

Univerzita Hradec králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Děti s diagnózou vývojová dysfázie v mateřské škole logopedické

Diplomová práce

Autor: Bc. Eliška Procházková
Studijní program: N7506
Studijní obor: SLN Speciální pedagogika - logopedie
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor:	Eliška Procházková
Studium:	P17P0720
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - logopedie
Název diplomové práce:	Děti s diagnózou vývojová dysfázie v mateřské škole logopedické
Název diplomové práce AJ:	Children with a Diagnosis of Developmental Dysphasia in a Logopedical Kindergarten

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V úvodních kapitolách diplomová práce poskytuje souhrnný náhled do aktuálního stavu poznatků v rámci vývojové dysfázie, její etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. V práci je pozornost rovněž věnována problematice čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií i tématu odkladu školní docházky a školní zralosti. Výzkumné šetření je zaměřeno na vzorek dětí s vývojovou dysfázií docházejících do mateřské školy logopedické, které mají odklad školní docházky. Cílem šetření je diagnostikovat a kvantitativně zhodnotit vývoj připravenosti těchto dětí pro zvládnutí čtení a psaní. Vstupní diagnostika je porovnána s diagnostikou výstupní, provedenou s časovým odstupem před nástupem dětí do základní školy. Diagnostickými prostředky je Test fonemického sluchu a Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6. NEUBAUER, Karel. Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace. Hradec Králové: Gaudamus, 2017. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-665-0. NEUBAUER, Karel, Sarm?te T?BELE a Lenka NEUBAUEROVÁ. Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-643-8. KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy. Brno: Computer Press, 2010. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-251-2569-4. OTEVŘELOVÁ, Hana. Školní zralost a připravenost. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1092-4.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Oponent: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucího diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Ráda bych vyjádřila vděčnost doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení a pomoc při zpracovávání diplomové práce. Dále mé díky patří všem učitelkám MŠ Don Bosco za vstřícnou spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce, mé nejsrdečnější poděkování pak náleží PhDr. Aleně Štěpaníkové a PaedDr. Blance Housarové, Ph.D.

Anotace

PROCHÁZKOVÁ, Eliška. *Děti s diagnózou vývojová dysfázie v mateřské škole logopedické*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019, počet 76 s. Diplomová práce.

V úvodních kapitolách diplomová práce poskytuje souhrnný náhled do aktuálního stavu poznatků v rámci vývojové dysfázie, její etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. V práci je pozornost rovněž věnována problematice čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií i tématu odkladu školní docházky a školní zralosti. Výzkumné šetření je zaměřeno na vzorek dětí s vývojovou dysfázií docházejících do mateřské školy logopedické, které mají odklad školní docházky. Cílem šetření je diagnostikovat a kvantitativně zhodnotit vývoj připravenosti těchto dětí pro zvládnutí čtení a psaní. Vstupní diagnostika je porovnána s diagnostikou výstupní, provedenou s časovým odstupem před nástupem dětí do základní školy. Diagnostickými prostředky je Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí a Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky.

Anotation

PROCHÁZKOVÁ, Eliška. *Children with a Diagnosis of Specific Language Impairment in a Logopedical Kindergarten*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019, 76 pp. Master's Degree Thesis.

Opening chapters of this diploma thesis offer a complex insight into current state of knowledge in the field of Specific Language Impairment, its etiology, symptomology, diagnosis and therapy. The ability of pre-school children to read and write, as well as the issue of school attendance and scholar maturity, are also spoken of in this thesis. The research is focused on a sample of pre-school children with Specific Language Impairment, that have been deferred from first year of primary school. The aim of the research is to diagnose, quantify and assess the development of ability to manage reading and writing. Entry diagnostics is confronted with the final one, performed with a certain time period before entering the first year of primary school. The methods of diagnosis are The evaluation of fonematic hearing of pre-school children and The test of risks of reading and writing disorders of early pre-school children.

Obsah

Úvod.....	9
1 Úvod do problematiky vývojové dysfázie	10
1.1 Terminologické vymezení vývojové dysfázie a definiční rámec.....	10
1.2 Etiologie a prevalence	11
1.3 Klasifikace.....	14
1.4 Symptomatologie	15
1.5 Diagnostika.....	19
1.5.1 Diferenciální diagnostika	23
1.6 Terapie.....	23
1.7 Prognóza.....	29
2 Školní zralost a odklad školní docházky	30
2.1 Školní zralost a připravenost	30
2.1.1 Oblasti školní zralosti a školní připravenosti	32
2.2 Odklad školní docházky	40
2.3 Školní zralost a připravenost, odklad školní docházky a školní zařazení dítěte s vývojovou dysfázií.....	42
2.4 SPU a čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií	43
3 Předpoklady pro zvládnutí čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií v MŠ logopedické	46
3.1 Stanovení cíle výzkumu a další podklady	46
3.1.1 Stanovené hypotézy.....	47
3.1.2 Charakteristika zapojené instituce.....	47
3.1.3 Charakteristika zapojené skupiny dětí.....	48
3.1.4 Postup výzkumu	48
3.2 Vlastní výzkumné šetření a prezentace výzkumných dat.....	49
3.2.1 Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí	49
3.2.2 Výsledky 1. a 2. etapy hodnocení fonemického sluchu	49

3.2.3 Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky	53
3.2.4 Výsledky 1. a 2. etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky ...	54
3.3 Závěry výzkumného šetření	58
3.4 Diskuze.....	62
4 Závěr.....	63
5 Seznam literatury a dalších pramenů	64
6 Seznam tabulek, grafů a obrázků	68
7 Seznam příloh.....	69

Úvod

Vývojová dysfázie představuje závažnou poruchu řečové komunikace, jež má velký dopad na školní úspěšnost. Není doménou ryze dětského věku, nelze spoléhat na to, že dítě deficity dožene. Jazykový deficit prokazatelně v mnohých případech přetrvává do adolescence a dospělého věku. Vývojová dysfázie zasahuje do vývoje celé osobnosti dítěte. To nejlepší, co pro dané dítě můžeme udělat, je vytvořit pevný základ, na kterém bude možné dále stavět, pomocí cílené stimulace jednotlivých oblastí, ve kterých se projevuje oslabení. Vývojová dysfázie nepředstavuje neměnný stav, je však zcela nezbytná kvalitní spolupráce motivovaného rodiče a mezioborová spolupráce odborníků. Nutná je včasnost zahájení intervence. Dítě stojí v centru tohoto snažení, je tedy potřeba dbát na to, aby v něm terapeutické působení nevyvolávalo negativní pocity. Vše je možné podložit novými a zábavnými pomůckami a zaobalit hrou. V praxi vidím, že zvědavost dětí, včetně dětí s vývojovou dysfázií, je veliká a je žádoucí jí využít. Rodič je největším odborníkem na své dítě a jeho pozici a výchovnou jistotu musíme erudovaně podporovat. Je třeba poskytnout rodičům dostatek informací o vývojové dysfázii a zapojit je do naší práce s dítětem. Rodič musí chápat, proč jsou naše postupy takové, jaké jsou a musí být schopen je opakovat v domácím prostředí. Vždy je nutné mít od rodiče zpětnou vazbu, budovat spolupráci nejen s dítětem, ale i s rodičem.

Školní věk je pro každé dítě nesmírně důležitou etapou. Učí se triviu, které bude využívat v každodenním životě, a navazuje pevná přátelství, která mohou trvat po celý život. Pokud chceme, aby se dítěti s vývojovou dysfázií ve škole dařilo, musíme u něj vybudovat takové předpoklady, aby mohlo ve škole zažít úspěch, a to jak po stránce vzdělávací, tak po stránce sociální. Jelikož se symptomatika vývojové dysfázie do značné míry překrývá s oblastmi, jež jsou vrcholně důležité pro osvojení čtení a psaní, musíme se postarat o to, aby byly oslabené oblasti dostatečně rozvinuté, a to ještě před vstupem do základní školy. V tomto směru se výjimečná péče dítěti s vývojovou dysfázií dostane v mateřské škole logopedické, která má v našem systému péče, dostupném pro rodinu s dítětem s vývojovou dysfázií, významné místo. Jsem přesvědčená o tom, že každodenní individuální zacílená stimulace a interakce a společné hry v kolektivu vrstevníků, jsou pro dítě s touto diagnózou to nejlepší a velmi přispívají k maximalizaci komunikačního potenciálu dítěte. Cílem mé práce je popsat péči v mateřské škole logopedické, přiblížit vývoj dítěte v době odkladu školní docházky a zhodnotit stav, ve kterém sledované děti nastupují do základní školy.

1 Úvod do problematiky vývojové dysfázie

1.1 Terminologické vymezení vývojové dysfázie a definiční rámec

Vývojová dysfázie je porucha řečové komunikace, v rámci níž se většina odborné literatury shoduje na tom, že není v našem prostředí, jakož to i v celosvětovém měřítku, plně terminologicky vymezena. V našem prostředí se setkáváme především s označením vývojová dysfázie, dysfázie, nebo specificky narušený vývoj řeči. Ve starších pramenech se poté můžeme setkat s již neužívanými výrazy jako sluchoněmota, alalie, afémie (Škodová, Jedlička, 2007).

Kutálková (2002) zastává názor, že nejlépe vystěhuje podstatu dané poruchy řečové komunikace název dysfázie. Předpona „dys-“ vyjadřuje narušení vývoje, a proto se zdá být připojení slova „vývojová“ nadbytečné, „-fázie“ poté odkazuje na řečové funkce jako celek. Většina odborné literatury v našem prostředí však pracuje s označením vývojová dysfázie. Toto terminologické vymezení přijímá i česká foniatrická škola (Dlouhá, 2017).

Co se týče anglofonních zemí, i zde došlo k terminologickému vývoji. Prapůvodní označení z počátečních dekád 19. století, jako „infantile aphasia“ a „developmental aphasia“, ustoupily terminologickému označení „developmental dysphasia“. Aktuální tendence však terminologii posouvají ještě dále, v současné době se setkáváme nejčastěji s termíny „developmental language disorder“ nebo „specific language impairment“ (Peterson, McGrath, 2009).

Rovněž se setkáváme s terminologickým problémem v rámci mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kde tato porucha řečové komunikace spadá pod kategorii F80, specifické poruchy řeči a jazyka, konkrétně pod kód F80.1 - expresivní porucha řeči a F80.2 - receptivní porucha řeči. Patrně mají tyto termíny být obsahově synonymní k výrazům expresivní dysfázie a receptivní dysfázie, což ale nereflektuje zásadní terminologický rozdíl mezi pojmy řeč a jazyk. Porucha řeči nám zahrnuje pouze akustický aspekt komunikace, avšak v případě vývojové dysfázie se jedná o komplexní poruchu vývoje jazykového systému (Pospíšilová, 2017).

Vývojová dysfázie představuje komplexní závažnou poruchu řečové komunikace a do péče o dítě s vývojovou dysfázií se zapojují osoby různých odborností a resortů. Je nutné, aby byl tento terminologický nesoulad sjednocen, aby všichni podílející se na péči měli společný slovník. Terminologické ujednacení na celosvětové úrovni

by poté mělo jednoznačný pozitivní přesah v rámci výzkumných aktivit a sdílení poznatků (Pospíšilová, 2018).

Definice vývojové dysfázie se různí svou rozsáhlostí a vlastním náhledem daného autora na problematiku. Obecně však můžeme říct, že definice shodně zmiňují faktor vývojovosti, ústřední důsledky vývojové dysfázie a základní východiska pro diferenciální diagnostiku dysfázie:

„Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 110).

Pospíšilová (2018, s. 284- 285) definuje vývojovou dysfázii jako: *„... komplexní, vrozenou poruchu osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždujícím se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivacími či jinými vlivy prostředí.“*

„Za vývojovou dysfázii se obvykle považuje takové narušení očekávaného vývoje jazyka, které není doprovázeno obecnějším narušením intelektových funkcí.“ (Smolík, Seidlová Málková, 2014, s. 146).

Dlouhá (2017, s. 118) pojímá vývojovou dysfázii jako: *„... poruchu řečového vývoje způsobenou poruchou percepce řeči různého stupně, která se dále prezentuje různými formami postižení jazykových struktur a dělí se podle symptomů na převážně receptivní, expresivní, nebo smíšenou formu dysfázie. Z dlouholetých klinických zkušeností je zřejmý nejčastější výskyt smíšené a expresivní formy.“*

1.2 Etiologie a prevalence

Etiologie vývojové dysfázie a její etiopatogeneze není doposud jednoznačně objasněna. Vývojová dysfázie má podklad v organickém poškození mozku dítěte, k němuž může dojít v prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním období do prvního roku věku dítěte. Z prenatálních rizikových faktorů můžeme obecně jmenovat například vliv některých farmak, virová onemocnění, kontakt s toxickými látkami nebo užívání návykových látek. V perinatálním období se setkáváme s asfyxií, těžkou novorozeneckou žloutenkou, předčasným porodem, nebo dalšími komplikacemi

v průběhu porodu. Přímá etiologická souvislost mezi perinatálními komplikacemi a vývojovou dysfázií však nebyla prokázána (Vitásková, 2005).

Významnost perinatálních vlivů jako zásadního etiologického činitele umenšuje longitudinální studie Demostena (2009-2016), která poukazuje na to, že z 325 dětí s vývojovou dysfázií se 75% narodilo v termínu a mělo standardní hmotnost (Pospíšilová, Zapletalová, 2017).

Z užšího pohledu je příčinou vývojové dysfázie zřejmě porucha centrálního zpracování řečového signálu v centrální sluchové oblasti řečových center (a to dle charakteru příznaků, nikoli z důvodu ložiskového neurologického nálezu). V rámci aktuálního stavu poznatků je popisováno v etiologii vývojové dysfázie difúzní postižení centrální nervové soustavy, které zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast. Nejedná se tedy o ložiskové poškození (Škodová, Jedlička, 2007).

Tallal, Jernigan a Sainburg (1991) popsali kvantitativní objemové rozdíly mezi mozky dětí s vývojovou dysfázií a kontrolními dětmi. Analýza odhalila významné morfologické rozdíly a asymetrii - zatímco kontrolní skupina vykazovala v rámci prefrontálního kortexu symetrii v rámci hemisfér, u dětí s vývojovou dysfázií se vyskytoval menší objem v levé hemisféře oproti pravé. V parietookcipitální oblasti kontrolní skupina vykazovala větší objem v pravé hemisféře oproti levé, zatímco u dětí s vývojovou dysfázií byl tento poměr opačný. Rovněž perisylvická krajina, které je spojována s percepcí řeči, byla u dětí s vývojovou dysfázií významně objemově oboustranně zredukována. Tyto poznatky upozorňují na to, že ačkoli rutinní vyšetření zobrazovacími metodami nezaznamenává citelnější strukturální změny u dětí s vývojovou dysfázií, při kvantitativně zaměřeném měření se ukazují významné abnormality v morfologii mozku. Komárek (2014) hovoří o změnách mikrostruktury, redukcii objemu a změnách inter-hemisferální asymetrie řečových drah fasciculus arcuatus i drah ventrálního systému.

V rámci soudobého pohledu hraje v rámci etiologie vývojové dysfázie důležitou roli genetika. Hovoří se například o genu FOXP2, jehož mutace způsobuje nekonzistentní poruchu řeči s akcentem na motorických řečových funkcích (verbální dyspraxii). O genu CNTNAP2 se hovoří ve spojitosti s poruchou percepce řeči. Tento gen a jeho odchylky sehrávají svou roli u vývojové dysfázie, poruch autistického spektra, ADHD, dyslexie a schizofrenie. Dále se v souvislosti s vývojovou dysfázií hovoří o genu ATP2C2, který má vztah i k paměti. Aktuálně také vyvstává důležitost genu KIAA0319 (NIDCD), jehož mutace by měla sehrávat v případě vývojové dysfázie klíčovou roli. Dále je tento

gen zmiňován i ve vztahu k poruchám učení a některým případům autismu a artikulačních poruch. Přestože má vývojová dysfázie silný genetický podklad, genetický test pro identifikaci vývojové dysfázie, který by nám potencionálně usnadnil diagnostiku této poruchy řečové komunikace, stejně jako diferenciální diagnostiku, je v nedohlednu, vzhledem ke složitosti problematiky a překrývajícimu se zapojení jednotlivých genů do různých vývojových poruch (Pospíšilová, 2018).

Rovněž se v rámci etiopatogeneze vývojové dysfázie hovoří o významném zapojení epileptických projevů. Objevují se i názory, že vývojová dysfázie je určitým predispozičním faktorem pro pozdější vznik rolandické epilepsie. Benigní rolandická epilepsie je geneticky podmíněná parciální epilepsie, která se dlouhou dobu považovala za plně benigní stav, u kterého ani není zapotřebí nasazovat antiepileptika. Aktuální poznatky ale vypovídají o tom, že i tato forma epilepsie může u některých nositelů zanechat mírný intelektový deficit, opožděný vývoj řeči a motorickou apraxii postihující i oromandibulární oblast. Epileptiformní výboje v EEG u dětí s vývojovou dysfázií jsou poměrně častým nálezem, výrazně se aktivují spánkem. Na rozdíl od subklinických epileptických projevů jsou klinické epileptické záchvaty zaznamenány u dětí s vývojovou dysfázií jen sporadicky. Obecně lze shrnout, že abnormality převládají nad oblastí sluchových a řečových center. Charakter nočního záznamu EEG lze považovat za velmi důležitý jak pro vývoj onemocnění, tak pro vývoj řečové poruchy. Při potvrzení epileptických projevů zůstává jedinec průběžně sledován z důvodu případného zahájení antiepileptické léčby, protože i epileptické výboje bez klinického záchvatu mohou mít při dlouhodobém trvání devastující dopad na řadu neurokognitivních funkcí včetně řeči. Při neurologickém vyšetření se často ukazuje lehký hypotonický syndrom s projevy opožděné maturace mozečkových funkcí, v některých případech i lehký dyskinetický, převážně choreatický syndrom s naznačenými projevy spasticity.

Rovněž je, vzhledem k charakteru EEG abnormalit, lokalizaci výbojů s převahou v temporální oblasti a identické poruše řečové percepce s poruchou časového zpracování řečového signálu, zvažováno, zda vývojová dysfázie není mírnou variantou Landauova-Kleffnerova syndromu, či naopak zda Landau-Kleffnerův syndrom není těžkou variantou vývojové dysfázie (Dlouhá, 2017).

Uvádí se, že vývojová dysfázie je častější u chlapců, než u děvčat, v poměru 4:1. Svou roli patrně hraje v etiologii i dědičnost, a to zejména u mužských potomků (Neubauer, 2010). Dědičnost je patrná i v rodinách s více sourozenci. Pokud má jedno

z dětí vývojovou dysfázií, u sourozence je čtyřikrát větší pravděpodobnost, že se vývojová dysfázie rovněž vyskytne (Schwartz, 2009).

V otázce výskytu vývojové dysfázie v populaci se názory autorů různí, zejména proto, že odhad výskytu úzce závisí na kritériích, která se použijí pro diagnózu a dané výsledky tak musí být vždy diskutovány společně s kritérii, která byla pro diagnózu použita. Aktuálně je zřejmě nejvíce přijímaný odhad, který podali Tombin et al. roku 1977, jež poukazuje na celkový výskyt ve výši 7,4% (Smolík, Málková, 2014).

1.3 Klasifikace

V literatuře se můžeme setkat s různým členěním a různým pohledem na klasifikaci vývojové dysfázie. V této kapitole bych ráda zmínila dvě klasifikace, které pohlížejí na rozdílné aspekty - první klasifikace bere v potaz charakter poruchy, zatímco druhá stupeň poruchy.

Bendová (2014) uvádí následující dlouhodobě užívané dělení, od kterého je aktuální tendence upouštět. S tímto dělením se můžeme ale například setkat v aktuální 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

- **Vývojová dysfázie motorická** – vyznačující se opožděným vývojem řeči, obtížemi ve verbálním vyjadřování, dysnomiemi, syntaktickými, morfologickými a sémantickými obtížemi, vážné fixace a automatizace slov, lepší úroveň pasivního slovníku. Dítě s touto formou si své obtíže uvědomuje, často ztrácí zájem komunikovat verbálně, inklinuje k neverbálním prostředkům vyjadřování.
- **Vývojová dysfázie senzorická** – jedná se o receptivní poruchu řeči. Aktivní slovník jedince je deformovaný. Slova jsou tvořena pohotově, často ale odchylně od normy. Slovník je sice poměrně široký, ale řečová produkce dítěte je velmi nesrozumitelná. Objevují se echolálie a potíže s porozuměním a fonematickou diferenciací hlásek. Pozornost je kolísavá.
- **Vývojová dysfázie smíšená** – vykazuje projevy obou výše zmíněných. V praxi představuje nejpočetnější skupinu.

Kutálková (2011) uvádí toto rozdělení:

- **Nemluvnost** – dítě se vyjadřuje jen pohybem, gesty, hlasem, mluvená řeč se vůbec nerozvíjí. Pokud se k tomu jedná o percepční typ, postupně sekundárně stagnuje i rozumový vývoj. U této nejtěžší formy je důležitá, avšak obtížná, diferenciální diagnostika mezi vývojovou dysfázií a poruchami autistického spektra. Objevuje se panika, agrese a křik, jež vyvolává nepochopení situace a nemožnosti vyjádřit své potřeby. Pokud tento nejtěžší typ expresivního charakteru trvá, dítě si většinou vytváří vnitřní řeč, což umožňuje využít alternativní a augmentativní komunikaci.
- **Těžká dysfázie** – řeč se rozvíjí jen velmi pomalu. Dítě se těžce učí všemu, čemu se děti běžně učí spontánně napodobováním. Někdy se vývoj zastaví na některé z etap a dál už nepostupuje.
- **Dysfázie** – řeč se sice postupně rozvíjí, takže neznemožňuje běžné dorozumívání, ale dítě má velké nedostatky ve slovní zásobě, gramatice, stavbě vět i výslovnosti. Každá z těchto položek je pracně a v dlouhodobém horizontu upravována. Děti z této skupiny občas překvapí tím, že se spontánně učí psát, což svědčí o velmi dobré úrovni vnitřní řeči i intelektu.
- **Dysfatické rysy** – nejlehčí ze zmiňovaných stupňů. Objevují se jen některé ze zmíněných příznaků, nejnápadnější bývá tzv. specifická porucha výslovnosti, pro kterou se objevuje nesprávné zařazení mezi dyslalií. Přesto postupy využívané v rámci úpravy dyslalie nejsou u této formy vývojové dysfázie funkční ani žádoucí. Frustrace a stres z dlouhodobého selhávání v terapii může u dětí způsobovat agresi a nechuť ke spolupráci a řečové komunikaci.

1.4 Symptomatologie

Vývojová dysfázie představuje složitý syndrom, jehož klinický obraz je velmi rozmanitý a odráží se v nerovnoměrném vývoji celé osobnosti. Jednotlivé symptomy se projevují u každého jedince s jinou intenzitou a v rozdílných kombinacích. Symptomy jsou závislé na typu a stupni dysfázie a na přítomnosti dalších komorbidních poruch (Pospíšilová, 2018).

❖ Sluchová percepce

Charakteristickým symptomem je narušení sluchové percepce, které má u vývojové dysfázie zásadní význam. Vnímání zvuků řeči je u jedinců

s vývojovou dysfázií splývavé, obtížně zachycují jednotlivá slova ve větách, hlásky ve slovech, zhoršená je i diskriminace vzájemně podobných prvků řeči. Objevuje se zvýšená senzitivita na hlasité zvuky (Pospíšilová, 2018). Kromě toho je narušeno vnímání, zapamatování a napodobení melodie a rytmu. Porucha je i v oblasti časového zpracování akustického signálu, kdy se objevují latence (Škodová, Jedlička, 2007). Dlouhá (2017, s. 121) hovoří o tom, že: „*Porucha fonemického sluchu způsobuje obtíže se sluchovým rozlišováním zvukově podobných hlásek, zvláště v distinktivním rysu znělost – neznělost. Děti s vývojovou dysfázií mají tuto schopnost výrazně porušenou, záměna hlásky mění význam celého slova. To má vliv na percepce i realizaci víceslabičných slov.*“. Rovněž jsou pro vývojovou dysfázií typické obtíže s rozlišováním měkkých a tvrdých hlásek, rozlišováním dvojic sykavek, rozlišováním znělosti a se záměnami samohlásek (Kutálková, 2011).

Mezi symptomy obtíží se sluchovým zpracováním dále blíže patří:

- horší poslechové projevy charakterizované sníženou pozorností
- nutnost opakování instrukcí pro jejich pochopení, ale i zapamatování
- obtížné rozumění řeči na pozadí hluku
- zhoršená fonemická analýza a syntéza
- potřeba delšího času ke zpracování informace, stejně jako k odpovědi
- obtíže sledovat více příkazů
- obtíže sledovat dlouhou konverzaci
- obtíže rozumět rychlé řeči
- v konečném důsledku i problémy s chováním ve škole a domácím prostředí (Dlouhá, 2017)

❖ **Zraková percepce**

Narušení zrakové percepce se projeví především v oblasti kresby. Velmi často se objevuje deformace tvarů a disproporce. Přímký, úhly a křivky jsou nesprávně zobrazené. Napojování čar je nepřesné, čáry slabé, časté je přetahování. Obrázky jsou často v rotaci vzhledem ke spodní rovině. Nápadné je i využití plochy papíru – valná část zůstává nevyužitá, zatímco části obrázku se tísň u sebe, nebo jsou dokonce nakresleny jeden přes druhý (Škodová, Jedlička, 2007). Zhoršení se vyskytuje i v oblasti zrakového rozlišení podobných tvarů a figury a pozadí (Pospíšilová, 2017).

❖ **Jazyk, řeč a mluva**

V řeči je patrná malá slovní zásoba, která se jen pomalu rozrůstá, dominují podstatná jména. Časté jsou odchylky artikulace v různém rozsahu, někdy se ale vyskytuje vývojová dysfázie i bez dyslalie. Vyskytují se inverze slovosledu, stavba vět je celkově chudá, mnohdy stereotypní, často jsou věty redukovány až na jednoslovnou či dvouslovnou skladbu. Může docházet k redukčním či záměnám hlásek nebo slabik především u delších slov (Kutálková, 2011). Zhoršené je porozumění jak významům slov, tvarům slov, tak i větám a větným sdělením. Vážně výbavnost slov, dysnomie se sekundárně projevuje verbální neplýnulostí. Osvojování gramatických pravidel a větné konstrukce je zdlouhavé a obtížné, objevují se odchylky v časování a skloňování, špatné volby předložek. Potíže se projeví i v pragmatické rovině. Objevují se obtíže s užitím odpovídajících komunikačních prostředků, jako očního kontaktu, intonace hlasu, setkáváme se také s echoláliemi při rozhovoru. Poměrně časté jsou obtíže v rámci vrstevnických vztahů (Pospíšilová, 2018). Narušený řečový vývoj, charakteristický i pro vývojovou dysfázii, může být rizikovým faktorem pro vznik koktavosti. Mluva rovněž může vykazovat příznaky tumlultu sermonis (Dlouhá, 2017).

❖ **Paměť a pozornost**

Děti s vývojovou dysfázií mají významně nižší kapacitu slovní pracovní paměti, což omezuje zpracování, ukládání informací a celkový vývoj jazykových schopností. Verbální pracovní paměť se zapojuje do množství jazykových dovedností, jako receptivní a expresivní slovní zásoba, slovní porozumění a syntaxe. Pracovní slovní paměť je extrémně důležitá pro porozumění čtenému. Z hlediska dlouhodobé paměti se zdá, že procedurální paměť je na dobré úrovni, patrně vzhledem k jejímu méně verbálnímu charakteru. Deklarativní paměti prospívá, pokud existuje vazba mezi sluchovými a vizuálními informacemi (Pospíšilová, 2018). Kolesová (2016) k tomu doplňuje, že krátkodobá verbální paměť a její deficity způsobují v praxi to, že je pro dítě problematické opakování víceslabičných slov. Dítě nezopakuje víceslovnou větu, a problematicky se učí i početní řadu, básničky a písničky.

Poruchy paměti úzce souvisí s poruchami pozornosti. Znatelná je především porušená pozornost směrem k řečovým podnětům. Pozornost je často ulpívavá směrem k neverbálním aktivitám. V koncentraci pozornosti jsou časté výkyvy, je snižená odolnost vůči rušivým vlivům (Škodová, Jedlička, 2007).

❖ **Motorika**

Dítě má obtíže s koordinací pohybů, načasováním, rovnováhou, sekvencemi pohybů. Hrubá i jemná motorika je celkově neobratná. Neobratnost jemné motoriky se projeví i v sebeobsluze – používání příboru, manipulace s knoflíky, šněrování tkaniček, čištění zubů, česání, otevírání předmětů a dalších manuálních činnostech. Může být narušeno vnímání propriocepce – a to jak v rámci polohy celého těla, v orální dutině, v dlani (Pospíšilová, 2018). Grafomotorika je opožděná, děti s vývojovou dysfázií často nerady kreslí. Dlouho jsou kresby jen čmáranicemi, děti nevybarvují a nekreslí oblíbené dětské motivy. Upřednostňují tmavé barvy, nejčastěji černou. Charakteristické je přetrvávání období čárání, v kresbě postavy dlouho přetrvává hlavonožec (Kolesová, 2016).

❖ **Orientace v čase a prostoru**

Dítě si dlouho osvojuje pravolevou orientaci (na těle vlastním i na těle druhé osoby, na ploše i v prostoru). Z hlediska lateralit se častěji vyskytuje nepříhodná zkřížená lateralita oko – ruka, nebo nevyhraněná lateralita. Dítě se obtížně orientuje v časových pojmech (včera, dnes, zítra, částech dne, dnech v týdnu a ročních obdobích), rovněž vázne orientace ve vztazích mezi rodinnými příslušníky. Je třeba posilovat orientaci v částech těla (Kolesová, 2016).

❖ **Intelekt**

Jak uvádí Škodová a Jedlička (2007) porucha intelektu u vývojové dysfázie není součástí klinického obrazu. Pokud je kognitivní deficit přítomen, jedná se o další přidruženou poruchu a můžeme tak hovořit o kombinovaném postižení. Intelekt v některých případech může být i nadprůměrný, a to i v případech těžké vývojové dysfázie. Je ale nezbytné, aby byla včas zahájena cílená terapie rozvíjející obsahovou stránku řeči – pokud tomu tak není, může dojít k sekundárnímu poklesu intelektu vlivem nedostatku informací. Celkově se projevuje výrazná diskrepance, verbální složka intelektu je výrazně opožděná vzhledem k ostatním složkám intelektu.

Předpokladem klinického obrazu vývojové dysfázie je vyšší neverbální IQ oproti verbálnímu. Někdy se ale lze setkat i s dětmi s vývojovou dysfázií, které mají nadprůměrný intelekt v oblasti verbální i neverbální, přičemž neverbální je vyšší. Oproti tomu se vyskytují případy, kdy dítě s neverbálním intelektem v pásmu lehké mentální retardace vykazuje veškerou symptomatiku vývojové dysfázie. Z toho důvodu

by naměřená hodnota IQ neměla být hlavním kritériem v diagnostice vývojové dysfázie (Pospíšilová, 2018).

❖ **Exekutivní funkce**

U dětí s vývojovou dysfázií se vyskytuje opoždění exekutivních funkcí. S věkem se schopnosti sice zlepšují, nedosahují však normy. Exekutivní funkce zahrnují například dovednost plánovat, rozhodovat se, řešit problémy, seberegulaci, sebekritičnost, introspekci, řízení pozornosti, pracovní paměť, verbální fluenci, multitasking, vědomí svých silných a slabých stránek, stanovování si realistických cílů, chápání abstraktních informací, efektivní nakládání s časem, započínání činnosti samostatně, dokončování činnosti, zvládnutí změny rutiny a učení se z chyb (Pospíšilová, 2018).

❖ **Komorbidity**

Ve spojení s vývojovou dysfázií se poměrně často vyskytují další komorbidní poruchy. Zejména je možné se setkat s ADHD, dyspraxií (nejčastěji orální a grafická, nebo verbální či artikulační) a SPU (specifické poruchy učení viz podkapitola 2.4). Dále je možné se v některých případech setkat s komorbiditou vývojové dysfázie s úzkostnými poruchami, poruchami plynulosti, neorganickou enurézou, elektivním mutismem a pravděpodobně poruchami autistického spektra. Vývojová dysfázie se může objevit i u dětí se sluchovým postižením, což je komplikující komorbidita například u reedukace po kochleární implantaci (Pospíšilová, 2018).

1.5 Diagnostika

Je nezbytné, aby diagnostika vývojové dysfázie byla založena na týmové spolupráci odborníků různých profesí. Úspěch terapie je přímo závislý na správnosti a včasnosti diagnostiky a diferenciatní diagnostiky. Prolnout by se měla spolupráce foniatra, dětského neurologa, pediatra, klinického logopeda, dětského klinického psychologa a speciálního pedagoga (Škodová, Jedlička, 2007). Rovněž je v některých případech vhodné, aby byl zapojen dětský psychiatr – zejména tehdy, pokud se u dítěte vyskytuje komorbidita s ADHD takové závažnosti, že není možné dítě vyšetřit, a je tedy nutná psychiatrická medikamentózní podpora. Dále se psychiatr zapojí při diferenciatní diagnostice vývojové dysfázie a autismu (Pospíšilová, 2018).

Nejčastěji je diagnostika odstartována odesláním tříletého dítěte k vyšetření na základě preventivní tříleté prohlídky. Výjimkou není ale ani situace, kdy odborníka vyhledají sami rodiče, či se do péče dítě dostává na základě doporučení z mateřské školy. Pokud se u dítěte vyskytly nějaké pre-, peri- nebo postnatální komplikace, je dítě v mezioborové péči odborníků již od narození. Platí to například pro děti nedonošené, kterých je v ČR asi 8% (Dlouhá, 2017).

Diagnostika vývojové dysfázie je založena především na hodnocení klinického obrazu. Důležitou hodnotu proto nese pozorování dítěte a jeho interakcí a anamnestický rozhovor s rodiči. Samotné diagnostické vyšetření pomocí testů a zkoušek je možné vzhledem k časové náročnosti rozložit do více návštěv. Obecně lze říci, že v našem prostředí neexistuje standardizovaná ujednocená baterie pro diagnostiku vývojové dysfázie (Pospíšilová, 2018).

Foniatrická diagnostika zhodnotí úroveň percepce a exprese řeči. Hodnotí melodii a tempo řeči, provádí vyšetření artikulačních okrsků, stav pasivní i aktivní slovní zásoby, posuzuje, jak dítě umí se slovy operovat, jak je schopno řadit slova do syntaktických řetězců, jak vytváří gramatické struktury. Dále má v rámci foniatrické diagnostiky důležitou pozici vyšetření stavu fonemického sluchu. Pozornost je věnována rovněž vyšetření stavu sluchu, které se provádí pomocí sluchové zkoušky, audiometrie a tympanometrie. Pro vývojovou dysfázii je podstatné vyšetření indexu vnitřní informace řeči, jež slouží ke zhodnocení stavu rozumění řeči - u předškolních dětí s vývojovou dysfázií jsou výsledky v úrovni indexu 0,6 a méně (Veldová, 1996).

Neurologický nález může být někdy v případě vývojové dysfázie zcela negativní. Někdy se v rámci EEG objevuje komplex vlna – hrot, ale bez manifestace epileptických projevů. I výpočetní tomografie (CT) bývá negativní. Z těchto vyšetření tedy vyplývá difúzní postižení CNS. Vyšetření by měl provádět neurolog se zkušenostmi s problematikou vývojové dysfázie.

Z nálezu psychologické diagnostiky jsou patrné známky organicity, včetně pozitivního nálezu v kresbě. Kresba postavy u dítěte s vývojovou dysfázií je na nízké úrovni, většinou chybí detaily v obličeji (ústa, nos, uši, vlasy), nebo je dítě nakreslí s rotací do svislé roviny. Rovněž mohou postavě chybět další části, jako jsou prsty či krk, nebo není oblečená. Postavy působí schematicky. Ve zkoušce obkreslování, ze které je patrná úroveň jemné motoriky a zrakové percepce, mají děti s vývojovou dysfázií velmi špatné výsledky, nehledě na stav intelektu. Dětský klinický psycholog rovněž

vyšetří stav intelektu, porucha intelektu však zcela zásadně není součástí klinického obrazu vývojové dysfázie (Škodová, Jedlička, 2007). Více k problematice intelektu v podkapitole 1.4, která je zaměřená na symptomatologii.

Logopedická a speciálně pedagogická diagnostika se zaměřuje na nejtypičtější deficity, které spatřujeme v rámci klinického obrazu vývojové dysfázie. Pospíšilová (2018) diferencuje logopedickou diagnostiku dle věku klienta:

- ❖ Do 4 let věku – značná část času je věnována pozorování dítěte a anamnestickému rozhovoru s rodiči. Důležitou roli zastává hodnocení a porovnání vývojové úrovně jednotlivých oblastí psychomotorického vývoje. Podrobnější zaměření je věnováno fatickým funkcím včetně stanovení vývojové úrovně neverbální komunikace, verbálního porozumění, verbálního úsudku, verbální paměti, příjmu potravy, grafomotoriky, sociální reaktivity. Využívá se Zkouška krátkodobé verbální paměti a dětský Token test (Bolceková, Preiss, Krejčová, 2015), který slouží pro zhodnocení receptivní složky řeči i krátkodobé slovní paměti. Token test je standardizován pro děti od 36 do 85 měsíců, předpokladem pro jeho užití je znalost barev a tvarů.

- ❖ Předškolní věk – důkladná pozornost je věnována anamnestickému rozhovoru s rodiči. Dle hodnotící škály psychomotorického vývoje sledujeme úroveň vývoje jednotlivých oblastí. Blíže se zaměříme rovněž na fatické funkce včetně stanovení kapacity krátkodobé slovní paměti i dlouhodobé slovní paměti, pojmového rozumění a sluchové percepce. Využíván je materiál Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová a kol., 1995) a Zkouška sluchové diferenciacce (Wepman, Matějček, 1993), která slouží pro orientační zhodnocení. Token test se využívá ke zhodnocení morfologie a syntaxe v recepci včetně krátkodobé verbální paměti. Dále se užívá Zkouška jazykového citu (Žlab, 1992), Test obkreslování (Matějček, Vágnerová, 1974), Edfeldtův reverzní test (Malotínová, 1968), Věková stupnice aktivní mimické psychomotoriky dle KWINTA, Test jemné motoriky dle Ozeretského (Anastasu a Urbina, 1997). Heidelberský test řečového vývoje (Mikulajková, 2000) umožňuje rozlišit řečově-jazykový a řečově-pragmatický charakter obtíží. Dále se využívá Diagnostická baterie

pro posuzování vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku (Seidlová Málková, Smolík, 2014) a orientačně kresba lidské postavy.

- ❖ Školní věk – v tomto období se do anamnestického rozhovoru nezapojí už pouze rodiče, ale i dítě samotné. Vhodné je získat i hodnocení učitele. Sledujeme kapacitu fonologické smyčky. Využívá se Token test, Heidelberský test, Zkouška čtení, Test obkreslování, Věková stupnice aktivní mimické psychomotoriky dle KWINTA, Test jemné motoriky dle Ozeretského. Orientačně zhodnotíme i kresbu postavy. V tomto období se již zaměřujeme i na diagnostiku vývojových poruch učení.

Detailnější pozornost věnujeme oblasti orientace v prostoru a čase, kdy se vyskytují výraznější obtíže v postihování prostorových vztahů a pravo-levé orientaci. Rovněž sledujeme chápání časových vztahů, se kterými mají děti s vývojovou dysfázií potíže.

Je sledován stav jemné i hrubé motoriky a orofaciální motoriky. Pohyby jazyka, rtů a tváří bývají nedostatečné či nepřesné. Děti s vývojovou dysfázií často nedokážou napodobit ani jednoduché grimasy a pohyby mluvidel. Více než vlastní pohyb určité oblasti je narušena koordinace pohybů – například střídání antagonistických pohybů. Téměř vždy je potíž s elevací jazyka. V pohybech chybí plynulost, vázanost a dítě ulpívá na předchozím pohybu.

Zrakové vnímání lze komplexně zhodnotit pomocí Vývojového testu zrakového vnímání (Frostigová, 1972), jehož subtesty se zaměřují na vizuomotorickou koordinaci, diferenciaci figura a pozadí, kontrastnost tvaru, polohu v prostoru a prostorové vztahy. Ve všech těchto oblastech má dítě s vývojovou dysfázií potíže.

Jazykové schopnosti dětí s vývojovou dysfázií jsou výrazně horší, než by se dalo očekávat dle daných neverbálních intelektových schopností. Porucha řečové komunikace má systémový charakter a zasahuje v různé míře jak percepční tak expresivní oblast řeči ve všech jazykových rovinách.

V rámci grafomotoriky často sledujeme nevyzrálé uchopování psací potřeby. Opoždění v kresbě může značit poruchy v oblasti zrakového vnímání, poruchy senzomotorické koordinace a poruchy jemné motoriky. Děti s vývojovou dysfázií nedokážou napodobit ani jednoduchý obrázek dle předlohy. Kresba postavy má u dětí s vývojovou dysfázií velkou diagnostickou hodnotu, standardizované vyšetření kresby

je v kompetenci dětského klinického psychologa, v případě logopedické diagnostiky je orientační.

Pozorujeme stav pozornosti – poruchy v oblasti koncentrace pozornosti jsou pro vývojovou dysfázii typické. Ve vztahu s poruchami pozornosti jsou i poruchy paměti. Nápadná je porucha krátkodobé paměti (Škodová, Jedlička, 2007).

1.5.1 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika vývojových poruch řečové komunikace má vrcholnou důležitost pro úspěšnost terapie, má též širší přesah například do výběru vhodného vzdělávacího zařízení. Jejím hlavním cílem je zjistit, zda daná porucha řečové komunikace má etiologii v poruše motorických řečových funkcí, ve specifické poruše rozvoje individuálních jazykových schopností, v poruše sluchové percepce, v celkovém opoždění kognitivních funkcí či je podstatou vliv pervazivní vývojové poruchy. Diferenciální diagnostika je výsledkem interakce mezi odborníky a musí být realizovaná dlouhodobě, nikoli jednorázově. Také je nezbytné iniciovat rediagnostiku v případě nedostatečného pokroku v terapii, stagnujícího stavu poruchy řečové komunikace a při podezření na nesprávnou diagnózu. Včasné odhalení sluchové vady je esenciální pro veškerou další realizaci terapeutické podpory a rozvoj dítěte se sluchovou vadou. U vývojové dysfázie, jakož to u poruchy rozvoje individuálních jazykových schopností, je podstatou diferenciální diagnostiky zabránění zařazení takového dítěte do kategorie mentálního deficitu (Neubauer, 2014).

Dle Pospíšilové (2018) je v praxi nutné brát v rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie v potaz artikulační poruchu, poruchu sluchové percepce, kognitivní deficit, poruchu autistického spektra, genetická onemocnění s podobnou symptomatikou (například syndrom Klinefelterův, Angelmanův), Landau-Kleffnerův syndrom (získaná porucha řeči s epilepsií) a podnětovou či emoční deprivací.

1.6 Terapie

Pro úspěšnou terapii vývojové dysfázie je nezbytné vybudovat kvalitní spolupráci mezi logopedem (a dalšími odborníky), rodinou a vzdělávací institucí. Terapie vývojové dysfázie je dlouhodobá, trvající většinou v řádu let. V průběhu tohoto kontinuálního procesu je třeba rodinu a dítě trvale motivovat a odůvodňovat principy a postup terapie. Rodiče musíme edukovat tak, aby chápali podstatu a specifika diagnózy, její prognózu,

komplexnost péče a cílené stimulace. Rodiče hrají v rozvoji svého dítěte klíčovou roli. Terapie by měla být pro dítě zábavná a mělo by zažívat úspěch. Aby mohla být rodina terapeuticky činná doma, musí být zapojena a při návštěvě klinického logopeda nesmí být pasivní.

V případě vývojové dysfázie je terapie zaměřená na stimulaci celé osobnosti dítěte. Hrubou chybou je terapie zaměřená pouze na formální stránku řeči (Škodová, 2017). Vzhledem k tomu, že nejsilnější oblastí je neverbální intelekt, je třeba v rámci terapie zvýšeně využívat vizualizace. Tímto způsobem stimuluje rozvoj narušených oblastí pomocí oblastí silných, méně narušených. Zapojujeme multisenzoriální přístup propojováním auditivních, vizuálních a taktilních podnětů. Jednotlivé oblasti stimuluje vždy dle vývojového přístupu o jeden milník výše, než kde se nachází schopnosti dítěte a respektujeme vývojové tempo každého dítěte s vývojovou dysfázií (Pospíšilová, 2018).

V terapii musí být pozornost věnována oblasti zrakové percepce, sluchové percepce, myšlení, paměti, pozornosti a pohotovosti, rovněž také musíme rozvíjet motoriku (jemnou i hrubou), schopnost orientace v čase a prostoru, grafomotoriku a řeč, dominantně v její obsahové složce. Tyto oblasti, na které je terapie cílena, ve své podstatě kopírují oblasti, které se objevují v různé intenzitě v rámci symptomatologie této diagnózy. Zmíněné oblasti nerozvíjíme izolovaně, těžíme z toho, co dítě již ovládá a kombinujeme terapeutické postupy (Škodová, 2017).

❖ **Zraková percepce**

Z etiologického hlediska je tato oblast narušena vlivem poruchy centrálního zpracování zrakového vjemu, nikoli zrakového analyzátoru samotného. Tuto oblast rozvíjíme od samého počátku terapie. Nejprve dozrává schopnost rozlišit detaily směrem nahoru – dolů, později se rozvíjí schopnost rozlišit polohu vpravo – vlevo, což je důležité pro pozdější výuku čtení a psaní (Škodová, Jedlička, 2007). V rámci terapeutické stimulace Škodová (2017) doporučuje ze své zkušenosti využít principů a období úkolů vycházejících z Vývojového testu zrakového vnímání (Frostigová, 1972). Test se nezaměřuje jen na vnímání tvarů a barev, ale i na koordinaci zpracování jednotlivých vjemů ve vztahu ke koordinaci ruky. Jednotlivé subtesty tohoto materiálu mohou posloužit jako přímý návod ke stimulaci zrakové percepce; stimuluje vizuomotorickou koordinaci oko - ruka, problémy v níž se objeví zejména při kresbě, stimuluje rozlišování figury a pozadí, kontrastnost tvaru, polohu v prostoru a prostorové vztahy.

V daných oblastech postupujeme ve zmíněném pořadí, neboť materiál vychází z pojetí vývoje zrakového vnímání, které předpokládá, že osvojení vývojově vyšší percepční schopnosti je podmíněno předchozím osvojením schopnosti vývojově nižší (Pokorná, 2010).

❖ **Sluchová percepce**

Vychází z poruchy v oblasti časového zpracování akustického signálu, které je jednou z důležitých funkcí k rozeznání fonémů. Je zhoršené rozlišování hlásek zvukově podobných, na základě čehož je ovlivněna i schopnost tvorby sledů hlásek a slabik. Děti s vývojovou dysfázií mají potíže s rozeznáním klíčových slov pro pochopení celkového obsahu řeči. Porucha fonemického sluchu může vést k dalším vývojovým poruchám, dyslexii a dysgrafii. V souvislosti se sluchovou percepcí se vyskytuje i zhoršené schopnosti rytmizace. Cíleně stimuluje sluchovou percepci pomocí různých úkolů zaměřených na sluchovou diskriminaci. Působíme na zlepšení schopností v oblasti fonemického sluchu, sluchové analýzy a syntézy (Škodová, Jedlička, 2007).

Kutálková (2002) uvádí konkrétní aktivity z oblasti sluchového vnímání, například dítě reaguje domluveným způsobem (tleskne, vyskočí, zamává) na danou slabiku ve slovech, která říkáme, vymýšlíme slova na daný slovní základ (první slabika, první hláska, poslední hláska), k čemuž poslouží hra slovní fotbal, nebo aktivita, kdy dítě rozlišuje slova lišící se jednou hláskou a hodnotí, zda jsou stejná nebo jiná.

❖ **Paměť a pozornost**

U dětí s vývojovou dysfázií je oslabena krátkodobá paměť. Deficity v této oblasti se snažíme překonat stimulací zaměřenou na pochopení instrukce, fixaci pořadí instrukcí, nácvik opakování delších slov. Zaměřujeme se také na dodržování slovosledu, počtu slov ve větě a rytmizaci slov. V této oblasti nese velkou důležitost konzistence terapeutického působení a opakování daných úkolů, aby si dítě vštípilo pracovní postupy, kterým se při zvládnání jednotlivých úkolů učí (Škodová, 2017).

Úkoly trénující paměť zároveň stimulují i smyslové vnímání. Zapojuje se i pozornost a soustředění. Zrakovou paměť můžeme rozvíjet pomocí pexesa a Kimových her. Sluchovou paměť trénujeme opakováním řady slov s logickou souvislostí či bez ní, sestavením obrázků v pořadí, ve kterém slyší dítě slova za sebou. Dále můžeme poznávat písničku podle melodie, trénovat zapamatování básniček a písniček, rozpoznání daného obrázku dle vytleskaných slabik, hry s rozšiřováním slovní

řady (např. babička šla a koupila...). Dále můžeme pracovat i s pamětí propojenou s pohybem či hmatem, například pomocí písni spojených s pohyby, poznání předmětu dle hmatu bez vizuální opory atd. (Kutálková, 2002).

❖ **Motorika**

U dítěte s vývojovou dysfázií je viditelný motorický neklid a zhoršená koordinace pohybů. Celková neobratnost a nešikovnost se projeví ve všech činnostech. Motoriku rukou trénujeme různými stavebnicemi, navlékáním korálek různé velikosti, komplexnější praxi rukou trénujeme nácvikem zavazování tkaniček, zapínáním zipů a knoflíků a nácvikem dalších pracovních postupů. Rovněž je třeba stimulovat dynamickou organizaci pohybů pomocí rytmických a pohybových her. Neobratnost je patrná ve všech aktivitách zapojujících hrubou motoriku typických pro dětský věk, jako je výskok, přeskok snožmo, skoky po jedné noze, stoj na jedné noze, lezení, jízda na kole, plavání, míčové hry. Charakteristické je i chození po schodech: dlouho trvá, než si dítě osvojí pravidelné střídání nohou a chození ze schodů bez přidržování se. Jelikož s touto sférou se bude v širším měřítku potýkat především rodič, například v rámci sebeobsluhy dítěte, je třeba rodičům vysvětlit, že tyto aktivity si bude dítě osvojovat dlouze a náročněji, a je tedy potřeba, aby byla dítěti poskytována přiměřená dopomoc, instrukce a povzbuzení, spíše než aby rodič přebíral iniciativu a dané aktivity dělal za dítě. V klinickém prostředí lze rozvíjení jemné a hrubé motoriky velmi dobře zapojit do skupinové terapie.

V rámci motoriky mluvidel je narušena zejména koordinace pohybů, která je narušena více než pohyblivost dané části jako takové. Trénujeme střídání antagonistických pohybů, plynulost pohybů a jejich návaznost. Zvýšená pozornost musí být věnována cílenému pohybu elevace jazyka, který vážně téměř vždy (Škodová, Jedlička, 2007).

❖ **Orientace v prostoru a čase**

Orientace dětí s vývojovou dysfázií v čase, prostoru, osobních údajích, rodinných vztazích je téměř vždy problematická. Zejména vnímání časových vztahů je viditelně narušeno, což není dáno poruchou vnímání časových úseků jako takových, ale poruchou verbálního označení času. Velké deficity se objevují ve vystihování prostorových vztahů, stejně tak i v pravolevé orientaci. Obtíže s pravolevou orientací jsou vázány i na častou nevyhraněnou či zkříženou dominanci ruky a oka. Děti s vývojovou dysfázií mají potíže s napodobením zadaného jednoduchého obrázku ze dvou až čtyř prvků (vycházejícího

např. z jednoduchých geometrických tvarů – kruh, čáry různé délky) na papír, stejně jako s jeho přenesením do prostoru pomocí modelíny, špejlí nebo provázku (Škodová, 2017).

Stimulujeme schopnost automaticky vnímat směrovost a vnímání tělesného schématu. Nedostatečné rozvinutí pravolevé orientace se odráží ve školních dovednostech, zejména ve čtení a psaní – časté je zaměňování tvarů písmen, potíže s orientací na ploše papíru a v textu, či orientace na ose (Kutálková, 2002).

V rámci rozvíjení schopností orientace je nutné dlouhodobé pravidelné (každodenní) působení, jelikož nejlépe si dítě dané pojmy osvojuje v přímé souvislosti s konkrétní událostí (aktuálně probíhající den v týdnu, měsíc, roční období, část dne...). V návaznosti na to mají nejlepší možnost systematického působení zejména denní stacionáře, mateřské školy a samotní rodiče dítěte (Škodová, Jedlička, 2007).

❖ **Grafomotorika**

Kreslení lze využít jako úvodní metodu při navazování prvotního kontaktu. Pro většinu dětí je kreslení příjemnou aktivitou, kterou rády vyhledávají a nemívají z ní strach. Vede rovněž k motorickému uvolnění, sníží se tak nejistota dítěte, která může komplikovat spolupráci s terapeutem. U dětí s vývojovou dysfázií je třeba v této oblasti postupovat nenásilně, protože děti s touto diagnózou v počátcích terapie často nekreslí vůbec nebo kreslí nerady. Kresby jsou dlouho čáranicemi, dítěti se nedaří obkreslování, nenapodobí obrázek, nezvládá vytvořit obrázek na daný pokyn. Je třeba postupovat od nejzákladnějších prvků a nejprve je nacvičovat pomocí obtahování a obkreslování předlohy. Vždy je nutné předvádět přesný pracovní postup po jednotlivých krocích. Po nacvičení daného základního prvku dále prvek kombinujeme tak, aby tvořil jednoduché schéma (např. různě velké kruhy vytvoří základ sněhuláka). Po tréninku dalších prvků pracujeme s jejich kombinacemi a tvoříme z nich jednoduchý obrázek – například pomocí kruhu a čar sestrojíme sluníčko. Je dobré k rozvoji kresby využít nejen plochu papíru, ale i větší plochu tabule, která napomáhá k uvolnění ruky, vzhledem k častému opoždění jemné motoriky (Škodová, Jedlička, 2007).

Kresba má v terapii vývojové dysfázie velký význam, neboť je velmi důležitým základem pro pozdější psaní. Je důležité u dítěte vbudovat vhodný špetkový úchop. Kresba nám poskytuje orientační vhled do vývoje rozumových schopností. Selhání v kresbě může znamenat poruchy v oblasti zrakového vnímání, poruchy senzomotorické

koordinace, poruchy jemné motoriky a poruchy integrace těchto funkcí. Kresba zachycuje i úroveň vizuální paměti a představivosti (Škodová, 2017).

❖ Řeč

Terapie je vždy individuální na základě věku, vývojového stupně a specifík poruchy řečové komunikace. Děti s vývojovou dysfázií se značně liší ve svých schopnostech a možnostech. Důležité je vedení rodičů směrem k tvoření stimulačního rodinného prostředí a poskytování správných mluvních vzorů (Škodová, 2017).

Rozvíjíme především obsahovou stránku řeči, až druhotně stránku formální. Zaměření terapie výlučně na formální stránku řeči je v případě vývojové dysfázie hrubou terapeutickou chybou. U dítěte s minimální slovní produkcí je třeba začít vždy se stimulací rozumění řeči a motivací mluvního apetitu dítěte. Rozumění se rozvíjí pomocí stereotypů, které jsou vždy provázeny stejnými slovy, případně pohyby a tak dochází ke spojování mluvního zvuku s osobou, předmětem, obrázkem či pohybem.

K rozvoji obsahové stránky řeči využíváme vizualizaci pomocí pomůcek, obrázkových materiálů, počítačových programů. V terapii vždy postupujeme dále od toho, co má již dítě upevněno. Pokud pracujeme od samého základu řečové komunikace, jdeme od nejjednodušších elementů řeči, tedy od základního zvukového materiálu (hlasu, hlasu obměňovaného citem a napodobení zvuků). Následují první jednoslabičná slova, zpravidla onomatopoeia. První dvouslabičná slova vznikají opakováním základních slabik (mama, baba, tata, papa). Postupně poté přecházíme ke kombinaci slabik se dvěma různými samohláskami, poté dvěma různými souhláskami. Rozvíjíme základní část dětské slovní zásoby, kterou představují podstatná jména konkrétní a slovesa. Dále tvoříme jednoslovnou až dvouslovnou větu. Rozvíjíme hlouběji větnou stavbu, pracujeme na tvorbě tříslavné věty. U většiny dětí s vývojovou dysfázií právě syntax činí potíže a je nutné jí věnovat intenzivní pozornost. Dalším stupněm jsou víceslabičná slova a jejich zapojení do vět. Rozšiřujeme systematicky slovní zásobu o další slovní druhy. Pracujeme na odstraňování dysgramatismů. Vrcholnými body rozvoje obsahové stránky řeči jsou popis děje s obrázkem, vyprávění pohádky, příběhu nebo zážitku, práce se serialitou pomocí obrázků – stavba dějové a časové linie. Až v tomto bodě, po upevnění všech výše popsaných oblastí, je na místě zaměřit se na hovorovou mluvu a postupnou úpravu artikulace (Škodová, Jedlička, 2007). Rozvoj artikulace u dětí s vývojovou dysfázií je zaměřen na fonemický sluch a je veden snahou o srozumitelnost řečového projevu. Proto není rozvoj artikulace zaměřen úzce na jednu

hlásku, ale na rozvoj odlišení skupiny fonematically blízkých hlásek jako sykavek nebo znělých a neznělých hlásek, s použitím rytmizačních postupů ve spojení s hybností mluvidel a ruky, čímž se postupně zmírňují projevy záměn hlásek, redukcí slov a mogilalie hlásek (Neubauer, Neubauerová, Nohejlová, 2016).

Mluvní apetit dítěte můžeme podpořit i zohledněním jeho zájmů zahrnutím dané oblasti do rozvoje slovní zásoby. Příkladem může být situace, kdy pro některé chlapce může být zvýšeně motivující téma dopravních prostředků (Kutálková, 2002).

1.7 Prognóza

Vývojová dysfázie je jednoznačně diagnózou, u které nelze plošně vyřknout prognózu. Vývoj stavu dítěte s vývojovou dysfázií je ovlivněn mnoha faktory, stupněm poruchy a konkrétní symptomatikou, komorbiditami, včasností a zacíleností terapie, vhodností volby školského zařízení, efektivitou mezioborové spolupráce, a v neposlední řadě stav zásadně ovlivní i úroveň aktivity a zapojení rodičů do terapeutického působení na své dítě. Terapie je dlouhodobá, trvající v řádu let, u těžších forem trvá i po celý školní věk. Lze však říct, že dozráváním CNS a adekvátním terapeutickým působením se úroveň jednotlivých složek zlepšuje. Vývojová dysfázie není stav neměnný, vyžaduje však systematickou stimulaci (Neubauer, 2010).

Významným činitelem, který ovlivňuje prognózu vývojové dysfázie je i intelekt. Ve školním věku vývojová dysfázie často rezultuje v specifické poruchy učení, výrazné problémy se často objeví i při osvojování cizího jazyka. Tato diagnóza by měla být v rámci základní školy vždy řádně zohledněna a ošetřena péčí SPC, neboť nedostatečně rozvinuté řečové schopnosti jsou ve školním věku výraznou překážkou: znevýhodňují dítě při klasifikaci, neboť vědomosti se hodnotí převážně na základě ústních odpovědí, potíže ve čtení a nedostatečná úroveň rozumění je u mladších dětí překážkou pro zvládnutí trivia, u starších dětí je zhoršené učení z učebnic a psaného textu a osvojení množství nových abstraktních pojmů v předmětech, jako chemie a fyzika. Zásadní je potom dopad neúspěchu v učení, odlišnosti od spolužáků a komunikační neobratnost v sociálních interakcích, na základě čehož mohou u žáka vznikat pocity méněcennosti. V konečném důsledku komunikační nedostatky a prospěch hrají velkou roli při volbě povolání, navazujícího na školní docházku. Proto je vrcholně důležitá volba školy a podmínek, v jakých vzdělávání probíhá. Vhodným vzdělávacím zařízením je možné tyto negativní problémy v co největší možné míře eliminovat prostřednictvím

vhodných podmínek, metod a erudovaností pedagoga v problematice vývojové dysfázie. V lokalitách vzdálenějších od velkých měst často nejsou dostupné mateřské a základní školy logopedické, tehdy je nutné volit mezi inkluzí dítěte v běžné základní škole a umístěním ve škole s možností internátu. Při včasné diagnostice, adekvátní rehabilitaci i rodinné péči a dalších individuálních vlastnostech, mohou děti s vývojovou dysfázií absolvovat běžnou základní školu a nejuspěšnější z nich i školu střední. Dosažení vysokoškolského vzdělání je zatím výjimkou (Škodová, Jedlička, 2007).

Leonard (2014) konstatuje, že osoby s vývojovou dysfázií ve svém životě nepopíratelně čelí komunikačním, vzdělávacím a ekonomickým problémům. Přestože je vývojová dysfázie nejčastěji diagnostikována už v předškolním věku, u mnoha osob s vývojovou dysfázií přetrvávají relativně slabé jazykové dovednosti i v dospělém věku.

2 Školní zralost a odklad školní docházky

2.1 Školní zralost a připravenost

Vstup do základní školy je velkým milníkem dětského věku. Mění se postavení dítěte, z dítěte se stává žák a na základě tohoto statusu jsou od něj očekávány určité schopnosti a jsou na něj kladeny stanovené nároky. Tento velký krok a jeho plynulost a načasování je zcela zásadní pro pozitivní vývoj celoživotního vzdělávání daného žáka. Je třeba v dětech podpořit a pěstovat pocity libosti této změny, je třeba motivovat je k tomu, aby se na vstup do základní školy těšily. Aby však dítě v základní škole mohlo pociťovat úspěch, musí být na tuto změnu dostatečně vyzrálé, zejména ve fyzické, mentální a emocionálně-sociální rovině (Nádvorníková, 2017).

Diagnostika školní zralosti je primárně doménou pedagogicko-psychologických poraden a speciálně-pedagogických center. Důležitou roli zde sehrává i mateřská škola, jelikož každý pedagog by na základě diagnostiky, která je součástí jeho výchovně-vzdělávacího působení, měl být schopen zachytit dítě, které je ohrožené školním neúspěchem, a doporučit jej na podrobnější vyšetření do výše zmíněných institucí. Rovněž rodič by měl v případě podezření, že vývojová úroveň jeho dítěte v některé oblasti není odpovídající vrstevníkům, vyhledat odbornou pomoc. Pediatr se zapojuje zejména v rámci zhodnocení fyzické zralosti a zdravotního stavu dítěte. I ostatní ošetřující odborníci mohou vyjádřit své doporučení ohledně prošetření vhodnosti nástupu do základní školy (zejména v případě neurologických, logopedických či psychiatrických

obtíží). Školní zralost si ověřují i základní školy, prostřednictvím zápisu do školy, který má mimo jiné i důležitou diagnostickou úlohu (Beníšková, 2007).

Doba nástupu do základní školy byla cíleně stanovena mezi 6-7 rokem, neboť v tomto věku dochází k různým vývojovým změnám, které jsou pro úspěšné zvládnutí školních požadavků důležité. Tyto změny jsou závislé na zrání a učení, s čímž se pojí pojmy školní zralost a školní připravenost.

Školní zralost je jedním z předpokladů přiměřeného zvládnutí role školáka. Zrání CNS se projeví především změnou celkové reaktivity směrem ke zlepšení regulačních schopností a zvýšení emocionální stability a odolnosti vůči zátěži. Jde nejen o regulaci emocí a chování, ale i o regulaci pozornosti a zaměření na stanovenou činnost. Dostatečná zralost je podmínkou účinnějšího učení, umožňuje lepší využití schopností dítěte. Zrání CNS má vliv i na snížení unavitelnosti dítěte. Nezralá (převážně emotivní) regulace je zaměřená na dosažení okamžitého uspokojení akutních potřeb, což už ale na úrovni základní školy není dostačující, a nedozralá školní zralost tak znesnadňuje adaptaci na školu a plnění všech jejích požadavků. Pro nezralé dítě je již nutnost dodržování nějakého režimu zátěží, která ho vyčerpává. Vývoj regulačních schopností závisí na zrání některých oblastí mozku, především prefrontální mozkové kůry, ale i na propojení některých center, která ovládají kognitivní funkce a emocionální prožívání. Mimo zrání CNS jsou ale regulační schopnosti dítěte ovlivněny i dispozicemi jeho temperamentu. Mezi další oblasti, které jsou ovlivněny procesem zrání, patří lateralizace ruky, rozvoj motorické i sensorické koordinace, koordinace motoriky mluvidel a zrakové a sluchové vnímání.

Školní připravenost představuje kompetence, na jejichž rozvoji se ve větší míře podílí učení. Tyto kompetence jsou závislé na sociální zkušenosti. Důležitý je postoj ke škole jako takové a hodnota, jakou rodina přičítá školnímu vzdělání. Dítě bezvýhradně přijímá postoj svých rodičů a to, jakou hodnotu pro ně školní vzdělání má. Dochází tak ke konfrontaci hodnotového systému rodiny a společnosti, kterou škola reprezentuje, a dítěti chybí motivace, aby pro něj nebylo školní vzdělání pouhou povinností, kterou respektuje jen formálně. Postoj k učení, který je dítěti rodinou vštípen, ovlivňuje značně jeho školní úspěšnost. Školní připravenost zahrnuje i osvojení sociálních kompetencí, zejména schopnost vytvářet přijatelné vztahy s vrstevníky a dospělými a schopnost chovat se dle stanovených pravidel. Součástí sociální připravenosti je i schopnost rozeznávat různé role a chování, které je s nimi spojováno. Dítě by mělo vědět, jakým

způsobem je přijatelné se chovat k dospělé autoritě, oproti vrstevníkům. Neznalost běžných norem chování a sociálních konvencí je velkou překážkou školní adaptace, protože dítě neví, jak se v dané situaci chovat, a že je od něj očekávána určitá regulace chování. Závěrem je nutné vyzdvihnout důležitost jazykových kompetencí, jejichž úroveň je ovlivněna právě v případě vývojové dysfázie. Dobrá znalost vyučovacího jazyka je základní podmínkou zvládnutí výuky i dalších požadavků. Velmi důležité je porozumění, jehož úroveň se citelně projeví na chápání výkladu i v sociálních interakcích. Dítě se zhoršeným porozuměním může odlišně chápat sdělení učitele i spolužáků, a proto na ně může odlišně reagovat. Nedostatečné porozumění vede k pocitu dezorientace - dítě neví, co se od něj očekává a jak má reagovat (Vágnerová, 2012).

2.1.1 Oblasti školní zralosti a školní připravenosti

1) Fyzický vývoj

Z hlediska zdravotního a tělesného stavu hodnotíme především přiměřený růst. Hlavními parametry, ze kterých se v tomto bodě vychází, je výška a váha dítěte. Využívá se Kapalínův index, který zjišťuje poměr těchto dvou jednotek. V ideálním případě má školsky zralé dítě mít míry 120 cm a 20 kg. Této hodnoty by mělo dítě dosáhnout právě v šestém roce věku. Výška, váha, pevná kostra a dostatečně rozvinuté svalstvo musí odpovídat tomu, že bude dítě nosit školní tašku a sedět delší časový úsek v lavici. V období končícího předškolního období se dostávají viditelné tělesné změny, nejviditelnější z nich je počátek výměny dětského chrupu za trvalý. Dochází k proporcionálním změnám dětské postavy. Postava začíná mít výrazně delší horní i dolní končetiny, zatímco růst hlavy je v tomto období pomalejší. Tato změna se zhodnocuje tzv. filipínskou mírou, kdy dítě vzpaží pravou ruku a přes temeno hlavy se pokouší dosáhnout si na levý ušní boltec. Důležitá je i menší míra unavitelnosti oproti předškolnímu období, kdy dítě už nepotřebuje po obědě delší dobu odpočívat či spát. Významný je i zdravotní stav. Nástup do základní školy může ovlivnit chronická nemoc, ale i častá nemocnost, která by zapříčinila velkou míru absence. Rovněž je třeba zhodnotit i vliv případných smyslových vad, tělesného postižení nebo poruch řečové komunikace a zahrnout je do úvah o odkladu školní docházky.

Fyzický vývoj dítěte můžeme ovlivnit vhodnou životosprávou. Kvalitní nutričně vyváženou stravou, dostatkem pohybu venku, upevňováním a dodržováním základních zdravotních návyků. Důležité je rozvíjení hrubé motoriky, která je základním

předpokladem pro rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky a dovedností spojených se psaním (Nádvorníková, 2017).

Posouzení fyzické zralosti je primárně v rukou pediatra, jakožto lékaře, který zná psychomotorický vývoj dítěte od narození. Zná okolnosti pre-, peri- a postnatálního vývoje. Sleduje vývoj dítěte při pravidelných preventivních prohlídkách (Otevřelová, 2016).

Bednářová a Šmardová (2011a) poukazují na to, že váha a výška dítěte sice nemůžou být brány jako prvořadý ukazatel zralosti dítěte, je ale třeba zamyslet se nad tím, že drobnější tělesná konstituce potencionálně může způsobovat snadnější unavitelnost, nižší odolnost vůči psychofyzické zátěži, a může být nevýhodou v kolektivu starších, případně fyzicky vyspělejších spolužáků. Příliš drobné dítě se může cítit ohrožené, slabé, méněcenné, a pokud je dítě současně s tím neobratnější či bojácnější, může se stát terčem posměchu či povyšování se vyspělejších a agresivnějších spolužáků.

2) Emocionálně-sociální vývoj a práceschopnost

Do základní školy přicházejí děti z různých rodin, ve kterých panují různé výchovné styly a přístupy. Rozličné je i kulturní, sociální a ekonomické zázemí. Všechny tyto faktory se projeví v prožívání dítěte a jeho sociální a pracovní zralosti. Do této oblasti značně zasahuje předškolní vzdělávání, které je důležitým socializačním činitelem, protože dítě musí mít dostatek příležitostí setkávat se s jinými dětmi a budovat sociální schopnosti. V mateřské škole má dítě první příležitost učit se novým sociálním rolím. Mimo své sociální role v rodině získává novou roli - roli spolužáka a kamaráda, a učí se respektovat jinou dospělou autoritu, než je rodič (Otevřelová, 2016).

Role školáka přináší větší sociální prestiž, ale zároveň je rolí zátěžovou oproti tomu, na co bylo dítě zvyklé doposud. Vyžaduje větší nasazení, přijetí zodpovědnosti za své chování a samostatnost. Vstupem do základní školy se sociální role znovu mění – dítě vstupuje do role žáka, spolužáka a školáka. Role žáka vyplývá ze vztahu dítě-učitel a je v ní důležitá schopnost dítěte respektovat pokyny dospělého, aktivně komunikovat a nebát se zeptat, pokud něčemu nerozumí. Žák by měl umět říct a obhájit svůj názor. Před vstupem do základní školy by mělo být dítě schopné rozlišit sociálně žádoucí a nežádoucí chování, a žádoucí chování praktikovat. Mělo by mít osvojeny základní sociální návyky (zdravení, loučení se, požádat, poděkovat, umět se omluvit, neskákat do řeči), ale i schopnost rozlišit, komu lze tykat a komu vykat. Rolí spolužáka si dítě vytváří své sociální místo mezi druhými dětmi. Mělo by být schopné tvořit přátelství

a být empatické, zapojit se do kolektivu a spolupracovat. Rovněž by mělo být schopné ohradit se vůči nevhodnému chování ze strany druhých dětí a rozlišovat, co se mu líbí a nelíbí, co je mu příjemné a nepříjemné, a zejména co může být nebezpečné a vést k ublížení. Role školáka souvisí s očekáváními rodiny. Dítě by si mělo být vědomo svých domácích povinností spojených se školou. Pro přijetí všech těchto nových rolí je velmi důležitá motivovanost, kterou musí dítě podpořit jak rodina, tak mateřská škola (Nádvorníková, 2017).

V emocionálně – sociální sféře je také důležitá adaptabilita dítěte. Dítě musí být připravené se odloučit na stanovený čas od rodiny a být v jiném prostředí. To, jak dítě obstojí mimo svoji rodinu, bez podpory a ochranu rodičů, je závislé na zralosti jeho autonomie a s ní spojené samostatnosti, též na stupni rozvoje sebedůvěry. Autonomie a sebedůvěra je kontinuálně budována rodinou v průběhu celého dětství dítěte, souvisí s pocitem lásky, přijetí a zájmu rodiče o dítě - jak mu rodiče naslouchají a chápou ho, jakým způsobem mu dávají prostor a zároveň vymezují hranice (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Důležitá je i přiměřená úroveň pracovních schopností a pracovní samostatnosti. Podkladem je úroveň sebeobsluhy, která by na úrovni základní školy měla být již vysoká a automatizovaná. Dítě by již mělo být schopné pečovat o své věci, školní potřeby a pomůcky. Dítě musí být při školní práci schopno vyrovnat se s neúspěchem. Vedeme děti k tomu, aby vnímaly chybu jako součást učení a vyvíjely snahu své chyby opravovat a zlepšovat se (Nádvorníková, 2017). Nutná je přiměřená úroveň záměrné volní koncentrace směrem k zadanému úkolu, věku odpovídající smysl pro povinnost, zodpovědnost a pracovní morálka směrem k dokončování úkolu. Školní práce klade nároky na všechny kvality pozornosti, tedy intenzitu, stálost, vytrvalost a odolnost vůči rušivým vlivům. Práceschopnost je mimo zrání CNS ovlivněna vyzrálostí osobnosti a také dosavadní výchovou (Bednářová, Šmardová, 2011a).

3) Kognitivní připravenost

Pro zvládnutí trivie je důležitá dostatečná úroveň rozumových schopností a rovnoměrnost vývoje v jednotlivých oblastech. Jednotlivé oblasti je třeba stimulovat a před nástupem do základní školy zhodnotit úroveň každé z nich, protože nedostatečné rozvinutí, byť jen jedné z oblastí, bude dítěti ztěžovat školní úspěšnost. Rozhodnutí o zahájení školy či odkladu školní docházky je závislé na posouzení míry nezralosti a dalších faktorech, jako je trpělivost, pozornost a reakce na neúspěch ze strany dítěte,

kteřé by určitý stupeň nezralosti mohly vykompenzovat. U dětí nadaných, které svými schopnostmi převyšují svůj věk, je zrovna tak třeba citlivě posoudit jejich potencionální zařazení do základní školy před dovršením šestého roku, neboť navzdory svému nadání může být některá jiná oblast, například grafomotorika nebo sociální zralost, nedostatečně rozvinutá (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Do skupiny kognitivních předpokladů patří následující schopnosti, mnoho z nich vzájemně interaguje a propojuje ve funkční celek:

❖ **Pozornost**

Pozornost je základním stavebním prvkem pro příjem informací, proto je její úroveň zásadní i v rámci výchovně-vzdělávacího procesu. U dětí na úrovni předškolního věku je pozornost poměrně krátkodobá a převládá pozornost bezděčná, kdy se dítě zajímá o to, co jej právě zaujalo. Pro vstup do základní školy je ale důležitá pozornost záměrná, která se pozvolně vyvíjí po třetím roce života a je třeba ji podporovat a pozitivně ovlivňovat. Pro vznik pozornosti mají význam zejména podmínky vnější, zatímco pro udržení pozornosti podmínky vnitřní. Mezi vnitřní podmínky patří i nemoc, bolest, únava, neklid, souhrnně psychická a fyzická nepohoda. Vnější podmínky představují především sociální a pracovní prostředí. Pokud učitel dokáže učivo předat atraktivně a zaujme dítě, je motivované a koncentrace pozornosti je trvalejší a kvalitnější. Pozornost úmyslně navozená se tak promění na sekundárně bezděčnou. Pozornost dětí a žáků můžeme podpořit, pokud aktivitu obměňujeme, předkládáme ji zaobalenou jako hru, jasně prezentujeme naše požadavky, a pokud je to možné, propojujeme úkol s fyzickou aktivitou, eliminujeme rušivé vlivy, pracujeme v menší skupině, motivujeme a chválíme výkon dítěte (Otevřelová, 2016).

❖ **Sluchové vnímání**

Sluchové vnímání má v předškolním věku zásadní význam pro rozvoj řeči a tím i abstraktního myšlení. Vlivem oslabení sluchového vnímání může dojít ve školním věku k potížím ve čtení, psaní a sluchové paměti. Rodič může rozvoj sluchového vnímání přirozeně podpořit čtením pohádek, vyprávěním příběhů, zpíváním písniček, rozvíjením vnímání rytmu a hraním her na lokalizaci zvuku a určení zdroje zvuku. U předškolních dětí je dobré ve směru k blížící se docházce do základní školy trénovat náročnější aktivity, jako je hledání rýmů, analýzu a syntézu slov. Sluchovou paměť je dobré stimulovat

průběžně osvojováním písniček, básniček, říkadel a zadáváním sledu instrukcí (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Vždy je třeba vyloučit neodhalené sluchové vady. Je třeba, aby bylo dostatečně rozvinuté sluchové vnímání figury a pozadí, tedy oddělování aktuálně podstatného zvuku od těch, které jsou v daný okamžik nedůležité. Fonematický sluch má markantní význam jak pro rozvoj řeči, tak pro rozvoj čtenářských dovedností a psaní. Vlivem oslabené sluchové diferenciacce může mít žák ve čtení potíže se spojováním písmen do slabik, slabik do slov a ve psaní obtíže rozlišit hranice slov v písmu, s vynecháváním slabik a písmen, záměnami písmen, inverzemi jejich pořadí, chybami v délkách a měkčení (Bednářová, Šmardová, 2011b).

❖ Zrakové vnímání

Zrakem dítě přijímá nejvíce informací ze svého okolí. Zrakové vnímání spolu s motorikou jsou důležité pro vnímání prostoru. Pro školní dovednosti je důležitou oblastí vizuomotorika, tedy oblast, ve které se propojuje koordinace oka a ruky. Vnímání figury a pozadí v oblasti zrakového vnímání představuje schopnost zaměřit svou pozornost na sledovaný objekt a odlišit ho od ostatních předmětů a komplexního pozadí. Dále je důležitou schopností kontrastnost vnímání, které úzce souvisí s chápáním trvání objektů. Sledujeme ho už u batolete po druhém roce, kdy dokáže poznat daný předmět (např. míč) bez závislosti na jeho barvě, velikosti či umístění. Vnímat a uvědomovat si polohu předmětu v prostoru je schopno dítě až později, v předškolním věku. Nejdříve je schopno rozlišit polohu nahoře-dole, až poté vpravo-vlevo. Dítě by také před vstupem do základní školy mělo mít osvojené tvary, jakožto i abstraktní figury. Písmena a číslice představují abstraktní systém, náročný pro zrakové vnímání. Deficity ve zrakovém vnímání tak rovněž mají dopad na osvojování čtení, psaní a počítání – zejména se setkáváme se záměnami písmen a číslic lišících se detailem či polohou. Jedná se o oslabení některé funkce podílející se na zachycení, zpracování a uchování zrakového vjemu, nikoli samotného oka jako orgánu. V oblasti zrakového vnímání v rámci školní zralosti hodnotíme vnímání barev, práci s figurou a pozadím, zrakové rozlišování například odlišné polohy, velikosti, detailu, zrakovou analýzu (část a celek) a zrakovou paměť. Sledování je podrobován i pohyb očí na řádku. Sledujeme, zda řadu obrázků dítě vyjmenovává zleva doprava apod. (Bednářová, Šmardová, 2011b).

❖ Grafomotorika

Odpovídající úroveň grafomotoriky je zcela nezbytná pro zvládnutí psaní. Nízká úroveň dítěti ztěžuje učení tvarů písmen, úhlednost, rychlost a čitelnost písma bude rovněž zhoršená. Důležitý je i správný špetkový úchop psací potřeby, kdy je psací potřeba držena dvěma prsty, třetí prst je při psaní pod psací potřebou podložený a zápěstí je uvolněné. Dbáme i na správný způsob sezení a to, zda je stopa při psaní a kreslení odpovídající, lehká a bez nadměrného přitlaku. Předškolní dítě vedeme k tomu, aby vybarvovalo bez přetahování, trénujeme obkreslování a dokreslování (Nádvoříková, 2017).

Grafomotorika se u předškolního dítěte rozvíjí v závislosti na mnoha psychických funkcích – ovlivňuje ji mentální vyspělost dítěte, zrakové a prostorové vnímání, lateralita, paměť, pozornost a z velké části i úroveň hrubé a jemné motoriky. Na nevyzrálou grafomotoriku a jemnou motoriku nás může upozornit například to, že se dítě vyhýbá hračkám vyžadujícím koordinaci jemných pohybů (např. stavebnice, mozaiky, rukodělné činnosti), může být neobratné při sebeobsluze a nevyhledává anebo projevuje nechuť ke kreslení či malování; kresba je celkově chudší obsahově a i formálně je na horší úrovni, než u vrstevníků. Pro počátky psaní je také důležité znát lateralitu oka a ruky, diagnostika laterality je nedílnou součástí diagnostiky školní zralosti (Bednářová, Šmardová, 2011a). Před vstupem do základní školy by dítě mělo ovládat tyto grafomotorické prvky: svislé a vodorovné čáry, kruh, spirála, vlnovka, šikmá čára, „zuby“, horní a dolní oblouk a horní a dolní smyčka (Bednářová, Šmardová, 2011b).

❖ Řeč

Na komunikační schopnosti úměrné věku jsou ve škole kladeny poměrně velké nároky. Porozumění je zásadní k tomu, aby dítě pochopilo, co se po něm v danou chvíli vyžaduje a aby rozumělo výkladu. Řeč se prolíná s myšlením a umožňuje rozvoj myšlení. Neopomenutelná je i funkce řeči v rámci tvorby sociálních vazeb. Na poruchy řečové komunikace jsou častěji vázány specifické poruchy učení, které komplikují osvojování čtení, psaní a počítání. V předškolním období je důležité přirozeně podpořit rozvoj aktivní slovní zásoby dítěte činným společným trávením času. Trávení nadměrného času u televize či počítače je v tomto směru nestimulující. Řeč je jednou z oblastí, jejíž odlišný rozvoj vzhledem k vrstevníkům není dobré nechávat volně plynout až do předškolního věku; vyhledat odborníka je vhodné již okolo třetího roku dítěte. Pro rozvoj řeči je důležitá hrubá i jemná motorika, sluchové a zrakové vnímání, jejich oslabení

se zpravidla odrazí i ve vývoji řečové komunikace. Velkým dílem se do vývoje řeči zapojuje i sociokulturní úroveň rodiny, podnětnost prostředí, výchovný styl a mluvní vzor v rodině. Ve foneticko-fonologické rovině řeči při diagnostice školní zralosti sledujeme úroveň artikulace a případné narušení plynulosti řeči. V lexikálně-sémantické rovině sledujeme slovní zásobu, tvorbu synonym a antonym, tvorbu nadřazených pojmů a komplexnost popisu. V rovině morfologicko-syntaktické hodnotíme úroveň větného vyjádření, užívání všech slovních druhů, zda dítě mluví gramaticky správně. V pragmatické rovině je pozornost věnována schopnosti aktivně vést dialog, ptát se a odpovídat a neverbálním prvkům komunikace, zejména očnímu kontaktu. K pragmatické rovině ve vztahu ke školní zralosti rovněž patří sdělení základních údajů, jako je jméno, příjmení, věk, bydliště (Bednářová, Šmardová, 2011a).

❖ Vnímání prostoru a času

Prostorové vnímání a osvojení prostorových pojmů se zakládá na zralém vnímání a ovládnutí svého tělesného schématu. Manipulace s předměty je závislá na uvědomění si vlastního těla a pozice, kterou tělo zaujímá vzhledem k daným předmětům (Otevřelová, 2016). Představu o prostoru kolem nás získáváme kognitivním zpracováním vjemů zrakových, sluchových, pohybových a hmatových. Senzomotorické vnímání je základem pro utváření prostorových představ a pojmenování prostorových vztahů. Nejdříve dítě chápe a později i zařadí do aktivního slovníku pojmy nahoře – dole, později pojmy vpředu-vzadu, a okolo pátého roku vpravo-vlevo. Představy o prostoru však mimo tyto zahrnují i odhad a zapamatování si vzdálenosti, porovnání velikosti objektů a vnímání částí a celku. S vnímáním prostoru souvisí i pojmy první a poslední, které mají jasný přesah i do vnímání času a časové posloupnosti. Vnímání prostoru, zpracování a zapamatování si prostorových vztahů má praktické vyústění v orientaci v daném prostředí, přizpůsobení se mu a jeho samostatné účelné využití. Deficit prostorového vnímání se projeví i při hře, kdy se dítě neorientuje v kreslení (uvědomování si směru vedení čáry), stavebnicích a mozaikách, a nemá tedy potřebu je vyhledávat. Vlivem oslabení této oblasti se mohou ve školním věku objevit potíže s orientací v učebnicích a textu. Potíže se objeví například při práci s číselnými řadami, v geometrii, v orientaci v mapách, v orientaci v notovém zápisu; vlivem uvědomování si prostředí i vlastního pohybu se objeví potíže v kolektivním sportu, obtíže v rukodělných činnostech a sebeobsluze. Z hlediska diagnostiky školní zralosti hodnotíme osvojení pojmů nahoře, dole, vpředu, vzadu, daleko, blízko, první, poslední, uprostřed, předposlední, hned před,

hned za. Sledujeme osvojení předložkových vazeb a pravolevou orientaci na vlastním těle a v prostoru. Pravolevá orientace na druhé osobě se rozvíjí až později, mezi 7,5 a 8 rokem (Bednářová, Šmardová, 2011b).

Vnímání času je pro dítě náročný a pozvolný proces. Dítě žije především přítomností. Vnímání plynutí času je pro předškolní dítě vymezeno událostmi, které ho obklopují a pravidelně se střídají – to představují charakteristické činnosti pro den, noc, ráno, poledne, večer. Uvědomování si jednotlivých časových úseků a jejich délky je v tomto věku značně zkreslené, závislé na pozitivním či negativním emocionálním prožívání dané situace. Čím je časový úsek delší, tím je pro dítě těžší utvořit si představu o trvání daného úseku (například roční období). S vnímáním plynutí času souvisí i vnímání časové posloupnosti, uvědomování si příčiny a následku, začátku a konce. Opakování událostí v denním pořádku dává dítěti jistotu a pocit bezpečí. Pokud je ze sledu událostí dítě schopné odvodit událost následnou, situaci může očekávat a být na ni připraveno. Dítě s oslabenou časovou orientací se hůře orientuje nejen v aktivitách dne, ale i v pořadí úkonů v komplexnější aktivitě - může například zaměňovat kroky při oblékání. Před vstupem do základní školy by mělo být dítě schopné přiřadit k časovým pojmům ráno, dopoledne, poledne, odpoledne a večer charakteristické činnosti, mělo by být schopné seřadit obrázky podle posloupnosti děje, mělo by umět rozlišit pojmy nejdříve, před tím, nyní, potom, a přiřadit činnosti typické pro jednotlivá roční období. Hodnotí se i úroveň orientovanosti ve dnech v týdnu, v pojmech včera, dnes a zítra (Bednářová, Šmardová, 2011b).

❖ **Základní matematické představy**

Matematika je prostředkem i výrazem rozvoje myšlení a logického uvažování. Výkony v matematice do určité míry závisí na rozumových předpokladech. Za základní stavební kámen rozvoje matematických představ můžeme považovat motoriku, neboť pohyb dítěte přispívá k poznání světa. Manipulace s předměty umožňuje ucelenější vnímání jejich velikosti, hmotnosti, tvaru, množství. Pro předškolní dítě je potřebné, aby práci s obrázky a pracovními listy předcházela a doplňovala je manipulace s konkrétními předměty. Pro rozvoj předčíselných představ je důležitá orientace v čase a prostoru, zrakové i sluchové vnímání. V rámci předčíselných schopností sledujeme ve vztahu ke školní zralosti osvojení pojmů a malý a velký, hodně a málo, všechno, krátký a dlouhý, úzký a široký, nízký a vysoký, prázdný a plný, stejně, méně a více, menší a větší, kratší a delší, nižší a vyšší, některé, žádný, nic, o jeden více, o jeden méně.

Sledujeme, zda je dítě schopné třídit skupiny dle druhu předmětu, barvy, velikosti a tvaru (kruh, čtverec, trojúhelník, obdélník). V tomto období by již mělo zvládat třídit podle tří kategorií (např. malé žluté kruhy). Také sledujeme, zda je dítě schopné řadit prvky a pojmenovat malý, střední, velký, vysoký, vyšší, nevyšší, málo, méně, nejméně. Početní představu by dítě před zahájením školní docházky mělo mít osvojenou v oboru do šesti. Mělo by zvládat vzestupnou i sestupnou řadu. Velmi často jsou děti před nástupem do základní školy schopné jmenovat i daleko rozsáhlejší číselnou řadu, nejde nám však o takto mechanicky naučenou číselnou řadu, jde nám o porozumění pojmu číslo (Bednářová, Šmardová, 2011b).

4) Další faktory

Mezi další faktory, které musíme brát v potaz, patří především aktuální životní situace dítěte, jehož školní zralost hodnotíme, potažmo životní situace celé jeho rodiny. I když u dítěte nezjistíme žádné vývojové nedostatky či známky nepřipravenosti pro zahájení školy, může být v takové životní situaci, která klade zvýšené nároky na jeho psychiku. V tomto směru musíme zohlednit například odchod jednoho rodičů z rodiny, bouřlivé rozvodové řízení, úmrtí rodiče či člena rodiny, ke kterému mělo dítě silnou emocionální vazbu, změnu prostředí vázanou na přestěhování rodiny, změnu jazykového prostředí dítěte, nebo jakékoli jiné trauma, se kterým se dítě v krátkém časovém horizontu není schopné vyrovnat (Bednářová, Šmardová, 2011b).

2.2 Odklad školní docházky

Cílem odkladu školní docházky je ochránit děti s nedostatečnou školní zralostí a připraveností proti školnímu neúspěchu, a poskytnout jim dostatečný čas k tomu, aby prostřednictvím zrání a cílené stimulace dosáhly potřebné úrovně schopností a dalších předpokladů. Odklad školní docházky je nápravné opatření, jehož hlavním účelem je poskytnout všem dětem rovnocennou příležitost k úspěchu a zabránit selhání. Selhávání v počátku základní školy ovlivní celé další vzdělávání, motivaci a přístup dítěte ke vzdělávání. Může zapříčinit i rozvoj psychických obtíží, dítě může trpět úzkostmi, strachem ze školy až do stavu fobie, nebo získá odpor k učení, školní výuku neguje, na což následně navazují výchovné problémy (Jucovičová, Žáčková, 2014).

Dle Nádvořnickové (2017) je příčinou školní nepřipravenosti (nebo nezralosti) oslabení v jedné či více oblastech, které jsou nezbytné pro zvládnutí trivia. Dále může

být dítě nedostatečně připravené pro školní docházku z důvodu sociokulturního znevýhodnění (např. děti z rodin cizinců, děti ze sociálně velmi slabých rodin), nebo z důvodů, které nemají pouze přechodný charakter (jako v případě snížených kognitivních schopností).

Odklad školní docházky je organizován dle § 37 zákona číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), a dle aktuální novelizace zákona č. 46/2019 Sb. Zákon ukládá, že v případě, kdy není dítě po dovršení šestého roku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé, může zákonný zástupce dítěte písemnou formou požádat do stanoveného termínu o odklad školní docházky na základě doporučení školského poradenského zařízení (PPP nebo SPC) a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku. V zákoně je zahrnuta i alternativa, kdy se nedostatečná tělesná nebo duševní vyspělost k plnění povinné školní docházky u žáka projeví v prvním roce plnění povinné školní docházky. Ředitel školy v tomto případě může, se souhlasem zákonného zástupce, žákovi dodatečně v průběhu prvního pololetí školního roku odložit začátek plnění povinné školní docházky na následující školní rok. V tomto případě může dítě začít navštěvovat přípravný ročník základní školy nebo se navrátit do mateřské školy. Tento krok je sice možný, ale dle Jucovičové a Žáčková (2014) by měl být pouze výjimečný. V případech výrazné nezralosti je tento krok pro dítě sice úlevou, jelikož je pro něj školní docházka opravdu velkou zátěží, ale i tyto děti tuto změnu pociťují jako „krok zpět“, cítí neúspěch a selhání, a vznik pocitů méněcennosti je v tomto případě velkým rizikem. To poté nutně ovlivní opětovný nástup do základní školy v následujícím roce. Šetrnější variantou se tedy v tomto případě jeví přípravný ročník základní školy.

Postoj společnosti k odkladu školní docházky prošel v posledních desetiletích pozitivní změnou. Dříve byl odklad školní docházky spíše odmítán. Projevovala se tendence považovat dítě s odkladem povinné školní docházky za hloupé. Dnes je z většiny stigma odkladu školní docházky již odstraněno, odklad je obecně přijímán poměrně kladně (Beníšková, 2007).

V některých případech se můžeme setkat s očekáváními či přáními rodičů ohledně nástupu dítěte do základní školy, která nejsou v souladu se školní zralostí daného dítěte. Je možné, že rodič bude podporovat, nejčastěji vlivem zvýšené protektivity, odklad školní docházky, i v případě, kdy je jeho dítě školsky zralé. Zbytečné odložení školní docházky, pokud je dítě již dostatečně zralé a připravené, může způsobit regresivní chování daného

dítěte. Dítě ztratí motivaci k učení, zájem o výuku a školní docházku, a hrozí výukové i výchovné problémy, protože vyučovaná látka je pro dítě příliš nenáročná a dítě se nudí. Opakem je situace, kdy se některé oblasti důležité pro školní zralost a připravenost ukáží nevyzrálé nebo oslabené, a rodič přesto nepřipouští potřebu odkladu školní docházky. Tyto tendence je třeba výsledky podloženými argumenty a širším vzhledem do následků rozhodnutí usměrnit a rodiče edukovat (Bednářová, Šmardová, 2011a).

Rozhodnutí o odkladu školní docházky by nikdy nemělo být formální záležitostí - je nutná vysoká individualizace tohoto rozhodnutí, jelikož se jedná o závažné rozhodnutí o životě dítěte. Neuvážlivý přístup k této problematice má bez nadsázky dopad na celoživotní vzdělávání jedince (Jucovičová, Žáčková, 2014).

2.3 Školní zralost a připravenost, odklad školní docházky a školní zařazení dítěte s vývojovou dysfázií

Při úvahách o školském zařazení dítěte s vývojovou dysfázií musíme vždy vycházet z jeho individuálních charakteristik a stupně poruchy řečové komunikace. Z předcházejících kapitol je však velmi zřetelně jasné, že klinický obraz vývojové dysfázie se do značné míry překrývá s oblastmi, které považujeme za stěžejní z hlediska školní zralosti a připravenosti, protože jsou stěžejní při osvojování trivie čtení, psaní a počítání. Rovněž je důležité znovu zmínit, že logopedická intervence je u vývojové dysfázie proces dlouhodobý, trvající v řádu let, a na prahu školní docházky je málokdy již ukončený. Na základě těchto fakt lze konstatovat, že ve věku šesti let jsou děti s vývojovou dysfázií ve většině případů školsky nezralé a odklad školní docházky je u dětí s vývojovou dysfázií ve většině případů nezbytný. Odklad školní docházky má však smysl tehdy, pokud je prostoupen intenzivní stimulací a terapeutickým programem, jehož cílem je maximalizace schopností a komunikačního potenciálu dítěte. Vždy se zásadním způsobem projeví včasnost, cílenost a intenzita terapeutického působení na dítě s vývojovou dysfázií ze strany klinického logopeda, a v ideálním případě její zkombinování s péčí mateřské školy logopedické (Škodová, Jedlička, 2007).

Pokud je dítě nezralé ve všech oblastech, nejde pravděpodobně o školní nezralost, nýbrž o celkové snížení předpokladů pro zvládnutí požadavků školy. Odklad školní docházky většinou situaci v těchto případech nevyřeší. V těchto těžších případech je pak vhodné, aby dítě povinnou školní docházku plnilo v základní škole zřízené pro žáky se závažnými vadami řeči dle § 16 odstavce 9 školského zákona č. 561/2004 Sb.

ve znění aktuálních předpisů. Zařazení dítěte do takovéto školy je pro dítě pokračováním intenzivní rehabilitace (Škodová, 2017). V nejtěžších případech, kdy se vyskytuje kognitivní deficit, vyhovuje potřebám dítěte základní škola pro žáky s mentálním postižením (Kutálková, 2002).

V případě lehčího stupně nebo reziduálních rysů vývojové dysfázie je inkluzivní vzdělávání v běžné základní škole, na základě spolupráce školského poradenského zařízení, školy a rodiny, s použitím vhodných podpůrných opatření, podporováno. Vždy je nezbytné informovat rodiče o dostupných možnostech vzdělávání a na základě indikace ho nasměrovat ke vhodné alternativě (Škodová, Jedlička, 2007).

Z hlediska podpory školní úspěšnosti je u dětí s vývojovou dysfázií vhodná inkluze do logopedické třídy mateřské školy a trvalá spolupráce mezi klinickým logopedem, ke kterému dítě dochází, a pedagogy mateřské školy. Tato spolupráce podpoří výměnu informací o schopnostech dítěte, jeho možných obtížích ve škole a vhodném přístupu v rámci školní výuky. Provázanost a komunikace by rovněž měla fungovat mezi klinickým logopedem a školským poradenským zařízením (Neubauer, Neubauerová, Nohejlová, 2016).

Bohužel je nutné konstatovat, že k ideálnímu stavu, kdy by byla dostatečná dostupnost specializovaných tříd a škol vhodných pro děti s vývojovou dysfázií ve všech lokalitách, je v současné době daleko, často je tedy nutné volit mezi nevyhovujícím zařazením do školy běžného proudu a odloučením dítěte od rodiny v rámci internátního vzdělávání, alespoň v rámci prvního stupně (Škodová, Jedlička, 2007). V návaznosti na to však Neubauer, Neubauerová a Nohejlová (2016) upozorňují, že přechodem ze základní školy logopedické do kmenové běžné základní školy vzniká opodstatněné riziko snížení školní úspěšnosti (zejména vlivem zvýšení objemu probíraného učiva, zvýšení nároků na pracovní tempo a snížením individuálního přístupu), v důsledku čehož dojde ke snížení zájmu žáka o školní výuku, a může dojít k potížím v sociální adaptaci dítěte na nový kolektiv. Celá situace vyžaduje vysokou míru zodpovědnosti a empatie na straně učitele, stejně jako odpovídající vyváženou míru podpůrných opatření.

2.4 SPU a čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií

Souvislost mezi vývojovou dysfázií a specifickými poruchami učení potvrzuje četná literatura, bližší informace ale již tak plošně dostupné nejsou, zejména proto, že přesný vztah vývojové dysfázie a SPU není jednoznačně objasněn. Pracujeme

s otázkou, do jaké míry se vývojová dysfázie překrývá s dyslexií. Ačkoliv je u těchto dvou poruch souvislost zřejmá, u každé z poruch se vyskytují specifické problémy, které nelze pozorovat u druhé z nich. Historicky se vyskytly tendence vnímat vývojovou dysfázi a dyslexii jako dva různě závažné projevy téže poruchy, aktuální výzkumy podložené smýšlením je vnímá jako částečně samostatné poruchy. Typičtí dyslektici mají narušené fonologické procesy, zatímco u vývojové dysfázie jsou narušeny jak fonologické, tak sémantické procesy (Smolík, Seidlová Málková, 2014).

Přítomnost SPU, zejména dyslexie a dysortografie, u školáků s vývojovou dysfázií je patrně velice častá. V procentuálním vystihnutí výskytu SPU u žáků s vývojovou dysfázií se zdroje rozcházejí. Pospíšilová a Zapletalová (2017) prezentují výsledky své longitudinální studie, v rámci které potvrdily ze vzorku 430 dětí s vývojovou dysfázií u 95% SPU (nejčastěji dyslexie-dysortografie, dysgrafie i dyskalkulie). Dyslexii lze dle jejich pojetí chápat buď jako komorbiditu dysfázie, nebo jako její pokračování - reziduální obraz diagnózy po nástupu do základní školy. Celou problematiku komplikuje naše vnímání dyslexie a dysortografie jako oddělených poruch, zatímco v zahraničí jsou vnímány jako jedna porucha, tedy dyslexie. Dlouhá (2017) uvádí výskyt dysortografie u 60-70% u dětí s reziduální vývojovou dysfázií. Dyslexii a dysortografii vnímá jako navazující vývojovou poruchu, která vzniká na podkladě poruchy fonematického sluchu v rámci vývojové dysfázie.

V etiologii dyslexie figuruje součinnost genetických a sociokulturních předpokladů, výchovy a vzdělání. V souvislosti s dyslexií je třeba si uvědomit, že neovlivňuje jen čtenářské, ale i pisatelské dovednosti, spatřujeme též obtíže ortografického rázu. Často přitom potíže ve psaní u dyslektických dětí přetrvávají déle, než potíže ve čtení. Dyslexie není vázána na specifickou úroveň intelektu, vyskytuje se napříč škálou intelektových profilů. Pro dyslexii jsou typické obtíže v oblasti přesnosti a plynulosti čtení, potíže s porozuměním. Při reprodukci přečteného se objevují nesnáze, většinou je třeba napomáhat návodnými otázkami. Dítě má potíže již při učení písmen, tedy s propojením daného grafického symbolu s daným zvukem. Těžkosti se objevují i při čtení slov - děti se snaží opírat o znalost významu slova nebo kontext, a proto jim dělá velké potíže čtení pseudoslov, které je jedním z diagnostických ukazatelů. Kontext děti s dyslexií používají pro doplnění nedostatků na úrovni dekodování, mohou si dle souvislostí domýšlet nebo odhadovat, co je v textu napsáno. Obtíže ve fonologickém zpracování se projeví opět zejména v případě opakování pseudoslov.

Proto se čtení, opakování a psaní pseudoslov vyskytuje i ve screeningových bateriích pro vyšetření dyslexie. Objevuje se narušení krátkodobé slovní paměti. Dále spatřujeme deficity u rychlého pojmenování, kdy jde o propojení vizuálního podnětu s fonologickou reprezentací slova. U dětí s dyslexií nalézáme potíže s fonologickým párovým učením, při kterém se dítě učí spojovat zpravidla neznámý objekt s jeho označením. Čtení se u dětí s dyslexií zpravidla vyznačuje výrazně pomalejším tempem, ne nutně však se zvýšenou chybovostí. Nesnáze v psaní jsou často větší než ve čtení, protože při čtení se dítě může opírat o zkušenost se slovy a s tím, jak vypadají. U psaní je ale třeba pracovat na základní úrovni spojení zvuku hlásky a tomu příslušného písmene. U dětí s dyslexií často spatřujeme chyby v diktátech (vynechání souhlásky nebo samohlásky), přidávání a přemísťování grafémů opět v souvislosti s deficity fonologického subsystému jazyka. Fonologické deficity lze identifikovat dříve, než se začne dítě učit číst a psát. Rozvinutí takového přístupu je velmi důležité pro včasnou intervenci, jejímž prostřednictvím dojde k minimalizaci potíží dítě při pozdějším osvojování čtení. V současné době ale bývají specifické poruchy učení diagnostikovány až v návaznosti na náročnější školní práci, v ročnících po první třídě (Smolík, Seidlová Málková, 2014).

Dysortografie je specifická vývojová porucha pravopisu, která ovlivňuje schopnost dítěte aplikovat teoreticky dobře osvojená mluvnická pravidla do písemného projevu. Velmi často je diagnostikována společně s dalšími specifickými poruchami učení, především dyslexií. U dítěte s dysortografií se objevují charakteristické problémy s dodržováním délek samohlásek, absentuje měkkčení, vázne rozlišování sykavek a rozlišování hranic slov. Dítě přesmykuje a vynechává písmena vlivem nedostatku ve sluchové analýze a syntéze. Mimo neschopnosti aplikovat základní gramatická pravidla má dítě též snížený jazykový cit, problémy s příbuznými slovy vyjmenovaných slov, určováním slovních druhů, použitím pádových otázek, při aplikaci pravidel shody podnětu s přísudkem, určování větných členů a druhů vedlejších vět. Deficity se mohou objevovat v oblasti sluchové percepce, zejména fonemického sluchu. Rovněž se projevuje zhoršená zrakové percepce, kdy si žák špatně vybavuje tvary písmen a zaměňuje tvary sluchově a vizuálně podobné. Navíc není schopen identifikovat chyby ve svém písemném projevu a opravit si je. Vizuální a auditivní krátkodobá paměť je oslabená (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012).

Podrobné informace o metodickém ošetření procesu čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií jsou velmi skromné. Dlouhá (2017) považuje za vhodnější

na základě svých zkušeností využívat u žáka s vývojovou dysfázií v našem prostředí klasickou analyticko-syntetickou metodu při osvojování čtení. Tato metoda lépe napomáhá postupnému porozumění přečteného textu, oproti oddělenému hláskování, které komplikuje syntézu a porozumění.

Zapojení písma může někdy být u dětí s vývojovou dysfázií velmi podpůrné - stabilizuje a rozvíjí labilní řečový výkon. To však za předpokladu, že u dítěte nefiguruje komplikující SPU (Neubauer, Neubauerová, Nohejlová, 2016).

Faktorem znesnadňující čtení a psaní je rovněž zhoršená kapacita pracovní slovní paměti, jež znesnadňuje čtení a psaní dlouhých vět a jejich porozumění (Pospíšilová, 2018).

3 Předpoklady pro zvládnutí čtení a psaní u dětí s vývojovou dysfázií v MŠ logopedické

3.1 Stanovení cíle výzkumu a další podklady

Primárně stanoveným cílem tohoto výzkumu bylo zachytit vývoj schopností potřebných pro předpoklad kladného zvládnutí čtení a psaní u vybrané skupiny dětí s vývojovou dysfázií, docházejících do MŠ logopedické v době jejich odkladu školní docházky, a porovnání těchto výsledků s normou. Zásadní důraz byl kladen na poznání vývoje těchto schopností v čase, proto byly diagnostické materiály dětem předkládány dvakrát, s odstupem pěti měsíců.

Na základě skutečností výše zmíněných se stanovily tyto dílčí cíle:

- Porovnat výchozí výsledky diagnostiky s normou;
- Porovnat finální výsledky diagnostiky s normou;
- Zhodnotit pokrok v daných oblastech vzhledem k časovému odstupu a posoudit příznivost aktuálního stavu pro osvojení čtení a psaní v základní škole.

Podklady pro výzkumnou část diplomové práce byly získány metodami kvantitativního výzkumu. Byl využit standardizovaný diagnostický materiál Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995) a rovněž standardizovaný Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky (Švancarová, Kucharská, 2012).

3.1.1 Stanovené hypotézy

HP1 – Děti s vývojovou dysfázií v MŠ logopedické v době odkladu školní docházky budou vykazovat nerovnoměrné výsledky v dílčích sledovaných oblastech v rámci první etapy výzkumného šetření.

HP2 - Výsledky dětí ve sledované skupině nebudou v rámci první etapy výzkumného šetření odpovídat normě.

HP3 – Děti ve sledované skupině budou s časovým odstupem v rámci druhé etapy výzkumného šetření dosahovat lepších výsledků oproti první diagnostice.

HP4 – Výsledky dětí ve sledované skupině budou na konci odkladu školní docházky odpovídat normě diagnostických materiálů.

3.1.2 Charakteristika zapojené instituce

Církevní základní škola logopedická Don Bosco a mateřská škola logopedická je zřizována Arcibiskupstvím pražským. Účelem této instituce je poskytovat speciálně pedagogickou a logopedickou péči dětem s poruchami řečové komunikace. Pro žáky základní školy je v provozu internát. V mateřské škole bylo v době realizace výzkumu v provozu pět tříd o celkové kapacitě 50 dětí. Je třeba konstatovat, že mateřská škola má kapacitu trvale naplněnou a vznikají čekatelé na zařazení svého dítěte do této mateřské školy logopedické. Charakter mateřské školy je dle mého názoru přívětivě rodinný. Děti od sebe nejsou odděleny třídami, setkávají se při společné ranní hudebně-pohybové chvíli, tráví společně čas na školní zahradě a prolínají se v rámci skupinové logopedie.

Mateřská škola logopedická Don Bosco se aktivně zasazuje o to, aby děti dosáhly svého plného komunikačního potenciálu a komplexně se rozvíjely. Každý den je realizována individuální logopedie, kdy se s každým dítětem pracuje 10-15 minut dle jeho individuálních potřeb. Z každého takového terapeutického sezení je proveden krátký zápis do sešitu dítěte, aby bylo dosaženo kontinuálního a zaměřeného logopedického působení. Dvakrát týdně se navíc pracuje formou skupinové logopedie (po dobu 45 minut), kdy jsou děti členěny do skupin dle jejich aktuální úrovně řečové komunikace. U předškolních dětí a dětí s odkladem školní docházky se v rámci skupinové logopedie využívá například Program fonematického uvědomování dle D. B. Elkonina a Program instrumentálního obohacování dle R. Feuersteina. Vždy v druhém pololetí je pro předškolní děti a děti s odkladem školní docházky každodenně realizována „školička“, v rámci níž je pozornost věnována klíčovému oblaku školní připravenosti,

jsou tříbeny schopnosti v rámci sluchové percepce, zrakové percepce, grafomotoriky a předmatematických dovedností (každý den jedna oblast po dobu 45 minut). Všechny děti také dostávají na víkend individualizované domácí úkoly logopedického charakteru, které s nimi rodiče plní dle připravených instrukcí. I v rámci domácích úkolů je kladen důraz na to, aby děti nepracovaly jen s pracovními listy, kterými může být dítě v rámci logopedického působení snadno přehlčeno – pro domácí práci jsou zapůjčovány nejrůznější hračky, pomůcky a hry.

O tom, že tato instituce opravdu dostává všemu, co předesílá, jsem se osobně měla možnost přesvědčit během školních praxí realizovaných jak na úrovni mateřské, tak základní školy, i během pravidelného několik měsíců trvajících setkávání na základě tohoto výzkumu.

3.1.3 Charakteristika zapojené skupiny dětí

Skupina zahrnovala děti s vývojovou dysfázií, jež v době výzkumu procházely obdobím odkladu školní docházky. Důvodem odkladu byla souhrnně vzato nejčastěji celková nezralost dětí či jejich rezervy v expresi a porozumění řeči vycházející z jejich poruchy řečové komunikace (rozhodnutí o odkladu školní docházky se obšírněji nevyjadřuje k odůvodnění).

Diagnostického procesu se celkem zúčastnilo 14 dětí, 4 děvčata a 10 chlapců. Z celkového počtu dětí docházelo mimo péči ve školce ke klinickému logopedovi pouze jedno dítě. Mimo vývojové dysfázie vykazovaly dvě děti také dyspraxii.

3.1.4 Postup výzkumu

Před samotným začátkem diagnostických sezení jsem obeznámila vedení mateřské školy a paní učitelky se svými záměry. Mateřská škola stvrdila žádost o umožnění plnění výzkumné části diplomové práce ve svém zařízení. Rodiče byli požádáni o spolupráci a seznámení s cíli a průběhem výzkumu prostřednictvím informovaného souhlasu, který podepsali.

Pro děti zapojené, jakož i všechny děti ve školce, jsem nepředstavovala cizí osobu, neboť jsem s mateřskou školou navázala kontakt a docházela do ní jednou týdně po dobu jednoho měsíce před samotnou diagnostikou. Výsledky z první fáze výzkumného šetření byly získány v průběhu prosince 2017. Opakování diagnostických testů bylo provedeno v červnu 2018, tedy s odstupem pěti měsíců.

Jelikož jsou oba diagnostické materiály poměrně časově náročné (dle schopností a soustředění dítěte 20-30 minut), nepodstupovaly je děti oba najednou v tentýž den.

Diagnostické sezení se odehrávalo v oddělené místnosti od ostatního dění, aby byly minimalizovány rušivé vlivy a podpořeno soustředění dítěte. Co nejpečlivěji jsem následovala metodické pokyny obou materiálů, avšak u diagnostického materiálu Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí bylo nutné využít alternativu k magnetofonové nahrávce daných slov v podobě vlastního předčítání. Dodržovala jsem dané časové rozestupy a pauzy v průběhu pojmenování jednotlivých kartiček.

V mezičase mezi opakováním diagnostiky jsem oněch pěti měsíců navštěvovala mateřskou školu jednou týdně a trávila s dětmi dopolední program. Byla jsem zapojena do individuálních logopedických terapií a účastnila se skupinové logopedie, což přispělo k udržení kontaktu se zapojenými dětmi.

3.2 Vlastní výzkumné šetření a prezentace výzkumných dat

3.2.1 Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí

Diagnostický materiál Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí je standardizovaný diagnostický materiál sloužící k ověření úrovně vnímání distinktivních rysů hlásek. Tento diagnostický materiál byl zvolen proto, že v České republice je tento materiál v oblasti hodnocení fonemického sluchu zcela ústřední. Diagnostickou hodnotu má u dětí od 4 do 7 let. Využívá kartiček s dvojicemi obrázků, které se liší právě v jednom distinktivním rysu. Kartičky jsou zpracovány tak, aby dané obrázky byly dětem obsahově známé a dobře zobrazitelné. Materiál hodnotí čtyři distinktivní rysy: znělost - neznělost (pálí - balí, tělo - dělo), kontinuálnost – nekontinuálnost (pes – les, bolí – solí), nosovost – nenosovost (nos – kos, kost – most) a kompaktnost - difuznost (myška – muška, dým – dům). Každý rys je zastoupen patnácti kartičkami. Dítě slyší z magnetofonové nahrávky mužský hlas, který postupně říká všech 120 slov. Úkolem dítěte je ukázat správné slovo z předložené dvojice obrázků na kartičce. Norma byla stanovena na základě výsledků intaktních dětí ve věkovém rozmezí od čtyř let do šesti a půl roku (Škodová, Michek, Moravcová, 1995).

Podklady k diagnostickému materiálu Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí jsou uvedeny v příloze číslo 3.

3.2.2 Výsledky 1. a 2. etapy hodnocení fonemického sluchu

V této kapitole jsou uvedeny tabulky zobrazující bodový výsledek v jednotlivých oblastech, a také celkový bodový výsledek dětí s vývojovou dysfázií v době odkladu školní docházky v rámci diagnostického materiálu Hodnocení fonemického sluchu

u předškolních dětí. Výsledky jsou porovnány s normou. První etapa šetření byla provedena v prosinci 2017, druhá etapa poté s odstupem pěti měsíců v červnu 2018. Do tabulek je rovněž zanesen měsíc a rok narození zapojených dětí. Pro přehlednost jsou názvy jednotlivých distinktivních rysů zapsány do tabulky zkráceně jako rys 1-4:

- rys 1 znělost – neznělost norma = 21 bodů
- rys 2 kontinuita – nekontinuita norma = 28 bodů
- rys 3 nosovost – nenosovost norma = 26 bodů
- rys 4 kompaktnost – difuznost norma = 24 bodů

Celková souhrnná bodová norma je stanovena na 99 a více bodů.

Tabulka 1. Výsledky první etapy Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí

	Rok narození	Rys 1	Rys 2	Rys 3	Rys 4	Celkem bodů
Dívka 1	7/2011	23	28	29	28	108
Dívka 2	12/2010	24	26	27	23	100
Dívka 3	4/2011	25	28	29	28	110
Dívka 4	3/2011	19	26	25	21	91
Chlapec 1	7/2011	18	25	29	24	96
Chlapec 2	12/2010	22	27	27	27	103
Chlapec 3	10/2010	26	29	30	30	115
Chlapec 4	3/2011	25	20	26	23	94
Chlapec 5	12/2010	29	30	30	29	118
Chlapec 6	6/2011	28	30	29	30	117
Chlapec 7	5/2011	25	27	29	26	107
Chlapec 8	2/2011	21	28	30	22	101
Chlapec 9	6/2011	23	28	26	24	101
Chlapec 10	2/2011	29	28	30	30	117

■ Splnil/a normu ■ Nedosáhl/a normy

Z tabulky s výsledky z první etapy hodnocení fonemického sluchu můžeme vyčíst, že z celkového počtu 14 dětí pouze 3 děti nedosáhly v rámci celkového počtu bodů hodnoty dostačující pro statistickou normu. Celkem 7 dětí nedosahovalo výsledkem normu u jednoho či více sledovaných distinktivních rysů (3 děti nedosáhly normy v jedné sledované oblasti, 3 děti ve dvou oblastech, 1 dítě nedosáhlo normy ani v jedné sledované

oblasti). Tento veskrze pozitivní výsledek vstupních dat získaných pomocí Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí jsem shledala překvapivým. Odůvodnění těchto pozitivních výsledků v oblasti fonemického sluchu nacházím v intenzivní péči MŠ logopedické právě v oblasti rozvoje sluchového vnímání a kladného působení na rozvoj pozornosti a pracovní morálky.

Co se porovnání s normou týče, nejhorších výsledků děti dosahovaly v rysu 2 (kontinuálnost – nekontinuálnost) v závěsu s rysem 4 (kompaktnost – difuznost). V rámci celkové bodové ztráty, nehledě na normu, dosáhly děti nejmenšího souhrnného počtu bodů v rysu 1 (znělost – neznělost). Vzhledem k náročnosti tohoto distinktivního rysu je však jeho norma oproti ostatním postavena relativně nízko.

U některých slov se opakovaně objevoval problém, kdy se zdálo, že slovo dítě nezná a ptalo se, co znamená. V tomto případě jsem výraz, jak je dáno metodikou, nevysvětlovala, děti většinou vybraly nakonec správný obrázek, patrně na základě vylučovací metody oproti druhému obrázku, který jim byl známý. Přesto, že metodika uvádí, že obrázky jsou voleny tak, aby byly dobře zobrazitelné a známé již dětem od tří let. U dětí s vývojovou dysfázií se objevovaly nejasnosti zejména u slov *pupen*, *Líba* a *máček*. Dá se předpokládat, že částečnou roli v tomto sehrává i lingvistický posun ve frekvenci užívání některých slov v rámci českého jazyka oproti době, ve které tento diagnostický materiál vzniknul – například se zdrobnělinou jménem *Líba* se zřejmě už děti nemusejí setkávat tak frekventovaně, jako tomu bylo v minulosti.

Tabulka 2. Výsledky druhé etapy Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí

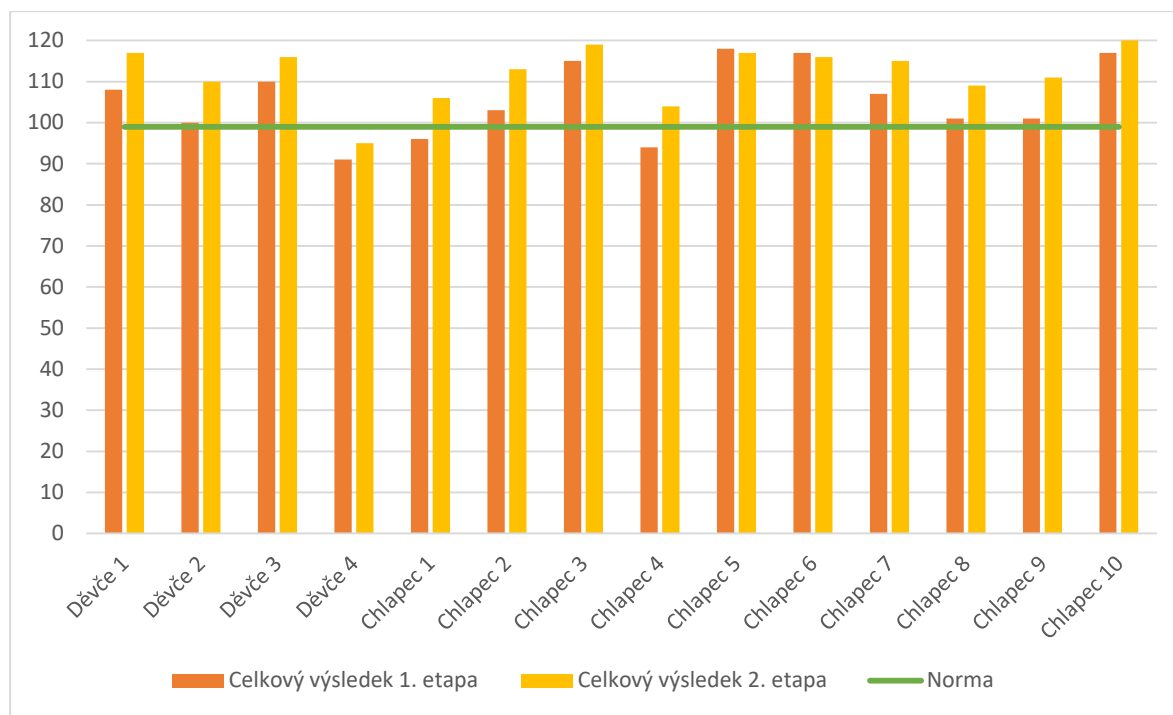
	Rok narození	Rys 1	Rys 2	Rys 3	Rys 4	Celkem bodů
Dívka 1	7/2011	27	30	30	30	117
Dívka 2	12/2010	27	30	29	24	110
Dívka 3	4/2011	28	29	29	30	116
Dívka 4	3/2011	18	26	28	23	95
Chlapec 1	7/2011	25	25	29	27	106
Chlapec 2	12/2010	28	27	29	29	113
Chlapec 3	10/2010	30	30	30	29	119
Chlapec 4	3/2011	24	27	28	25	104
Chlapec 5	12/2010	29	29	30	29	117
Chlapec 6	6/2011	28	29	30	29	116
Chlapec 7	5/2011	28	29	30	28	115
Chlapec 8	2/2011	24	27	30	28	109
Chlapec 9	6/2011	24	29	29	29	111
Chlapec 10	2/2011	30	30	30	30	120

■ Splnil/a normu ■ Nedosáhl/a normy

Při opakovaném hodnocení fonemického sluchu po 5 měsících je patrné vylepšení výsledků a pokrok v rozvoji rozlišování distinktivních rysů hlásek u majoritního počtu zapojených dětí. Pouze jedno dítě ze 14 nedosáhlo v celkovém součtu bodů hodnotu převyšující stanovenou normu. Viditelný posun nastal u všech dětí, 3 děti nedosáhly normy v jediné sledované oblasti.

Děvče 4, které nedosáhlo celkové normy ani při druhém diagnostickém sezení, nedosáhlo potřebné hodnoty ve 3 oblastech. Daný výsledek a minimální posun patrně souvisí s jejím negativistickým chováním a špatnou stálostí pozornosti. Tyto vlivy byly silně patrné v případech obou diagnostických setkání.

Graf 1. Komparace celkového výsledku z 1. a 2. etapy hodnocení fonemického sluchu



Graf 1., který zobrazuje komparaci celkového výsledku z 1. a 2. etapy hodnocení fonemického sluchu, nám ještě zřetelněji ukazuje, jak blízce se všechny děti pohybovaly v okolí stanovené normy již při prvním diagnostickém setkání. Jasně zřetelný je i bodový posun mezi 1. a 2. diagnostickým sezením.

3.2.3 Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky

Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky slouží k depistáži dětí, které by mohly selhávat v oblasti čtení a psaní na základní škole. Materiál je určen k diagnostice před nástupem do základní školy, tak i časně po něm. Test se skládá z 56 úkolů v rámci 13 subtestů. Počet otázek v jednotlivých subtestech je nerovnoměrný, od dvou do osmi úkolů. Podstatná část testu se zaměřuje na sluchovou oblast. Dále test hodnotí zrakovou oblast, artikulační obratnost, jemnou motoriku, schopnost učení a tvoření rýmů. K tvorbě Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky autorky využily své zkušenosti s diagnostickými materiály používanými v praxi k vyšetřování specifických poruch učení (např. Wepman – Matějčkova Zkouška sluchového rozlišování, Zkouška sluchové analýzy D. V. Moselyové, Edfeldtův Reverzní test, Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové, Kern – Jiráskův Orientační test školní zralosti), a na jejich základě vytvořily souhrnný a ucelený diagnostický materiál, který postihuje co nejširší spektrum dovedností a schopností dítěte vcházejícího do základní

školy. Právě proto, že tento diagnostický materiál hodnotí větší množství schopností potřebných pro osvojení čtení a psaní, poskytuje kvalitní rozšíření a nadstavbu nad samostatné použití Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí, jsem si tento materiál zvolila. Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky je rovněž standardizovaný diagnostickým materiálem (Švancarová, Kucharská, 2012).

Podklady k Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí jsou uvedeny v příloze číslo 4.

3.2.4 Výsledky 1. a 2. etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky

Tato kapitola uvádí výsledky spojené s diagnostickým materiálem Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky. Zobrazeny jsou dílčí výsledky, celkové výsledky a porovnání s normou u skupiny dětí s vývojovou dysfázií v době odkladu povinné školní docházky. Shodně s předchozím diagnostickým materiálem byla první etapa šetření provedena v prosinci 2017, druhá etapa poté s odstupem pěti měsíců v červnu 2018. Označení dětí a jejich pořadí v tabulce je shodné s předchozími tabulkami. Norma je v tomto diagnostickém materiálu dána celkovým počtem bodů, jednotlivé subtesty nemají vlastní normy, ale jejich výsledky nám jasně dávají najevo, ve kterých oblastech má dítě své rezervy a potřebuje intenzivnější péči. Doprovodná tabulka s normami k Testu rizika poruch čtení a psaní nám ukazuje, že norma je odstupňována v závislosti na věku a pohlaví dítěte. Přesný věk dítěte v době vypracovávání diagnostického materiálu jsem v první i druhé etapě zahrнула do hodnocení. Dle celkového bodového výsledku tabulka rozděluje normativní výsledek na deseti stupňovou škálu:

Obr. 1. Normy k Testu rizika poruch čtení a psaní

Steny Věk	Dosažené hrubé skóre					
	chlapci			dívkky		
	6,0 - 6,6	6,7 - 6,12	7,1 a výše	6,0 - 6,6	6,7 - 6,12	7,1 a výše
1	do 17 bodů	do 19 bodů	do 18 bodů	do 21 bodů	do 23 bodů	do 19 bodů
2	18 - 22	20 - 26	19 - 23	22 - 24	24 - 26	20 - 23
3	23 - 28	27 - 30	24 - 27	25 - 27	27 - 29	24 - 27
4	29 - 34	31 - 35	28 - 32	28 - 30	30 - 34	28 - 31
5	35 - 38	36 - 40	33 - 38	31 - 36	35 - 38	32 - 36
6	39 - 42	41 - 44	39 - 43	37 - 41	39 - 43	37 - 42
7	43 - 46	45 - 48	44 - 46	42 - 45	44 - 47	43 - 46
8	47 - 50	49 - 52	47 - 50	46 - 49	48 - 51	47 - 49
9	51 - 54	53 - 54	51 - 53	50 - 53	52 - 54	51
10	55	55	54 - 55	54 - 55	55	52 - 54

Hodnocení:

Sten	1 - 2	výrazný podprůměr
	3	podprůměr
	4	nižší průměr, hraniční pásmo
	5 - 6	průměr
	7	vyšší průměr
	8	nadprůměr
	9 - 10	výrazný nadprůměr

Pro přehlednost jsou jednotlivé subtesty uvedeny v tabulce pouze pod číselným označením 1-13.

- Subtest 1 Sluchová analýza na slabiky (max. 3 body)
- Subtest 2 Sluchová analýza – 1. hláska (max. 3 body)
- Subtest 3 Sluchové rozlišování hlásek ve slově (max. 8 bodů)
- Subtest 4 Sluchové rozlišování podobných slov (max. 8 bodů)
- Subtest 5 Sluchové rozlišování délek (max. 4 body)
- Subtest 6 Zrakové rozlišování – rytmus (max. 4 body)
- Subtest 7 Zrakové rozlišování – P-L orientace (max. 3 body)
- Subtest 8 Zraková paměť (max. 3 body)
- Subtest 9 Zrakové vnímání – plošné (max. 2 body)
- Subtest 10 Artikulační obratnost (max. 6 bodů)
- Subtest 11 Jemná motorika – napodobení písma (max. 3 body)
- Subtest 12 Intermodalita – učení písma (max. 6 bodů)
- Subtest 13 Rýmování (max. 3 body)

Tabulka 3. Výsledky první etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky

	Rok narození	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Celkem bodů
Děvče 1	7/2011	2	3	5	6	4	4	2	3	1	1	0	2	3	36 - průměr
Děvče 2	12/2010	2	3	5	5	4	4	3	3	2	3	3	3	1	41 - průměr
Děvče 3	4/2011	3	3	6	7	3	4	3	1	2	3	2	6	2	45 - vyšší průměr
Děvče 4	3/2011	0	0	6	7	1	1	2	1	1	4	1	2	0	26 - podprůměr
Chlapec 1	7/2011	1	3	6	6	2	1	2	3	1	4	1	1	0	31 - nižší průměr
Chlapec 2	12/2010	2	3	5	5	2	2	3	2	2	3	2	2	0	33 - nižší průměr
Chlapec 3	10/2010	2	3	4	5	4	4	3	3	2	3	3	5	1	42 - průměr
Chlapec 4	3/2011	3	2	1	5	3	2	3	1	1	5	1	2	0	29 - podprůměr
Chlapec 5	12/2010	2	3	7	6	4	4	3	3	2	4	3	6	3	50 - nadprůměr
Chlapec 6	6/2011	3	3	4	1	2	2	2	3	2	3	3	1	2	31 - nižší průměr
Chlapec 7	5/2011	2	3	6	5	4	3	3	3	2	2	1	4	2	40 - průměr
Chlapec 8	2/2011	3	3	5	8	3	1	3	2	2	4	3	3	0	40 - průměr
Chlapec 9	6/2011	3	3	6	6	4	2	3	3	1	4	0	2	1	38 - průměr
Chlapec 10	2/2011	2	3	7	7	4	4	3	2	2	6	2	6	2	50 - nadprůměr

■ Průměr

■ Nadprůměr

■ Podprůměr

Po nahlédnutí do tabulky s výsledky z první etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky zjistíme, že ze souhrnného počtu 14 dětí 5 dětí nedosáhlo v celkovém počtu bodů hodnoty dostačující pro statistickou normu (z toho 3 děti se bodově nachází v pásmu nižšího průměru a 2 děti v úrovni podprůměru). Celkem 6 dětí dosáhlo hodnoty potřebné pro dosažení průměrného výsledku a 3 děti se svým výsledkem zařadily do stenového hodnocení lepšího než průměrného.

Při bližším pohledu na výsledky jednotlivých subtestů můžeme určit nejproblématictější oblasti pro větší množství dětí zapojených do diagnostiky. Co se týče prvních pěti subtestů, které se zaměřují na různé schopnosti v rámci sluchového vnímání, pro většinu dětí tyto úkoly nepředstavovaly zásadnější překážku, což odpovídá i povšechně pozitivnímu výsledku v rámci Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí. Při vzájemném srovnání těchto pěti subtestů zaměřených na sluchovou oblast se ukazuje, že děti měly největší potíž se třetím subtestem: sluchové rozlišování hlásek ve slově. Co se týče šestého až devátého subtestu zaměřeného na zrakovou percepci, i v této oblasti měly děti všeobecně dobré výsledky, jedinou větší překážku představoval pro děti subtest šestý: zrakové rozlišování – rytmus. U tohoto úkolu

musí dítě zapojit a zkoordinovat součinnost zrakového a sluchového vnímání s motorikou při manipulaci se bzučákem, což je pro dítě s vývojovou dysfázií náročný úkol. Z výsledků je zřejmé, že největší obtíže se při plnění objevovaly v posledních čtyřech subtestech. V rámci celého Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky měly zcela nejhorší výsledky děti v subtestu zaměřeném na tvorbu rýmů. Nadpoloviční většině dotazovaných dětí se nepovedlo vymyslet žádný nebo pouze jeden rým. Druhý nejtěžší se ukázal subtest dvanáctý: intermodalita – učení písma. Náročným se pro děti ukázal i subtest jedenáctý: jemná motorika – napodobení písma a subtest desátý, zaměřený na artikulační obratnost.

Tabulka 4. Výsledky druhé etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky

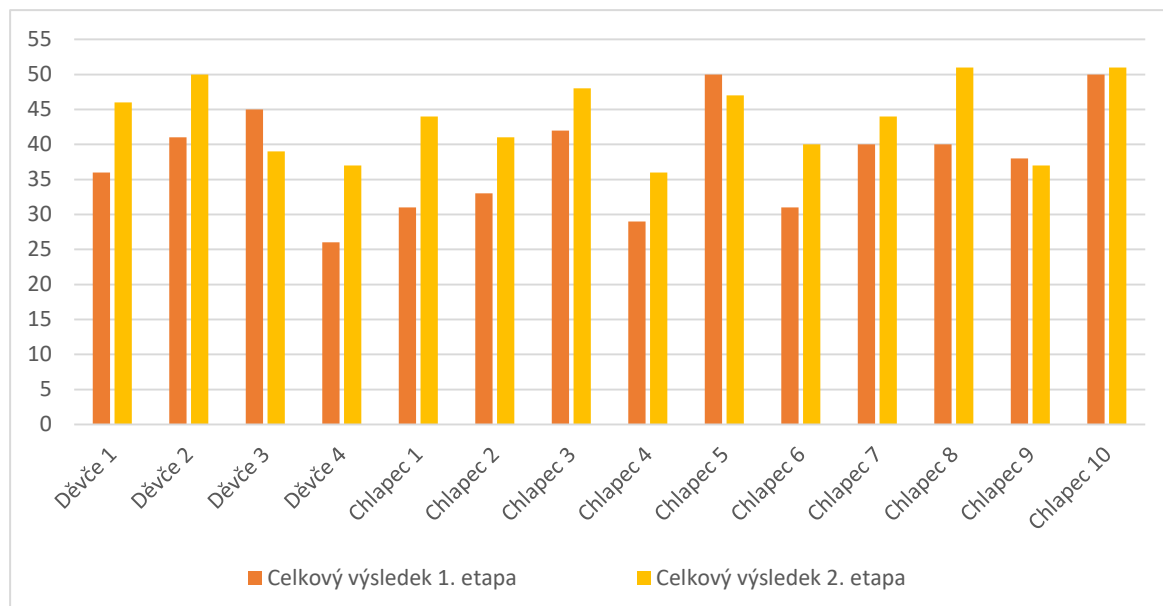
	Rok narození	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Celkem bodů
Děvče 1	7/2011	3	3	8	6	3	4	3	3	2	2	2	6	3	46 – vyšší průměr
Děvče 2	12/2010	3	3	7	7	4	4	3	2	2	3	3	6	3	50 – nadprůměr
Děvče 3	4/2011	2	3	4	6	3	2	2	3	1	4	1	6	2	39 – průměr
Děvče 4	3/2011	0	3	6	5	3	1	3	3	2	4	2	5	0	37 - průměr
Chlapec 1	7/2011	2	3	4	8	4	4	3	2	2	4	3	1	0	44 – průměr
Chlapec 2	12/2010	1	3	4	7	4	3	3	3	2	3	3	5	0	41 – průměr
Chlapec 3	10/2010	3	3	7	7	3	4	3	3	2	3	3	5	2	48 - nadprůměr
Chlapec 4	3/2011	2	3	4	3	2	3	3	2	2	5	3	4	0	36 - průměr
Chlapec 5	12/2010	2	3	7	6	4	4	3	3	2	3	3	5	2	47 - nadprůměr
Chlapec 6	6/2011	2	3	6	6	2	2	3	2	2	2	3	5	2	40 - průměr
Chlapec 7	5/2011	3	3	6	6	4	4	3	2	1	3	2	6	1	44 - vyšší průměr
Chlapec 8	2/2011	3	3	6	8	4	3	3	3	2	6	3	6	1	51 – výrazný nadprůměr
Chlapec 9	6/2011	2	3	7	6	2	2	2	2	1	4	0	5	1	37 - průměr
Chlapec 10	2/2011	3	3	7	7	4	4	3	2	2	6	2	6	3	51 – výrazný nadprůměr

■ Průměr ■ Nadprůměr ■ Podprůměr

Z tabulky, do které jsou zpracovány hodnoty z druhého diagnostického sezení v rámci Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky, můžeme jasně vyčíst, že výsledky všech zapojených dětí při druhé etapě dosáhly úrovně splňující danou normu a v mnoha případech překročily průměrný výsledek. U většiny dětí můžeme pozorovat radikální zlepšení výsledků oproti prvnímu sezení. U dvou dětí zůstala úroveň celkového bodového výsledku s rozdílem jednoho bodu neměnná. U dvou dětí se výsledek o několik

bodů zhoršil, toto zhoršení však nepovažuji za signifikantní, jelikož nedošlo k přesunu ve stenové normě o více než jednu kategorii, a výsledek stále zůstává optimální, v normě. Za velmi zajímavé zjištění považuji to, že všechny děti zvládly s plným počtem bodů subtest druhý, zaměřený na sluchovou analýzu první hlásky – v tomto případě jednoznačně spatřuji hodnotu Programu fonemického uvědomování dle D. B. Elkonina, jež byl obsažen ve skupinové logopedii. Nejslabšími oblastmi a zároveň oblastmi, ve kterých došlo k nejmenšímu obecnému zlepšení v rámci souhrnného výsledku všech dětí v dané oblasti, je subtest desátý, zaměřený na artikulační obratnost, a subtest třináctý, zaměřený na tvorbu rýmů.

Graf 2. Komparace celkového výsledku z 1. a 2. etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky



Graf 2. zobrazuje celkové výsledky z 1. a 2. etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky a zachycuje vývoj a rozdíl výsledků z obou etap. V této shrnující tabulce nebylo možné zobrazit normu, jelikož není jednotně určená a liší se v závislosti na věku a pohlaví dítěte.

3.3 Závěry výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo orientováno na skupinu dětí s vývojovou dysfázií v době odkladu školní docházky, které navštěvovaly mateřskou školu logopedickou. Cílem výzkumného šetření bylo zhodnotit připravenost těchto dětí z hlediska dílčích schopností potřebných pro pozdější kladné zvládnutí čtení a psaní v základní škole. Tento cíl byl naplněn za použití standardizovaných diagnostických materiálů Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995) a Test

rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky (Švancarová, Kucharská, 2012). Výzkumný vzorek obsahoval celkem 14 dětí, 4 děvčata a 10 chlapců. Výzkumné šetření bylo rozloženo do dvou etap, které měly za cíl zachytit vývoj daných schopností v čase. První etapa diagnostických sezení probíhala v prosinci 2017, druhá etapa probíhala v červnu 2018. Odstup mezi jednotlivými sezeními byl tedy 5 měsíců. Získaná data z obou etap byla analyzována a graficky zpracována do tabulek a grafů, zobrazujících dílčí hodnoty, celkové bodové ohodnocení i umístění vzhledem k normě.

Výsledky, které zobrazuje tabulka 1. a tabulka 3., nám *potvrzují hypotézu HP1 – Děti s vývojovou dysfázií v MŠ logopedické v době odkladu školní docházky budou vykazovat nerovnoměrné výsledky v dílčích sledovaných oblastech v rámci první etapy výzkumného šetření.* V rámci Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí celkem 7 dětí z celkového počtu 14 dětí mělo nedostatečný výsledek v jedné a více sledovaných oblastech v první etapě výzkumného šetření. U 50% zapojených dětí byly tedy výsledky v rámci jednotlivých distinktivních rysů nerovnoměrné. V rámci Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky byly výsledky dětí v první etapě rovněž nerovnoměrné. Především v níže popsanych pěti z celkového počtu třinácti subtestů děti selhávaly podstatně více oproti ostatním úkolům, ve kterých byly výsledky skokově lepší. Výsledky dětí v subtestu 6. (zrakové rozlišování – rytmus) dosahovaly v 50% úspěšnosti poloviční či horší. V rámci subtestu 10. zaměřeného na artikulační obratnost mělo rovněž 50% dětí úspěšnost poloviční či horší než poloviční. V rámci subtestu 11. orientovaného na napodobení písma 43% uspělo pouze v jednom nebo v žádném úkolu ze tří celkových. V subtestu 12., který se zaměřuje na učení písma, dosáhlo 65% poloviční úspěšnosti či úspěšnosti horší a v posledním subtestu 13., jež se zaměřuje na rýmování, celkem 57% dětí dokázalo vytvořit rým jen na jedno či žádné slovo ze třech požadovaných.

Z tabulky 1. a 3. můžeme rovněž vyčíst, že následující hypotéza **HP2 - Výsledky dětí ve sledované skupině nebudou v rámci první etapy výzkumného šetření odpovídat normě, nebyla podpořena.** V rámci Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí pouze 3 děti nedosáhly stanovené normy, 79% zapojených dětí tedy splnilo normu již při první etapě výzkumného šetření. Při plnění Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky nedosáhlo normy 5 dětí, 64% dětí splnilo normu v první etapě výzkumného šetření. Tyto pozitivní výsledky překračují výchozí předpokládaný výsledek a interpretuji je tak, že hypotéza nemůže být jednoznačně podpořena. Jako zásadní faktor, který měl na tento výsledek vliv, spatřuji intenzivní logopedickou péči, které se v mateřské škole logopedické dětem dostává jak v rámci každodenních individuálních

sezení, tak v rámci skupinových logopedií. Rozvoj rytmizace slov, fonemického sluchu, analýzy a syntézy slov a celkově sluchového vnímání představuje zásadní oblast, které je dlouhodobě a usilovně věnována pozornost.

Odpověď na hypotézu **HP3 – Děti ve sledované skupině budou s časovým odstupem v rámci druhé etapy výzkumného šetření dosahovat lepších výsledků oproti první diagnostice**, můžeme nalézt v 1. a 2. grafu. Hypotéza *byla potvrzena*. V případě Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí došlo u 12 dětí z celkového počtu 14 dětí ke zlepšení v celkovém bodovém výsledku. U dvou dětí došlo ke zhoršení o jeden bod, což není statisticky významné. V případě Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky došlo ke zlepšení u 11 dětí. U třech dětí došlo ke zhoršení. U dvou z těchto dětí se jedná o zhoršení o 1 a 3 body, v obou případech se však výsledek i po zhoršení nachází v úrovni normy a bodové zhoršení tak není příliš významné. V případě třetího dítěte (děvče 3) došlo ke zhoršení o 6 bodů. Když podrobíme toto zhoršení bližší analýze, zjistíme, že je rovnoměrně rozloženo mezi osm subtestů, z toho v šesti případech byl výsledek z daného subtestu zhoršen o jeden bod, v případě dvou dalších potom o dva body. V rámci jednoho subtestu došlo ke zlepšení o dva body, u zbylých zůstal bodový výsledek beze změny. Celkový výsledek se o jeden stupeň stenové normy pohoršil, i tak však bylo dosaženo výsledku odpovídajícího průměru. Vzhledem k celkovému rozložení bodového zhoršení usuzuji na aktuální nesoustředěnost, únavu či jiné aktuálně působící vlivy, které nemají trvalejší charakter.

Hypotéza **HP4 – Výsledky dětí ve sledované skupině budou na konci odkladu školní docházky odpovídat normě diagnostických materiálů**, *byla potvrzena* na základě výsledků zobrazených ve 2. a 4. tabulce. Výsledky druhé etapy Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí nám ukazují, že 13 dětí ze 14 dosáhlo požadovaného výsledku pro stanovenou normu. Výjimku nám tvoří děvče 4, které nedosáhlo normy konkrétně o 4 body. Ze čtyř sledovaných distinktivních rysů se nepodařilo dosáhnout dílčí normy u třech z nich. Tento výsledek jsem byla nucena přisoudit jejímu negativistickému chování a špatné stálosti pozornosti. Tyto vlivy byly silně patrné v případě obou diagnostických setkání a i během jejího každodenního běžného trávení času v mateřské škole. V rámci Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky dosáhly průměrného či lepšího výsledku všechny zapojené děti. Souhrnně tedy, až na jedinou částečnou výjimku, která není statisticky významná, lze potvrdit, že výsledky dětí na konci odkladu školní docházky jsou na potřebné úrovni naplňující

normu, která se očekává jako podklad pozdějšího kladného potenciálu ovládnutí čtení a psaní.

K úspěšnému ovládnutí čtení a psaní je nezbytné, aby se propojil složitý komplex dílčích dovedností, které musí být vzájemně koordinované. Zapojuje se zejména zraková a sluchová percepce, množina jazykových schopností dítěte, oromotorika, jemná motorika, mikromotorika očních pohybů, kognitivní schopnosti, koncentrace a paměť. Vzhledem ke specifikům kvantitativně zaměřeného výzkumu není prakticky možné všechny tyto dovednosti hloubkově zhodnotit, přesto se ale domnívám, že zvolené diagnostické materiály nám svými výsledky poskytují kvalitní zacílený ukazatel úrovně dítěte a napovídají nám, že při vhodném pedagogickém a speciálně pedagogickém působení na tyto žáky s vývojovou dysfázií, v průběhu jejich osvojování čtení a psaní, nemusíme očekávat zásadní problémy a nenalezneme blokády způsobené kritickým nerozvinutím některé z nutných dovedností. V tomto případě lze jednoznačně říci, že mateřská škola logopedická splnila svůj díl práce a cílevědomou přípravou položila kvalitní podklad pro osvojování čtení a psaní u dítěte s vývojovou dysfázií. Odklad školní docházky se v tomto případě jednoznačně ukázal jako prospěšný. Poskytnutý čas umožnil dětem vyzrát a jejich výsledky, jak nám demonstrují výsledky diagnostických materiálů, se v průběhu odkladu školní docházky v chráněném prostředí mateřské školy zlepšily, a byl tak důležitým způsobem podpořen potenciál školní úspěšnosti u sledované skupiny dětí.

3.4 Diskuze

Výzkumné šetření přispívá ke zhodnocení účinnosti odkladu školní docházky u dětí s vývojovou dysfázií a úspěšnosti terapeutického působení ze strany mateřské školy logopedické. Právě tyto informace jsou uplatnitelné v praxi a nesou jednoznačné sdělení, že dítě s vývojovou dysfázií velmi profituje ze systému speciálního vzdělávání zaměřeného na svou poruchu řečové komunikace. Ideální stav by nastal ve chvíli, kdy by tato zaměřená péče byla dostupná ve všech krajích v dostatečné míře a v takové kvalitě, se kterou jsem se měla možnost setkat.

Výzkumné šetření bylo konstruováno tak, aby bylo replikovatelné a rozvinutelné v dalších výzkumných aktivitách. Bylo by nesmírně zajímavé a poučné sledovat vývoj dětí s vývojovou dysfázií i po nástupu do základní školy a jejich postup v osvojování triví. V této oblasti cítím jednu z možných cest, kterou by bylo možné výzkum rozvinout, avšak takto zaměřený výzkum už by nabýval podoby longitudinální studie. Takto orientovaný výzkum by rovněž rozvinul metodické poznatky a informace o možných úskalích vzdělávání žáků s vývojovou dysfázií, jelikož v odborných publikacích hodnotím poznatky v této oblasti jako obtížně dohledatelné a velmi stručné.

Další možnou cestou, která by obohatila praxi, by bylo sledování vývoje skupiny dětí s vývojovou dysfázií v mateřské škole logopedické, oproti skupině dysfaticů, která by docházela do běžné mateřské školy a byla jim poskytována logopedická péče klinického logopeda. Na základě dosavadních zkušeností mohu říct, že stav, kdy by dítě s vývojovou dysfázií docházelo jak do mateřské školy logopedické, tak ke klinickému logopedovi, je výjimečný. Oba tyto zdroje terapeutického působení jsou pro rodinu s dítětem s vývojovou dysfázií obohacující a rozvíjející, a osobně zastávám názor, že kombinace obojí péče by byla jedinečně prospěšná.

Na základě své práce s diagnostickým materiálem Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí jsem se zamýšlela nad tím, jakým způsobem by zřejmě mohly vypadat aktualizované normy a repertoár využitých slov s distinktivním rysem, protože ačkoli je daný diagnostický materiál v našem prostředí velmi využívaný a má velkou hodnotu, je předkládán ve své původní podobě z roku 1995 a jeho aktualizace by mohla lépe odrážet stav nynějších dětí.

4 Závěr

V diplomové práci byly na základě soudobé literatury popsány stěžejní oblasti v problematice vývojové dysfázie. Dostupné jsou informace o aktuálním definičním rámci této diagnózy, o její etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii. Důležité jsou ve vztahu k výzkumnému šetření kapitoly zasazující vývojovou dysfázii do rámce povinné školní docházky a s ní související školní zralosti a připravenosti.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na skupinu dětí s vývojovou dysfázií, jimž byla věnována péče v mateřské škole logopedické v době odkladu povinné školní docházky. Cílem šetření bylo diagnostikovat a kvantitativně zhodnotit vývoj připravenosti těchto dětí pro zvládnutí čtení a psaní. V této skupině se nacházelo 14 dětí, počet chlapců pro tuto diagnózu charakteristicky převažoval nad počtem děvčat. Výzkum jako takový probíhal ve dvou etapách, mezi kterými byl pětiměsíční rozestup, jež nám poskytl vhled do vývoje schopností dané skupiny dětí. K diagnostikování stavu schopností posloužily standardizované diagnostické materiály - Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (Škodová, Michek, Moravcová, 1995) a Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky (Švancarová, Kucharská, 2012). První etapa diagnostických sezení přinesla pozitivnější výsledky, než by se dalo u takto závažné diagnózy očekávat - majoritní počet dětí dosáhl normy už v úvodní etapě. Druhá etapa přinesla zlepšení výsledků, statisticky významná většina sledovaných dětí dosáhla normy diagnostických materiálů. Z výsledků lze usuzovat na prospěšnost odkladu povinné školní docházky u dětí s vývojovou dysfázií, který poskytne čas nejen pro rozvinutí důležitých kognitivních schopností, ale i důležitých sociálně-emocionálních schopností a práceschopnosti. Mateřská škola logopedická se v tomto směru také ukazuje jako významně pozitivní činitel, který svou soustavnou stimulační činností a společnou prací s rodinou posunul u dítěte důležité oblasti ve vztahu k osvojení čtení a psaní do příznivého stavu, který by měl pro dítě s vývojovou dysfázií představovat dostatečný základ, aby osvojování trivia odpovídalo jeho vývojové úrovni a nevyvstaly nepřekonatelné blokády vývoje.

5 Seznam literatury a dalších pramenů

- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press, 2011a. ISBN 978-80-251-2569-4.
- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Brno: Computer Press, 2011b. ISBN 978-80-251-1829-0.
- BENDOVIÁ, Petra. *Logopedická prevence v MŠ*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-491-5.
- BENÍŠKOVÁ, Tereza. *První třídou bez pláče*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024719061.
- DLOUHÁ, Olga et al. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-314-2.
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4750-7.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024711109.
- KOLESOVÁ, Eva. *Jak pomoci svému dítěti s vadou řeči: praktické rady pro rodiče a jejich děti*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-03-9.
- KOMÁREK, Vladimír et al. *Specifické strukturální změny mozku u dětí s vývojovou dysfázií*. In: NEUBAUER, Karel. *XXII. konference Asociace klinických logopedů ČR: Opožděný vývoj řeči a syndrom vývojové dysfázie v klinické praxi*. Hradec Králové: Varia, 2014. ISBN 978-80-7435-431-1.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči, Dysfázie : metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
- LEONARD, Laurence B. *Children with specific language impairment*. London: The MITT Press, 2014. ISBN: 978-0-262-02706-9.
- MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018 © Ústav

zdravotnických informací a statistiky ČR 2017 Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>.

- NÁDVORNÍKOVÁ, Hana. Přípravenost dítěte na vstup do základní školy. In: BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, Eva DANDOVÁ, Jana KRATOCHVÍLOVÁ, Hana NÁDVORNÍKOVÁ, Zora SYSLOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Školní zralost a její diagnostika*. Praha: Raabe, 2017. ISBN 978-80-7496-319-3.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 9788074350535.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
- NEUBAUER, Karel, Lenka NEUBAUEROVÁ a Andrea NOHEJLOVÁ. Opožděný vývoj řeči a vývojová dysfázie – od programu terapeutické intervence k problematice poruch učení a adaptace ve školní výuce. In: NEUBAUER, Karel, Sarmíte TŮBELE a Lenka NEUBAUEROVÁ. *Kontexty vývojových poruch řečové komunikace a specifických poruch učení*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. ISBN 978-80-7435-643-8.
- OTEVŘELOVÁ, Hana. *Školní zralost a připravenost*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1092-4.
- PETERSON, Robin L. a Lauren M. MCGRATH. Speech and Language Disorders. In: PENNINGTON, Bruce F. *Diagnosing Learning Disorders: A Neuropsychological Framework*. New York: The Guilford Press, 2009. ISBN 978-1-59385-714-1.
- POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.
- POSPÍŠILOVÁ, Lenka. Neurovývojové poruchy a syndrom vývojové dysfázie. In: NEUBAUER, Karel, Lenka POSPÍŠILOVÁ a kol. *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Hradec Králové: Gaudamus, 2017. ISBN 978-80-7435-665-0.
- POSPÍŠILOVÁ, Lenka a Lucie ZAPLETALOVÁ. Longitudinální výzkumná studie. In: NEUBAUER, Karel, Lenka POSPÍŠILOVÁ a kol. *Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace*. Hradec Králové: Gaudamus, 2017. ISBN 978-80-7435-665-0.

- POSPÍŠILOVÁ, Lenka. Vývojová dysfázie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- SCHWARTZ, Richard G. *Handbook of Child Language Disorders*. New York: Psychology Press, 2009. ISBN: 978-1-84169-433-7.
- SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4240-3.
- ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.
- ŠKODOVÁ, Eva, MICHEK, František, MORAVCOVÁ, Marie. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia a.s., 1995. ISBN 80-238-0312-3.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, Eva. Terapie vývojové dysfázie. In: DLOUHÁ, Olga et al. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-314-2.
- ŠVANCAROVÁ, Daniela a Anna KUCHARSKÁ. *Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky. 2.*, dopl. vyd., Praha: DYS-centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-904494-9-7.
- TALLAL, Paula, Terry JARNIGAN a Robert SAINBURG. The Neuropathology of Developmental Dysphasia: Behavioral, Morphological, and Physiological Evidence for a Pervasive Temporal Processing Disorder. In: *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*. Kluwer Academic Publishers, 1991. First online 2011 Sep 6, Volume 3, pp 363–377 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/BF00354968>.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531.
- VELDOVÁ, Zuzana. Vývojová dysfázie z hlediska foniatra. *Speciální pedagogika* [online]. Volume 006. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1996, s. 16-22 [cit. 2018-12-22]. ISSN 0862-1632. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/1070/1622.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), in: *Sbírka zákonů České republiky*, v platném znění od 15. 2. 2019. dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-15-2-2019>

6 Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1. Výsledky první etapy Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí	50
Tabulka 2. Výsledky druhé etapy Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí	52
Graf 1. Komparace celkového výsledku z 1. a 2. etapy hodnocení fonemického sluchu	53
Obr. 1. Normy k Testu rizika poruch čtení a psaní	55
Tabulka 3. Výsledky první etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky.....	56
Tabulka 4. Výsledky druhé etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky.....	57
Graf 2. Komparace celkového výsledku z 1. a 2. etapy Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky.....	58

7 Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o umožnění plnění výzkumné části k diplomové práci

Příloha 2: Informovaný souhlas pro rodiče

Příloha 3. Dvojice slov obsažené v Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí

Příloha 4. Úkoly a jejich zadání obsažené v Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané

Žádost

o umožnění plnění výzkumné části k diplomové práci

Zařízení umožní studentce přístup do zařízení a poskytne jí dokumentaci dětí zapojených do výzkumného projektu v předem dohodnutých dnech. Klíčoví pracovníci jsou srozuměni s cílem výzkumného šetření, stejně jako jeho rozsahem a dobou trvání. Studentka se zavazuje zachovat anonymitu účastníků výzkumného šetření v maximálním rozsahu možném pro vypracování diplomové práce.

Žadatel: Bc. Eliška Procházková

Studijní obor: Univerzita Hradec Králové, Speciální pedagogika - logopedie

Téma diplomové práce: Děti s diagnózou vývojová dysfázie v mateřské škole logopedické

Garant diplomové práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Předpokládaná doba trvání výzkumné činnosti: prosinec 2017 – červen 2018

Název zařízení: Církevní mateřská škola logopedická Don Bosco, Poznaňská 462, 181 00, Praha 8 – Bohnice

V Praze dne

žadatel

zařízení

Příloha 2: Informovaný souhlas pro rodiče

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Děti s diagnózou vývojová dysfázie v mateřské škole logopedické*“

V rámci výzkumného projektu, který je součástí mé diplomové práce, bych Vás ráda požádala o souhlas se zapojením Vášho dítěte do tohoto výzkumu. Podstatou výzkumu je provedení dvou diagnostických vyšetření, která budou zopakována před nástupem dítěte do základní školy. Cílem je zhodnocení připravenosti dětí pro zvládnutí čtení a psaní. Diagnostika bude provedena v rámci běžné docházky dítěte do MŠ Don Bosco, nevyžaduje žádnou zvláštní aktivitu z Vaší strany. Zachování anonymity a šetrná práce s osobními údaji jsou pro mě prioritou, součástí práce nebudou žádné citlivé údaje, jako je jméno dítěte, datum narození, bydliště a další.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu se zapojením dítěte do výzkumu.

Bc. Eliška Procházková

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí svého dítěte v uvedeném výzkumném projektu.

Jméno rodiče: Jméno dítěte:

V dne Podpis:

Příloha 3. Dvojice slov obsažené v Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí

1.	nitě	dítě	31.	liška	myška
2.	kos	kus	32.	mele	mete
3.	koza	kosa	33.	Petr	metr
4.	míč	rýč	34.	dělo	tělo
5.	mává	dává	35.	pata	padá
6.	tudy	dudy	36.	moucha	mouka
7.	kape	kope	37.	mouka	louka
8.	chaťa	vata	38.	dům	dým
9.	pije	bije	39.	vozy	vosy
10.	veze	vede	40.	bosa	basa
11.	muška	myška	41.	husa	pusa
12.	mrak	drak	42.	myje	šije
13.	Lípa	lípa	43.	máček	míček
14.	sud	sad	44.	bolí	solí
15.	salám	salát	45.	nos	kos
16.	zeď	seď	46.	pas	pes
17.	Kuba	kupa	47.	liška	myška
18.	duha	tuha	48.	pec	pac
19.	kope	koupe	49.	kost	most
20.	koupe	houpe	50.	miska	maska
21.	vana	vata	51.	bába	žába
22.	pálí	balí	52.	pere	bere
23.	tužka	taška	53.	bumbá	pumpa
24.	zívá	dívá	54.	boty	noty
25.	jáma	máma	55.	táta	teta
26.	buben	pupen	56.	jede	vede
27.	houby	houpy	57.	vrána	brána
28.	pes	les	58.	luk	lak
29.	cop	cep	59.	nohy	rohy
30.	muška	tužka	60.	puk	luk

Příloha 4. Úkoly a jejich zadání obsažené v Testu rizika poruch čtení a psaní pro rané

1. SLUCHOVÁ ANALÝZA NA SLABIKY

ZÁCVIK: Testující předvádí, dítě se přidává, opravujeme.

Viš, jak se děti rozpočítávají? Třeba en-ten-ty-ky dva-špa-lí-ky Místo ukazování si to teď spolu zatleskáme. (Při procvičování testující slabikuje a tleská. V úkolu pouze zřetelně a pomaleji vysloví, dítě slabikuje a tleská samo.)

ÚKOL: Teď zkus tleskat a říkat sám:

		Body
1.1.	ČOKOLÁDA	
1.2.	VLAŠTOVIČKO LETĚ	
1.3.	NÁŠ KOCOUR MOUREČEK	

2. SLUCHOVÁ ANALÝZA - 1. HLÁSKA

ZÁCVIK: Teď si budeme říkat, čím začínají různá slova. Třeba na začátku slova *máma* je *m*, *táta* – *t*. Tvé jméno má na začátku? Ano ...

ÚKOL: Uhodneš, čím začíná slovo:

		Body
2.1.	CHALOUPKA	
2.2.	RUKA	
2.3.	ŽABKA	

3. SLUCHOVÉ ROZLIŠOVÁNÍ HLÁSEK VE SLOVĚ

ZÁCVIK: Slyšíš *s* ve slově *pes*? Je *s* ve slově *voda*? Není, vidí? A slyšíš *p* ve slově *kope*? A ve slově *loví*? Tam *p* není, vidí? Je tam jen *l-o-v-í*.

ÚKOL: Slyšíš ve slově

		Body			Body
3.1.	CH – PROCHÁZKA		3.2.	CH – HOUBY	
3.3.	Í – PÍŠE		3.4.	Í – CHODÍ	
3.5.	H – CHODÍ		3.6.	H – KOHOUT	
3.7.	E – SADY		3.8.	E – SKÁČE	

školáky

4. SLUCHOVÉ ROZLIŠOVÁNÍ PODOBNÝCH SLOV

ZÁCVIK: Podívej se na moji ruku. Je úplně stejná jako ta tvoje? Není, vid'? Jsou si trochu podobné, ale moje je trochu větší, delší ... Je stejné, když řeknu *kůň* a *kůl*? Správně, není. Nebo *kos* a *koš*?...

ÚKOL: Jsou tato dvě slova úplně stejná? (vyslovujeme pomalu, odděleně)

		Body			Body
zácvik	VOK – VOK	<input checked="" type="checkbox"/>	zácvik	CETÝ – CETÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
4. 1.	BALUM – BALUM	<input type="checkbox"/>	4. 2.	TYK – TIK	<input type="checkbox"/>
4. 3.	STĚS – STES	<input type="checkbox"/>	4. 4.	MANÍ – MANÝ	<input type="checkbox"/>
4. 5.	ZIK – ZÍK	<input type="checkbox"/>	4. 6.	DYR – DYR	<input type="checkbox"/>
4. 7.	FRAŠ – FLAŠ	<input type="checkbox"/>	4. 8.	BRAM – PRAM	<input type="checkbox"/>

5. SLUCHOVÉ ROZLIŠOVÁNÍ DÉLEK

ZÁCVIK: Testující procvičí s dítětem bzučení na bzučáku. Dítě si samo vyzkouší, jak funguje, pak opakuje asi tři různé varianty po testujícím. Zdůrazníme, že dlouhé zabzučení musí být opravdu dlouhé – opakujeme i později, protože dítě má někdy tendenci zkracovat a výsledky by byly zkreslené.

Teď zkus zabzučet podle toho, co ti budu říkat. Tam, kde se ti slovo bude zdát dlouhé, zabzučíš dlouze, kde krátké, zabzučíš krátce: pápá, kuk, jéje! (pomáháme, opravujeme)

ÚKOL: Testující vždy říká celé věty, ale vždy zdůrazní a zopakuje, co má dítě zabzučet, tedy to, co je vyznačeno velkými tiskacími písmeny.

		Body
5.1.	Sova houká HÚ HÚ	<input type="checkbox"/>
5.2.	Slepička odpovídá KO KO DÁK	<input type="checkbox"/>
5.3.	Na kočku voláme ČÍ ČÍ	<input type="checkbox"/>
5.4.	Ája volá na psa FÍKU	<input type="checkbox"/>

6. ZRAKOVÉ ROZLIŠOVÁNÍ – RYTMUS

ZÁCVIK: Podívej se na tenhle obrázek. Jsou tu nakresleny dešťové kapky. Některé malé a jiné velké. Zkus teď podle nich zabzučet na bzučák tak, abys na velkou kapku zabzučel dlouze a na malou krátce.

ÚKOL a): Tento třetí řádek zkus úplně sám. (6.1.)

ÚKOL b): A nyní to uděláme obráceně. Já budu mačkat bzučák a ty mi ukážeš řádek kapek, podle kterých bzučím. (6.2. – 6.4.)

		Body
6.1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ZRAKOVÉ ROZLIŠOVÁNÍ – PRAVOLEVÁ ORIENTACE

ZÁCVIK: Už jsme si povídali o tom, že moje ruka a tvoje ruka nejsou úplně stejné. Také obrázky, které ti budu ukazovat, si budou trochu podobné, ale jen některé budou úplně stejné. Následující dva zácvikové obrázky opravujeme, zdůvodníme.

ÚKOL: A teď mi řekni sám, které obrázky jsou stejné a které různé.

Body

7.1.	
7.2.	
7.3.	

8. ZRAKOVÁ PAMĚŤ

ZÁCVIK: Testující ukazuje dítěti vždy jeden obrázek po dobu 3 - 5 vteřin. Po zakrytí jej dítě vyhledává mezi několika podobnými obrázky. Teď ti ukážu obrázek. Ty si ho pozorně prohlédneš a až ho schovám, najdeš ho mezi těmito ostatními obrázky. (pomáháme)

ÚKOL: Zkus to ještě s dalšími obrázky.

Body

8.1.	
8.2.	
8.3.	

9. ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ – PLOŠNÉ

ÚKOL: Tyhle dva obrázky zkus teď překreslit co nejpřesněji sem pod sebe.

Body

9.1.	
9.2.	

10. ARTIKULAČNÍ OBRATNOST

ÚKOL: Dítě opakuje po testujícím. Pokud něco zkomolí, je třeba si ověřit, zda nemá vadu výslovnosti. Pokud má dítě vadu výslovnosti, je třeba posoudit, zda slovo zopakovalo v rámci své vady dobře, nebo jej ještě zkomolilo. Teprve tuto poslední možnost považujeme za chybu. Také několikeré rozběhnutí, zakoktání a opakování je chyba.

A teď říkej po mně:

	Body		Body
10.1.	CVRČEK	10.2.	TŘPYTIVÝ
10.3.	ŠEHerezÁDA	10.4.	NEJNEBEZPEČNĚJŠÍ
10.5.	PODPLUKOVNÍK	10.6.	OBDIVUHODNĚ

11. JEMNÁ MOTORIKA – NAPODOBENÍ PÍSMO

ÚKOL: Teď ti dám takové zvláštní písmo. Nech si ho před sebou jako vzor a zkus ho překreslit na papír co nejpřesněji.

Body

11.1.	
11.2.	
11.3.	

12. INTERMODALITA – UČENÍ PÍSMĀ

ZÁCVIK: Pracujeme se znaky úkolu 11. Nejprve v pořadí horní – střední – dolní, v úkolech se pořadí zaměňuje. Teď dávej dobrý pozor, něco tě naučím. Tento první znak se jmenuje UF, tento PÍP a tento BÁC. Ještě jednou ti to zopakují A teď mi sám ukaž, kde je PÍP, kde je BÁC, kde je UF.

ÚKOL:

„Jak se jmenuje tento znak...“ (ukazujeme)

„Nyní obrázky schovám. Víš, že jeden byl nahoře, jeden uprostřed a jeden dole. Řekni mi tedy, jak se jmenoval znak...“

Body		
12.1.	Dole (BÁC)	
12.2.	Uprostřed (PÍP)	
12.3.	Nahoře (UF)	

Body		
12.4.	Uprostřed (PÍP)	
12.5.	Nahoře (UF)	
12.6.	Dole (BÁC)	

13. RÝMOVÁNÍ

ZÁCVIK: Asi víš, že se v básničkách některá slova rýmují. Třeba na slovo kos se rýmuje nos, rosa ano vos, míč ano pryč nebo rýč.

ÚKOL: Zkus teď sám vymyslet rým na slovo:

Body		
13.1.	LES	
13.2.	STŮL	
13.3.	SVĚT	

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Subtesty	Celkem bodů	Poznámka
1. Sluchová analýza na slabiky		
2. Sluchová analýza na 1. hlásku		
3. Sluchové rozlišování hlásek ve slově		
4. Sluchové rozlišování podobných slov		
5. Sluchové rozlišování délek		
6. Zrakové rozlišování – rytmus		
7. Zrakové rozlišování – PLO		
8. Zraková paměť		
9. Zrakové vnímání – plošné		
10. Artikulační obratnost		
11. Jemná motorika – napodobení písma		
12. Intermodalita – učení písma		
13. Rýmování		
CELKEM		