

UNIVERZITA PALACKÉHO  
Pedagogická fakulta  
Ústav speciálněpedagogických studií

Eva Chobotová

Obor: Logopedie

**Péče o rozvoj komunikačních kompetencí u dětí raného věku  
v ústavních podmínkách**

\*\*\*\*\*

Diplomová práce

Olomouc 2020

Vedoucí diplomové práce:  
prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne .....

.....

Eva Chobotová

### **Poděkování**

Velké poděkování patří vedoucímu mé diplomové práce prof. PhDr. PaedDr. Miloňovi Potměšilovi, Ph.D.za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům dětských center, kteří se mého výzkumu zúčastnili. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a kamarádům, kteří mi byli velkou oporou, speciálně pak Elišce Belinové za korekturu a cenné rady.

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Terminologie</b> .....	<b>8</b>
2.1	Komunikační kompetence .....	8
2.2	Raný věk .....	9
2.3	Institucionální péče .....	9
<b>3</b>	<b>Institucionální péče</b> .....	<b>11</b>
3.1	Historie institucionální péče .....	11
3.2	Současný stav .....	12
3.3	Legislativa.....	13
<b>4</b>	<b>Vývoj dítěte se zaměřením na rozvoj komunikace a řeči</b> .....	<b>14</b>
4.1	Prenatální vývoj .....	14
4.2	Stadium předřečového vývoje.....	15
4.2.1	Novorozenecké období.....	15
4.2.2	Kojenecké období.....	16
4.2.3	Vývoj řeči v kojeneckém období.....	19
4.3	Stadium řečového vývoje.....	22
4.3.1	Batolecí období.....	22
4.3.2	Vývoj řeči v batolecím období .....	25
4.4	Shrnutí.....	27
<b>5</b>	<b>Rizika ve vývoji u dětí raného věku</b> .....	<b>29</b>
5.1	Prenatální období .....	30
5.2	Perinatální období .....	31
5.3	Postnatální období.....	31
5.4	Novorozenecké období, rizika a odchylky ve vývoji.....	32
5.5	Kojenecké období, rizika a odchylky ve vývoji.....	32
5.6	Batolecí období, rizika a odchylky ve vývoji .....	33

5.7	Shrnutí.....	34
<b>6</b>	<b>Raná logopedická intervence.....</b>	<b>36</b>
6.1	Diagnostika .....	36
6.1.1	TEKOS .....	37
6.1.2	DoVyKo II.....	38
6.1.3	Stručný dotazník dětského slovníku .....	38
6.1.4	Mnichovská funkční vývojová diagnostika.....	38
6.1.5	Laheyové model řeči .....	39
6.1.6	Portage program .....	40
6.1.7	Komunikační profil Matrix.....	41
6.1.8	Edukačně-hodnoticí profil dítěte s poruchou autistického spektra.....	41
6.1.9	Jednotná měřítka vývoje.....	41
6.2	Terapie .....	42
6.2.1	Vhodné intervenční přístupy .....	42
6.2.2	Bazální stimulace.....	43
6.2.3	Orofaciální stimulace.....	44
6.2.4	Bobath koncept.....	44
6.2.5	Expresivní terapie .....	45
6.3	Vzdělávání .....	45
<b>7</b>	<b>Praktická část.....</b>	<b>47</b>
7.1	Uvedení do problematiky.....	47
7.2	Vymezení výzkumných cílů a výzkumné otázky .....	47
7.3	Metodologie práce .....	48
7.3.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	49
7.3.2	Charakteristika výzkumného prostředí.....	49
7.4	Interpretace dat získaných z rozhovorů .....	49
7.4.1	Dětská centra .....	50

7.4.2	Děti .....	52
7.4.3	Péče o komunikační kompetence dětí .....	56
7.5	Shrnutí.....	65
7.6	Diskuse.....	66
<b>Závěr</b>	.....	<b>69</b>
<b>Seznam bibliografických citací</b>	.....	<b>70</b>
<b>Seznam příloh</b>	.....	<b>76</b>

# 1 Úvod

Péče o rozvoj komunikačních kompetencí u dětí raného věku je hlavně v posledních letech v České republice velice aktuálním tématem, ať už z hlediska prevence komunikačních obtíží či samotné terapie. U dětí rizikových, z důvodu zdravotního postižení či sociálního znevýhodnění, je velice důležité, aby byl jejich vývoj stimulován. S tím se samozřejmě pojí i vývoj komunikace. Cílem naší práce je proto zjistit, zda a jakým způsobem je pečováno o komunikační kompetence dětí raného věku v ústavních zařízeních, především v dětských centrech a dětských domovech pro děti do tří let věku, a zda je péče o komunikační kompetence v centrech potřebná.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí: na část teoretickou a praktickou. Teoretická část má pět kapitol, v první krátce popisujeme terminologii dané problematiky. Další kapitola se věnuje institucionální péči v České republice, její historii a současnému stavu. Třetí kapitola se zabývá vývojem dítěte se zaměřením na komunikační kompetence a řeč, vývojová období dělíme na předřečové a řečové a popisujeme raný věk, který je ohraničený třetím rokem věku dítěte. Dále se věnujeme rizikům ve vývoji dětí, blíže je popisujeme v jednotlivých obdobích ontogeneze. Poslední kapitola s názvem Raná logopedická intervence je rozdělena na části diagnostika a terapie a věnuje se možnostem logopeda pro zhodnocení komunikačních kompetencí a následnou terapií s dětmi ve věku do tří let.

V praktické části jsme pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru zjišťovali, jakým způsobem je v devíti dětských centrech v České republice zajištěna péče o komunikační kompetence dětí raného věku. Zajímala nás především, jak centra fungují, jaké služby dětem nabízí a v neposlední řadě i složení dětí obývajících dětská centra. Důležitou součástí je oblast péče o komunikační kompetence, kde se zabýváme potřebností péče o komunikační kompetence a ptáme se na názory pracovníků ohledně poskytování této péče pro děti raného věku.

## 2 Terminologie

Základní terminologii pojící se s touto prací jsou pojmy: komunikační kompetence, raný věk a ústavní podmínky. V následující kapitole si tyto pojmy vymežíme.

### 2.1 Komunikační kompetence

Pro definování termínu komunikační kompetence je důležité si upřesnit, co to je vlastně komunikace. **Komunikace** pochází z latinského slova „communicare“ a znamená oznamovat, radit se s někým či se svěřovat. Definovat ji lze také jako „*sociálně-psychologický fenomén a prostředek socializace člověka*“ (Leško, 2008, s. 8).

Termín **komunikační kompetence** se dá definovat jako „*soubor všech znalostí, které umožní mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství. Tento soubor nezahrnuje pouze znalost jazyka, tzv. jazykovou kompetenci, ale i znalost toho, jak užívat jazyk v nejrůznějších situacích*“ (Karlík, Nekula, Pleskalová, 2002, s. 219). Vymětal (2008, s. 25) definuje termín komunikační kompetence jako „*soubor všech mentálních předpokladů, které člověka činí schopným komunikovat, realizovat komunikační procesy a hodnotit na nich účast jiných. Jedná se o souhrn sociálních, psychických, semiotických (pragmatických, sémantických, gramaticko-výrazových) hodnot, norem, pravidel a soperací, které umožňují aktivní účast v komunikačních procesech*“. Vymětal (2008, s. 25) také zmiňuje pojem **komunikační dovednost**, kterou definuje jako „*souhrn úrovně mluveného projevu, emočních kompetencí, zdravé sebejistoty, sebepoznání a poznání komunikačních partnerů. Mezi základní komunikační dovednosti zpravidla řadíme poslouchání, naslouchání, mluvení, čtení, psaní a vnímání neverbální komunikace*“.

Průcha (2011a) upozorňuje na fakt, že jednotlivé definice vymezují komunikační kompetenci u dospělých, zatímco na dětskou populaci se často zapomíná. Termín se však, i přes chybějící definici, užívá v mnoha dokumentech zaměřených na děti, například v rámcových vzdělávacích programech mateřských i základních škol („kompetence komunikativní“), kde spíše působí jako soubor výsledků vzdělávání. Průcha (2011a, s. 112–113) proto objasňuje tento termín ve vztahu k dětem a formuluje několik principů: „*Komunikační kompetence získává každé normálně vyvíjející se dítě od nejranějšího věku v těsném propojení s osvojováním si jazyka, v raném věku je dominantní osvojování spontánní, později je doplněno systematickým učením. Důležitou součástí pro objasnění vývoje komunikačních kompetencí jsou subjekty, jež komunikují s dítětem, kontexty, ve kterých dochází ke komunikaci, a faktory, které na průběh komunikace působí*“.



Britská logopedka Belinda Buckley (2003) se ve své práci ptá, proč lidé komunikují a k čemu potřebují komunikační kompetence. Důvodem dle autorky je, že lidé jsou především sociálními tvory, rozvoj komunikačních dovedností jim pomáhá kontrolovat jejich emoční a sociální svět a dává jim schopnost srovnávat tyto světy s ostatními. Komunikace je nezbytná pro vzdělávání a v dospělosti nás provází ve všech oblastech života, ať už jde o práci, volný čas, nebo partnerství.

## 2.2 Raný věk

Pojem rané dětství („early childhood“) je definován světovou organizací UNESCO jako období od narození do 8 let a je spojován s vrcholným vývojem mozku. Během tohoto stadia jsou děti velmi ovlivněny prostředím a lidmi, kteří je obklopují (UNESCO). Havighurst (1972 in Blatný, 2016, s. 34) za rané dětství považuje „*období do 6 let věku, ve kterém má dítě za úkol naučit se chodit, jíst pevné jídlo, mluvit, kontrolovat vylučování, naučit se pohlavním odlišností a pohlavní zdrženlivostí, osvojit si jazyk, připravit se na čtení a naučit se to, co je správné, a co nikoliv*“. V medicínské literatuře se můžeme setkat s vyčleněním raného dětství jako věku od narození do 3 let, který se dělí na novorozenecké období (do 1 měsíce), kojenecké období (1 měsíc až 1 rok) a batolecí období (od 1 roku do 3 let) (Kittnar a kolektiv, 2011).

Pro účely naší práce budeme využívat poslední definici, zaměříme se tedy na věkovou kategorii dětí do 3 let, popřípadě 4 let, v závislosti na jejich výskytu v ústavních zařízeních pro děti do tří let věku.

## 2.3 Institucionální péče

Tuto formu péče o děti můžeme nazvat také **náhradní výchovnou péčí** (Pugnerová, 2016). Institucionální péči nařizuje soud a podmínky jsou dány občanským zákoníkem. Dle § 971 zákona č. 89/201 Sb., občanský zákoník, je ústavní výchova nařízena, pokud „*výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj jsou vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit. Učiní tak soud, zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě.*“

Dříve než soud určí ústavní výchovu, posuzuje se stav dítěte – zda není vhodné jej umístit do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc či zda nelze dítě umístit do náhradní rodinné péče (Kukla a kol., 2016).

Pro účely naší práce se budeme zabývat třemi druhy institucí, které však mají stejnou podstatu: kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do tří let věku a dětská centra. Všechna zařízení jsou pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Jejich úkolem je snaha o navrácení dětí do jejich původních biologických rodin či do náhradní rodinné péče. Díky jejich nízkému věku se často daří umístit děti zpět do rodiny, některé děti však z těchto institucí pokračují dále do dětských domovů (pod MŠMT), a pokud mají nějaké těžší postižení, jsou přemístěny do domovů pro osoby se zdravotním postižením (pod MPSV) (Kukla a kol., 2016).

## 3 Institucionální péče

### 3.1 Historie institucionální péče

Péče o děti, které neměly rodinné zázemí, byla na našem území v minulosti zajišťována především díky charitativní činnosti či díky ochotě komunity nebo jednotlivců; často se do péče o děti bez domova zapojila i církve. Později však tato dobročinnost přestala stačit, a tak v roce 1863 v Rakousku-Uhersku vznikla povinnost starat se o děti osiřelé, v nouzi či postižené invaliditou jednotlivým obcím (říšský zákon domovský č. 105). V Českých zemích tato povinnost vznikla až o dalších pět let později, tedy v roce 1868. Zákony týkající se péče o děti osiřelé obsahovaly například péči o sociálně slabé jedince ve smyslu léčení chudých, výživu a výchovu dětí chudých obecních příslušníků, vytvoření zařízení pro nápravu zanedbané péče apod. (Novotná, Burdová, 2016).

Druhá polovina 19. století je spojena se zvyšujícím se zájmem o výchovu a vzdělávání dětí, tím pádem také o péči o děti bez vlastního rodinného zázemí. Nejprve byla tato péče poskytována v sirotčincích, dětských domovech nebo útulcích, které byly v působnosti domovských obcí nebo v rámci pěstounské péče. Již v této době byla tendence vytvářet dětem spíše rodinné zázemí, tedy umisťovat je do pěstounské péče, a v ústavních zařízeních měly trávit co možná nejkratší čas. Péče o děti však byla finančně náročná, pěstouni tedy byli vybíráni především podle toho, který z nich je nejlevnější, tedy ne podle kvality náhradní rodiny. To způsobilo, že ne vždy se dítě ocitlo v pečující a laskavé rodině, mnohdy si svůj denní příděl jídla muselo v rodinách odpracovat (Novotná, Burdová, 2016).

V první polovině 20. století, po zrodu Československé republiky, u nás začaly vznikat státní orgány a ministerstva zaměřená na tuto problematiku. Dětem v této době poskytovala pomoc okresní a zemská péče o mládež. Mezi jejich úkoly patřila například pomoc těhotným ženám a matkám, hlavně svobodným, před porodem i po něm, právní ochrana a pomoc dětem nemanželským, osiřelým či dětem z rozvedených manželství, pomoc dětem ohroženým ve vlastních rodinách a dětem opuštěným či odkázaným na cizí péči apod. Tuto práci vykonávali především dobrovolně a bezplatně lékaři či pedagogové, později se přidali také sociální pracovníci (Novotná, Burdová, 2016).

V Praze v roce 1924 vznikl Ústřední sociální úřad, který rozhodoval o hmotném zajištění dětí a o jejich umisťování do pěstounské péče, sanatoria, ústavů pro tělesně a duševně postižené a jiných odborných ústavů (Dokoupilová a kol., 2015).

Mnichov a rok 1938 zabrzdl vývoj, kterým si ústavní péče do této doby prošla. Ze zabrané části naší republiky se během několika dnů podařilo zachránit děti z dětských domovů a přesunout je do vnitrozemí (Novotná, Burdová, 2016).

Za totalitního režimu u nás vznikalo velké množství kojeneckých ústavů, jelikož nebyla podporována náhradní rodinná péče z důvodu ideologie kolektivismu. V roce 1980 u nás existovalo 52 kojeneckých ústavů, po roce 1989 však došlo k jejich redukci a v současné době se jich u nás nachází okolo 26, tedy během 40 let zanikla polovina zařízení (Veřejný ochránce práv, 2013).

### 3.2 Současný stav

V současné době patří bývalé kojenecké ústavy, dnes dětská centra či dětské domovy pro děti do tří let, pod úřad Ministerstva zdravotnictví ČR. Jedním z důvodů, proč jsou tato zařízení spravována Ministerstvem zdravotnictví, je to, že takto malé děti potřebují péči hlavně zdravotnickou, nejčastěji poskytovanou zdravotními sestrami (Bruthansová a kol., 2005).

Název dětské centrum k nám přišlo z německého konceptu sociálně-pediatrických center. Tento koncept se liší otevřeností zařízení vnějšmu světu – mezi jeho služby by měly patřit služby pobytové (pro děti samotné či pro rodiče s dětmi), ambulantní služby a služby denního pobytu dítěte (například MŠ či stacionář). Zaměstnanci tohoto centra by měli tvořit interdisciplinární tým odborníků složený nejen z lékařů, ale také z fyzioterapeutů, psychologů, speciálních pedagogů a dalších terapeutů (např. logopedů, rehabilitačních pracovníků). Součástí těchto center by měla být také sociálně-právní ochrana dětí, pedagogická a psychologická činnost, centra by se současně měla snažit o co největší zapojení biologické nebo náhradní rodiny do všech aktivit týkajících se dítěte (Schneiberg, 2011).

Ve výzkumech organizace Lumos<sup>1</sup>, bylo zjištěno, že do bývalých kojeneckých ústavů je umísťováno stále méně dětí ve věku do tří let. V roce 2018 bylo v těchto zařízeních 441 dětí, zatímco na začátku roku 2019 jich bylo o 106 (24 %) méně, tedy 335 (Lumos, 2019).

V současné době však tvoří velkou část klientů dětských center děti ve věku 4 let a více, což můžou být způsobeno nejen přijímáním starších dětí, ale také tím, že děti v těchto zařízeních zůstávají i po dosažení 3 let. Podle zákona jsou tato centra uzpůsobena primárně pro děti do 3 let, ovšem u 13 z 25 ústavů tvoří nadpoloviční většinu všech klientů právě starší děti (Lumos, 2019).

---

<sup>1</sup> Mezinárodní organizace, která podporuje výchovu ohrožených dětí v biologických rodinách, zabývá se institucionální péčí a jinými možnostmi výchovy dětí mimo rodinu (náhradní rodinná péče) (lumos.cz).

V posledních 10 letech se řeší otázka transformace kojeneckých ústavů nebo dokonce možnosti jejich úplného zrušení. Původní záměr transformace péče byl součástí návrhu z roku 2012, který měl od roku 2014 zakázat posílání dětí mladších 3 let do ústavních zařízení. Tato situace ovšem nenastala a během posledních 10 let zaniklo pouhých 9 kojeneckých ústavů, tedy z počtu 34 na dnešních 25. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí by se transformace měla uskutečňovat až od roku 2023 (Česká televize, 2019).

### 3.3 Legislativa

Činnost dětských domovů pro děti do 3 let upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (např. zařízení pro okamžitou pomoc), dále pak metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku anebo vyhláška č. 56/2012 Sb., o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově pro děti do 3 let věku.

V zákoně č. 372/2011, část čtvrtá, hlava II., § 43, se uvádí: „*V dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost.*“

K této problematice se také pojí vyhláška 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Právě v poslední ze zmíněných vyhlášek se můžeme dočíst, že v dětských domovech pro děti do 3 let věku by měl být zaměstnán jeden klinický psycholog a také jeden klinický logoped, ten však dle aktuální dostupnosti. Dalším důležitým pracovníkem, který by zde měl být zaměstnán, je fyzioterapeut, který může v některých oblastech zastupovat práci logopeda – například při poruchách příjmu potravy nebo v oblasti oromotoriky.

## 4 Vývoj dítěte se zaměřením na rozvoj komunikace a řeči

Ontogenetický vývoj jedince lze popsat z hlediska různých oblastí, ať už jde o hrubou motoriku, jemnou motoriku, psychosociální vývoj, anebo řeč. Tato práce se věnuje především popisu řečového vývoje, vývoj ostatních kategorií ovšem nesmí být opomenut, jelikož se všechny navzájem ovlivňují.

V minulosti se věřilo, že dokud dítě nepromluví svá první slova, nekomunikuje s námi. Lidé si také mysleli, že kojenci nemají propojené vjemy a všechny smysly fungují samostatně až do 4. měsíce. Veškeré pohyby a úsměvy byly brány jako reflexní chování, které dítě nedokáže ovlivnit vůlí. Dnes však víme, že dítě komunikuje mnohem dříve, než vysloví své první slůvko (Kiester a Kiester, 2011).

### 4.1 Prenatální vývoj

V prenatálním vývoji se u dítěte vyvíjí orgány a celá tělesná struktura dítěte, proto je důležité, aby nebylo vystaveno špatným vlivům a nedošlo k poškození plodu.

Kdysi byli lidé přesvědčeni, že novorozenec nemá schopnost smyslově vnímat. Tato myšlenka však byla překonána, a dokonce bylo dokázáno, že i nenarozené dítě má rozvinuté některé smysly (Chamberlain, 2019).

V děloze dítě dokáže vnímat například teplotu (teplo či chlad) a chuť (chuťové pohárky fungují od 15. týdne po početí). Rozvinuté jsou i další kožní receptory, například má schopnost reagovat na vlas, který leží na jeho obličejí, tak, že ho od sebe odtlačí. V 17. týdnu od početí je dítě citlivé na lehký dotek kdekoliv na těle. Všechny tyto schopnosti znamenají, že v tomto období dochází u dítěte k vývoji centrální nervové soustavy (Chamberlain, 2019).

Rty a ústa má dítě zformované ve 4. měsíci po početí. Ty mu pomáhají k vyvinutí dýchacích svalů, které zatím používá pro dýchání plodové vody. Nádech a výdech se zrychluje či zpomaluje podle životního stylu matky – ovlivňuje to kofein, nikotin, alkohol a jiné drogy. Polykat dítě začíná ve 12. týdnu po početí, ale polyká zatím pouze plodovou vodu (Chamberlain, 2019).

Před 2. měsícem od početí se dítěti začíná formovat vestibulární systém. Ten slouží pro synchronizaci pohybů matky a dítěte a také k postupnému budování vnímání vlastního tělesného schématu (Chamberlain, 2019).

Vývoj mozku začíná už ve 3. týdnu po početí, kdy se objevuje základní část míchy a mozku. Nejprve z míchy vyroste mozkový kmen, poté střední mozek, a nakonec přední mozek. Mozková kůra je připravena k činnosti už mezi 20.–28. týdnem a nadále se vyvíjí

a rozrůstá do narození dítěte i po něm. Důkaz vývoje mozkové kůry je reakce dětí na zvuk, vizuální vjem či taktilní vjem v 7. měsíci od početí (Chamberlain, 2019).

Sluch může dítě využívat už v 18. týdnu po početí, ve 28. týdnu je již reakce na zvuk nezpochybnitelná. Při vysoké hlasitosti dítě reaguje kopáním, na hlas matky reaguje klidně. Pokud dítě nedostává dostatek zvukových podnětů před narozením, může být po narození sluchově deprivované a málo plačtivé. Děti neslyší pouze zvuky z okolí, velké množství podnětů jim dává i tělo matky. Například tlukot srdce si děti rády připomínají i po narození. Z tohoto důvodu se nechají ukonejšit pravidelnými rytmickými zvuky, například zvukem hodin (Chamberlain, 2019).

## **4.2 Stadium předřečového vývoje**

Stadium předřečového vývoje neboli preverbální období bývá popisováno jako období mezi 0.–12. měsícem věku typicky se vyvíjejícího dítěte (Červenková, 2019). Toto období je vnímáno jako jedno z nejintenzivnějších, jelikož u dítěte dochází k markantním změnám. Za jeden rok se dítě naučí samostatně sedět, chodit, komunikovat (pomocí gest a porozumění), jíst pomocí lžičky, pít ze skleničky a mnoho dalšího. Proto není divu, že i v rámci logopedie se v posledních letech na toto období klade velký důraz a je tedy potřeba znát jednotlivé důležité mezníky ve vývoji dítěte a sledovat odchylky, které by v budoucnu mohly mít za následek narušenou komunikační schopnost.

### **4.2.1 Novorozenecké období**

Jedná se o období trvající přibližně jeden měsíc, ve kterém se novorozenec adaptuje na nové prostředí. Na své okolí reaguje pomocí reflexů a vrozených způsobů chování, zároveň však využívá schopnosti učení a zrání (Vágnerová, 2012).

Z reflexů, které se u novorozenců objevují můžeme jmenovat například hledací reflex (dotyk na tvářích způsobí otočení dítěte na stranu podnětu), uchopovací reflex (pevné stisknutí přiloženého předmětu), reflexní chůzi, Moroův reflex (tzv. úlekový, dítě při podržení podložky rozhodí ručičky od těla a následně je pokrčí i s nohama k tělu), tonicko-šjivový reflex (tzv. šermířská pozice) nebo chodidlový reflex (zatlačení na chodidlo způsobí pokrčení prstů) (Allen a Marotz, 2002).

Z vrozených způsobů chování je pro komunikaci v tomto období nejdůležitější křik, jelikož upoutává pozornost a signalizuje stav a potřeby dítěte (Vágnerová, 2012). Další možnou formou komunikace je pláč, který se však stejně jako křik považuje za nespecifický

způsob komunikace. Křik je nejdříve pouze negativní, až okolo 6. týdne věku dítě svým křikem projevuje pozitivní emoce (Kapalková, 2016).

V tomto období se vyvíjí také sociální dovednosti, dítě reaguje na pláč ostatních dětí, dokáže rozlišit obličeje blízkých lidí či jejich hlasy (Thorová, 2015).

Prekurzory pro budoucí komunikaci u dětí v první měsíci věku jsou dle Kiester (in Červenková, 2019) změny polohy a napětí těla, pohyby očí a hlavy a také výraz tváře. Příkladem může být zavrtění šestitýdenního dítěte, které zaznamená, když se nad postýlkou mihne matčin stín (Kiester a Kiester, 2011). Díky prekurzorům můžeme dětem v tomto období lépe porozumět.

### **Poznávací schopnosti**

Novorozenec z počátku poznává svět hlavně pomocí sluchu a hmatu. Na sluchové podněty ze svého okolí reaguje zklidněním nebo úlekovou reakcí. Rozpoznává hlas své matky a preferuje určité zvuky (např. zvuky známé z dělohy, bušení srdce). Dítě reaguje zklidněním na dotek s kůží nebo pochováním, při dotyku na obličej se spustí hledací reflex. Pomocí senzitivity v dutině ústní je schopno rozeznávat některé předměty a také se taktilně stimulovat. Důležitý je pro dítě čich, kterým vyhledává bradavku matky. Pomocí chuťových buněk dítě rozpoznává čtyři chutě (sladkou, hořkou, kyselou a umami), sladkou chuť však preferuje nejvíce (je to chuť matčina mléka). Zrakové vnímání se vyvíjí jako poslední, z počátku dítě vnímá pohybující se předměty, od dvou týdnů již vnímá i statické předměty s velkým kontrastním rozlišením a barvy (sytou červenou a zelenou) (Thorová, 2015).

#### **4.2.2 Kojenecké období**

Kojenecké období se dá charakterizovat jako období od 1 měsíce do 12 měsíců věku dítěte (Thorová, 2015). Právě v tomto období se začínají objevovat individuální rozdíly dětí v jejich celkovém vývoji. Kojenecké období je často pojmenováváno jako období přijímání informací, je proto důležité, aby dítě získalo důvěru ke svému okolí a ke světu kolem sebe a bylo zvědavé ho objevovat. Freud toto období nazývá orálním obdobím – k základnímu přijímání informací a ke kontaktu s okolím využívá dítě ústa, tedy sání a kousání (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) zmiňuje základní potřeby kojence. Základní potřebou každého jedince je uspokojování biologických potřeb. U kojenců je důležitá hlavně orální aktivita, která je spojená se sáním a později kousáním. Významnou potřebou je potřeba přiměřeného množství podnětů a stimulace. Pokud dítě nemá dostatečný počet podnětů nebo jich má přebytek, mohlo by u něj dojít ke zpomalení vývoje, v opačném případě k přetížení dítěte



a jeho vyčerpání. Podněty jsou předpokladem k rozvoji různých schopností a dovedností a měly by být komplexní (ne příliš jednoduché, ale ani ne složité). Nakonec můžeme zmínit důležitou potřebu citové jistoty a bezpečí nebo také potřebu základní důvěry ke světu.

### **Poznávací schopnost**

Fázi raného věku Piaget nazval fáze senzomotorické inteligence – dítě poznává okolí svými smysly neboli kontaktem s okolním světem. Tato fáze trvá do 18 měsíců a v průběhu se její zaměření mění. V prvních čtyřech měsících je dítě zaměřené na vlastní tělo a jeho projevy (pohyby rukou, sání). Pohyby často opakuje, jelikož jsou pro něj nové a zajímavé. Ve 4.–8. měsíci pak dítě projevuje větší zájem o svět okolo. Svou vlastní aktivitu již zvládlo zkoordinovat, a tak začíná poznávat okolí (Vágnerová, 2012).

Důležitou součástí vývoje dítěte je vědomí trvalosti objektu. Tato schopnost je jedním z prediktorů vývoje řeči. Jde o schopnost dítěte pochopit fakt, že věc či osoba, kterou zrovna nevidí, nezmizela, ale že se zase objeví. Začíná se vytvářet u půlročního dítěte, osmiměsíční dítě pak zmizelou věc začíná hledat. Tato aktivita by měla být posílena matkou, která mu hračky schovává a zase ukazuje (např. pomocí hry „Kde je maminka? Tady je maminka“). S touto schopností souvisí také představa trvalosti vlastností předmětu, tedy velikosti, tvaru anebo barvy (Vágnerová, 2012).

Pro období od 8. do 12. měsíce je charakteristické, že má dítě schopnost zvolit si cíl a najít k němu cestu. Jako typický příklad se uvádí zatahání za ubrus, když si chce podat hračku ležící na stole (Vágnerová, 2012).

Zmíněné schopnosti slouží k rozvoji kategorizace, které je dítě schopno již v kojeneckém věku. Při znovupoznání chápe, že různé věci mají společné vlastnosti – zvířata jsou chlupatá, míče jsou kulaté apod. Tato schopnost je velmi důležitá pro rozvoj budoucí slovní zásoby a k porozumění řeči (Vágnerová, 2012).

### **Zrakové vnímání**

Prvním velkým zdrojem informací je zrakové vnímání. Dítě v prvních měsících života prochází tzv. senzitivní fází vývoje zraku (tato fáze někdy trvá až do třetího roku dítěte), a pokud v tomto období nedostává dostatečné množství podnětů (zpravidla od matky, která je zprostředkovatelem), může dojít k nedostatečnému vývoji zrakového vnímání. V prvním půlroce se dítěti vyvíjí zraková ostrost, už ve třetím měsíci je schopné vidět objekt na 12–50 cm. Z barev preferuje červenou a modrou, rozlišovat základní druhy však dovede až od 2. měsíce (Vágnerová, 2012).

Pro budoucí komunikaci je důležité, že se dítě rodí s vrozeným zájmem o lidské tváře a během denních rutin umí udržet oční kontakt. Ke konci druhého měsíce dítě na tvář (či na hlas) známé osoby reaguje úsměvem (Kapalková, Mikulajová, Hornáková, 2005).

### **Sluchové vnímání**

Dítě je schopno reagovat na intonaci, rytmus, ale také různou výšku tónů (vysoké tóny jsou pro něj přitažlivější). Schopnost lokalizovat zdroj zvuku narůstá a zlepšuje se až do dvou let dítěte. Největší vývoj této schopnosti probíhá v době, kdy dítě udrží hlavičku a je schopno se za zdrojem otáčet (Vágnerová, 2012).

### **Motorické schopnosti**

Rozvoj motorických schopností je spojen se zvědavostí dítěte a s potřebou poznávání. Má instrumentální charakter, motorika je nástrojem pro získávání informací z okolí (Goldfield, 2010 in Vágnerová, 2012). Langmeier a Krejčířová (2006) zmiňují zákonitosti vývoje, které popsal Gesell, vývoj dle něj probíhá zpravidla kefalokaudálně, proximodistálně, (od hlavičky k dolním končetinám a od pohybů celého těla k jemnějším pohybům prstů ruky) a ulnoradiálně (úchop se posouvá od malíčkové hrany po palcovou). Mezi další zákonitosti patří princip střídavého proplétání neuromotorických funkcí (období výbojů a konsolidací), princip autoregulace, individualizace a funkční asymetrie (střídání symetrií a asymetrií těla).

Klíčovými momenty ve vývoji kojence bývají 3., 6., 9. a 12. měsíc. Tyto mezníky jsou důležité ve vývoji hrubé motoriky, u které nám určují, k jakým vývojovým změnám by u dítěte mělo dojít. Ve 3. měsíci by dítě mělo v poloze na bříšku a opřením na předloktí pást koníčky. Tato schopnost je velice důležitá z hlediska komunikace, získává najednou okolo sebe rozhled, který dosud nemělo (Kapalková, Mikulajová, Hornáková, 2005). V období od 6. až 8. měsíce se dítě začíná vzpřimovat, ruce bývají zcela natažené a lokty se nedotýkají země, také se převrací ze zad na břicho a začíná s vertikalizací do sedu. V období od 9. měsíců leze po čtyřech, klečí a objevuje se snaha o stoj. To se mu většinou podaří okolo 11. až 12. měsíce (Thorová, 2015).

S postupným rozvíjením samostatného pohybu už není odkázané při objevování světa okolo sebe na rodiče, ale může si podněty samo vybírat (Kapalková, Mikulajová, Hornáková, 2005).

Úchop a manipulace s předměty se vyvíjí již od narození – z počátku dítě předmět poznává orální cestou, od dvou měsíců začíná předměty brát do ruky (Vágnerová, 2012). Vývoj jemné motoriky probíhá dle ulnoradiálního zákona (viz výše), tedy z úchopu celé dlaně až k úchopu mezi palcem a ukazovákem. Okolo 3. měsíce se dítě učí předměty chytit

a nepustit, tato schopnost se mu však zatím nedaří (Kapalková, Mikulajová, Hornáková, 2005). V 6. měsíci by dítě mělo používat obě ruce – předávat si předměty z jedné ruky do druhé, koordinovat jejich pohyby (Vágnerová, 2012). Úchop je zatím dlaňový, tedy uchopuje celou dlaní bez palce. V 8. měsíci již začíná používat palec, který přitlačuje k ukazováčku. Postupně se úchop uvolňuje a mezi 9. až 12. měsícem dítě dokáže uchopit již malé předměty pomocí tzv. pinzetového úchopu (ukazovákem a palcem) (Thorová, 2015). Zdokonalující se koordinace těla dovoluje dítěti napodobovat jednoduché pohyby svých rodičů (např. tleskání, kývání hlavou) (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005). Tím se dítě učí imitovat, což je další klíčová schopnost pro rozvoj řeči.

### **Paměť**

Ze začátku funguje především implicitní paměť: dítě si poznatky uchová, ale nedokáže je nijak vědomě využívat. Teprve v 6.–8. měsíci věku se začíná vyvíjet explicitní deklarativní paměť, která kojenci umožní informace zpracovat, aby si je v pozdější době uměl vybavit. Tomu velmi napomáhá dříve zmíněná kategorizace. Dítě si poznatky může uchovávat podle určitých kategorií, díky kterým je pro něj jednodušší si tyto poznatky později znovu vybavit („šuplíky v mozku“, ze kterých poznatky vytahuje) (Vágnerová, 2012).

### **Emoce**

Emoce se u dítěte vyvíjí postupně, zpočátku mají funkci primární komunikace a regulace okolí. Pocit pohody vyjádřený úsměvem se objevuje ve 2. měsíci věku, ve 3.–4. měsíci děti vyjadřují radost a nespokojenost či zlost a od 5. měsíce strach. V 8.–9. měsíci se pak projevuje separační úzkost neboli strach z opuštění. V této době si dítě také uvědomuje to, že ono a matka jsou dvě odlišné osoby, dítě má pocit, že matku ztrácí, a cítí, že ji musí nějak kontaktovat. A právě v tento moment kojeneček začíná využívat řeč jakožto prostředek k udržení pozornosti matky (Vágnerová, 2012).

### **4.2.3 Vývoj řeči v kojeneckém období**

Období od narození do 8. měsíce věku Kapalková (2016) označuje jako období nezáměrné komunikace. Neznamená to, že by dítě nekomunikovalo, pouze zatím nemá dostatečně vyvinuté kognitivní schopnosti k utřebením svých myšlenek, k vytvoření plánu a k dosažení cíle komunikace (Bytešníková, 2015). Lechta (1990) toto období nazývá obdobím pragmatizace řeči. Pragmatická rovina především ukazuje vztah dítěte s okolím, postavení dítěte v komunikaci a komunikační záměr dítěte (Kapalková, 2016).

Toto období by se dalo rozdělit do několika fází, které charakterizují postupný rozvoj vokalizace dítěte: křik, broukání a žvatlání (Thorová, 2015).

Křik je zpočátku pouze reflexní, ovšem mezi 1. až 2. měsícem se ovládání této schopnosti přesouvá do činnosti mozkové kůry a dítě svým křikem začíná diferencovaně vyjadřovat své aktuální pocity a potřeby (Thorová, 2015). Při pláči dítě vydává tzv. prefonémy, tedy zvuky, které se podobají řeči. U dětí se objevují prefonémy i, e, a; zadní samohlásky u, o se obvykle nevyskytují, jelikož je dítě zatím nedokáže vyslovit (Červenková, 2019).

Mezi 6.–8. týdnem věku se u dítěte objevuje broukání: dítě jej vytváří, pokud je spokojené, usilovně pracuje nebo vyměšuje (Červenková, 2019). Broukání nám často připomíná hlásky g či ch, neboť jsou to zvuky tvořené v hrdle nebo zadní části dutiny ústní (Smolík, Málková, 2014). Dle výzkumů Dittrichové a kol. (2004 in Červenková, 2019) dítě v 8. týdnu brouká pouhých 16 % času, kdy je bdělé, v 10. týdnu se toto číslo rychle zvedá na 31 % a po několika týdnech se doba broukání v bdělém stavu zvyšuje až na 50 %.

Ve třetím měsíci věku se objevují transkulturní artikulované zvuky, kterým se říká pudové žvatlání či babbling (Lechta, 1990). Většinou jsou tvořeny při hře a experimentování se svými mluidly (Kapalková, 2016). Tyto zvuky jsou důležité pro budoucí komunikaci, díky nim se učí vést první primitivní dialogy s rodičem (Červenková, 2019).

Období vokální hry se u dítěte objevuje od 4 do 6 měsíců, kdy roste spodní čelist a postupně ubývá tuk ze sacích polštářků, a to celé umožní větší pohyb jazyka, tedy z pohybu zepředu dozadu na pohyb nahoru a dolů. Díky zmíněným anatomickým změnám a poklesu hrtanu směrem dolů dítě začíná experimentovat s výškou a silou hlasu, což je považováno za prekurzory vývoje prozodických faktorů. Důsledkem této experimentace je, že se děti učí taktilně, auditivně a proprioreceptivně poznávat svůj vlastní hlas (Červenková, 2019).

Produkce fonému je ovlivněna polohou těla dítěte. Dítě, které leží na zádech, nejčastěji tvoří hlásky b, p, m (výdechový proud rozvibrovává rty), avšak dítě sedící realizuje hlásky d, t, n (jazyk se nachází blíže alveolárnímu výběžku) (Bahr, 2010 in Červenková, 2019). Dítě fonémy tvoří také pomocí fonemického sluchu, který se v tomto období začíná vyvíjet. Místo pouhého experimentování dítě začíná napodobovat zvuky řeči, které slyší ve svém okolí, a vzniká fenomén, který Lechta (1990) nazývá napodobivé žvatlání nebo laling (Kapalková, 2016). Napodobivé žvatlání je typické reduplikací slabik („mamama“), časem však přechází do nereduplikačního a vzniká tak dětský žargon. Období žvatlání ve všech svých fázích trvá od čtyř měsíců do jednoho roku dítěte (Červenková, 2019).

Období okolo 6.–9. měsíce je velmi důležité pro diagnostiku sluchových poruch. Pudové žvatlání, jak už jsme zmínili, je záležitost transkulturní, je tedy typická pro všechny

děti, včetně těch se sluchovým postižením. Ovšem napodobivé žvatlání, které v tomto období střídá pudové žvatlání, už se objevuje jen u sluchově zdravých dětí – osoby se sluchovým postižením hlas své matky neslyší, nemají tedy co napodobovat a žvatlání u nich ustane. Toto období je také důležité z hlediska řečového vývoje, který potřebuje být stimulován, aby nedošlo ke ztrátě zájmu o komunikaci a následnému opoždění v řeči (Bytešníková, 2015).

Rozumění řeči se u dětí rozvíjí okolo 8. měsíce: v této době by dle Kapalkové (2016) dítě mělo vnímat kontext, neverbální chování a gesta dospělých osob. Autorka dále zmiňuje, že s porozuměním velmi úzce souvisí tvoření pohybových rutin (vařila myšička kašičku, berany, berany duc) a modelování komunikačních situací, které jsou právě v tomto období u dětí typické.

Důležitým mezníkem ve vývoji dítěte je komunikace pomocí gest. Dítě gesta začíná využívat asi v 8. měsíci věku. Existují čtyři transkulturní gesta, která jsou zakotvená v kognici a dítě se je nemusí učit pozorováním, a jsou to: ukazování na předmět, ukazování předmětu, který drží v ruce, očekávání předmětu a podávání předmětu. Tato gesta se označují pojmem deiktická gesta, protože neobsahují žádný význam a pro jejich pochopení musíme znát celý kontext situace (Kapalková, 2016).

První gesta mívají následující znaky: dítě se podívá na komunikačního partnera, často u toho vokalizuje a několikrát opakuje záměrné pohyby, aby to komunikační partner pochopil. Pokud se tyto znaky objeví, znamená to, že dítě přechází do nového vývojového stadia, a to stadia záměrné komunikace (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Mezi 7.–8. měsícem života se u dítěte začínají objevovat první známky záměrného explicitního chování zaměřeného navenek. Dítě se svým chováním snaží získat pozornost dospělého (Bytešníková, 2015). Toto chování se z počátku uskutečňuje v podobě protokonverzačních výměn, pomocí očního kontaktu a gest. Existují dva druhy výměn: první je protoimperativní chování a druhou je protodeklarativní chování. Chování protoimperativní je takové, pomocí něhož dítě upoutává pozornost dospělého, aby získalo nějakou věc. Chování protodeklarativní je takové, kdy pomocí předmětu získává pozornost dospělého (Kapalková, 2016).

Předstupněm prvních produkovaných slov u dětí se říká protoslova. Po fonetické stránce tato slova ničím nepřipomínají slova běžné slovní zásoby, i přesto se však vážou na konkrétní věci, osoby či situace. Pro pochopení jejich významu musíme znát kontext jazykový i nejazykový, i přesto však může dojít k chybné interpretaci (Kapalková, 2016).

Pro vytvoření mentálního lexikonu je důležitá imitace. Červenková (2019) zdůrazňuje, že pro imitaci slov je ve vývoji řeči několik důležitých fází, které by dítě nemělo přeskočit a

mezi něž patří: schopnost produkovat různé zvuky, schopnost věnovat pozornost zvukům, které vydává, schopnost zvuky vydávat současně s rodiči, schopnost střídat role v dialogu, schopnost imitovat repertoár známých zvuků po rodičích, a nakonec schopnost napodobovat zvuky a slabiky modelované rodičem.

## 4.3 Stadium řečového vývoje

### 4.3.1 Batolecí období

Batolecí období je některými autory vymezováno do 2. let věku, jiní jej zase vymezují do 3. roku věku (Thorová, 2015). Je to období, pro které je typický rozvoj osobnosti jedince, jeho emancipace a autonomizace. Vágnerová (2012) uvádí, že jedním z vývojových úkolů dítěte je sebezprosazení a zjištění možností a limitů ve vztahu k okolnímu prostředí.

#### Poznávací schopnosti

Dítě v batolecím věku začíná chápat pravidla fungování okolního světa. Pravidla pro něj znamenají pocit bezpečí a jistoty, i zde se však mohou projevit patologie – dítě na pravidlech může ulpívat a mohou z nich vzniknout stereotypy, nebo může dojít k nedodržování pravidel dítětem a ztrátě sebeúcty, což se může časem projevit úzkostmi (Vágnerová, 2012).

Mezi druhým a třetím rokem se zlepšuje schopnost rozpoznat základní geometrické tvary (koule, kostka, válec) (Plevová, 2010).

Do druhého roku dítěte je obsahem vnímání a prožívání především vlastní zážitek či zkušenost, po druhém roce se začíná vyvíjet představivost (Plevová, 2010).

V myšlení se projevuje účelové použití věci, to znamená, že dítě chápe funkci, kterou daná věc má – bota patří na nohu, lžičkou se jí, pastelkou se kreslí apod. Toto myšlení je předřečové. Až ve druhém roce věku, dle Piageta, začíná tzv. předpojmové, symbolické myšlení. Začíná se rozvíjet slovní zásoba, kdy dítě slova používá jako symboly<sup>2</sup> pro dané věci. Tyto symboly následně třídí podle stejných a různých znaků (Plevová, 2010). Využívá také mentálních reprezentací, řešení problému již ověřuje v mysli, jednotlivými předměty nemusí manipulovat, může s nimi pracovat na úrovni paměti, později pomocí slov (Vágnerová, 2012).

K symbolickému myšlení neodmyslitelně patří také symbolická hra. Dítě se díky ní učí platnost pravidel světa, zároveň rozvíjí fantazii a pracuje se získanými poznatky o světě.

---

<sup>2</sup> Vágnerová (2012) definuje symbol jako „zastoupení něčeho prostřednictvím něčeho jiného, např. představy, obrázku, gesta či slova“.

Velmi významná je zde tzv. odložená nápodoba, kdy dítě opakuje to, co udělal dospělý, např. napodobuje pohyby otce při holení. Kromě toho je velmi důležitá hra na „jako“ – zde si dítě vytváří své vlastní symboly, které mají význam jen v určitých situacích, např. banán jako telefon, provázek jako had apod. (Vágnerová, 2012).

Pokud děti rozumí symbolické hře, je to předstupeň porozumění humoru a následně i lhaní. Děti ve věku 19–24 měsíců již chápou, že pokud si někdo nasadí boty na ruce, znamená to žert. Tato situace musí být pro dítě přehledná, aby se v ní orientovalo (Hoicka a Gattis, 2008 in Vágnerová, 2012).

U dítěte se nadále vyvíjí vědomí trvalosti předmětů. V batolecím věku se tato schopnost projevuje u označování věcí jménem. Dítě má pocit, že pokud označí slovem „pes“ malého jezevčíka, kterého vidá u babičky, nemůže tímto slovem označit dogu, kterou potká na ulici (Vágnerová, 2012). Tomuto jevu se říká hypergeneralizace. Na druhou stranu je dítě schopné označit stejným názvem dvě podobné věci, které se naprosto liší. Tento jev se nazývá hyperdiferenciace a jako příklad můžeme uvést označení koně jako „kráva“ nebo pojmenování všech mužů jako „táta“ (Červenková, 2019).

Opomenout bychom neměli také základní orientaci v čase. Batolata se často zaměřují na přítomnost, popřípadě bezprostřední minulost. Vnímání budoucnosti se u takto malých dětí objevuje až okolo druhého roku, kdy začínají rozlišovat časovou sekvenci dvou událostí, a tedy očekávání toho, co se stane v návaznosti na přítomnost. Ve třetím roce děti na časové přímce rozlišují pojmy „před“ a „po“ (Atance a O’Neil, 2001, Hudson, 2001 in Vágnerová, 2012).

## **Paměť a pozornost**

Paměť je charakteristická svou mimovlností, citovostí a konkrétností. Dítě si často pamatuje zážitky, které samo prožilo a mají pro něj emoční náboj, ať už negativní, či pozitivní (Plevová, 2010).

V tomto období se nejvíce rozvíjí sémantická explicitní paměť. Ta souvisí s uchováváním slovních pojmenování v paměti, tedy s rozvojem slovní zásoby a vývojem řeči (Vágnerová, 2012).

Během batolecího období se rozvíjí záměrná pozornost a její úmyslné regulování. Plně tato pozornost začíná fungovat na konci druhého roku věku (Vágnerová, 2012). Dle Plevové (2010) starší batole udrží pozornost u zajímavé činnosti až 19 minut.

## **Zrakové vnímání**

V oblasti zrakového vnímání se dítěti zlepšuje vizuomotorika, především spolupráce oko–ruka a díky této schopnosti dítě začíná lépe kreslit, jeho grafický projev se pomalu mění z pouhého náhodné čárání na záměrnou kresbu (Thorová, 2015).

## **Sluchové vnímání**

Zlepšuje se cit pro rytmus a dítě již dokáže spojit sluch s aktivitami motorickými (Plevová, 2010).

## **Motorické schopnosti**

V rámci motorického vývoje dítě uspokojuje své potřeby, nejvíce potřebu stimulace a potřebu aktivity. Dítě, které se samostatně pohybuje, může samostatně vyhledávat podněty, kterými se může samo stimulovat. Jsou to podněty dostatečné intenzity a srozumitelnosti. Potřeba aktivity se uspokojuje hlavně samotným pohybem. Dítě by nemělo být v aktivitě tlumeno, mělo by dostat prostor pro dostatečné uspokojení (Vágnerová, 2012).

V oblasti hrubé motoriky u dítěte v tomto období pozorujeme velké skoky. Z počátku batolecího období chodí nejistě, postupně se chůze začíná zpřesňovat, dítě nabývá sebejistoty a kolem 1,5 roku začíná utíkat. Ve dvou letech zdolává nerovný terén a dokáže jít po schodech bez přidržování (avšak musí přisunovat nohu na každém schůdku) (Plevová, 2010).

Jemnou motoriku provází také velký pokrok. Díky rozvíjející se vizuomotorické koordinaci je dítě schopno už ve dvou letech postavit věž z kostek, tříleté zase navléká korálky na provázek (Plevová, 2010). Zmíněné schopnosti jsou důležité pro budoucí psaní.

## **Emoce**

Emoce batolat mají některé typické rysy, přičemž významným rysem prostupujícím veškerou aktivitou jedince je afektivnost. Děti ve druhém roce věku mají potřebu emancipace, snadno proto reagují vztekem na situace, které jim k osamostatnění brání. Další emoci, která se u batolat začíná vyskytovat, je pocit studu po překročení určené normy; může se zde projevit i pocit lítosti, například při rozbití hračky. Se sebeprosazováním se pojí sebehodnotící emoce. Děti cítí už zmíněný pocit studu, mohou však cítit také pocit hrdosti z úspěchu (Vágnerová, 2012). Toto období někteří autoři nazývají obdobím vzdoru (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).



## **Socializace**

Separační úzkost pomalu mizí a děti se začínají méně obávat cizích lidí, hlavně pokud je s nimi někdo, koho znají. Tvoří si nové vazby se širší rodinou a získávají vědomí rodinné identity (Vágnerová, 2012).

S vrstevníky zatím moc nekomunikují, zpočátku je jejich hra paralelní, děti si hrají vedle sebe. Ke zkvalitnění a prodloužení hry dětí je dobrá účast matky, která dítěti dodává pocit bezpečí a jistoty (Parke a Buriel, 1998 in Vágnerová, 2012).

### **4.3.2 Vývoj řeči v batolecím období**

#### **12.–18. měsíc**

Dvanáctý měsíc je spojen s produkcí a porozuměním prvních slov. Aby dítě mohlo první slova vyslovit, musí je mít jasně spojená s daným předmětem nebo osobou, tedy je nutné, aby dítě izolovaným slovům rozumělo bez ohledu na kontext (Kapalková, 2016). V jednom roce by dítě mělo rozumět přibližně 10–20 slovům a mělo by reagovat na zákazy typu: „Ne!“ anebo „No-no!“ . Porozumění se vyvíjí dříve, vývojově předbíhá expresi řeči asi přibližně o 2–3 měsíce (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

V prvním roce dítě většinou produkuje 1–16 slov. Tato slova často nebývají podobná slovům dospělých osob, přestože se je dítě snaží napodobit. Ze začátku dítě nezvládá vyslovit delší slova; souhláskové shluky a rozvoj řeči jsou podmíněny úrovní oromotoriky a sluchového vnímání hlásek v řeči okolí (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Gesta se v řeči dětí vyskytují stále. Nejprve je dítě používá izolovaně, střídá je se slovy, následně však gesta a slova spojuje a produkuje je najednou se stejným významem. Později však začíná spojovat gesto a slovo s různými významy, jako kdyby tvořilo dvojslovné věty, kdy slovo označuje první část věty a gesto druhou. Tuto schopnost dítě získává ve 14. měsíci věku, např. dítě ukáže na knihu a řekne „dej!“ (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

#### **18.–24. měsíc**

Na začátku tohoto období má dítě slovník o rozsahu 50–70 slov a přibližně 15 gest. V pojmenování se začíná objevovat hyperdiferenciace, dítě si totiž všímá nových vlastností věcí a začíná je odlišovat. S rostoucí slovní zásobou začíná vést dialog. Důležitým slovíčkem v tomto období je pro něj „ne“: tímto slovem si určuje svou nezávislost a samostatnost (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Porozumění slovům se čím dál tím více zlepšuje, a to nejen porozumění označení konkrétních předmětů, ale také abstraktních slov. Na konci 2. roku by dítě mělo mít ve své pasivní slovní zásobě až 50 slov (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Dvojslovné věty dítě začíná produkovat již na začátku tohoto období. Prediktory pro tvorbu dvojslovných vět jsou: minimálně 50 samostatných slov, používání spojení dvou gest a dvoufázová hra. Tyto věty ještě neobsahují gramatiku, dítě pouze skládá k sobě slova, která považuje za důležitá pro to, co chce sdělit (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

V tomto období používá pro označení sebe sama třetí osobu, nepoužívá minulý ani budoucí čas, pouze komentuje to, co se stalo tady a teď. Postupně se však jeho vnímání času změní a začíná mluvit o událostech, které se bezprostředně staly (první zmínky o minulosti) (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

### **24.-30. měsíc**

Dítě již běžně používá velké množství dvojslovných vět a jeho slovní zásoba se rozrůstá. Na začátku tohoto období by mělo produkovat 300 slov, na konci až 500. Objevují se také tříslavné kombinace slov. Typickým příkladem tříslavné kombinace je věta „Co to je?“. Dítě se ptá na všechno a všude a díky jeho zvědavosti mu stále narůstá slovní zásoba (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

V oblasti gramatiky se dítě začíná pomalu vyjadřovat k blízké budoucnosti. Začíná používat slova jako „ted“, „tady“, „potom“ apod. První předložky, které používá, jsou „v“, „na“ a „do“. Dítě si uvědomuje čas a prostor, ve kterém se nachází, a to díky rozvoji paměti a myšlení. Začíná používat slovesnou osobu a slova správně ohýbá. Někdy se oslovuje zájmenem „já“, někdy však ještě stále používá své jméno (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

### **30.-36. měsíc**

V tomto věku děti propojují řetězce slov, komunikují pomocí delších vět. Slovní zásoba na konci 3. roku obsahuje okolo 1000 slov, denně se často naučí až tři nová slova (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

V porozumění by dítě mělo zvládat pokyny o dvou činnostech (např. Zvedni hračku a schovej ji do skříně) a rozumět významům slov a jejich opozitním výrazům (např. jdi – stůj, nahoru – dolů) (Kejklíčková, 2016).

Okolo 3. roku děti začínají tvořit souvětí, s čímž souvisí používání spojek. Mezi první spojky, které se dítě naučí, patří spojka „a“, další jsou například „a potom“, „že“, „který“, „anebo“, „ale“, „kde“ apod. (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Do třetího roku by se dítě mělo seznámit se všemi hláskami, jejich správnou výslovnost si však osvojuje až do pátého roku (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Typická pro toto období je vývojová neplýnulost. Vzniká z důvodu velkého nárůstu slovní zásoby a celkově rychlého rozvíjení jazyka. Měla by však trvat maximálně 6 měsíců, jinak se může zafixovat a projevit se jako incipientní koktavost (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

Dítě začíná rozvíjet své vypravěčské schopnosti. Pro tuto schopnost je důležité, aby se dítě orientovalo v čase, rozumělo příčinným vztahům a dokázalo řadit úkony do správného pořadí. Často děti mluví o událostech či zážitcích, které v nich zanechaly dojem a jsou emočně zabarvené. Ze začátku dítě mluví o všem naráz, tzv. v kupě. Později jednotlivé části příběhu dokáže poskládat do řady, události však nemusí být seřazeny dle času ani kauzality (Hornáková, Kapalková, Mikulajová, 2005).

#### **4.4 Shrnutí**

Na konci této kapitoly bychom rádi shrnuli nejpodstatnější mezníky ve vývoji dítěte raného věku od narození do 36. měsíce.

##### **V období od narození do 3. měsíce:**

- Při zvýšeném hluku reaguje tzv. úlekovou reakcí
- Křičí reflexně, od 6. týdne se křik mění na emočně podložený
- Mezi 6. až 8. týdnem se objevuje broukání
- Od 2. měsíce se usmívá, když uslyší hlas nebo uvidí tvář známé osoby
- Od 2. měsíce dokáže rozlišit základní barvy
- Od 3. měsíce začíná pudově žvatlat
- Od 3. měsíce pase koníčky

##### **V období od 4. do 6. měsíce**

- Sedí s oporou a umí koordinovat pohyby rukou
- Experimentuje se svým hlasem a mluvidly, tzv. období vokální hry
- V 6. měsíci mizí pudové žvatlání a nahrazuje ho napodobivé
- Od 6. měsíce se vyvíjí explicitní deklarativní paměť (lepší zpracování informací a vybavování)

##### **V období od 7. do 11. měsíce**

- Objevuje se záměrné chování, kterým se dítě snaží získat pozornost
- V komunikaci začíná používat gesta
- Začíná rozumět kontextu, gestům a neverbálnímu chování

- Chápe sociální hříčky (vařila myšička kašičku).
- Od 8. měsíce se u něj dotváří vědomí trvalosti předmětu, důležité pro vývoj slovní zásoby
- V období od 8. až 9. měsíce se objevuje separační úzkost
- Dochází k vývoji úchopu (klešťový úchop) a je schopno sbírat drobné věci
- Asi od 9. měsíce začíná lézt po čtyřech, sedí bez opory

#### **V období od 12. do 18. měsíce**

- Produkuje první slova (předchází tomu porozumění)
- Spojuje slovo + gesto do dvojslovné výpovědi (14. měsíc)
- Kolem 18. měsíce začíná běhat

#### **V období od 19. do 24. měsíce**

- Tvoří dvojslovné věty
- Používá minimálně 50 slov
- Používá spojení dvou gest
- Vytváří dvoufázovou hru
- Důležité je pro něj slovo „ne“ (potvrzuje jeho nezávislost, samostatnost)
- Na konci tohoto období začíná plně fungovat záměrná pozornost

#### **V období od 25. do 30. měsíce**

- Produkuje okolo 300 slov
- Objevují se tříslavné kombinace slov (Co to je?)
- Používá první předložky „v, na, do“
- Začínají vnímat blízkou budoucnost
- Od druhého roku se objevuje symbolické myšlení – zvětšuje se slovní zásoba a vzniká symbolická hra, s tím se pojí začínající vývoj představivosti

#### **V období od 31. do 36. měsíce**

- Používá spojky a tvoří souvětí
- Počátek narativních schopností (vyprávění příběhů)
- S velkým nárůstem slovní zásoby (aktivní slovník obsahuje až 1000 slov) se mohou objevovat vývojové neplnlosti v řeči, které by měly do 6 měsíců vymizet

## 5 Rizika ve vývoji u dětí raného věku

V současné době narůstá počet dětí, které se odchyľují od běžného vývoje. Dle Bytešníkovej (2017) je to především z důvodu kvalitnější prenatální a neonatologické péče a její dostupnosti: lékařům se stále častěji daří zachránit nedonošené děti s nízkou porodní hmotností, což se v důsledku projeví tak, že přibývá dětí s odchylkami od vývoje a dětí s postižením či vadami. Tyto děti nemají tak „snadný začátek“ jako ostatní děti a jejich příležitosti pro ranou interakci se světem nejsou optimální. Rossetti (2001) dělí tyto děti na dvě kategorie – děti s identifikovatelným rizikem a děti s potenciálním rizikem ve vývoji.

Mezi děti s identifikovatelným rizikem ve vývoji komunikačních schopností Rossetti (2001) zařazuje děti:

- s chromozomálními anomáliemi,
- s neurologickým onemocněním,
- s vrozenými malformacemi,
- s vývojovými poruchami metabolismu,
- se sensorickými poruchami,
- s atypickými vývojovými poruchami,
- s chronickým onemocněním,
- se závažným infekčním onemocněním,
- se závažným vystavením toxickým vlivům.

Do skupiny dětí s potenciálně identifikovatelným rizikem ve vývoji komunikačních schopností dle Rossettiho (2001) patří děti:

- s porodní hmotností pod 1 500 g nebo malé pro svůj gestační věk,
- rodičů s genetickou nebo se zdravotní zátěží,
- rodičů s chronickým nebo akutním duševním onemocněním / vývojovým postižením / mentální retardací,
- z krizových rodin,
- z rodin s chronicky narušenou spoluprací,
- které byly separovány od rodiče,
- mladistvých matek,
- rodičů s 4 nebo více předškolními dětmi,
- s přítomností jednoho nebo více následujících znaků: jeden z rodičů má vystudováno méně než 9 ročníků školy, oba rodiče jsou nezaměstnaní, rodič samoživitel,

- které byly fyzicky nebo sociálně separovány nebo neměly dostatek sociální podpory,
- z nebezpečných životních podmínek, bezdomovectví,
- s nedostatkem zdravotní péče,
- s limitovanou perinatální péčí,
- matek, které v těhotenství pily alkohol,
- s perinatálními nebo perinatálními komplikacemi,
- které jsou nadměrně plačtivé, podrážděné,
- s chronickým zánětem středního ucha.

Dlouhá (2017) uvádí, že jeden z faktorů narušení vývoje řeči může být poškození mozku v prenatálním, perinatálním či postnatálním období a důsledkem tohoto poškození může být nedostatečnost v kognitivních schopnostech. Autorka ve svém výzkumu u rizikových dětí z roku 2013 zjistila, že u 35 % dětí se vyskytuje nějaká forma narušeného vývoje komunikace, konkrétně u 15 % specificky narušený vývoj řeči, u 11 % prostý opožděný vývoj s dyslalií, dále také dysartrie, balbuties a nakonec symptomatické poruchy řeči. Jako další faktory autorka zmiňuje nezralost sluchových a řečových center a jejich propojení, polygenní dědičnost<sup>3</sup> a vliv vnějšího prostředí.

Autorky Bochner a Jones (2003) tvrdí, že problémy ve vývoji rané komunikace mohou být způsobeny při prvotním učení se jazyku, například limitovanou pozorností, problémy se sluchem či obtížemi v motorice rtů a jazyka. Mezi další důvody zařazují problémy spojené s kontextem, ve kterém se dítě učí jazyku, například malé možnosti slyšet dobrý řečový vzor nebo být součástí konverzační výměny s rodinnými příslušníky.

Bytešníková (2015) uvádí faktory, které způsobují narušení vývoje jazykových schopností a řeči, a to genetiku, neurobiologické faktory, kognitivní a environmentální faktory.

## 5.1 Prenatální období

Prenatální období dítěte je velmi citlivou fází ve vývoji, a právě v tomto období vznikají mnohé abnormality, které mohou mít za následek narušenou komunikační schopnost dítěte.

---

<sup>3</sup> Dle Dlouhé (2017) je polygenní dědičnost definována jako „působení více genetických lokusů, na manifestaci choroby se vždy podílejí i faktory zevního prostředí. Hovoří se o predispozici nebo náchylnosti k fenotypické manifestaci choroby (např. u neurologických onemocnění, koftavosti, u vývojových poruch řeči...)“.

Šándorová (2017) dělí příčiny patologií na onemocnění (ty mohou mít za následek poškození plodu), infekce, dědičnost, věk matky (ideální věk je 17–35 let), nezdravý životní styl matky (špatná výživa, alkohol, drogy, těžká fyzická práce), předchozí neúspěchy v početí či potraty, vícečetná těhotenství a nedostatečnou prenatální péči.

Dědičnost narušené komunikační schopnosti se zkoumá od dob Seemana, který již od 30.–40. let studoval „patologii chorob řeči“ na dvojčatech. Od té doby proběhlo mnoho různých výzkumů a díky některým z nich byly popsány například tzv. geny pro motorickou, realizační verbální funkci řeči. Ne všechny problémy jsou však vázány na motoriku – některé z nich mohou mít příčinu v poruše gramatické struktury, která je přenášena formou autozomálně dominantního přenosu (Dlouhá, 2017). Z výzkumů dále vyplývá, že velkou roli hraje pohlaví dětí, konkrétně častěji dochází k výskytu dědičné narušené komunikační schopnosti u chlapců (v poměru k dívkám 5,9:1,3) (Webster, Shevell, 2004 in Dlouhá, 2017).

Současné zdravotnictví má mnoho možností, jak sledovat vývoj plodu již v prenatálním období. Metody můžeme dělit na invazivní a neinvazivní. Mezi neinvazivní můžeme zařadit vyšetření vzorku krve matky a ultrazvukové vyšetření, mezi invazivní patří preimplantační diagnostika, biopsie choria, amniocentéza (vyšetření plodové vody), placentární biopsie, odběr fetální krve a fetoskopie (Roztočil in Roztočil a kol., 2017). Všechny tyto postupy pomáhají rodičům, ale i lékařům dříve se připravit na možné postižení dítěte a vytvořit vhodné podmínky pro jeho příchod. Rodiče by měli dostat potřebné informace a měly by jim být poskytnuty informace o následné péči (Šándorová, 2017).

## 5.2 Perinatální období

Za období perinatální se považuje období během porodu (Šándorová, 2017). Na délku trvání tohoto období se však názory liší: někteří autoři za perinatální období považují také dobu po porodu, konkrétně první týden postnatálního života (Velebil a Štembera in Roztočil a kol., 2017).

Porod je velmi náročný nejen pro matku, ale i pro samotné dítě. Během porodu může nastat řada komplikací, mezi něž patří riziko přenosu infekce (z matky na novorozence), nedostatek kyslíku (hypoxie), přenášení plodu, poranění při porodu či vdechnutí plodové vody (Šándorová, 2017).

## 5.3 Postnatální období

Šándorová (2017) definuje postnatální období jako „*období adaptace na nové neznámé prostředí*“. Pro rizikové novorozence může být tato adaptace velice náročná. Toto

riziko nemusí vycházet pouze ze zdravotního stavu dítěte, ale také ze sociokulturního či socioekonomického prostředí, ve kterém žije (nevhodné či nedostatečné uspokojování potřeb dítěte, výchova rodiči se zdravotním postižením či oslabením apod.) (Šándorová in Šándorová, 2017).

#### **5.4 Novorozenecké období, rizika a odchylky ve vývoji**

Novorozenec je považován za rizikového, pokud jeho vývoj v prenatálním, perinatálním či postnatálním období nebyl standardní. U většiny dětí se i přes nestandardní vývoj nakonec neprojeví žádná abnormalita, zůstávají však pod dohledem specializovaných center (Thorová, 2015).

Rizikový novorozenec může být dítě, které se narodí předčasně a má nízkou porodní hmotnost. Nejčastěji se uvádí hmotnost pod 2 500 g a gestační stáří menší nebo rovné 37 týdnům (Straňák in Roztočil a kol., 2017). U dětí, které jsou nedonošené, se mohou po čase objevit poruchy koncentrace, vizuální či motorické obtíže, lehčí poruchy řeči a komunikace a specifické poruchy učení (Šándorová, 2017).

Velké riziko bývá u dětí přenášených, tedy dětí, které se narodí až po stanoveném termínu (po 42. týdnu těhotenství) (Thorová, 2015). Lindström a kolektiv (2005 in Thorová, 2015) u předškolních dětí, které byly přenášeny, objevili vyšší výskyt neurologických a vývojových odchylek až o 7,5 %.

Kromě těchto rizikových faktorů zmiňují Allen a Marotz (2002), co by rodiče měli u novorozenců sledovat a v případě potřeby navštívit odborníka, je to: nereagování úlekem na náhlý hluk, obtížné sání a polykání, při pochování se nedívá do očí, uchopovací reflex je v každé ruce jinak silný, po šestém týdnu nedává najevo své potřeby a emoce pláčem, při konejšení se brzy neztiší a nepřibírá na váze, neroste.

#### **5.5 Kojenecké období, rizika a odchylky ve vývoji**

Hodnocení schopností dítěte vychází nikoliv z reálného věku, ale z tzv. gestačního věku. Pokud se dítě narodí předčasně, a to například o tři měsíce, v půlroce života hodnotíme jeho schopnosti, jako kdyby bylo staré tři měsíce. Samozřejmě tento postup nelze aplikovat po celý život, do dvou let by dítě mělo své vrstevníky dohnat (Šándorová, 2017).

Vacuška a kolektiv (2003) se zabývají některými patologickými projevy kojenců ve 3 měsících, mezi něž dle autorů patří: porucha vegetativních funkcí (dýchání, termoregulace, nesprávné přijímání potravy), porucha motoriky ve smyslu hypoaktivity či hyperaktivity, hyperkinézy (třesy, křeče a záškuby), nepřítomnost reflexů; dalším projevem je nereagování



úlekovým reflexem při hlasitém zvuku a neschopnost dítěte ležícího na břišku otočit hlavu na stranu. Autoři dále zmiňují patologické projevy dětí v různých milnicích, většinou se jedná o opoždění motoriky či nedosažení jednotlivých motorických schopností, které jsou pro daný věk typické. Mezi další abnormální projevy můžeme zařadit přetrvávající primární reflexy (mezi 7.–9. měsícem by se již u dítěte neměly vyskytovat), v oblasti psychického vývoje se jedná o chybějící sociální úsměv, oční kontakt a o nezáměr o druhé lidi (3.–7. měsíc). Zvýšenou pozornost věnujeme dítěti, pokud mezi 8.–9. měsícem nejeví zájem o sociální interakční hry, málo reaguje na sociální podněty, nerozumí jednoduchým pokynům a nereaguje na zvuky. Mezi 10.–13. měsícem by dítě mělo ukazovat, zamávat na požádání, žvatlat a používat vokalizaci pro sociální kontakt a mít schopnost sdílené pozornosti (Vacuška a kol., 2003). Pokud tyto schopnosti dítě nemá, bylo by vhodné vyhledat odborníka.

Allen a Marotz (2002) k těmto patologickým projevům přidávají další, od 1. do 4. měsíce je třeba být na pozoru, pokud dítě nesleduje pohybuující předmět oběma očima, nad hrudníkem nespojuje ruce, když leží na břiše, tak nezvedá hlavičku a horní část svého trupu a nenatahuje paže za známými osobami či pro předmět. Od 4. do 8. měsíce pak autoři zmiňují, že je nutné sledovat, zda dítě zkoumá své ruce a předměty v nich, zda brouká a zajímá se o zvuky a hledá schované předměty (vědomí trvalosti předmětu).

V tomto věku také dochází k odhalení sluchových vad. Pokud se u dítěte již při novorozeneckém screeningu neobjeví odchylka, může se projevit okolo 4. měsíce, kdy dítě přestává žvatlat (Bytešníková, 2015). Pokud k tomu dojde, je na místě co nejrychleji vyhledat odborníka, který dítěti indikuje vhodnou kompenzační pomůcku, popřípadě doporučí vhodný komunikační systém pro včasný rozvoj komunikace.

## **5.6 Batolecí období, rizika a odchylky ve vývoji**

Některé odchylky se začíná projevovat právě až v batolecím období. Zde již velkou roli hraje prostředí jedince, které ho ve vývoji velmi ovlivňuje. V tomto období hrají velkou roli i úrazy dítěte, které se již samostatně pohybuje, zároveň však nedokáže odhadnout nebezpečí, která ho ve světě okolo něj mohou potkat.

Nejen z hlediska řeči, ale také z hlediska sociálního vývoje je pro dítě důležitá schopnost napodobování. Dítě nejprve napodobuje chování a činnosti osob ve svém okolí a pomocí zpětné vazby se učí, jaké chování je žádoucí, a jaké nikoliv (Thorová, 2015).

Vývoj probíhá nestandardně, pokud dítě ve svých 2 letech nepoužívá gesta, neříká izolovaná slova, slova nespojuje do jednoduchých vět, má problémy s porozuměním, nezajímá se o komunikaci a nesnaží se do ní zapojit, nezajímá se o okolí (o ostatní děti, ale

ani o dospělé osoby z okolí), není zvědavé, zcela mu chybí sociálně-imitační a konstrukční hra a jeho pohyby jsou nekoordinované (Thorová, 2015).

U batolat je velmi důležité věnovat pozornost následujícím příznakům: dítě má malý jídelníček, nechodí, nestaví se, když prochází místností, tak vráží do nábytku, na nic se neptá, nechce plnit svá přání a nerozumí dvoufázovému pokynu („Vezmi tu hračku a schovej ji do skříně“), netřídí věci podle kategorií (barvy, velikost, tvary), nechodí na nočník a ani nechce a nepojmenovává věci okolo sebe, neukazuje na ně (Allen, Marotz, 2002).

## 5.7 Shrnutí

V této podkapitole bychom rádi shrnuli předchozí kapitolu a to rizikové faktory a projevy dětí, které mohou ovlivnit vývoj v raném věku. Děti s těmito projevy by měly být sledovány odborníkem, případně by u nich měla být zahájena raná intervence.

### **Prenatální období – rizikové faktory**

- Onemocnění, infekce
- Dědičnost, věk matky (ideální věk je 17–35 let)
- Nezdravý životní styl matky (špatná výživa, alkohol, drogy, těžká fyzická práce)  
Předchozí neúspěchy v početí či potraty, vícečetná těhotenství
- Nedostatečnou prenatální péči

### **Perinatální období – rizikové faktory**

- Přenos infekce (z matky na novorozence)
- Nedostatek kyslíku (hypoxie)
- Přenášení plodu
- Poranění při porodu či vdechnutí plodové vody

### **Novorozenecké období – rizikové faktory**

- Vývoj v pre-, peri- nebo raně postnatálním období nebyl standardní
- Předčasně narozené dítě nebo dítě s nízkou porodní hmotností
- Přenášené děti

### **Novorozenecké období – rizikové projevy**

- Nereagování úlekem na náhlý hluk
- Obtížné sání a polykání
- Při pochování se dítě nedívá do očí
- Uchopovací reflex je jinak silný v pravé a levé ruce
- Po šestém týdnu nedává najevo své potřeby a emoce pláčem

### **Kojenecké období – rizikové projevy**

- Porucha dýchání, termoregulace, nesprávné přijímání potravy
- V motorice: hypoaktivita nebo hyperaktivita, hyperkinézy, nedosažení jednotlivých důležitých milníků typických pro daný věk
- Nepřítomnost reflexů nebo naopak přetrvávající primární reflexy (nad 9. měsíc)
- Chybějící sociální úsměv, oční kontakt, nezájem o druhé lidi – nejví známky komunikačního záměru
- Od 1. do 4. měsíce je třeba být na pozoru, pokud dítě nesleduje pohybující předmět oběma očima, nad hrudníkem nespojuje ruce, když leží na břiše, tak nezvedá hlavičku a nenatahuje paže za známými osobami či pro předmět
- Od 4. do 8. měsíce - nezkoumá své ruce a předměty v nich, nebrouká a nezajímá se o zvuky a nehledá schované předměty, přestává žvatlat (nutné sluchové vyšetření)
- Od 8. do 9. měsíc nereaguje na sociální hříčky, nerozumí podnětům, nereaguje na zvuky
- Po 13. měsíci neukazuje, nezamává na požádání, nežvatlá a nepoužívá vokalizaci, nemá schopnost sdílené pozornosti

### **Batolectí období – rizikové projevy**

- Nenapodobuje chování ostatních jedinců
- Ve 2 letech nepoužívá gesta, neříká izolovaná slova, nespojuje je do jednoduchých vět
- Má problém s porozuměním řeči, nesnaží se zapojit do komunikace
- Není zvědavý a nezajímá se o okolí
- Chybí mu sociálně-imitační a konstrukční hra
- Má nekoordinované pohyby
- Má malý jídelníček
- Nechodí, nestaví se, když prochází místností, tak vráží do nábytku
- Na nic se neptá, nechce plnit svá přání a nerozumí dvoufázovému pokynu („Vezmi tu hračku a schovej ji do skříně“)
- Netřídí věci podle kategorií
- Nepojmenovává věci okolo sebe, neukazuje na ně

## 6 Raná logopedická intervence

Raná logopedická intervence je dle Rossettiho (2001) definována jako „*koncept péče poskytované dětem ve věku 0–36 měsíců, který v sobě zahrnuje tři úrovně, a to diagnostiku, terapii a prevenci*“.

Během posledních několika desítek let došlo k prudkému rozvoji lékařské péči o děti s nízkou porodní hmotností a děti nedonošené. Tento fakt klade nároky na současnou logopedickou péči zabývat se problematikou rané intervence u těchto dětí (Bytešníková, 2017).

V rámci rané logopedické intervence by se měl logoped zaměřit především na následující oblasti: pomoc při přechodu ze sondy na orální způsob krmení, zprostředkování příležitostí pro mimonutriční sání, orální stimulace, pomoc matce pochopit význam komunikace a interakce v rané fázi dětského vývoje, význam krmení nejen z hlediska nutričního, ale i komunikačního, povzbuzení matky k rozvoji komunikace během krmení, vysvětlení, jak postupovat pro správné kojení či krmení dítěte z lahve, intervence v rámci chování a vývoje dítěte, intervence zaměřená na podporu vokalizace, intervence zaměřená na komunikaci mezi rodičem a dítětem (Bytešníková, 2017).

V naší práci se nebudeme zabývat problematikou orálního příjmu potravy, i když i ta má v rané logopedické intervenci velké opodstatnění. V dalších částech kapitoly podáváme popis některých diagnostických a terapeutických metod, které jsou zaměřené na rozvoj řeči a komunikace jako takové. Cílem práce není popsat veškeré metody – vybíráme pouze ty, s kterými jsme měli možnost se seznámit v rámci rozhovorů s pracovníky v dětských centrech.

### 6.1 Diagnostika

Logopedická diagnostika má dle definice Neubauera (2007, s. 69) za úkol „*zachytit celkový stav, stupeň a formu poruchy řečové komunikace a s ním spojené deficity praxe, gnóze a kognitivních funkcí*“. Mezi její základní cíle můžeme zařadit samotné objevení výskytu narušené komunikační schopnosti, stanovení jejího stupně a závažnosti, následnou diferenciální diagnostiku a vytvoření intervenčního postupu pro další setkávání (Neubauer, 2007). Potměšil (2012, s. 5) k diagnostice dodává, že je to „*komplexní proces, který se musí opírat mimo jiné o mezníky v časovém vývoji dítěte*“.

Vyšetření vývoje řeči obsahuje několik nutných kroků, které by se pro komplexní diagnostiku měly uskutečnit. Důležitou součástí každé diagnostiky je anamnéza, jak osobní,

tak rodinná, popřípadě sociální. Dále se provádí vyšetření rozumění řeči, před nímž však nutně musí proběhnout vyšetření sluchu ORL lékařem, které slouží k vyloučení možného sluchového postižení. Vyšetření samotné exprese řeči se provádí, pokud již dítě hovoří nebo je ve věku, kdy by hovořit mělo. Důležité je nepochybně i vyšetření hrubé a jemné motoriky, oromotoriky a u starších dětí také grafomotorického projevu. Nesmíme samozřejmě opomenout vyšetření dalších specialistů, jako je psychiatr, neurolog, klinický psycholog či genetik (Dlouhá, 2017).

V případech opožďování vývoje řeči a jazykových schopností je nutné začít s diagnostikou co možná nejdříve. V zahraničí v současné době funguje několik typů diagnostických nástrojů, které jsou vhodné k použití u dětí mladších tří let: z těch nejznámějších to je například Inventář komunikačního vývoje MacArthurových a Batesové (anglicky MacArthur-Bates Communication Development Inventories, MCDI)“ (Bytešníková, 2017). Z dalších zahraničních materiálů Bytešníková (2017) jmenuje: Early Language Milestones Scale ELM-2, Language development Survey – LDS, Rossetti Infant and Toddler Language Scale, Symbolic Play Test – Second Edition a další.

Dle Kapalkové (2019) existují tři způsoby posouzení komunikačních schopností dítěte raného věku. Jsou to:

- Vývojové dotazníky, které většinou vyplňuje rodič dítěte a mezi které patří například již zmiňovaný MacArthur-Bates Communication Development Inventories, na Slovensku adaptovaný pod názvem Test komunikačního chování (TEKOS), v českém prostředí Dotazník vývoje komunikace II. (DoVyKo II.).
- Vysokostrukturované standardizované testy, ty ovšem vyžadují spolupráci dítěte s logopedem, čehož je v raném věku velmi těžké docílit. Kapalková (2019) zmiňuje především Mnichovskou funkční diagnostiku a klade důraz na subtest hodnocení porozumění dítěte.
- Přímé vyšetření dítěte logopedem v přirozené interakci dítě–rodič nebo dítě–logoped a pozorování spontánních reakcí dítěte v rámci několika aktivit. Tento způsob reprezentuje především Laheyové model řeči.

### **6.1.1 TEKOS**

Tekos neboli Test komunikačného správania hodnotí dětskou řeč ve věku od 8 měsíců do 30 měsíců věku. Původně vyšel z amerického inventáře MCDI (MacArthur-Bates Communicative Development inventory), který vznikl v 90. letech a sloužil k určení úrovně vývoje dětí z anglicky mluvících zemí. MCDI získává informace od rodičů, kteří zapisují do

dotazníků řečový a komunikační vývoj svých dětí. Tímto se inspirovala také slovenská adaptace TEKOS I a TEKOS II. Každý z těchto dvou testů je určen pro jinou věkovou kategorii: zatímco TEKOS I. (slova a gesta) je určen pro děti od 8. do 16. měsíce věku, TEKOS II. (slova a věty) je určen pro starší děti od 17. do 30. měsíce věku. První část obou testů hodnotí rozsah aktivní a pasivní slovní zásoby. Rodiče mají k dispozici seznam slov a slovních spojení, u kterých mají určit, zda se vyskytují v řeči jejich dětí či jim děti rozumí. Slova jsou rozdělena do několika sémantických kategorií (zvuky zvířat, hračky, části těla apod.). V subtestu gesta se pak hodnotí nonverbální komunikace dětí, také jejich komunikační záměr ve spojitosti s různými činnostmi a nakonec také vývoj gest dětí. Subtest věty se pak zaměřuje na gramatické a syntaktické prostředky v řeči dětí a jejich hodnocení (Průcha, 2011b).

### **6.1.2 DoVyKo II.**

Adaptaci známého Communication Development Inventory vytvořil F. Smolík z Psychologického ústavu Akademie věd ČR se svými spolupracovníky a pojmenoval ji Dotazník vývoje komunikace (Bytešnicková, 2017).

### **6.1.3 Stručný dotazník dětského slovníku**

Dotazník vytvořený dvojicí autorů Smolík a Bytešnicková má umožňovat screening dětí, u kterých je riziko opožděného nebo narušeného vývoje řeči (Smolík, Bytešnicková, 2017).

Dotazník obsahuje 40 položek, vyplňují jej rodiče a je vytvořen tak, aby jeho vyplňování bylo rychlé a snadné, například při čekání v ambulanci pediatra v rámci preventivních prohlídek dětí od 2 do 3 let věku. Rodiče mají při vyplňování dotazníku zaškrtnout jak slova, která děti říkají samy, tak i slova, kterým rozumí. Dotazník obsahuje různé slovní druhy, nejčastěji však podstatná jména a slovesa. Při vyhodnocování dotazníku musí brát pediatr v potaz věk dítěte, jeho pohlaví a rodinné faktory (například vícejazyčnost nebo demografické údaje) (Smolík, Bytešnicková, 2017).

Nástroj nediodagnostikuje narušenou komunikační schopnost, pomáhá však vyhledat děti s rizikem, aby byly následně odeslány na podrobnější vyšetření do ambulance klinického logopeda (Smolík, Bytešnicková, 2017).

### **6.1.4 Mnichovská funkční vývojová diagnostika**

Jedná se o diagnostický materiál vytvořený autory Hellbrügem (v roce 1978 vytvořil manuál pro první díl), Egelkrautem a Köhlerem (společně vytvořili manuál pro druhý a třetí

rok v roce 1984). Tato metoda se nezabývá pouze vývojem komunikace u dětí raného věku, ale i jinými oblastmi, například hrubou a jemnou motorikou či percepcí, u starších dětí také soběstačností. V oblasti komunikace u dítěte pozorujeme jeho porozumění, řeč a sociální chování podle vymezených škál určených pro děti v jednom roce, ve dvou letech a třech letech. Díky testu můžeme vyšetřit jednotlivé oblasti vývoje dítěte a dle výsledku zpracovat individuální terapeutický plán. Metoda u nás bohužel nebyla vydána – v 80. letech byla snaha o publikaci manuálu, nakonec k ní ale nedošlo (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

### 6.1.5 Laheyové model řeči

Nízkostrukturovaný nástroj sloužící pro hodnocení jazykových schopností vytvořila psycholingvistka Margaret Laheyová (Bytešníková, 2017). Tento model nám umožňuje včasnou diagnostiku před třetím rokem dítěte, neslouží však pro stanovení přesné diagnózy, ale především pro zhodnocení jazykových schopností, posouzení rizik ve vývoji a aktuální komunikační úrovně tak, aby mu byla co nejdříve zajištěna případná péče (Kapalková, 2019).

Pro využití tohoto modelu logoped vytvoří nahrávku sta spontánních výpovědí dítěte (bez echolálií či funkční imitace), popřípadě hodinovou nahrávku běžného komunikačního chování dítěte (v případě, že dítě není dostatečně komunikativní). Kapalková (2019) pod pojmem výpověď rozumí „*obsahově ucelenou komunikační jednotku, která je vymezená v řeči dítěte i pauzami a intonací naznačující ukončení výpovědi. Samostatnou výpovědí může být i izolované gesto dítěte (neverbální forma komunikace), jako i slovo*“. Rodič následně tuto nahrávku schválí v případě, že koresponduje s běžným chováním dítěte a jeho komunikací; pokud tomu tak není, může se doplnit o nahrávku z běžného domácího prostředí. Poté následuje transkripce a analýza výpovědí a jejich konečné zhodnocení (Kapalková, 2019).

Laheyová (in Kapalková, 2019) v komunikačním chování dítěte hodnotí tři oblasti: obsah, formu a použití jazyka. Aktuální komunikační schopnost dítěte je výsledkem průniku těchto kategorií. V každé kategorii analyzujeme dané výpovědi jiným způsobem – v obsahu si všímáme sémantických významů neboli slovní zásoby dítěte, v kategorii forma analyzujeme úroveň gramatiky a délku dětských výpovědí a v neposlední řadě se zabýváme kategorií použití, kde pozorujeme pragmatickou rovinu výpovědi (Kapalková, 2019).

Za zajímavou součást této diagnostiky považujeme měření délky dětských výpovědí. Toto měření můžeme považovat za ukazatel dosažené úrovně komplexnosti výpovědí (Kapalková, 2019). Délku výpovědí můžeme vypočítat dle indexu PDV neboli průměrné délky výpovědi, který je v zahraničí nazýván MLU (mean length of utterance). Do 4.–5. roku

života dítěte platí pravidlo, že s narůstajícím věkem se prodlužuje délka vět a PDV je vyšší. Průměrnou délku výpovědi počítáme z morfémů a je to v současné době nejpřesnější indikátor vývoje gramatiky u dětí (Bytešnicková, 2015).

Laheyové model řeči má svou modifikovanou formu pro děti v preverbálním období vývoje, jejichž projev však obsahuje známky záměrné komunikace či záměrného chování (Kapalková, 2019). Laheyová (in Kapalková, 2019) u těchto dětí popisuje tzv. prekurzory obsahu, formy a použití jazyka – zaměřuje se zde především na pragmatiku jazyka, na použití gest (gesta jsou velmi důležitá pro budoucí verbální vývoj dítěte), také si všímá prvních kognitivních fenoménů (stálost objektu) a schopnosti imitace, hlavně v rovině motorické či zvukové. Tyto prekurzory nám jsou schopny ukázat, na jaké úrovni vývoje komunikačních schopností se dítě nachází, současně nám ukazují předpoklady k dosažení budoucí verbální komunikace (Kapalková, 2019).

Laheyové model řeči je svým způsobem analýzy dětských výpovědí jedinečný. Mezi jeho výhody patří kvalitativní popis dětské komunikace v útlém dětském věku, popřípadě jeho vhodnost pro všechny jedince bez ohledu na věk či zdravotní postižení. Logoped porovnává aktuální schopnosti dítěte se schopnostmi, které jsou v daném věku normální, tedy kterých by mělo dítě v ideálním případě dosahovat. Velkou výhodou je možnost vytvoření terapie na základě výsledků, které získáme. Mezi nevýhody patří velká časová náročnost, nutnost zaškolení logopeda pod supervizi a také to, že model není schopný posoudit porozumění ani foneticko-fonologickou rovinu řeči dítěte (Kapalková, 2019).

### **6.1.6 Portage program**

Program Portage vznikl v 70. letech v Americe díky Davidu Shearerovi a jeho spolupracovníkům. Tato metodika byla původně koncipována pro děti s mentálním a kombinovaným postižením a byla založena na spolupráci rodiny s proškolenými odborníky. K nám se tento program dostal v 90. letech díky dvojici pracovníků Dětského centra Paprsek Jitky Vávrové a Nadi Malinové (Vávrová, 2013).

Základ programu autoři převzali z behaviorismu a pro jeho aplikaci je důležitá schopnost dítěte naučit se nové dovednosti díky těm, které již umí. V rámci tohoto nástroje se u dětí od narození do 6 let věku hodnotí 5 oblastí: socializace, samostatnost, jazyk, kognice a motorické schopnosti. Díky tomuto nástroji můžeme hodnotit aktuální úroveň schopností dítěte v daných oblastech; program obsahuje také metodiky pro práci s dětmi a kontrolní seznamy pro sledování vývoje (Jones, 2010).



Z předešlých odstavců vyplývá, že program je vhodný nejen pro diagnostiku, ale také pro terapii dětí raného věku. Pro naši diplomovou práci je důležitá oblast posuzování řeči, která se zabývá již ranými projevy dětí, a proto je ideální pro použití v zařízeních, která se na takto malé děti zaměřují.

### **6.1.7 Komunikační profil Matrix**

Tento diagnostický nástroj vznikl pro potřeby logopedů a pedagogů v 90. letech v Americe díky dr. Charitě Rowlandové. Matrix je určen pro osoby, jejichž úroveň komunikace se shoduje s komunikací dětí od narození do 2 let. Je vytvořen především pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením, není možné ho využít u intaktní populace. Materiál má za úkol hodnotit komunikačních dovedností dětí ve třech oblastech: komunikační úroveň, komunikační chování a sdělení. Výsledky tohoto nástroje jsou formulované jako seznam komunikačních dovedností a komunikační profil dítěte. Dalším výstupem je formulace obecných a specifických intervenčních cílů, které jedince neustále posouvají na další úroveň komunikace, s přihlédnutím k jeho reálným schopnostem (Rowland a kol., 2011).

### **6.1.8 Edukačně-hodnoticí profil dítěte s poruchou autistického spektra**

Tento nástroj se používá pro hodnocení jednotlivých oblastí vývoje a stanovení jejich úrovně u dětí s poruchou autistického spektra. Odborník nebo rodič, který tento materiál používá, má možnost hodnotit dovednosti v rámci jednotlivých kategorií. Položky jsou seřazeny dle věku, ve kterém by měly být zvládnuty. Kategorie, které se hodnotí, jsou: sociální vývoj, komunikace, receptivní řeč, expresivní řeč, imitace, motorika, grafomotorika a kresba, sebeobsluha, vnímání a abstraktně vizuální myšlení. Materiál je určen pro děti od 0 do 7 let. K profilu je přidán i manuál pro zhodnocení a program, do kterého se dají jednotlivé dovednosti zapisovat. Také existuje možnost vytvořit graf zobrazující celkovou vývojovou úroveň dítěte (Čadilová, Žampachová a kol., 2015).

Dle našeho názoru může edukačně-hodnoticí profil sloužit všem dětem, tedy nejen dětem s poruchou autistického spektra, protože kopíruje normální vývoj zdravého dítěte. Velké využití má například pro zjištění míry opoždění v rámci jednotlivých kategorií a následnou přípravu terapeutického plánu založeného na jednotlivých položkách.

### **6.1.9 Jednotná měřítko vývoje**

Tento materiál vytvořila společnost Cochlea limited pro dlouhodobé posuzování vývoje v oblasti poslechu, receptivní a expresivní řeči, schopnosti mluvit, poznávání okolního

světa a sociální komunikace. Jednotná měřítká nám ukazují, co by dítě ve zmíněných oblastech mělo v daném časovém intervalu (rozmezí několika měsíců věku) zvládat, jaké schopnosti by mělo mít popřípadě na čem je třeba pracovat v rámci individuálního terapeutického plánu. Jednotná měřítká vývoje slouží jako orientační hodnocení, vývoj každého jedince je individuální a rychlost vývoje v různých oblastech se může lišit (Kejklíčková, 2016).

Jak už bylo zmíněno u předchozího materiálu, i tento kopíruje zdravý vývoj průměrného dítěte, dá se tedy využít v rámci orientačního zhodnocení u jakéhokoliv dítěte.

## 6.2 Terapie

Terapie je nedílnou součástí logopedické intervence. Grohnfeldt (in Lechta, 2011, s. 19) říká: „*v terapii jde o stimulaci a korekci nerozvinutých, opožděných, ztracených anebo vadných řečových funkcí a o výchovu osobnosti a sociální výchovu.*“ V terapii, stejně jako v diagnostice, jde o interdisciplinární přístup k jedinci – často využíváme poznatky jiných oborů, jako je psychologie, medicína, lingvistika, speciální pedagogika a další. Terapie vychází z logopedické diagnostiky a dává si za cíl „*eliminovat, zmírnit anebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost*“ (Lechta, 2011, s. 21). Kapalková a Mikulajová (in Lechta, 2011) k dalším cílům řadí nutnost zaměřit se na celou rodinu a nejbližší okolí dítěte a u dětí s narušeným vývojem řeči využít kompenzační strategie.

### 6.2.1 Vhodné intervenční přístupy

Dlouhá (2017) uvádí jako důležitý faktor normálního vývoje komunikační schopnosti správný mluvní vzor. Ten by dle autorky měl odpovídat zvukovým, gramatickým a artikulačním normám daného jazyka. Za důležité považuje opakování, které souvisí nejen s řečovým vývojem, ale také s přebíráním norem chování, důležitým pro budoucí interakci s okolím.

V rámci intervence je vhodné dítě povzbuzovat, vytvářet velké množství příležitostí k mluvení a vhodně na ně reagovat. Důležitá je motivace pro komunikaci. Dospělý zvýší pozornost dítěte, pokud imituje jeho vlastní projev a přidá do něj něco navíc, tedy nabízí pokročilejší nebo gramaticky upravenou verzi stejného nápadu (dítě například řekne „ham“ s nataženou rukou, dospělý zopakuje „podej mi křupku“ a dítěti ji podá) (Tarshis, Rodriguez, Seijo, 2007).

Další vhodné techniky popisují ve svých knihách autorky Horňáková, Kapalková a Mikulajová, například v publikaci *Jak mluvit s dětmi od narození do tří let (2009)* či *Knih*

o detskej reči (2005). Ze zahraničních autorů můžeme jmenovat Rossettiho a jeho knihu *Communication Intervention: Birth to Three* (2001), která také obsahuje řadu strategií pro komunikaci.

### **6.2.2 Bazální stimulace**

Bazální stimulaci můžeme popsat jako koncept, který je založený na „bazálním dialogu“ mezi klientem a poskytovatelem péče. Podporuje vývoj jedince a jeho nezávislost. Koncept vznikl na počátku 70. let minulého století v Německu díky profesoru Andreasi Fröhlichovi, který považoval za klíčovou součást podpory vývoje dětí s těžkým vrozeným onemocněním senzomotorickou stimulaci, která může odvrátit sekundární poškození intelektu a zlepšit tak sociální prognózu dítěte (Friedlová, 2018).

Hlavní myšlenkou bazální stimulace je propojení jejích základních prvků – vnímání, pohybu a komunikace. Za vnímání se nepovažuje pouze vnímání okolního světa pomocí smyslů, ale také vnímání sebe sama. Díky tomu, že vnímáme své tělo (tělesné schéma), se můžeme pohybovat a díky pohybu zase komunikujeme. Pokud jsou všechny prvky stimulovány, podporuje se tím zdárný vývoj diferencovaných mozkových struktur (Friedlová, 2018).

Komunikace v rámci bazální stimulace je nepřetržitý proces mezi poskytovatelem a příjemcem péče. V konceptu bazální stimulace nepovažujeme za prostředek komunikace pouze řeč a písmo, ale například i doteky, vůně, vibrace, změny polohy těla a další podněty. Cílem rozvoje komunikace je klientova schopnost manifestace potřeb a zároveň schopnost pečujícího pracovníka tyto potřeby identifikovat pomocí dešifrování signálů, které klient vysílá (Friedlová, 2018).

Základní jednotkou konceptu bazální stimulace je dotyk, který je také důležitou formou neverbální komunikace. Má funkci somatické stimulace, dokáže zamezit emoční deprivaci a iniciální dotyk slouží také jako navázání kontaktu. Iniciální dotyk by měl být doprovázen slovním komentářem a slouží nejen k upozornění na počátek aktivity, ale i na ukončení probíhající činnosti. Je důležité respektovat místo iniciálního dotyku, které bývá na rameni nebo kdekoliv po délce paže. V rámci somatické stimulace můžeme využít také masáž stimulační dýchání, která je vhodná nejen pro děti se spastickým, nekoordinovaným dýcháním, ale také pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami (Fabiánová, 2014).

Dle Registru Bazální stimulace pro Českou a Slovenskou republiku (in Friedlová, 2018) je v kurzech bazální stimulace k roku 2018 procentuální zastoupení logopedů 0,38 %,

zatímco speciálních pedagogů 3,95 %. Největší procento tvoří pracovníci v sociálních službách (až 41,46 %) a zdravotní sestry (29,24 %).

### **6.2.3 Orofaciální stimulace**

Stimulace orofaciálního systému je velice důležitá od raného dětství. Dítě se stimuluje již v prenatálním období, pokračuje se stimulací i bezprostředně po porodu. Dle Fabiánové (2014) je hlavními cíli orofaciální stimulace „*uvědomování si vlastního těla, aktivování k příjmu potravy, artikulaci, mimice, úpravy salivace jako i navození relaxace a uvolnění*“. Nejen pro děti v prvním roce života, ale i pro starší děti, například s psychomotorickým opožděním, je oralita velice důležitá, protože jim pomáhá poznávat svět okolo sebe. Pokud se děti nemohou samy stimulovat, je důležité jim poskytnout terapii vhodnou pro jejich správný vývoj (Fabiánová, 2014).

Terapie orofaciální oblasti v současné době patří do kompetence mnoha odborníků: jsou to například neurologové, fyzioterapeuti (fyzikální metody) nebo logopedi (v rámci komunikace, u poruch polykání). Z logopedických terapií můžeme zmínit ty nejčastější, mezi které patří myofunkční terapie, orofaciální regulační terapie Castilla-Moralese a rehabilitace orofaciální oblasti od Gangaleové (Mlčáková, 2014). Další významnou terapií, kterou v České republice školí Mgr. Barbora Červenková, je terapie orální pozice, kterou využívají kliničtí logopedi po celé republice.

### **6.2.4 Bobath koncept**

Bobath koncept, ve světě často nazýván „neurovývojová terapie“ (NDT – Neuro Developmental treatment), je terapeutický přístup určený pacientům s poškozením CNS různého věku a etiologie a využívá se jak u dětí raného věku, tak u dospělých pacientů (Floriánová, 2018).

Vznik Bobath konceptu se dá datovat do roku 1943, kdy Berta Bobath dostala do své péče Simona Elwese, malíře, který utrpěl cévní mozkovou příhodou. Místo, aby s ním cvičila, začala pozorovat, v jaké je poloze, jak tato poloha ovlivňuje jeho spasticitu a jak se této spasticitě dá zabránit. Postupem času díky její metodě začal pacient znovu malovat. V roce 1950 Berta absolvovala jako fyzioterapeutka a v roce 1957 si s Karlem Bobathem, vystudovaným lékařem, otevřeli své centrum The Western Cerebral Palsy Centre. Berta Bobath zde začala vzdělávat rodiče v možnostech využití svého konceptu v denních aktivitách, jako je koupání a oblékání. Karel Bobath následně popsal neurofyziologické pozadí Bertiny teorie (Jay Schleichkorn in Gjelsvik, 2016).

Bobath koncept v současném pojetí není určen pouze pro fyzioterapeuty, ale také pro logopedy či ergoterapeuty. Pro práci s dětmi je vhodný základní kurz Basic Bobath (pro děti od 2 do 12 let) – pokud terapeut tímto kurzem projde, je schopný zhodnotit dítě po stránce fyzioterapeutické, ergoterapeutické a logopedické a následně jej odeslat ke kvalifikovaným odborníkům. Terapeut tedy provádí komplexní zhodnocení dítěte a v rámci své odbornosti se věnuje následné terapii. Logoped provádí zejména intervenci v oblasti narušených komunikačních schopností, polykání a příjmu potravy (tzv. terapeutické krmení), v oblasti nefyziologického vývoje dýchání a vývoje orálních funkcí, také u dysartrie a dyspraxie a dalších. Ve své práci se může zaměřit také na nabídnutí alternativní či augmentativní komunikace, například obrázkovou formou, prostřednictvím komunikátorů či gest (Floriová, 2018).

### **6.2.5 Expresivní terapie**

Expresivní terapie jsou nedílnou součástí terapeutické práce s dětmi. Dle Vymětala (2007) expresivní terapie pomáhají pacientům verbálně či neverbálně vyjádřit vnitřní procesy a stavy symbolickou formou a snížit jejich úzkost.

Mezi expresivní terapie využitelné u dětí raného věku patří nejčastěji využívaná muzikoterapie, arteterapie anebo biblioterapie. Mezi další terapie, které využívají jiných než uměleckých prostředků a které můžeme využívat u dětí raného věku, řadíme terapii za účasti zvířete (nejčastěji hipoterapii nebo canisterapii), terapii hrou či psychomotorickou terapii.

Výzkum, který byl proveden v roce 2015 na Novém Zélandu, se zabýval možnostmi využití muzikoterapie pro podporu komunikačních dovedností dětí. V rámci výzkumu byla vybrána skupina dětí se specifickými potřebami, kterou vedla muzikoterapeutka Jen Ryckaert ve spolupráci s logopedkou Fionou Kenworthy. Tyto terapeutky využily hudební aktivity ke zlepšení sociální a pragmatické jazykové schopnosti dětí ve věku od 2 do 5 let. V rámci tohoto projektu děti s terapeutkami trénovaly sdílenou pozornost, nápodobu, komunikační výměny a také například symbolickou hru. Dětem byla dána příležitost k interakci s ostatními. Celý projekt kladně hodnotili rodiče i obě terapeutky (Ryckaert, Kenworthy, 2016).

## **6.3 Vzdělávání**

K problematice rané logopedické intervence se váže mnoho kurzů, které jsou dostupné nejen pro logopedy, ale i pro další pracovníky. Jmenovat můžeme například kurz České asociace dětských Bobath Terapeutů ([www.cadbt.cz](http://www.cadbt.cz)), která na svých webových stránkách zveřejňuje kurzy vhodné pro pracovníky napříč různými obory, například Kurz Baby Bobath.

Institut bazální stimulace ([www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)) pak nabízí Základní, Prohlubující a Nadstavbové kurzy Bazální stimulace, které jsou vhodné pro většinu pracovníků dětských center.

Kurzy pro logopedy pořádá Soukromá klinika LOGO se sídlem v Brně (například kurz Myofunkční terapie Mgr. Floriánové). Logopedická společnost Miloše Sováka nabízí kurzy a odborné semináře vhodné pro logopedy pracující i s dětmi raného věku, např. Diagnostické nástroje pro posouzení komunikačních dovedností v raných stádiích komunikace (Matrix), dále pro atestované logopedy pořádá Asociace klinických logopedů kurz Laheyové model řeči či Raná intervence pro děti do 3,6 let, oba dva kurzy pod vedením paní docentky Kapalkové.

## **7 Praktická část**

### **7.1 Uvedení do problematiky**

Zájem o logopedickou intervenci u dětí se postupně zvyšuje a předmětem péče tohoto oboru se stávají čím dál mladší děti. S logopedy se můžeme setkat na neonatologických odděleních, v rámci rané péče a také právě v dětských domovech či centrech pro děti do tří let.

Pojem institucionální péče jsme si vymezili na začátku této práce. Důležitou otázkou zůstává, proč bychom se měli zabývat péčí o komunikační kompetence dětí právě z institucionálního prostředí?

Z výzkumu vyplývá, že v roce 2017 bylo v ČR v domovech pro děti do 3 let celkem 486 dětí se speciálními potřebami, z toho 95 s postižením duševním, 60 s postižením tělesným a 56 s postižením smyslovým. S kombinovaným postižením bylo v těchto domovech 200 dětí (UZIS, 2018). Děti s nějakým druhem postižení často tvoří největší část obyvatel těchto domovů. Pokud má dítě nějaké postižení, obvykle u něj dochází k opoždění celkového vývoje, a to nejen postižené oblasti, ale může dojít i k narušené komunikační schopnosti. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby dítě bylo sledováno a případné odchylky byly zachyceny včas. Důležitá je také prevence narušené komunikační schopnosti a prevence patologického vývoje orofaciálních struktur a poruch polykání.

### **7.2 Vymezení výzkumných cílů a výzkumné otázky**

Cílem této práce je zjistit, zda a jakým způsobem dochází v ústavních zařízeních pro děti do tří let věku k péči o komunikační kompetence dětí a zda je žádoucí, aby v těchto zařízeních působil v rámci odborného týmu klinický logoped.

Další cíle jsou:

- popis zařízení z hlediska jejich péče o děti do tří let věku,
- náhled na výskyt dětí s rizikem ve vývoji v ústavních zařízeních pro děti do tří let,
- náhled na výskyt narušené komunikační schopnosti a její specifikaci v ústavních zařízeních pro děti do tří let,
- náhled na způsoby zajišťování rozvoje komunikačních schopností v ústavních zařízeních pro děti do tří let,
- náhled na používané metody, postupy a pomůcky využívané k rozvoji komunikačních schopností v ústavních zařízeních pro děti do tří let.

Před samotným výzkumem jsme si stanovili následující výzkumné otázky, které nám tvoří tři tematické okruhy zájmu:

- **Jaké služby ústavní zařízení pro děti do tří let poskytují?**
- **Kdo tvoří tým odborníků v zařízeních pro děti do tří let?**
- **Jaká zdravotní postižení se u dětí v ústavní péči nejčastěji vyskytují?**
- **Jakým způsobem je v zařízení zajištěna péče o komunikační kompetence dětí?**
- **Jaké konkrétní obtíže mívají nejčastěji děti s narušenou komunikační schopností?**
- **Z čeho zařízení čerpají při diagnostice a terapii narušené komunikační schopnosti u dětí?**
- **Jaký je názor pracovníků na poskytování logopedické péče v ústavních zařízeních pro děti do tří let věku?**
- **Jaké změny pro zlepšení péče o komunikační schopnosti dětí do tří let věku by zařízení uvítala?**

### **7.3 Metodologie práce**

Pro dosažení námi stanového cíle jsme vybrali kvalitativní výzkumné šetření. Jako metodu našeho šetření jsme vybrali polostrukturovaný rozhovor.

Empirická část má charakter kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní přístup můžeme definovat například dle Průchy – je to „*snaha popsat a vysvětlit zkoumané jevy v jejich jedinečnosti, s odhalením jejich specifických rysů, jež nejsou postižitelné při kvantitativní analýze hromadných jevů. V kvalitativním výzkumu se nevytvářejí hypotézy předem, nýbrž se tvoří až v průběhu zkoumání. V kvalitativním výzkumu se zkoumají nikoli rozsáhlé soubory jevů nebo subjektů, ale jednotlivé případy, ovšem velmi podrobně. Cílem je porozumění subjektům a jevům, objasnění příčin jejich stavu a chování. Proto je příznačné pro kvalitativní výzkum to, že sleduje vnitřní, subjektivní stavy, okolnosti, prožitky aktérů pozorovaných procesů.*“ (Průcha, 2014, s. 106).

Pro sběr dat k našemu výzkumu jsme si vybrali metodu rozhovoru. Rozhovor se dělí na nestrukturovaný, polostrukturovaný a strukturovaný. Pro náš výzkum jsme si vybrali rozhovor polostrukturovaný, u kterého platí, že je nutné si stanovit závazné jádro (jednotlivé okruhy otázek); pořadí otázek a drobné odchylky jsme upravovali dle potřeby (Miovský, 2006). Rozhovor našeho výzkumného šetření měl několik fází, dle Miovského (2006): příprava a úvod, vzestup a upevnění, jádro rozhovoru a závěr a ukončení. V přípravné fázi jsme kontaktovali telefonicky jednotlivá centra a krátce jim popsali náš výzkum, domluvili



jsme si čas a datum rozhovoru a informovali je o přibližné délce rozhovoru. Někteří účastníci (celkem dva) odmítli osobní setkání, ovšem navrhli provedení rozhovoru formou e-mailové komunikace. Tento fakt ovlivnil délku jejich odpovědí, jelikož je přirozená tendence odpovídat v psaném projevu krátce. Dva účastníci odmítli nahrávání rozhovoru, vedli jsme si proto poznámky, které jsme následně přepsali do formuláře.

### 7.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek se skládá z pracovníků devíti dětských center v České republice. Kritérium výběru pracovníka bylo, aby účastnil péče o komunikační dovednosti dětí v zařízeních či aby péče o komunikační dovednosti dětí byla v jeho přímé kompetenci. Role, kterou respondenti v zařízeních zastávají, se tedy mnohdy liší. Z devíti respondentů byly tři speciální pedagožky, jedna logopedka, dvě vychovatelky, jedna pediatřička, jeden rozhovor dohromady písemně vyplnila ředitelka zařízení se speciální pedagožkou a jeden písemný rozhovor vyplnila sama ředitelka zařízení. Výběr vzorku byl postaven na ochotě participantů zúčastnit se výzkumu.

R01	R02	R03	R04	R05
Logoped	Vychovatel	Ředitel	Ředitel + speciální pedagog	Speciální pedagog
R06	R07	R08	R09	
Speciální pedagog	Speciální pedagog	Vychovatel	Pediatr	

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

### 7.3.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Rozhovory s výzkumným vzorkem probíhaly většinou přímo v zařízení v předem domluvený den. Jeden rozhovor probíhal v prostorách Univerzity Palackého a dva probíhaly formou e-mailové komunikace.

## 7.4 Interpretace dat získaných z rozhovorů

Data, která jsme pomocí polostrukturovaného rozhovoru získali, jsme rozdělili do kategorií podle tří okruhů otázek. Každý okruh měl podotázky, které se nachází v příloze diplomové práce, a dle těchto podotázek jsme dále analyzovali části textu. V této kapitole

interpretujeme výsledky našeho výzkumného šetření. Jednotlivé okruhy otázek jsme podložili citacemi z rozhovorů a následně srovnali.

Okruhy jsme pro lepší interpretaci pojmenovali názvy: Dětská centra, Děti a Péče o komunikační dovednosti.

#### 7.4.1 DĚTSKÁ CENTRA

V tomto okruhu nás nejvíce zajímalo, jak samotná centra vypadají, z jakých odborníků je složen tým pečujících osob, jaké nabízí speciálněpedagogické služby a s kým zařízení nejčastěji spolupracují.

Dětská centra jsou zařízení zdravotnická, na což v rozhovorech respondenti často poukazovali, především na **důležitost zdravotní péče** v jejich zařízení.

R07: „*My nejsme klasický dětský domov, jsme zdravotnické zařízení a přechodem do xxx bysme rádi zůstali zdravotnickým zařízením, protože prostě ty sestry jsou třeba.*“

Nebo dále R01: „*Já si myslím, že jakoby finančně teď budeme spadat pod sociální oblast, takže tam ty finance asi budou trochu horší.*“

Co se týče **popisu služeb dětského centra**, respondent R01 uvádí: „*My vlastně, co tady všechno nabízíme, tak je služby dětského domova, děti, které nějak přišly o rodiče nebo se o ně rodiče nemůžou postarat, ty jsou tady většinou tak do těch 3, maximálně 6 let a pak se posunují někam do dalšího zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kdy se děti ocitly v nějaké obtížné životní situaci, potom tady máme vlastně ambulantní provoz, to se týká logopedie a fyzioterapie s tím, že plánuje se otevření i psychologické ambulance, ale zatím slouží psycholog pouze dětem, co jsou tady u nás. Pak tady máme ještě stacionář, to je vlastně taková školka, dříve bývala pro děti s nějakým pohybovým handicapem a teď je pro děti s logopedickými vadami nějakými...*“

Všichni respondenti se shodují na tom, že jejich centra nabízí hlavně **zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, sociální a výchovnou péči**. Forma poskytovaných služeb bývá především **pobytová**, některá zařízení nabízí také **ambulantní a terénní služby**. Jedno zařízení také zmiňuje, že dává možnost **respitních pobytů**.

R8: „*Minimálně jsou tady i respitní pobyty, to jsou děti postižený z funkčních rodin většinou, fakt dobré rodiny, ale potřebují si občas odpočinout.*“

Mezi další služby patří **speciálněpedagogická péče**, ta však není poskytována ve všech zařízeních (dvě zařízení ji neposkytují), **psychologická péče** (tu poskytují všechna dotázaná centra) a **fyzioterapie**.

Jedno centrum spolupráci se speciálním pedagogem ukončilo: R08: „*Speciálního pedagoga nemáme, měli jsme, ale nějak se neukázalo, že při tom, při té prostě nějakém střídání těch dětí to nebylo až tak, že ona, než stihla nějaké vyšetření, tak tady nebylo to dítě.*“

R08 dále uvádí: „*Máme tady psychologa, který tady je dopoledne. [...] Z těch zdravotních věcí, tak máme nějaké masáže, máme koupele léčebné, můžeme aplikovat samozřejmě nějaký inhalátor a takové věci a z těch dalších máme canisterapii, jezdíme na koničky [...].*“

Mezi dalšími poskytovanými službami respondenti často uváděli **canisterapii a hipoterapii** nebo **expresivní terapie**, jako je muzikoterapie nebo arteterapie.

R09: „*[...] docházíme třeba i na plavání, hipoterapii nebo do solné jeskyně.*“

R07: „*Probíhá tady taková, taková ta řekla bych mateřinková činnost, nějaké ranní programy, to znamená písničky, malování, hodně se tady věnujeme tomu arte, jakože nedá se říkat jako arteterapie, spíš by se dalo říkat ergoterapie a prvky nějaké arteterapie. [...] Canisterapie tady je taky, chodí pejsek jednou za 14 dní vždycky dopoledne. [...] muzikoterapie tady bývá, každou neděli sem nám někdo pomáhá, někdo chodí hrát na kytaru.*“

Co se týče další **speciálněpedagogické péče**, některá centra uvedla v rozhovoru také Snoezelen či bazální stimulaci. Můžeme porovnat výpověď dvou respondentů: zařízení, které již nemá speciálního pedagoga ve svém týmu (R08) a zařízení, které speciální pedagogy má (R07).

R08: „*Snoezelen jsme tady měli udělaný, ale pak tady bylo divoké dítě, tak se to zase sbalilo.*“

R07: „*A mají Snoezelen, Snoezelen, terapeuticko-multisenzorickou místnost, kterou tady využíváme každý den, ta je prostě, u každého dítěte se snažíme, aby minimálně jednou za dva dny vlastně do toho snoezelenu se dostal.*“

Výpovědi se liší hlavně v chápání poskytování speciálněpedagogických služeb pro děti v dětských centrech jako něčeho nezbytného (R07) a něčeho, co je spíše problémové (R08).

Z různých **fyzioterapeutických metod** pak poskytují Vojtovu metodu, Bobath koncept, LTV, dechovou rehabilitaci, cvičení na míči či vývojovou rehabilitaci.

R02: „*Máme dva fyzioterapeuty, že děti cvičí Vojtovu metodu a vývojovou rehabilitaci a na ploché nohy a vadné držení těla.*“

R07 práci fyzioterapeuta v zařízení popisuje: „*Řeší tejpování, řeší stabilitu, řeší brýle, řešíme všechno, a kromě toho samozřejmě rehabilitaci veškerou, kterou rehabilitační dělají, tak tam je to v podstatě jako každý den, kromě toho máme i tu orofaciální stimulaci.*“

Ptali jsme se také na **spolupráci s externími pracovišti**. Nejčastěji respondenti zmiňovali spolupráci s neurologem (6 zařízení), ORL (6 zařízení), foniatrem (5 zařízení), ranou péčí, SPC, psychiatrem, oftalmologem a ortopedem. Jedno zařízení zmínilo také spolupráci s genetikou. V rámci narušené komunikační schopnosti jedno zařízení zmínilo také SPC pro alternativní a augmentativní komunikaci.

Některá zařízení zmiňovala, že péče probíhá stejně jako v domácím prostředí, tedy i spolupráce s jinými odborníky probíhá jako v rodině – pokud dítě potřebuje nějakého odborníka, navštíví ho v doprovodu s pracovníkem z centra.

R02: „*No, to jsou všechny odborný ambulance, úplně běžný jako doma.*“

## 7.4.2 DĚTI

V této oblasti jsme chtěli zjistit, jak staré děti pobývají v ústavních zařízeních, jaká je jejich zdravotní anamnéza a jaké zdravotní obtíže děti nejčastěji mají.

Dětská centra jsou ústavní zařízení, která běžně poskytují péči dětem do 3 let věku. V těchto zařízeních však najdeme i děti starší – bývají to ty, které byly přijaty před třetím rokem, ale jejich pobyt se prodloužil; někdy jsou přijaty starší děti také z důvodu kapacity a možnosti zdravotnické péče v zařízení.

V zařízeních jsme se ptali, zda mají v současné době v péči **děti mladší 3 let**. Jedno zařízení odpovědělo, že v současné době nemají dítě mladší 3 let.

R08: „*V současné době tady asi nemáme do 3 let, možná těsně před třetím rokem...*“

Další zařízení děti ve věku do tří let mají, jejich počet však není vysoký. Pouze jedno zařízení nám sdělilo, že v současné době má kolem 50 % dětí mladších 3 let (R09), což je nejvyšší počet, který uvedli námi oslovení respondenti.

R04: „*Ano, v našem zařízení jsou v současné době děti do 3 let – 6 dětí, z toho 2 kojenci krátkodobě.*“

R03: „*Aktuálně máme v dětském centru 3 děti mladší 3 let a ve ZDVOP (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc) 2 děti mladší 3 let.*“

R06: „*Ano, asi 10–20 %.*“

Děti v dětských centrech, které jsou mladší 3 let, bývají často, jak uvedli někteří respondenti, děti **s těžkým zdravotním postižením.**

R01: „*[...] pak se změnila legislativa, zavedlo se profesionální pěstounství, takže vlastně děti už do dětských center nejdou, ty úplně malá, ta úplně malá miminka, ale jdou rovnou k profesionálním pěstounům. Takže minimálně tady máme takových malých dětí, většinou, co tady jsou děti, jsou s nějakým těžším postižením.*“

R02: „*Jsou tady, není jich tolik, ale jsou tady i postižený děti a těch zdravých je tady méně, ale jsou tady, bývalo víc, ale teď už je spíš starších.*“

Všichni respondenti se shodnou na tom, že v zařízení mají děti **s nějakým druhem postižení.** Ptali jsme se jich, jaké zdravotní postižení je u dětí nejčastější. Odpověděli, že nejčastěji se setkávají s dětmi s dětskou mozkovou obrnou (tu zmínilo 5 respondentů), dále mentální retardaci (4), kombinované postižení (2), Downův syndrom (2) a poruchu autistického spektra (1), fetální alkoholový syndrom (1) a další metabolické vady (1). Dle Rossettiho (2001) mají tyto děti **identifikované riziko ve vývoji komunikačních schopností.**

V souvislosti se zdravotním postižením jsme se v centrech také ptali na **sluchové postižení,** jelikož právě to ovlivňuje vývoj řeči a komunikačních kompetencí nejvíce.

R09: „*Se sluchovým postižením se setkáváme méně často – pokud se zde dítě objeví, tak spolupracujeme s foniatří. Už jsme tady měli i děti se sluchadly, u žádného se nerozvíjí znakový jazyk, ale děti docházely k logopedce.*“

K problematice znakového jazyka se vyjadřuje ještě jeden respondent: ten zmiňuje, že by pobyt dítěte se sluchovým postižením v jejich zařízení byl problematický, jelikož nemají nikoho, kdo by ovládal znakový jazyk, neumí si tedy tuto situaci ani představit a předpokládá, že tyto děti mají své ústavní zařízení, kam by byly v případě potřeby zařazeny.

R08: *„že bysme tady měli přímo někoho úplně se ztrátou sluchu, to ne... Oni zas potom budou mít asi ještě nějakou svoji možnost, protože přece jenom my nemáme tady nikoho, kdo by ovládal znakovou řeč.“*

Respondenti také uvádí, že nejčastěji se sluchové postižení objevuje v rámci syndromů, DMO a v kombinaci s jiným postižením.

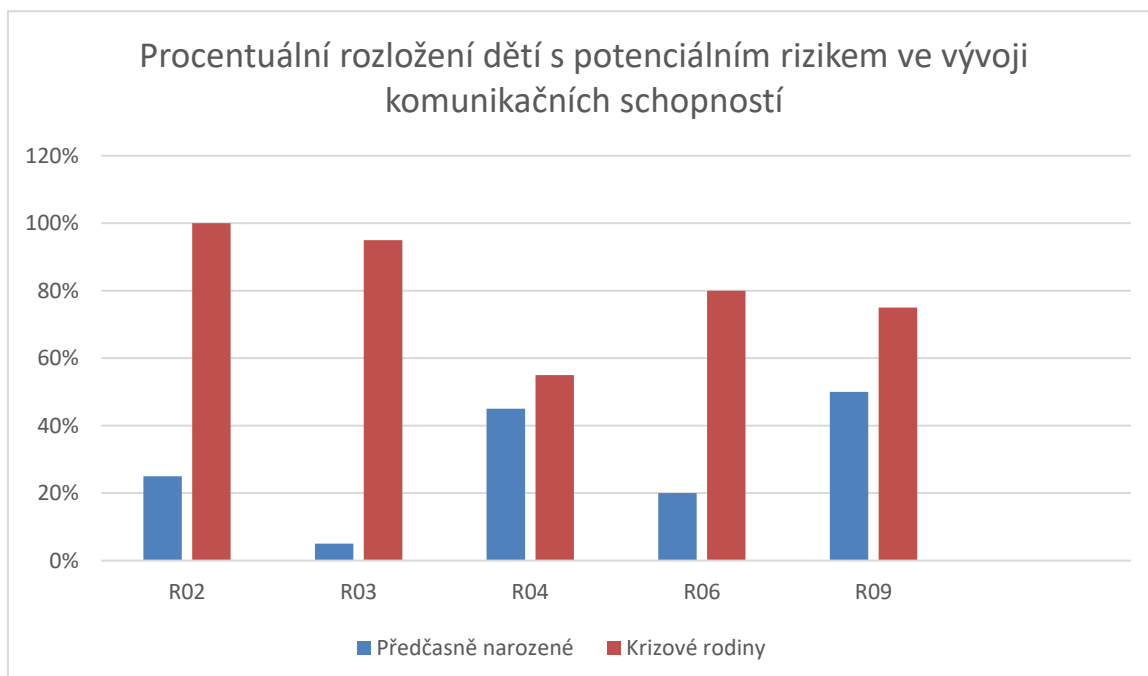
R07: *„Jo, máme tady děti s poruchama sluchu a ono je to většinou tou dětskou mozkovou obrnou nebo poškozením toho mozku, ten centrální nervový systém je prostě poškozený natolik, že to zasáhne všechny oblasti.“*

Větší informovanost o problematice dětí se sluchovým postižením by uvítala respondentka R01, nejen tedy mezi širokou veřejností, ale i zdravotnickým personálem.

R01: *„Jak jste se ptala na sluchovou vadu, byl tady klouček, který byl takový jako halasný, moc toho nenamluvil, moc jako by nerozuměl, v uvozovkách, a když jsem se ptala paní doktorky: Prosím vás a nějaké sluchové vyšetření, že bychom provedli? Paní doktorka říkala: Ne, ne, ne, to už se pak provádí nějaká BERA, a to je strašně složité, a já říkám: Ne, existují otoakustické emise, které jsou jako velmi jednoduché, rychlé.“*

Pokud se sluchové postižení v centru objeví, je řešeno většinou orální formou komunikace ve spolupráci s logopedem, znakový jazyk se u dětí nerozvíjí, jelikož pracovníci v zařízeních znakový jazyk neovládají. V takovémto případě by umístění klinického logopeda v ústavních zařízeních pro děti do tří let bylo žádoucí, jelikož kliničtí logopedi mají povinné státnice ze surdopedie, tedy i znakového jazyka a jeho základy ovládají. Jejich znalosti navíc mohou pomoci v orientačním screeningu sluchových vad u dětí mladších 3 let.

Ptali jsme se respondentů na děti s **potenciálně identifikovatelným rizikem** ve vývoji komunikačních schopností, na děti předčasně narozené a s nízkou porodní hmotností a na děti z krizových rodin či děti rodičů s postižením.



Graf 1 Procentuální rozložení dětí s potenciálním rizikem ve vývoji komunikačních schopností

Respondenti uvádí, že v některých případech neznají ranou anamnézu dětí, tedy nemohou přesně uvést, kolik z nich spadá do kategorie předčasně narozených – uvedená čísla jsou tedy jen orientační.

Problematiku narušení vývoje u dětí z **krizových rodin** nám blíže popsala respondentka R08, která uvádí, že v zařízení mají většinou děti z krizových rodin.

R08: „U nás budou z krizových rodin, určitě stoprocentně. [...] Ta péče je špatná po tom narození, právě, takže tam tady prostě opravdu přijdou děti docela jako podvyživené a podobně a je to prostě proto, že se jim potom nikdo nevěnoval, nebo že se nasazuje hned nějaká taková ta strava, že jo, nestravitelná pro miminko.“

Jiná respondentka k tématu krizové rodiny uvádí, že děti z jejich zařízení nemusí vždy pocházet ze sociálně slabého prostředí a přidává další možné příčiny pobytu dětí v ústavním zařízení.

R07: „Třeba sociální zázemí je dobré, bylo to špatně vedeným porodem, nesledovaným, ta genetika nebyla předem jako zajištěná, protože ne všechny tyhle genetické

vady se v těhotenství běžně zjišťují [...] Nebo ta maminka dostala před porodem vysoké horečky a vlastně pak teda, pak teda zkažená plodová voda. Já teda nemůžu říct, že by ty děti byly ze sociálně slabých nebo nepodnětného prostředí.“

Dále respondenti zmiňují, že se setkávají i s rodinami, kde mají rodiče nějaké zdravotní postižení. Jeden respondent (R02) uvádí, že ve svém zařízení má asi 1/3 dětí, jejichž **rodiče mají nějaké zdravotní postižení**. Důvodů, proč děti těchto rodičů skončí v ústavní péči, je několik, respondenti například uvádějí:

R08: „*Třeba tady byla maminka s miminkem a ta byla hluchoněmá. [...] Oba partneři byli sluchově postižení, ta se tady dostala, protože ještě neměla teda 18.*“

R07 zase zmiňuje: „*Třeba u S. tam je genetická zátěž u maminky, opakovaná, těžká, maminka je epileptička, S. je taky epileptik, maminka tu péči úplně nezvládala.*“

### 7.4.3 PÉČE O KOMUNIKAČNÍ KOMPETENCE DĚTÍ

Téma, která nás nejvíc zajímalo, bylo, jestli a jak zařízení pečují o komunikační kompetence dětí. Všechna oslovená zařízení potvrdila, že nějakým způsobem **o komunikační kompetence dětí v zařízení pečují**. Zajímalo nás proto, jakým způsobem o ně pečují, kdo tuto péči zajišťuje, jaké nástroje používají pro diagnostiku a terapii a s jakými nejčastějšími obtížemi se u dětí setkávají.

Většina zařízení uvedla, že navštěvují klinickou logopedku pracující externě v ambulanci (6 zařízení), v jednom zařízení pečuje o komunikační dovednosti speciální pedagog s aprobací logoped (zde dochází externě jen k diagnostice, terapie probíhá na pracovišti), jedno zařízení má přímo ve svém týmu atestovaného logopeda a do jednoho zařízení dochází logoped. V následujících odstavcích můžete porovnat výpovědi centra, které má klinického logopeda ve svém týmu (R01), zařízení, do kterého klinický logoped docházel (R08) a zařízení, jehož klienti dochází na externí logopedickou péči (R04).

R01: „*Děti jsou na buňkách, mají tam stálý personál, který se o ně stará, a ten personál v rámci svých povinností rozvíjí i řečovou stránku dítěte, a když zaregistrují, že je někde problém, tak kontaktují mě, já dítě vyšetřím, pakliže uznám, že opravdu se opožďuje a je potřeba zasáhnout nějakým terapeutickým způsobem, tak se dítěte ujmu.*“

R08: „*My jsme původně měli smluvně paní logopedku, která tady k nám chodila jednou za týden asi, dejme tomu, ale jak už jsem říkala, ty děti se střídají, pak nastane, že 14*



*dni, 3 týdny, 2 měsíce není nikdo, kdo potřebuje takovou péči, takže proto z těch důvodů už přestala jezdit.“*

R04: *„Děti, u kterých je potřeba odborné logopedické péče, navštěvují soukromou logopedickou ambulanci.“*

Respondenti uvádí, že v případě, kdy dochází na **externí klinickou logopedickou péči**, mají navázanou spolupráci s jednou ambulancí. V některých případech však, pokud dítě již někam docházelo, mohou pokračovat v terapii tam.

R09: *„Spolupracujeme s místní klinickou logopedkou, speciální pedagog ve spolupráci s pediatrem pracují s dítětem, které potřebuje logopedickou péči, a objednává dítě ke klinické logopedce, do ambulance dítě doprovází většinou pediatr.“*

Krom této péče zajišťují rozvoj komunikačních kompetencí také **speciální pedagogové, zdravotní sestry, vychovatelé** nebo i **pediatři**.

R02: *„Oni jsou v rámci bytčku se svou tetou, která je rozvíjí tak, jako mamka doma.“*

R08: *„Pokud možno, tak pedagožka, vychovatel, prostě někdo, kdo je k tomu určen, někdo s pedagogickým vzděláním.“*

R09: *„Na odděleních se samozřejmě o péči o komunikační dovednosti dítěte starají vychovatelky, u těch menších zdravotní sestry.“*

R04: *„S dětmi pracuje v zařízení speciální pedagožka a primární sestra.“*

Část otázek byla směřována na **formu** a **četnost** aktivit spojených s rozvojem komunikačních kompetencí dětí. Respondenti většinou uváděli, že v zařízení probíhá péče každý den formou různých říkanek, skupinových aktivit nebo logopedických cvičení, které dostali od klinické logopedky. V ambulanci probíhá terapie dle časových možností logopeda.

R06: *„V zařízení probíhají denně, u klinického logopeda podle toho, jak nás objedná.“*

R03: *„V zařízení probíhají denně, u klinického logopeda jednou měsíčně.“*

R01: *„Ta individuální péče u toho logopeda vychází tak jednou týdně.“*

R04: *„Ambulantně průměrně 2x měsíčně, v zařízení pracujeme s dětmi v rámci denních výchov denně.“*

R05: „Se speciálním pedagogem aktivity skupinové probíhají jednou týdně jakoby terapie skupinové a individuální dle potřeby, to znamená 2x, 3x týdně a na oddělení sestřičky, pečující personál, ten denně logopedii dělá.“

R09: „K logopedce docházíme tak jednou za 2 týdny, jinak zde v centru provádíme péči o komunikační dovednosti denně.“

Jedno zařízení zmínilo, že při větším počtu dětí s narušenou komunikační schopností je pro ně obtížné každý den individuálně terapii provádět.

R02: „Když teta má 5 dětí a 3 z toho mají logopedickou péči, tak ona, my to děláme každý den, tak ona každý den musí 10 minut jim věnovat, takže kdyby jich měla míň, tak by to bylo ještě lepší, ona to nějak zvládne, ale kdyby jich měla míň, tak by to bylo lepší.“

Jedna z našich otázek se týkala **specifikace obtíží**, které děti z logopedického hlediska mohou mít. Zajímalo nás, v jaké jazykové rovině se děti nejčastěji opožďují i celkové zhodnocení jejich řeči.

Respondenti odpovídali, že se většinou jedná o **komplexní narušení** celé komunikace, tedy všech jazykových rovin, řeč se často u dětí ani neobjevuje.

R07: „V současné době nemáme ani jedno dítě, které by mělo nějaké jako komunikační schopnosti na dobré úrovni. [...] Tady je to komplexní, fakt jo, tady bych nedokázala na to odpovědět. U těch ležáků úplně, tam se bavíme o úplně jiné formě komunikace s tím dítětem.“

R09: „Nejčastěji jsou to obtíže s výslovností a malá slovní zásoba. U dětí s PAS nebo mentální retardací je často narušena i pragmatická rovina. U dětí se sluchovým postižením pak celý rozvoj řeči.“

R01: „Nejčastěji kromě té dětské mozkové obrny, tak je to nějaký opožděný vývoj řeči, u kterého je to jenom jakoby symptomatologie, příznak něčeho jiného, bývá to často nějaký intelektový deficit, dítě s lehkým mentálním postižením, pak jsou tady děti, kde už foniatr vyjádřil podezření na vývojovou dysfázii a tak.“

Někteří respondenti jmenovali jako nejběžnější obtíže deficity v **lexikálně-sémantické jazykové rovině**.

R05: „Nedostatek slovní zásoby.“

Další zmíněné obtíže jsou v rovině foneticko-fonologické – v rozhovorech byly zmíněny problémy s výslovností hlásek nebo rovnou dyslalie. Tato problematika se pravděpodobně týká dětí starších 3 let, které v zařízení také pobývají.

R02: „*Nejčastěji je tady dyslalie a chudá slovní zásoba.*“

R04: „*Při tvorbě hlásek se objevují nedostatky v napodobování mluvy z důvodu opoždění či zanedbávání, dochází k pozdějšímu rozvoji mluvy obecně. Dále pak rovina sociálního uplatnění – do popředí vstupují sociální aspekty komunikace, které děti do tří let využívají omezeně.*“

Poslední jazyková rovina, která již byla zmíněna v předchozí citaci, je **pragmatická jazyková rovina** s celkovým narušením sociálního chování jedinců.

R08: „*Jsou tady děti, které se nikdy nesetkaly s žádnou sociální hříčkou, třeba dvouleté děti vůbec netuší a učí se u nás tohleto jako: Udělej paci paci. A pak ta slovní zásoba, ta se úplně na všem podepisuje. A logopedická péče se řeší hlavně u těch, které pak jdou už do školy, že jo, takže tady u těch mladších, tak holt ještě neumí mluvit, tak ještě ne, jenom takové běžné věci.*“

R06: „*Pragmatická rovina, problém s nastartováním řeči vlivem deprivacních faktorů, podnětová deprivace. To řešíme v zařízení, nejprve se dítě u nás naučí komunikovat, logoped pak řeší jen řeč.*“

Respondenti zmiňují, že v zařízení se děti učí komunikovat, klinický logoped se pak věnuje hlavně řeči. Tento názor, že „logoped zajišťuje hlavně řeč“, převládal v mnoha rozhovorech. Logoped tedy přichází v úvahu až poté, co dítě začíná mluvit.

R02: „*Děti s poruchami polykání tady máme malinký, jsou to ty děti, co mají kombinovaný postižení a poruchu příjmu potravy, že mají PEGy, nedělali jsme to až tak logopedicky, ale spíš tou fyzioterapií, že se jim jakoby masíruje pusinka, jo a stimuluje jazyk, přímo jakoby ta logopedická péče, tak to ne, to spíš ty větší děti.*“

Během rozhovorů nás zajímala také péče o poruchy polykání, tedy **dětské dysfagie**. Ptali jsme se, zda se v zařízení s touto diagnózou setkávají a kdo s touto diagnózou pracuje. Všechna centra nám potvrdila, že ve své péči měli nebo mají děti s poruchou polykání, a tedy že mají s touto diagnózou nějakou zkušenost. V jednom zařízení z námi oslovených dětských center se o poruchy polykání u dětí stará logoped.

R01: „Řeším to já, ano, tím, že edukuju v technikách krmení, mám Bobath koncept vlastně úvodní část nebo velký kurz pro děti, tak a tam hodně ta logopedická stránka se zabývá právě příjmem potravy, říkají tomu terapeutické krmení, takže i postup, jakým to dítě krmím, abych ovlivnila funkci orofaciální oblasti, abych třeba eliminovala primitivní reflexy a tak.“

R08: „Dětem třeba většinou mixujeme stravu, jsou tady děti, které nejsou schopny polykat a tak dál, to třeba byl případ chlapečka s Angelmanovým syndromem, tak ten taky jenom vlastně tekutou stravu a kaše.“

Ostatní centra uvádí, že o tyto děti pečuje **pediatr, zdravotní sestry či fyzioterapeut**.

R03: „Ano, setkáváme se, řeší je fyzioterapeut a zdravotní sestry.“

R09: „Ano, v současné době máme děti s PEGem, v minulosti jsme měli i s tracheostomií. Těmto dětem se věnuje především pediatr a zdravotní sestry.“

V rámci kategorie poruchy polykání jsme se ptali, jestli jsou v zařízení také děti, které mají zavedenou sondu do žaludku – **PEG** – a zda u těchto dětí nějak probíhá rehabilitace orofaciální oblasti.

R06: „Ano, máme děti s PEGy, a i přesto, že mají PEGy, tak děláme orofaciální stimulaci. Máme děti i s tracheostomií.“

R07: „Máme tady děti s PEGy i děti, které přešly z PEGu na běžnou stravu, problém je zase s tím, že při tom přechodu, tak nám celá ta dutina ústní nepracuje tak, jak by pracovat měla, ty reflexy jsou tam jiný, musíme to hodně stimulovat, jo, nechávají nám jídlo na patře, problémy s kousáním, je potřeba všechno tady tohleto rozvíjet, aby se celá ta dutina ústní se vším, co k tomu patří, nějakým způsobem rozpohybovala. Začínáme od mixované stravy, přes kousky, přes kousání klasický, je to takovej postupnej proces.“

Pouze v jednom zařízení se dítě s PEGem ještě nevyskytlo. Dle výpovědi respondenta se v blízkosti nachází jiné dětské centrum, které je na tuto problematiku lépe vybaveno, děti jsou pravděpodobně posílány tam.

R08: „PEG jsme tady ještě přímo neměli, jsme na to vybavení, tady to jo, měli jsme i nějaká školení.“

Během rozhovoru jsme několikrát narazili na poruchu motoriky u dětí, ptali jsme se proto i na oblast narušení orofaciální motoriky, zda se s dětmi s tímto narušením setkávají a kdo o ně v rámci této oblasti pečuje.

Jedno zařízení nám odpovědělo, že se s dětmi s narušením orofaciální motoriky neseťkávají.

Další zařízení uvedla, že se s touto poruchou setkávají, v jednom případě je takové dítě v péči logopeda, ve většině zařízení je to však fyzioterapeut, kdo se o tuto oblast stará. Ve dvou zařízeních spolupracuje fyzioterapeut se speciálním pedagogem. Samotnou stimulaci dělají i sestry.

R06: *„Ano, motoriku u DMO nebo Downova syndromu, v rámci syndromů. Řeší to fyzioterapeut, po dohodě se speciálním pedagogem, lékařem, vše se řeší v týmu. Dělají to i sestry, vykonávají to pak každý den.“*

R07: *„Tu dělám já a zároveň ji teda dělají rehabilitační pracovnice. A u těch, u toho s tím rozštěpem patra, tak tam je to v podstatě jako každý den.“*

R08: *„Řeší to fyzioterapeut, nějaké míčkování, práce s těmi svaly, no vůbec se dělá, že se fouká a takové věci.“*

R09: *„Hlavně u nedonošených dětí, stará se o ně fyzioterapeutka, která vede orofaciální stimulaci.“*

Během rozhovoru jsme se dozvěděli, že v některých centrech bývají v péči děti s **orofaciálními rozštěpy**. Ptali jsme se, zda u nich probíhá nějaká forma logopedické intervence. Ze tří takových respondentů nám jeden potvrdil spolupráci s logopedem, další dva spolupracují v této oblasti spíše s fyzioterapeutem.

R06: *„Ano, máme děti i s rozštěpy. K logopedovi s nimi chodíme jen v rámci předškolní výchovy.“*

R07: *„Máme tady chlapečka s rozštěpem, kompletním rozštěpem včetně patra a Pierre-Robinson syndrom, takže tam u něj vůbec ta faciální stimulace, tam teďkom jako hodně jedeme. Vůbec otvírání, zavírání té pusy, sahání na to patro, aby v rámci těch nácviků vůbec byl ochotný si, si nechat na tu pusu sáhnout.“*

R09: *„V centru jsme měli také děti s rozštěpy, ty prošly operací a staral se o ně fyzioterapeut v rámci orofaciální stimulace.“*

Mezi dalšími oblastmi našeho výzkumu byla diagnostika narušené komunikační schopnosti u dětí raného věku. Ptali jsme se, jaké **nástroje** používají **pro posouzení** vývoje komunikačních schopností dětí. K našemu překvapení nám respondenti odpovídali, že k posouzení používají vyšetření klinického psychologa. Klinický psycholog bývá běžnou součástí profesního týmu v dětských centrech, proto jsou jeho služby dostupnější než služby klinického logopeda. Vyšetření klinického psychologa slouží jako orientační vodítko pro zhodnocení vývoje komunikační schopnosti, při potížích všechna zařízení spolupracují s klinickým logopedem.

R03: „*Pro posouzení komunikačních schopností používáme vyšetření klinického psychologa.*“

R06: „*Vyšetření klinického psychologa.*“

R04: „*Používáme speciálněpedagogické posouzení úrovně psychomotorického vývoje, psychologické posouzení a následně externí logopedickou péči.*“

Respondentů jsme se také ptali, zda v centru používají nějaký **diagnostický materiál** pro diagnostiku narušené komunikační schopnosti, popřípadě jaký materiál využívají.

R05: „*Tak jednou z nich mám třeba **Matrix**, to je pro děti s těžkým postižením, jinak je to běžná už rutina, jako prostě v danou chvíli poznáte, už poznáte po letech praxe. A pak používám program **Portage**, pro diagnostiku a následně také terapii, pracuji s tím i sestřičky na odděleních podle mých instrukcí.*“

R01: „*Někdy využívám **Laheyové model** a jinak tak jako z toho Bobatha, co znám, když je to ta orofaciální oblast, technika krmení, u těch menších dětí ano, reflexy u dětí s DMO jsou základní a jinak tak podle zkušeností.*“

V jednom zařízení respondent uvedl, že vytvořil metodiku pro sestřičky k orientačnímu povědomí o správném vývoji nejen komunikačních schopností od narození do 3 let věku.

R05: „*Sestřičky dostávají metodiku, aspoň v našem zařízení, ode mě vypracovanou od narození do třech let věku, to mám tady zajištěné.*“

Dále jsme se ptali, jaké prostředky používají k **terapii narušené komunikační schopnosti**, zda v centru využívají nějaký svůj materiál či dostávají nějaký materiál z ambulance klinické logopedky.

R05: „*Jo, na prevenci rozvoje řečových dovedností tady takový vhodný **Pohybem se učíme**, neurovývojová stimulace pro děti předškolního věku, Marja Volemanová, je to vyloženě jako prevence v podstatě i náprava, ale ta náprava, spíš jako podpůrný prostředek k té logopedické práci.*“

R06: „*Vycházím ze **základů logopedie**, má kolegyně má kurz logopedického asistenta. Požíváme **komunikační obrázky, AAK, komunikaci pomocí zástupných předmětů.***“

R07: „*U těch ležících dětí, tam jedeme hodně přes **bazální stimulaci**, tu tady máme většina, a vůbec navazování očního kontaktu. Jinak hodně pracujeme s pomůckama, co tady máme. Já se tím zatím prokousávám.*“

R09: „*Klinický logoped nám **zadává práci**, kterou s dítětem máme dělat. My se tím řídíme, pracujeme podle daných materiálů. Preventivní péči pak zajišťujeme přirozeně.*“

Zajímalo nás názor pracovníků ohledně **významnosti logopedické péče** v ústavních zařízeních pro děti do tří let. Všichni respondenti uvedli, že logopedická péče je určitě pro děti v ústavních podmínkách důležitá. Jeden respondent však uvedl, že dětem do tří let služby logopeda moc neposkytují.

R02: „*My tady děti do 3 let moc nedáváme, protože oni tady vlastně fungují jakoby doma, jsou v bytečku se svou tetou, která je rozvíjí stejně jako mamka doma.*“

S významností souhlasil respondent R04, ovšem podotknul, že v jejich zařízení by zaměstnávat logopeda na plný úvazek nebylo možné.

R04: „*Logopedická péče je pro děti v ústavních zařízeních potřebná, ovšem vzhledem ke zkušenosti potřebnosti této péče, struktury dětí a délce pobytu upřednostňujeme odbornou péči v ambulanci mimo zařízení. Logoped v pracovním poměru se nám nevyplatí.*“

Další respondenti se shodli na tom, že role logopeda v ústavních zařízeních pro děti do tří let je důležitá.

R05: „*Určitě, nejen teda ta logopedická péče, ale je důležitý i ten jakoby preventivní rozvoj řečových dovedností.*“

R06: „Bylo by dobré vytvoření místa logopeda v týmu pracovníků nebo by mohl být logoped nasmlouvaný, že by docházel třeba na 0,1 úvazku, uvítala bych to, 90 % dětí má nějakou vadu řeči, určitě by se uživil.“

Nakonec jsme se respondentů ptali, pokud by mohli něco změnit v rámci péče o komunikační kompetence dětí ve svém zařízení, co by změnili.

Dva respondenti uvedli, že nevnímají potřebu něco měnit a s péčí o komunikační schopnosti dětí v jejich zařízení jsou spokojeni.

R04: „V rámci současně nastaveného systému v našem zařízení **nevnímáme potřebu změny**. Náš odborný tým (lékař, psycholog, speciální pedagog, dětská sestra) identifikuje potřebu logopedické péče.“

R01: „Já si myslím, že jako máme všechno dostatečně, ale možná, kdyby byla větší informovanost mezi zdravotnickým personálem.“

Dva respondenti uvedli, že by uvítali větší počet pracovníků, aby péče byla individuálnější a mohli se více věnovat právě například rozvoji komunikačních kompetencí.

R02: „Já za sebe – menší počet dětí na pečující osobu, jako třeba u nás, že když má 5 dětí a 3 z toho mají logopedickou péči, tak ona každý den musí 10 minut jim věnovat, takže kdyby jich měla méně, tak by to bylo jako ještě lepší.“

R08: „No určitě víc pracovníků, aby tady byla víc ta individuální péče.“

Jeden respondent uvedl, že každé zařízení by mělo mít svého speciálního pedagoga, který by rozvíjel řečové dovednosti dětí.

R05: „Pro každé zařízení je důležitý speciální pedagog, kterej vede, odborně teda, pečující personál, protože většinou to bejvaj sestřičky v zařízeních našeho typu, protože jsme zdravotnické zařízení a ty nemají až tak jako zkušenosti s prací při rozvoji řečových dovedností.“

Čtyři respondenti uvedli, že by potřebovali větší dostupnost klinického logopeda – nejen v rámci externích ambulancí, ale i jako součást odborného týmu pracovníků dětského centra. Dle respondentů je v současné době málo logopedů, je tedy obtížné někoho zaměstnat.

R03: „Určitě více logopedů. Ideální by bylo mít vlastního klinického logopeda přímo v zařízení, aktuálně to není otázka financí, ale je to otázka toho, že **logopedů je málo**.“



R07: „*My bysme **potřebovali logopeda**. Jako klasickýho, myslím si, že by se nám tady hodil. Nebo teda vůbec obecně jeden nebo dva další speciální pedagogové by se nám tady šli tak, abychom s těma dětma mohli dělat všechny ty terapeutický věci.*“

R09: „*Byla by třeba větší **dostupnost klinických logopedů**.*“

R06: „*Bylo by **dobré mít logopeda**, 90 % dětí má nějakou vadu řeči, určitě by se užívil.*“

## 7.5 Shrnutí

Každé dětské centrum je jiné z hlediska struktury, dětí, personálu i zázemí a jednotlivé výpovědi se nedají generalizovat. V této kapitole si shrneme alespoň některé oblasti, které považujeme za problémové a klíčové a také si shrneme argumenty respondentů pro zajištění logopedické péče a proti zajištění této péče v dětských centrech.

Jako klíčovou problémovou oblast považujeme to, že v centrech jsou z větší části děti s postižením, respondenti se setkávají například s dětmi s dysfagií, s narušením orofaciální motoriky, mentální retardací, poruchou autistického spektra nebo dětskou mozkovou obrnou. Tyto skupiny dětí potřebují víc než intaktní populace individuální péči. Zaměstnanci si však často stěžují na nedostatek pečujícího personálu na dítě.

Další problémová oblast je komplexní narušení komunikační kompetence, respondenti uvádějí, že děti mívají často zasažené všechny jazykové roviny a verbálně se nevyjadřují vůbec. Každodenní péči o komunikační kompetence dětí provádí pečující personál (sestry, vychovatelé), kteří péči provádí, dle respondentů, intuitivně a s dostupným materiálem nebo dle pokynů klinické logopedky z externí ambulance.

Zásadním argumentem, proč zajištění péče o komunikační dovednosti (logopedické péče) v centrech není potřebné je, že děti v centrech jsou pouze na krátkou dobu, než se dostanou do pěstounské péče nebo k adopci. Další argument proti logopedické péči je malá dostupnost klinických logopedů, kteří by v centrech mohli pracovat.

Argumenty respondentů pro zajištění logopedické péče v dětských centrech jsou následující: 90 % dětí v centrech má nějakou logopedickou vadu, péče je důležitá i z hlediska prevence narušené komunikační schopnosti, pečující personál je hodně zaměstnaný a dětí s narušenou komunikační schopností je mnoho a centra potřebují někoho, kdo odborně bude vést zdravotní sestry v práci při rozvoji řečových dovedností.

## 7.6 Diskuse

Hlavním cílem a také jednou z výzkumných otázek naší práce bylo blíže popsat, jak probíhá péče o komunikační kompetence v zařízení pro děti raného věku. Výzkum jsme provedli v devíti dětských centrech po celé České republice. Péče o komunikační kompetence v oslovených zařízeních mají nejčastěji na starost externí kliničtí logopedi v rámci svých ambulantních praxí, v jednom centru přímo klinického logopeda zaměstnávají, do jednoho pak dochází klinický logoped a pečuje o děti přímo v zařízení. Čtyři zařízení z devíti by uvítaly mít klinického logopeda ve svém týmu, v současné době to však není otázkou financí, ale jejich malou dostupností.

Dalším cílem bylo popsat, jak dětská centra vypadají a jaké služby poskytují. Dětská centra patří pod zdravotnický sektor, zaměstnanci jsou z větší části zdravotníci – zdravotní sestry či pediatři. Mezi další časté zaměstnance patří například fyzioterapeut či klinický psycholog. Některá centra zaměstnávají pedagogické pracovníky, mezi kterými bývá i speciální pedagog, který částečně supluje roli logopeda. Z dalších pedagogických pracovníků můžeme jmenovat například vychovatele. Dětská centra mají v rámci svého týmu ze zákona možnost klinického logopeda zaměstnat, z námi oslovených center zaměstnává klinického logopeda pouze jedno zařízení.

Zaměřili jsme se také na to, zda je péče v těchto centrech potřebná. Pro toto téma bylo důležité zjistit, jaké je zastoupení dětí s rizikem ve vývoji komunikačních kompetencí v ústavních zařízeních pro děti raného věku. Z výzkumu nám vyšlo, že ve všech oslovených centrech jsou děti s nějakým druhem postižení. Nejčastěji se zde vyskytují děti s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, kombinovaným postižením či Downovým syndromem nebo děti s celkovou psychickou a podnětovou deprivací, z které může vzniknout opoždění v psychomotorickém vývoji. Všechny tyto děti mají identifikované riziko ve vývoji komunikačních schopností, péče je tedy nejen z pohledu prevence narušené komunikační schopnosti, ale i rané terapie, potřebná. Dále v centrech bývají děti z krizových rodin či děti předčasně narozené, tyto dvě skupiny patří dle Rossettiho (2001) do kategorie dětí s potenciálně identifikovaným rizikem ve vývoji komunikačních schopností a jejich vývoj by měl být také odborně sledován.

Poslední oblastí, kterou jsme se zabývali je oblast péče o komunikační kompetence. Z rozhovorů nám vyplývá, že obtíže, které děti v této oblasti mívají, bývají často komplexního charakteru. Děti většinou nemluví vůbec, mají narušenou pragmatickou jazykovou rovinu a sociální chování. Dále respondenti zmiňovali velmi malou slovní zásobu,

kteřá se odráží na celkovém vývoji komunikace. Respondenti také zmiňovali, že v centrech mívají děti s poruchami polykání, rozštěpovými vadami nebo s narušením motoriky a oromotoriky. O tyto děti se starají zdravotní sestry, fyzioterapeuti a v některých případech i speciální pedagogové. Myslíme si, že právě v těchto oblastech by klinický logoped mohl výrazně ulehčit práci zaměstnancům v zařízení, ať už by se jednalo o rehabilitaci orofaciální oblasti či intervenci v rámci narušené komunikační schopnosti.

Z hlediska diagnostiky narušené komunikační schopnosti pracovníci nejvíce čerpají z vyšetření klinického psychologa nebo posouzení speciálního pedagoga. Dále pak čerpají ze svých zkušeností ohledně intaktního vývoje dítěte. Jedno zařízení má pro posouzení komunikačních schopností vytvořenou metodiku, kterou používají sestry. Bylo by velmi efektivní, kdyby každé zařízení (hlavně pečující personál) používalo nějakou metodiku pro posuzování komunikačních schopností, ať už z těch, které existují (např. Edukační profil či Jednotná měřítka vývoje, viz výše) nebo vytvořenou zaměstnanci či v rámci akademických prací.

Nakonec nás zajímal názor pracovníků na poskytování logopedické péče v dětských centrech a domovech pro děti do tří let věku. Názory byly různorodé, někteří uváděli, že vůbec nevyužívají služeb logopeda pro děti mladší tří let, logopeda vyhledávají až děti začnou mluvit. Jiní by uvítali ve svém zařízení klinického logopeda i u takto malých dětí, hlavně v rámci prevence narušené komunikační schopnosti. V rámci změny péče o narušenou komunikační schopnost respondent uváděli potřebu více pracovníků v zařízení nebo větší možnost individuální péče s dětmi - i v tomto případě by mohl klinický logoped převzít práci pečujícího personálu a individuálně s dětmi pracovat každý den (nebo několikrát týdně).

Mezi limity naší práce můžeme uvést nemožnost všechny rozhovory nahrávat, tím pádem mohlo dojít k úniku některých informací, dále pak elektronické vedení rozhovoru, kdy obsáhlost odpovědí není zdaleka tak široká jako v rozhovorech, které probíhaly živě. Za velmi důležitý limit práce považujeme transformaci dětských center, která by na našem území měla probíhat, každopádně její začátek se neustále přesouvá (původní záměr přeměny systému ústavní péče o děti raného věku byl již v roce 2013), a vzhledem k aktuální situaci ve zdravotnictví (pandemie covid-19) není jisté, kdy k transformaci dojde (aktuálně je naplánovaná na rok 2022). Poslední limit práce je menší počet respondentů, těch bylo naplánováno víc, ale vzhledem k pandemii Covid-19, některé rozhovory proběhnout nemohly.

Výsledky, které jsme v našem výzkumu získali, by se daly uplatnit jako námět pro další práci v oblasti ústavní péče o děti raného věku, především k vytvoření osvěty, nejen zdravotnického personálu, ale i široké veřejnosti, ohledně kompetencí logopeda, tedy hlavně

v široké nabídce možností spolupráce s ním, ať už se jedná o poruchy polykání, orofaciální stimulaci či rozvoj komunikace jako celku. Logoped by mohl usnadnit práci jiným profesím a efektivně s nimi spolupracovat. Dalším námětem pro rozšíření práce je tvorba metodického materiálu pro pečující personál, který by mohl jednoduše zhodnotit, zda dané dítě potřebuje péči logopeda či jeho obtíže jsou vývojového charakteru. To by mohlo alespoň z části nahradit přímou účast logopedů v profesním týmu dětských center, kterých je v některých krajích nedostatek.

I přesto, že v dětských centrech logopedi často chybí nebo působí pouze jako externí spolupracující pracovníci, myslíme si, že péče o komunikační kompetence dětí se v průběhu let zlepšuje a v centrech se uplatňují speciální pedagogové či fyzioterapeuti, kteří můžou práci klinického logopeda částečně zastat. Problematika rozvoje komunikačních kompetencí u dětí raného věku je v České republice teprve na počátcích, a tak doufáme, že se brzy dostane do povědomí celé široké veřejnosti.

## Závěr

V naší práci jsme se zabývali tématem péče o rozvoj komunikačních kompetencí u dětí raného věku v dětských centrech v České republice. Naším cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem je zajištěna péče o komunikační kompetence dětí raného věku v dětských centrech.

Teoretická část byla rozdělena na pět kapitol. V první kapitole jsme se zabývali terminologií nejdůležitějších pojmů jako je „raný věk“, „komunikační kompetence“ a „institucionální péče“. V následující kapitole jsme popisovali problematiku institucionální péče u dětí raného věku, její historii a současný stav. Ve třetí kapitole jsme se zabývali vývojem dítěte se zaměřením na komunikaci a řeč, vývoj jsme ohraničili od narození do třetího roku věku. Následovala kapitola, ve které se věnujeme rizikům ve vývoji dítěte, od prenatálního až do batolecího období. Poslední kapitola se věnuje rané logopedické intervenci, zvláště diagnostice a terapii komunikačních kompetencí u dětí do tří let věku.

V praktické části jsme využili kvalitativní výzkumný design a pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru a následné analýzy jsme se pokusili popsat, jakým způsobem je zajištěna péče o komunikační kompetence v devíti dětských centrech v České republice. Především nás zajímal, jaké personální zajištění centra mají, jaké služby nabízí, dále nás zajímaly děti, které v centrech žijí, jejich nejčastější obtíže z hlediska narušené komunikační schopnosti a jejich další rizika ve vývoji. Z hlediska péče o komunikační kompetence nás zajímal způsob zajištění péče o komunikační dovednosti, kdo jej zajišťuje, jaké metody k tomu využívá a jak často péče probíhá. V neposlední řadě nás zajímaly názory respondentů na poskytování logopedické péče v dětských centrech,

Shrneme-li výsledky, ke kterým jsme došli, péče o komunikační kompetence je v každém z oslovených center zajištěna, způsoby se však často liší. Některá centra nevyužívají péči u dětí mladších tří let, ale spíše u dětí starších, které čeká povinná školní docházka. V rozhovorech často převládal názor, že se logoped zabývá pouze dětmi, které již mluví, tedy má v kompetencích pouze řeč, což může být důvodem, proč se děti do péče logopeda dostanou až v předškolním věku.

Doufáme, že tato práce upozorní na významnost poskytování péče o komunikační kompetence u dětí raného věku, především logopedické péče, která by mohla být výrazným přínosem pro dětská centra po celé České republice.

## Seznam bibliografických citací

- ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.
- BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
- BOCHNER, Sandra a Jane JONES. *Child language development: learning to talk* [online]. 2. vydání. London: Whurr Publishers, 2003 [cit. 2020-04-11]. ISBN 9780470699126. Dostupné z:  
<https://books.google.cz/books?id=wRSRRMm6sHIC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>
- BRUTHANSOVÁ, Daniela, Anna ČERVENKOVÁ, Marie PECHANOVÁ, Zdeněk NOVOTNÝ a František SCHNEIBERG. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku* [online]. Praha: VÚPSV, 2005 [cit. 2020-01-31]. ISBN 80-239-6826-2. Dostupné z:  
[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_177.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf)
- BUCKLEY, Belinda. *Children's Communication Skills: From Birth to Five Years* [online]. London: Routledge, 2003 [cit. 2020-04-11]. ISBN 978-0415259941. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=hZ-AQpsu-DAC&dq=belinda+buckley&hl=cs&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.cz/books?id=hZ-AQpsu-DAC&dq=belinda+buckley&hl=cs&source=gbs_navlinks_s)
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Koncepce rané logopedické intervence v České republice: teorie, výzkum, terapie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7561-0.
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Interdisciplinární přístup v rané logopedické intervenci*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8659-3.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra*. 4. vydání. Praha: Pasparta, 2015. ISBN 978-80-905993-6-9.
- ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2054-3.
- ČESKÁ TELEVIZE: *V ústavech pro děti do tří let chybí personál, ukázala analýza. Požadavky splnila jen čtvrtina domovů*. Česká televize [online]. 16. 10. 2019 [cit.

- 2020-01-31]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2950817-v-ustavech-pro-deti-do-tri-let-chybi-personal-ukazala-analyza-pozadavky-splnila-jen>
- DLOUHÁ, Olga. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, c2017. ISBN 978-80-7492-314-2.
  - DOKOUPILOVÁ, Ivana, Adéla HANÁKOVÁ, Monika KUNHARTOVÁ, Miloň POTMĚŠIL, Veronika RŮŽIČKOVÁ, Kateřina KROUPOVÁ, Eva URBANOVSKÁ a Vladimíra ZEDKOVÁ. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.
  - FÁBIANOVÁ, Adelaida. *Orofaciálna a bazálna stimulácia*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2014. ISBN 978-80-7311-145-8.
  - FLORIÁNOVÁ, Radka. *NDT - Bobath koncept v logopedii* [online]. 30.8.2018 [cit. 2019-12-12]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=1458>
  - GJELSVIK, Bente E. Bassøe. *Bobath concept in adult neurology*. 2.vydání. USA: Thieme, 2016. ISBN 978-3131454522.
  - HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
  - HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. *Kniha o detskej reči*. Bratislava: Slniečko, 2005. ISBN 80-969074-3-3.
  - HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál, 2009. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.
  - CHAMBERLAIN, David B. *Fascinující mysl novorozeného dítěte*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Kořeny, 2019. ISBN 978-80-906629-7-1.
  - JONES, Carroll J. *Curriculum Development for Students with Mild Disabilities* [online]. 2010. United States: Charles C Thomas Publisher, 2010 [cit. 2020-02-06]. ISBN 978-0398079116. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=L0J3CAAQBAJ&dq=portage+program&hl=cs&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.cz/books?id=L0J3CAAQBAJ&dq=portage+program&hl=cs&source=gbs_navlinks_s)
  - KAPALKOVÁ, SVETLANA. Vývin jazykových schopností v ranom veku In
  - *Logopedická propedeutika*. Bratislava: Vydavateľství Univerzity Komenského, 2016. ISBN 978-80-223-4164-6. Kapitola 5. s. 105-125.

- KAPALKOVÁ, Svetlana. Laheyovej metóda ako efektívny nástroj hodnotenia komunikácie rizikových detí v ranom veku In: *Listy klinické logopedie [elektronický dokument]*. - č. 1 (2019), s. 8-12 [online]. [cit. 2019-10-26].
- KARLÍK, Petr, Marek NEKULA a Jana PLESKALOVÁ, ed. *Encyklopedický slovník češtiny*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106484-X.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
- KIESTER, Sally Valente a Edwin KIESTER. *Kdopak to mluví: tajemství řeči kojence*. Praha: Ikar, 2011. ISBN 978-80-249-1542-5.
- KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopedie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LEŠKO, Ladislav. *Náhled do sociální komunikace*. Brno: Tribun EU, 2008. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-466-2.
- LUMOS. *Kojenecké ústavy na počátku roku 2019: Stručné informace o situaci rok poté*. In: *Lumos* [online]. Praha, 2019, březen, 2019 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: [https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Lumos\\_kojenecke\\_ustavy\\_2019.pdf?](https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Lumos_kojenecke_ustavy_2019.pdf?)
- MLČÁKOVÁ, Renata. *Terapie orofaciální oblasti*. In *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7. Kapitola 10, s. 385-393.
- NEUBAUER, Karel. *Diagnostika v klinické logopedii*. In *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-546-. Kapitola 7, s. 69-74.
- NOVOTNÁ, Věra. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí s komentářem*. 2., aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, [2016]. Právo (ANAG). ISBN 978-80-7554-022-5.



- PLEVOVÁ, Irena. Období batolete. In *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0. Kapitola 7, s. 67-75.
- POTMĚŠIL, Miloň. Vývoj dětí se sluchovým postižením a jejich diagnostika. In *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb: Část II. (diagnostické domény pro žáky se sluchovým postižením)* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012 [cit. 2020-01-31]. ISBN 978-80-244-3053-9. Kapitola 1, s. 5.  
Dostupné z:  
[http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke\\_publicace/metodiky/final\\_SP\\_Kat\\_ver\\_disku\\_ze.pdf](http://www.inkluze.upol.cz/portal/velke_publicace/metodiky/final_SP_Kat_ver_disku_ze.pdf)
- PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3603-7.
- PRŮCHA, Jan. S. Kapalková, D. Slančová, I. Bónová, J. Kesselová, M. Mikulajová: *Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku Bratislava, Slovenská asociácia logopédov 2010, 110 s.* Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. Praha: ČSAV, 06.2011, 55(3), 283-284. ISSN 0009-062X. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/knav/uuid/uuid:3a913706-74d0-43d3-89ab-d6dd43151480>
- PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5232-7.
- PUGNEROVÁ, Michaela. Náhradní rodinná péče. In *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9. Kapitola 4, s. 78-94
- ROSSETTI, Louis Michael. *Communication Intervention: Birth to Three* [online]. 2.vydání. University Of Wisconsin: Cengage Learning, 2001 [cit. 2020-04-11]. ISBN 9780769300931.  
Dostupné z:  
[https://books.google.cz/books?id=6DyPYd3\\_IpYC&dq=rossetti+communication&hl=cs&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.cz/books?id=6DyPYd3_IpYC&dq=rossetti+communication&hl=cs&source=gbs_navlinks_s)
- ROWLAND, Charity, Krista HEMZÁČKOVÁ, Jana PEŠKOVÁ a Iveta SKALIČKOVÁ. *Komunikační profil Matrix online - příručka*. Portland: Oregon Health & Science University, 2011. Dostupné také z:  
<https://www.communicationmatrix.org/>

- ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 2.vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-1941-2.
- RYCKAERT, Jennifer a Fiona KENWORTHY. Tune in: Creating confident communicators through music therapy and speech-language therapy collaboration. *The New Zealand journal of music therapy* [online]. 2016, (14), 104 [cit. 2020-02-05]. ISSN 11763264. Dostupné z: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=12c1ba81-5675-4746-a430-83184bdeb4e0%40sessionmgr4006>
- SCHNEIBERG, František. *Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, **12**(2), 136-137 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/02/20.pdf>
- SMOLÍK, Filip a Gabriela MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4240-3.
- SMOLÍK, Filip a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Stručný dotazník dětského slovníku: vývoj a normy nástroje pro screening vývoje jazyka v raném věku*. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi* [online]. Praha: Psychologický ústav AV, 2017, **2017**(5), 460-473 [cit. 2020-04-09]. ISSN 0009-062X.
- SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.
- ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Raná péče v referenčním poli speciální pedagogiky a sociálních služeb*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 978-80-7560-120-9.
- TARSHIS, Nancy, Brenda G. RODRIGUEZ a Rosa M. SEIJO. *Therapeutic Approaches to Speech and Language Disorders in Early Childhood*. *Pediatric Annals* [online]. 2007, **36**(8), 470-477 [cit. 2020-02-05]. DOI: 10.3928/0090-4481-20070801-08. ISSN 00904481. Dostupné z: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=27a80557-2884-4c8c-8ae7-cf605c8ecaf0%40pdc-v-sessmgr03>
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- UNESCO: *Early childhood care and education* [online]. Paris [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://en.unesco.org/themes/early-childhood-care-and-education>

- UZIS. *Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2017* [online]. srpen 2018 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K33\\_A410\\_detske\\_do\\_movy\\_pro\\_deti\\_do\\_3\\_let\\_veku\\_a\\_detska\\_centra\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K33_A410_detske_do_movy_pro_deti_do_3_let_veku_a_detska_centra_2017.pdf)
- VACUŠKA, Milan, Miluše VACUŠKOVÁ a Anna DREISEITLOVÁ. *Rizikový novorozenec propuštěný do domácího prostředí pohledem dětského neurologa*. *Pediatric pro praxi*, 2003, vol. 4, iss. 3, p. 145-147.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁVROVÁ, Jitka. Devatenáct let programu Portage v České republice. *Speciální pedagogika* [online]. Praha, 2013, 23(1), 11-21 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1211-2720. Dostupné z: <https://docplayer.cz/15073623-Devatenact-let-programu-portage-v-ceske-republice.html>
- VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva ze systematických návštěv: Zdravotnická zařízení poskytující péči ohroženým dětem do tří let věku* [online]. 2013 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/2013/NZ-25\\_2012-kojenecke-ustavy.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/NZ-25_2012-kojenecke-ustavy.pdf)
- VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

## ZÁKONY

- Zákon č. 89/2012 Sb., *Občanský zákoník*, [online] 2012, [cit. 2020-04-13] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=372%2F2011>
- Zákon č.372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, [online] 2011, [cit. 2020-04-13] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Vyhláška 99/2012 Sb. *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.*, [online] 2012, [cit. 2020-04-13] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Informované souhlasy

Příloha 2 Otázky rozhovor

## ANOTACE

Jméno a příjmení	Eva Chobotová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.
Rok obhajoby	2020

Název práce	Péče o rozvoj komunikačních kompetencí u dětí raného věku v ústavních podmínkách
Název v angličtině	Development of communication competencies in early childhood in institutional conditions
Anotace práce	V diplomové práci se zabýváme problematikou péče o komunikační kompetence v devíti dětských centrech v České republice. V teoretické části popisujeme raný vývoje dítěte se zaměřením na řeč, rizika ve vývoji dítěte, krátce popisujeme institucionální péči pro děti raného věku a také ranou logopedickou intervencí. V praktické části pak analyzujeme rozhovory s pracovníky dětských center, krátce popisujeme činnost dětských center a charakterizujeme děti, které v dětských centrech žijí. Nakonec se zaměřujeme na to, jak v centrech probíhá péče o komunikační kompetence dětí a jaké nejčastější obtíže ve vývoji komunikace děti mají.
Klíčová slova	vývoj řeči, raný věk, ústavní výchova, raná logopedická intervence
Anotace v angličtině	In the thesis we deal with the issue of care of communication competences in nine children's centers in the Czech Republic. In the theoretical part we describe early child development with a focus on speech, risks in child development, briefly describe institutional care for children of early age and also early speech therapy intervention. In the practical part we analyze interviews with children center workers, briefly describe the activities of children centers and characterize children, who live in children centers. Finally, we focus on how the centers take care of children 's communication competencies and what are the most common difficulties in developing children' s communication.

Klíčová slova v angličtině	Speech development, early childhood, institutional care, early speech language therapy intervention
Přílohy vázané k práci	Příloha 1 Informované souhlasy Příloha 2 Otázky rozhovor
Rozsah práce	76 s.
Jazyk práce	Český jazyk