelů uvádí, že je potřeba pomáhat odstraňovat průvodní projevy vývojové dysfázie (zejména zajištěním logopedické intervence, případně provádět cvičení na zlepšení motoriky apod.) 8 dotazovaných se shoduje na myšlence, že se takto diagnostikované děti nesmí upřednostňovat, aby nedocházelo k vyčlenění z kolektivu, 2 toto upřesňují dodatkem, že záleží na povaze dítěte a míry poruchy.

Vyskytl se názor, že se k postiženým dětem je potřeba chovat v rámci třídy mateřské školy úplně stejně jako k ostatním dětem.

Otázka 6 - Jaké používá vaše mateřská škola prostředky a pomůcky pro rozvoj motoriky a řeči?

Dotazovaní uvádějí pro rozvoj motoriky tematicky uspořádané sady pomůcek. Různé druhy stavebnic dřevěné pyramidy, kostky, puzzle, magnetickou stavebnici Geomag, hudební pomůcky (povětšinou bonga, chrástítka, vozembouchy, klacíky), v další skupině jsou zmiňovány stolní hry. Dále uvádějí využití výtvarné činnosti jako je omalovávání, malování, modelování, koláže, vystřihávání, lepení.

V souvislosti s rozvojem řeči uvádí logopedickou prevenci jako součást programu mateřské školy 12 pedagogů (100%), kdy buď má mateřská interního pracovníka případně dochází do mateřské školy externí pracovník. K rozvoji řeči uvádím souhrn uvedených technik – skupinové rozhovory (12 odpovědí), dechová-hlasová-artikulační cvičení (11 odpovědí), reprodukce slov a vět (11 odpovědí), rozvoj samostatného vyjadřování (11 odpovědí), čtení knížek (10 odpovědí), hry (10 odpovědí). Konkrétně byly uváděny tyto činnosti a pomůcky – přednes básní a písní, divadélka, soubory obrázků, pohádek, dětské knihy a časopisy, encyklopedie, leporela, pexesa, obrázkové lotto, Kimovy hry, vyprávění zážitků, rozhovory, doplňování nedokončených vět, didaktické hry, námětové hry, metodické pracovní listy, hry se slovy, hry s předložkami.

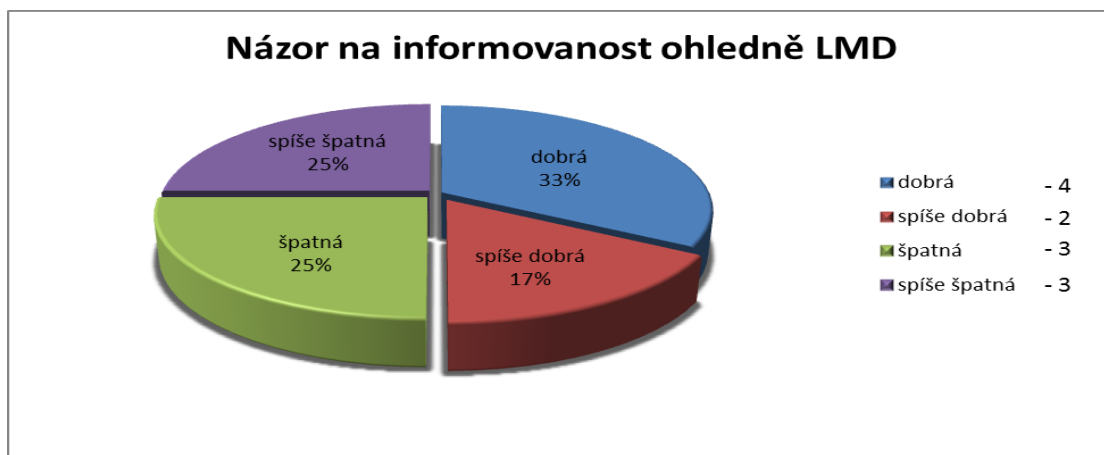
Otázka 7 - Spolupracuje vaše mateřská škola se speciálně pedagogickým pracovištěm, případně s jakým?

Dotazovaní uvedli, že mateřská škola, ve které pracují, spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou (8 odpovědí), se speciálně pedagogickým centrem (2 odpovědi), s klinickým logopedem (5 odpovědí), jeden dotazovaný uvedl, že mateřská škola nespolupracuje s žádnými dalšími pracovišti.

Otázka 8 - Jaký je váš názor na informovanost pedagogů mateřských škol v souvislosti s postižením LMD či vývojovou dysfázií?

Názor na informovanost v souvislosti s LMD u dětí je z celkového pohledu půl na půl, polovina dotazovaných ji považuje za dobrou, druhá polovina ji hodnotí negativně. Pedagogové s vysokoškolským vzděláním uvádějí, že seznámení s LMD

proběhlo na základní úrovni v rámci studia (předměty Psychopatologie a Pedagogická diagnostika). Ostatní uvádějí také základní seznámení během studia. 4 respondenti se pravidelně účastní logopedických seminářů. Jedna z učitelek navštívila kurz v DYS-centru se zaměřením na techniky podporující učení dětí s LMD.



Graf 6 – Názor na informovanost ohledně LMD

4.2.3 Zhodnocení výsledků šetření

Informovanost ohledně vývojové dysfázie, případně LMD je ve zkoumaném vzorku na rozdílné úrovni. Pedagogové, kteří se s LMD ve své praxi setkali, své odpovědi, zejména v oblasti socializace, více konkretizují a uznávají, že se tyto děti problémověji začleňují do kolektivu, většinou kvůli jejich citové nevyzrálosti vůči ostatním dětem stejného věku, ostatní dotazovaní nechtějí toto většinou přímo hodnotit a poukazují na různé okolnosti jako je například povaha dítěte, přístup rodičů, složení kolektivu třídy, osobnost učitele...

Zajímavý je osobní názor na informovanost, který má 50% dotazovaných kladný a 50% záporný. Po bližším prozkoumání výsledků, k tomuto poměru musím připojit informaci, že se ve zkoumaném vzorku silně jeví souvislost se vzděláním a osobní zkušeností s LMD pedagogů, kdy vysokoškolsky vzdělaní pedagogové a Ti se zkušeností subjektivně hodnotí informovanost za dobrou.

Co se týká odpovědi na pojmové otázky, nemá cenu jim přikládat velkou váhu, neboť si dotazovaní mohli vzít otázky domů a konzultovat je s vyhledávací službou na internetu, kde se na tyto otázky nalezne velké množství materiálů. Nicméně pro zajímavost uvádím, že odpovědi dotazovaných s vysokoškolským vzděláním anebo osobní zkušeností vykazovali opět jiný charakter než odpovědi dalších respondentů.

Z odpovědí se dále dá předpokládat, že mateřské školy jsou dobře vybaveny pro rozvoj kompetencí dětí předškolního věku a to zejména kompetence komunikativní, kdy k rozvoji řeči a komunikace slouží mnoho pomůcek. Konkrétně pro případ dětí s vývojovou dysfázií, naprostá většina předškolních zařízení spolupracuje s pomocnými odbornými pracovišti – pedagogicko-psychologickou poradnou, či speciálně pedagogickým centrem, na všech školkách je nějakou formou zajištěna logopedická prevence.

Dále také musím zmínit vysokou míru neochoty k spolupráci, což vedlo k velmi úzkému počtu dotazovaných v poměru k počtu oslovených škol. Vzhledem k tomu více oceňuji ochotu pedagogů, kteří dotazník souhlasili vyplnit.

5 Závěr

Zpracovaná bakalářská práce je tvořená ve své první části souhrnem poznatků o vývojové dysfázii, vytvořené na základě studia literatury a odborných internetových zdrojů. Po vymezení pojmu vývojová dysfázie a popisu její široké etiologie a symptomatologie, dále pokračuje popisem možné terapie jednotlivých příznaků, zejména pak logopedické terapie, rozvojem hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky.

Třetí teoretická část se vzhledem k tématu práce týká socializace dětí v předškolním věku. Je v ní podrobně rozebrán socializační vývoj a rozvoj sociálních dovedností, dále pak specifika socializace postižených jedinců, kde právě u dětí s vývojovou dysfázií existuje v jistých ohledech handicap v oblasti socializace. Tato část se také věnuje popisu diagnostiky úrovně sociability.

Praktická část je rozdělena na dvě části. První obsahuje průzkum právě za účelem zjištění kvality socializace dětí s vývojovou dysfázií, založený na vytvoření případových studií vytipovaných dětí s diagnostikou vývojové dysfázie. Dále na zjištění míry socializace těchto konkrétních dětí ve třídě mateřské školy a to pomocí rozhovoru s pedagogy. Na základě výsledků lze prohlásit, že u dětí s vývojovou dysfázií jsou také negativně ovlivněny různé sociální dovednosti a projevuje se zde zhoršená socializace a to dle specifík jednotlivců. Byl tedy potvrzen předpoklad problémů se začleněním a se zvládáním sociálních dovedností.

Další kapitola praktické části je zaměřena na zjištění informovanosti pedagogů předškolních zařízení ohledně vývojové dysfázie, jejích specifík a terapie, dotazník dále zjišťoval i názory na socializaci dětí s vývojovou dysfázií. Byla zjištěna průměrná informovanost pedagogů předškolních zařízení ohledně tématu, velké rozdíly se projevily u pedagogů s osobní zkušeností, lepší výsledky podali vysokoškolsky vzdělaní pedagogové. Předpoklad o informovanosti byl tedy potvrzen.

Děti s vývojovou dysfázií mají bezesporu určitý handicap a to nejen ve zhoršené komunikační schopnosti nebo zhoršených motorických dovednostech. Nejenže tyto schopnosti mohou relativním způsobem i v závislosti na míře postižení ovlivňovat přijetí do společnosti, ale i vědomí vlastních zhoršených vloh může spolu s jinými nepříznivými podmínkami toto začlenění ztížit. Toto může způsobit neurózy či různé psychické obtíže, ke kterým jsou jedinci s vývojovou dysfázií sekundárně

náchylní. Právě proto kromě logopedické a grafomotorické intervence bych navrhovala mít na zřeteli i problém začlenění do společnosti a to zejména pedagogickými pracovníky předškolních zařízení, kteří by měli dát rodičům signál, že dítě tento problém má. Předpokládám, že se to tak velmi často děje, přesto lepší pochopení specifik dětí s vývojovou dysfázií může napomoci lepšímu řešení problémů v oblasti socializace.

Seznam použité literatury

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina; ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Rozvoj grafomotoriky: Jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno : Computerpress, 2006. 80 s. ISBN 80-251-0977-1.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6let. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007, s. 54-58. ISBN 978-80251-1829-0.

DLOUHÁ, Olga *Poruchy plynulosti řeči u dětí s vývojovou dysfázií*. In. Sborník přednášek 10. semináře univerzitního společenství pro stadium hlasu a řeči. Olomouc, 2002. s 3-5.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia Clinica, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

JEDLIČKA, I., ŠKODOVÁ, E. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno : Paido, 1997. 93 s. ISBN 80-85931-41-9.

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. 111 s. ISBN 80-7169-619-6.

LANGMAJER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LECHTA, V. A KOL. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

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

MIKULAJOVÁ, Marína; RAFAJDUSOVÁ, Iris. *Vývinová dysfázia : Špecificky narušený vývin reči*. 1. Bratislava : Ludoprint, 1993. 288 s. ISBN 80-900445-0-6.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice : Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2007. 177 s. ISBN 978-80-7315-142-3.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi*. Brno : MU, 1997. 89 s.

ULLMAN, Michael T.; PIERPONT, Elizabeth I. SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT IS NOT SPECIFIC TO LANGUAGE : THE PROCEDURAL DEFICIT HYPOTHESIS. *Cortex*. 2005, 41, s. 399-433.

VÁGNEROVÁ, Marie, et al. *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 1999. 226 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha : Portál, 1997. 408 s. ISBN 80-7178-308-0.

VITÁSKOVÁ, Kateřina; PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. 1. Olomouc : Studio nakladatelství Olomouc, s.r.o., 2005. 181 s. ISBN 80-244-1088-5.

Internetové zdroje

DLOUHÁ, Olga. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled foniatra. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

MYŠKA, Petr. www.orl.cz [online]. 5.4.2005 [cit. 2011-09-23]. Vyšetření sluchu a vývoj řeči. Dostupné z WWW: <<http://www.orl.cz/diagnozy/audiologie/5/kopie/vysetreni-sluchu-a-vyvoj-rci-166579.1.html>>.

NEUSCHLOVÁ, Lenka; ŠTĚRBOVÁ, Katalin. *Vývojová dysfázie* [online]. 2010 [cit. 2011-09-18] Pohled dětského neurologa. Dostupné z WWW: <<http://www.dysfazie.info>>.

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – uvolňovací grafomotorické cviky	31
Obrázek č. 2 – příklady jednotažných uvolňovacích cviků	32

Seznam tabulek

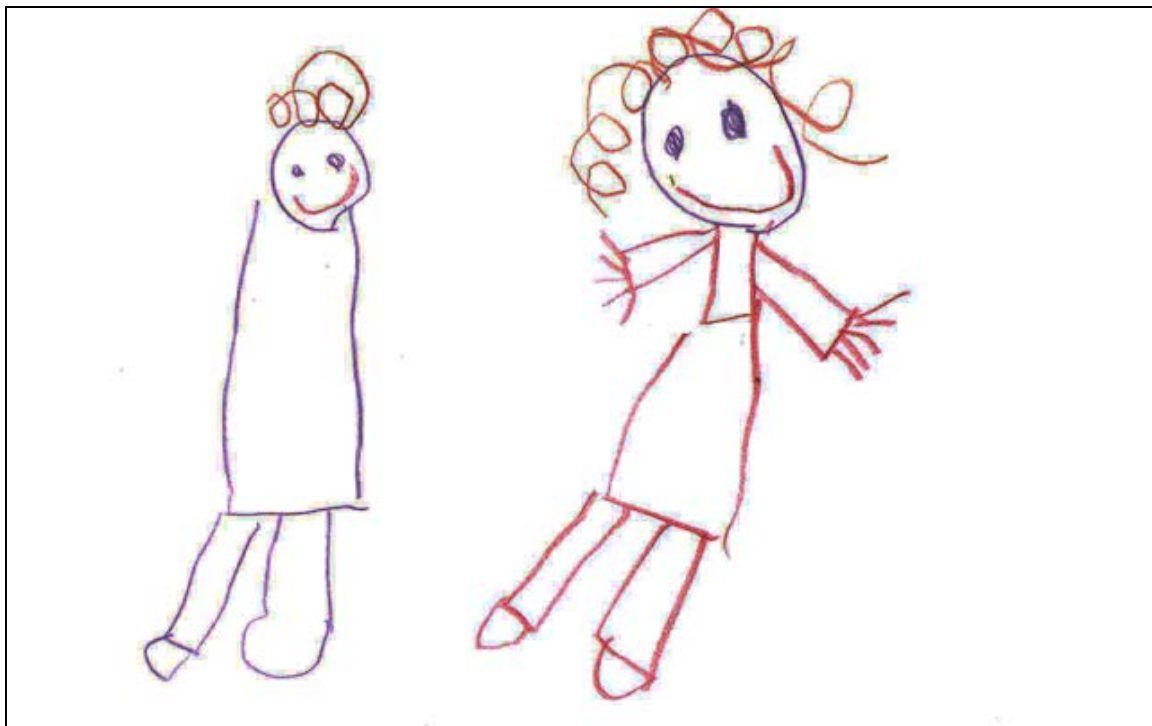
Tabulka 1 - základní přehled vztahů v třídě 1	57
Tabulka 2 - základní přehled vztahů v třídě 2.....	57
Tabulka 3 - základní přehled vztahů v třídě 3.....	57

Seznam grafů

Graf 1 – Osobní zkušenost z praxe s vývojovou dysfázií nebo LMD.	62
Graf 2 – Názory na specifika dětí s vývojovou dysfázií.	62
Graf 3 – Mají děti s vývojovou dysfázií problém se začleněním do kolektivu?	63
Graf 4 – Názory na problémové faktory socializace dysfatických jedinců.	63
Graf 5 – Ublíží normální děti více spolužákům s nějakou formou postižení?	64
Graf 6 – Názor na informovanost ohledně LMD	66

Přílohy

Příloha 1: Kresba dysfatického dítěte



Příloha 2: Tabulka sociálních dovedností dětí od 3 do 6 let

	Sociální dovednosti	věk
i	Dokáže se odloučit od matky	3-4
ii	Projevuje zájem o ostatní děti	3-4
iii	Postupně se učí ovládat své chování a brát v úvahu ostatní děti	3-4
iv	Postupně chápe, v čem spočívá střídání, ale ne vždy je schopné a ochotné ho dodržet	3-4
v	Začíná kooperovat s dětmi, respektovat je (učí se počkat, až na něj přijde řada, chápe, že je nutné se rozdělit...)	3-4
vi	Zvyká si říkat „děkuji, prosím, dobrý den, na shledanou...“ (zpočátku jako odezvu, po připomenutí, ještě neužívá spontánně)	3-4
vii	Postupně se učí chápat a dodržovat pravidla chování a jednání (neubližovat si navzájem, umět navázat kontakt, poprosit, požádat...)	3-4
viii	Projevuje soucit, poskytuje útěchu (výrazem, gestem, slovně...)	3-4
ix	Poprosí o pomoc, když má problém	3-4
x	V případě konfliktu se uchyluje spíše ke slovním než tělesným výpadům	3-4
xi	Rádo se kamarádí (případně uzavírá přátelství s jedním či dvěma dětmi)	4-5
xii	Vůči mladším dětem projevuje náklonnost, chová se ochranně	4-5
xiii	Umí se vcítit do druhého, myslet na něj, podělit se, půjčit, dávat dárky....	4-5
xiv	Vesměs dodržuje základní pravidla slušného chování a zdvořilostní pravidla	4-5
xv	Domluví se s ostatními (umí vyjádřit svoje nápady, potřeby, požádat o něco, dokáže hájit svůj názor...)	4-5
xvi	Spolupracuje, zapojuje se do činností ve skupině pomáhá	4-5
xvii	Umí počkat, až na něj přijde řada	4-5
xviii	Dokáže přijmout, že jiné dítě získá pozici, výhodu, pozornost, kterou mělo ono samo před chvílí	4-5
xix	Správně reaguje na pokyny autority /na prosbu, požadavek, zákaz, je přístupnější argumentům dospělého...)	4-5
xx	Umí zhodnotit pod vedením dospělého následky vlastního chování v jednoduchých situacích	4-5
xxi	Na veřejnosti se chová přiměřeně (v kině, v divadle, v obchodě, u lékaře...)	4-5
xxii	Požádá o dovolu, aby si mohl hrát s hračkou	4-5
xxiii	Vědomě projevuje zdvořilostní chování (pozdraví, přivítá se, rozloučí se, přeje dobrou chuť, dobré ráno, dobrou noc, odpovídá na otázky...)	5-6
xxiv	Začíná se rozvíjet smysl pro morálku (dokáže rozpoznat vhodné či nevhodné chování, projevuje ohleduplnost, čestnost, soucit...)	5-6
xxv	Dokáže odmítnout nežádoucí chování lež, nespravedlnost, uložování, odolá navádění k něčemu nesprávnému, odmítne, co je mu nepříjemné	5-6
xxvi	Zná základní pravidla chování na ulici (přecházení, správné reagování na světelnou signalizaci...)	5-6
xxvii	Samostatněji plní i náročnější úkoly a zhodnotí výsledky (co jsem udělal dobře, co špatně, při různých činnostech projevuje samostatnost, rozhodnost, neobávnost, vytrvalost, otevřenost...)	5-6
xxviii	Začíná rozlišovat mezi hrou a úkolem (rozvíjí smysl pro povinnost, odpovědnost, dokončení započaté práce, pomoc druhým...)	5-6
xxix	Udržuje pořádek ve vlastních věcech i ve společných prostorách	5-6
xxx	Trpělivě překovává překážky	5-6
xxxi	Zapojuje se mezi ostatní děti do her, při nichž je třeba rozhodovat, rozdělit role dodržovat určitá pravidla	5-6

Dotazník obeznámenosti a zkušeností s vývojovou dysfázií

Pouze pro účely bakalářské práce - Socializace dětí s vývojovou dysfázií v mateřských
školách
zpracovávané Vilmou Johaníkovou

1. Setkala jste se ve své praxi s dítětem s vývojovou dysfázií, případně s žákem s LMD (lehkou mozkovou dysfunkcí)?
2. Jaká jsou specifika dětí s vývojovou dysfázií?
3. Myslíte si, že děti s vývojovou dysfázií, mají problémy se začleněním do kolektivu v mateřské škole a jaké?
4. Mají některé normální děti tendenci ubližovat dětem s vývojovou dysfázií či s nějakou lehčí formou postižení, případně si jich více či méně nevážít?
5. Jak je, podle vašeho mínění, správné přistupovat k dětem s vývojovou dysfázií nebo LMD z pohledu pedagoga mateřské školy.
6. Jaké používá vaše mateřská škola prostředky a pomůcky pro rozvoj motoriky a řeči.
7. Spolupracuje vaše mateřská škola se speciálně pedagogickým pracovištěm, případně s jakým?
8. Jaký je váš názor na informovanost pedagogů mateřských škol v souvislosti s postižením LMD či vývojovou dysfázií?