

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2020-2023

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Veronika Šafrová**

**Logopedická péče u dětí mladšího školního věku  
se symptomatickými poruchami řeči v Jedličkově ústavu**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

2020-2023

**BACHELOR THESIS**

**Veronika Šafrová**

**Logopedic therapy for children of younger school age  
with symptomatic speech disorders at the Jedlička Institute**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 6.3.2023

.....

*Veronika Šafrová*

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Hanně Fleischmannové za odborné vedení, vstřícnost a trpělivost.

Poděkování patří i logopedkám, které mi poskytly odborné rozhovory a prokázaly velkou vstřícnost při jejich průběhu.

## **Anotace**

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá historií Jedličkova ústavu, jeho úlohou a možnou logopedickou péčí pro děti v něm umístěné. Teoretická část rozebírá komunikační schopnost a možnost logopedické péče u dětí mladšího školního věku se symptomatickou poruchou řeči, dětskou mozkovou obrnou a u dětí s mentálním a kombinovaným postižením. V poslední kapitole se také odkazuje na možné způsoby alternativní a augmentativní komunikace pro takto postižené děti. Praktická část vychází z rozhovorů s logopedickými pracovníci v Jedličkově ústavu a školy, pozorování a rozboru dokumentace. Cílem práce je zjistit a popsat, jakým způsobem probíhá logopedická intervence u dětí mladšího školního věku v Jedličkově ústavu a jaké metody jsou při nápravě řeči používány.

## **Klíčová slova**

Alternativní a augmentativní komunikace, DMO, Jedličkův ústav a školy, Kombinované postižení, Logopedická péče, Mentální postižení, Mladší školní věk, Rudolf Jedlička, Symptomatické poruchy řeči

## **Annotation**

In its theoretical part, the bachelor's thesis deals with the history of the Jedlička Institute, its role, and the possible speech therapy care for the children at the institute. The theoretical part also analyzes the communication skills and the possibility of starting a logopedic therapy for young school children with symptomatic speech disorders, cerebral palsy, and children with mental and combined disabilities. Additionally, the last chapter will refer to possible methods of alternative and augmentative communication for disabled children. The practical part is based on interviews with speech therapy workers at the Jedlička Institute and school, observation, and analysis of documentation. The aim of the thesis is to find out and describe how speech therapy intervention is carried out for children of younger school age at the Jedlička Institute and what methods are used for speech correction.

## **Keywords**

Alternative and augmentative communication, Combined disabilities, DMO, Jedlička Institute, Logopedic therapy, Mental disabilities, Rudolf Jedlička, Symptomatic speech disorders, Young school children

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 POSLÁNÍ JEDLIČOVA ÚSTAVU.....</b>	<b>11</b>
1.1 Historie.....	11
1.2 Jedličův ústav dnes .....	12
1.3 Služby jedličkova ústavu a školy .....	12
1.4 Děti s neurologickým tělesným postižením .....	13
1.4.1 Formy mozkové obrny .....	13
1.4.2 Řeč u dětí s mozkovou obrnou.....	14
1.4.3 Vývoj řeči u dětí s dmo .....	14
1.4.4 Narušení řeči u dětí s dmo.....	16
1.4.5 Logopedická intervence u dětí s mozkovou obrnou .....	19
1.4.6 Vzdělávání osob s dmo .....	20
<b>2 SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI.....</b>	<b>22</b>
2.1 Narušená komunikační schopnost .....	22
2.1.1 Jazykové roviny v ontogenezi řeči.....	23
2.1.2 Diagnostika narušené komunikační schopnosti .....	25
2.2 Pojetí symptomatických poruch řeči.....	27
2.2.1 Vznik symptomatických poruch .....	27
<b>3 ŘEČ U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>30</b>
3.1 Vývoj řeči u dětí s mentálním postižením .....	32
3.1.1 Odchylky ve vývoji řeči dle jazykových rovin .....	33
3.2 Vývoj řeči dle klasifikace mentálního postižení .....	34
3.2.1 Vývoj řeči u dětí s lehkým mentálním postižením.....	34
3.2.2 Vývoj řeči u dětí se středním mentálním postižením.....	34
3.2.3 Vývoj řeči u dětí s těžkým mentálním postižením .....	35
3.2.4 Vývoj řeči u dětí s hlubokým mentálním postižením .....	35
3.3 Logopedická intervence u mentálně postižených dětí .....	36
3.4 Vzdělávání dětí mladšího školního věku s mentálním postižením.....	37
<b>4 MOŽNOSTI ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>39</b>

4.1	Užití AAK pro různé druhy postižení .....	40
4.2	Jak aak pomáhá? .....	41
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>43</b>
<b>5 LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU SE SYMPTOMATICKÝMI PORUCHAMI ŘEČI V JEDLIČKOVĚ ÚSTAVU .....</b>		<b>43</b>
5.1	Cíl práce, použité metody a techniky .....	43
5.2	Popis Výzkumného šetření .....	45
5.3	Výzkumný vzorek .....	45
5.4	Případová studie .....	45
5.5	Analýza rozhovoru s logopedkami .....	47
5.5.1	Výsledky a jejich interpretace .....	49
5.6	Výstupy z pozorování ve výuce .....	53
5.6.1	Logopedická péče .....	53
5.6.2	Průběh vyučovací hodiny .....	54
5.6.3	Výstupy z českého jazyka .....	55
5.6.4	Pokroky dětí v průběhu pozorování .....	56
<b>DISKUSE .....</b>		<b>58</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>		<b>60</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>		<b>64</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>		<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>68</b>



## ÚVOD

Komunikace je základním prostředkem k dorozumívání a sdělování vlastních potřeb, emocí a pocitů. Musíme si však uvědomit, že ne každý jedinec má tu možnost se bez problému dorozumět a sdělit to, co chce. Ve světě se setkáváme s různými poruchami, které lidem znesnadňují řečový projev a které je omezují v začlenění se do společnosti. Mezi tyto problémy řadíme především narušenou komunikační schopnost, nebo v těžších případech symptomatické poruchy řeči. Aby tito jedinci mohli žít ve společnosti bez problémů, je důležité jim zajistit odbornou pomoc. O to se v dnešní době starají především logopedi, kteří se snaží daný problém podchytit již vraném stádiu. Aktuálnost tohoto tématu byla hlavním důvodem výběru tématu, který byl také podložený zkušeností s touto problematikou v praxi.

Bakalářská práce se skládá z teoretické části, která zahrnuje teoretické poznatky související s probíranou problematikou a z praktické části, která obsahuje vlastní empirické šetření. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol, které se dále dělí na tematické podkapitoly.

První kapitola nás seznamuje s Jedličkovým ústavem jako takovým a v podkapitolách se dozvídáme o jeho historii a poslání v dnešní době. K této kapitole se váže i podkapitola, která se zaměřuje na řeč dětí s tělesným postižením, zejména na děti s DMO. V jejích podkapitolách se dozvídáme o vývoji řeči u těchto dětí, diagnostice a možném vzdělávání.

Druhá kapitola nám odhaluje problematiku symptomatických poruch řeči, která zahrnuje narušenou komunikační schopnost. V podkapitolách se dozvídáme o narušení jazykových rovin řeči, vzniku symptomatických poruch řeči a diagnostice NKS. Třetí kapitola se zabývá vadami řeči u dětí s mentálním postižením, jejich vývojem řeči, diagnostikou a v neposlední řadě možnostmi vzdělávání těchto dětí. Pátá kapitola pojednává o alternativních a augmentativních komunikačních prostředcích, které mohou výše uvedené děti k usnadnění komunikace využívat.

Šestá kapitola odráží vlastní výzkumné šetření, které bylo realizováno v Jedličkově ústavu a školy.

Cílem bakalářské práce je popsat problematiku symptomatických poruch řeči u dětí mladšího školního věku v Jedličkově ústavu a školy a zjistit jaká logopedická intervence je jim poskytována. V rámci vlastního šetření na základě rozhovorů

s působícími logopedkami, pozorováním a studiem dokumentů zjistit, jaká logopedická intervence je dětem poskytována a jaké alternativní a augmentativní komunikační systémy jsou u dětí k podpoře komunikace využívány.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POSLÁNÍ JEDLIČOVA ÚSTAVU

Hlavním cílem JÚŠ je zajištění komplexního rozvoje dovedností a následná integrace studentů do běžného i sociálního života. Veškerá činnost se zde řídí dle školního vzdělávacího programu *Společně proti bariérám*. Sám název nám už tak odhaluje hlavní poslání školy, zbavit se bariér a zajistit co nejpohodlnější život dětem. Díky rehabilitačnímu pracovišti je žákům a studentům poskytována nejlepší odborná péče. Jedličkův ústav a školy nabízí služby ergoterapeutické, logopedické, fyzioterapeutické, lingvistické a také poradenské služby SPC (Jedličkův ústav a školy, online. 2023-02-08).

### 1.1 HISTORIE

Jedličkův ústav má již kořeny ve 20. století, kdy se Rudolf Jedlička rozhodl koupit pozemek v Podolí a otevřít si vlastní sanatorium. Vedení vlastního sanatoria mu později dalo nápad na vybudování samotného ústavu pro osoby s postižením (Garkisch, online. 23-01-09). Jedlička proto koupil pozemky a zájezdní hostinec na pražském Vyšehradě. Na těchto místech později vznikl samotný Jedličkův ústav, který byl oficiálně otevřen roku 1913 (Ptáčková, 1991). Byl veden Spolkem pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků v Praze. Původní ústav fungoval pouze v malém domku ve dvorním traktu budovy v ulici V Pevnosti 4. Ještě před vypuknutím první světové války se spolku podařilo dokoupit i ostatní okolní pozemky (Jedličkův ústav a školy, online. 2023-02-08).

Po vypuknutí první světové války se v budově bývalého zájezdního hostince (dnes součást JÚŠ) sjednala nemocnice, kde byli umístováni váleční invalidé. Zajímavostí je, že většina z nich byla z řad řemeslníků, a to z důvodu, aby si byli schopni sami nebo pro ostatní vyrábět protézy (Ptáčková, 1991).

Postupně se do ústavu začínají dostávat i děti, a to zejména díky Marii Jedličkové, dceři Rudolfova bratra, která sama byla silně postižená mozkovou obrnou. Ta se i přes toto postižení rozhodla vystudovat pedagogiku a později tak působila jako učitelka

pro děti v ústavu i přes to, že sotva psala a mluvila (Ptáčková, Jedličkárna II. Aneb rodinný podnik, 1991).

Dalším darem z nebes byl pro Jedličkův ústav příspěvek od samotného prezidenta T. G. Masaryka v hodnotě 100 tisíc korun. Ten zároveň postupně Jedličku jmenoval profesorem oborů chirurgie, rentgenologie a radiologie (Garkisch, online. 23-01-09).

## **1.2 JEDLIČŮV ÚSTAV DNES**

V dnešní době vyšehradské prostory nesou název Jedličkův ústav a školy. Tato příspěvková organizace byla zřízena roku 1992 zastupitelstvem hlavního města Praha. Další budovy ústavu sídlí nedaleko Pankráce. Součástí JÚŠ je mateřská, základní a střední škola, dále zdravotně rehabilitační pracoviště, týdenní stacionář, SPC a reedukační zařízení Buková a další pozemky (Jedličkův ústav a školy, online. 2023-02-08).

## **1.3 SLUŽBY JEDLIČKOVA ÚSTAVU A ŠKOLY**

Součástí školy je i školní klub pro žáky ZŠ, který nabízí dětem účast na různých aktivitách, můžou si tam hrát, odpočívat, navazovat přátelské vztahy s ostatními dětmi atd. Tento klub děti navštěvují po skončení výuky v odpoledních hodinách, a zde tráví čas, než si je vyzvednou rodiče.

Pro zlepšení celkového fungování školy a stanovení nových cílů do budoucna se minimálně třikrát do roka schází tým odborníků (učitelé, logopedi, asistenti, vedení školy atd.) který pracuje s jedním konkrétním žákem. Setkání slouží ke stanovení dalšího rozvoje žáka, na co se v dalším období zaměřit, co zlepšit a jaké problémy je nutné aktuálně či výhledově vyřešit. Cíle se stanovují v různých oblastech, jako je fyzická (zda nepotřebuje nové pomůcky, nový vozík, kompenzační pomůcku atd.), komunikační (jaká komunikace je pro žáka nejvhodnější, jak jí zlepšovat atd.) a školní (zda je nutná IVP, jak zvládá ŠVP, jak dítě hodnotit atd.).

V Jedličkově ústavu a školy se nejčastěji vyskytují děti s tělesným a kombinovaným postižením. Nejvíce se zde setkáme se všemi formami DMO, která se mnohdy kombinuje s jiným typem postižení (např. zraku, epilepsií, sluchu, poruchou řeči,

poruchou autistického spektra a mentálního postižení). Můžeme se zde ale setkat i s žáky s různými nervosvalovými onemocněními, lomivostí kostí, rozštěpy míchy, vzácnými genetickými onemocněními či s dětmi po úrazech.

## 1.4 DĚTI S NEUROLOGICKÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Tělesné postižení se vyznačuje jistou poruchou hybnosti pohybového aparátu jedince. Tělesné postižení může být buď vrozené nebo získané (důsledek nemoci, úrazu či jiného postižení). Tělesné postižení dělíme na primární (Perthesova choroba či chybějící končetina), nebo neurologické, kde je tělesné postižení symptomem postižení jiného (DMO, nebo degenerativní onemocnění nervového systému). Nejčastěji se setkáváme právě s mozkovou obrnou. Mozková obrna vzniká v důsledku vrozeného poškození mozkové tkáně a CNS. Důsledkem je poté porucha hybnosti. Společně s DMO se často vyskytuje i mentální postižení, epilepsie, vady sluchu či zraku a v neposlední řadě i vady řeči přesněji dysartrie (Zikl, 2011, str. 9).

### 1.4.1 FORMY MOZKOVÉ OBRNY

Podle klasifikace se DMO dělí na dvě skupiny forem. První je forma *spastická*, kdy jedinec prochází křečovitým stahováním svalstva a jeho oslabováním. Typická je pro tyto jedince chůze, kdy se jejich kolena sebe dotýkají, nebo přímo kříží, stejně tak chodidla jsou většinou stočená dovnitř. Tato forma se dále dělí na tři podoby: *diparézu* (postižení pohybu dolních končetin), *hemiparézu* (jde o postižení jedné poloviny těla – horní a dolní končetiny, kdy většinou závažněji bývá postižena končetina horní) a poslední *kvadruparézu* (zde se jedná o postižení všech čtyř končetin). U kvadruparéz dochází také k narušení hybnosti obličejových svalů včetně úst a jazyka. U těchto jedinců se tak často vyskytují vady řeči, nejtypičtější je dysartrie (Zikl, 2011, str. 10).

Druhou je forma *nespastická*, pro níž jsou charakteristické mimovolní, kroutivé a pomalé pohyby různých částí těla (Zikl, 2011, str. 10). Těmito projevy se vyznačuje tzv. *dyskinetická* forma DMO (Slowík, 2016, str. 102). Záškluby v obličeji jim způsobují problémy v řečové schopnosti, a proto je těmto dětem obtížné porozumět. Kvůli těmto verbálním defektům jsou mnohdy společností označováni jako mentálně postižení, i když často jejich intelekt ani narušený není (Zikl, 2011, str. 10).

Další formou je forma *hypotonická*, při které dochází k snížení svalového tonu, snížení reflexů a citlivosti. Je charakteristická zejména pro kojenecký věk a později se přeměňuje na formu dyskinetickou či spastickou (Ludvíková, 2005, str. 85). U nespastické formy se ještě může vyskytnout forma *ataktická*, která se objevuje pouze vzácně. Projevuje se narušením rovnováhy a celkovou pohybovou koordinací. Můžeme se také v některých případech setkat i s kombinací obou forem jak spastické, tak nespastické (Slowík, 2016, str. 102).

#### **1.4.2 ŘEČ U DĚTÍ S MOZKOVOU OBRNOU**

DMO je jednou z nejčastějších příčin tělesného postižení a jak bylo výše zmíněno, může se pojít i s vadami řeči v důsledku poškození CNS (Slowík, 2016, str. 102). Přesná definice DMO se uvádí jako: „*Neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku*“ (Kraus In: Slowík, 2016, str. 102). DMO může vzniknout buď před porodem (infekce, onemocnění matky, intoxikace, ozáření atd.), během něj (protrahovaný porod, krvácení do mozku, klešťový porod atd.) nebo krátce po něm (meningitida a různé toxózy do 1. roku dítěte). Nejedná se tak o progresivní nýbrž o trvalý stav jedince (Ludvíková, 2005, str. 84).

Kvůli poškození mozku u dítěte vznikají i další problémy, které mají vliv na jeho psychiku, smyslové orgány, intelekt i vědomí (epilepsie). Právě kvůli snížené hybnosti je velice úzká spojitost i s poruchami řeči. Je to z důvodu ochablých mluvních orgánů, které znesnadňují produkci řeči a správnou artikulaci. Proto je u dětí s DMO typický opožděný vývoj řeči (Švancar, 2003, str. 124).

U dětí s DMO si můžeme všimnout poměrně výrazných znaků orálního vývoje. Může se jednat o zvýšenou či sníženou citlivost v oblasti úst, narušení koordinace jazyka, rtů a čelisti, výskyt problémů s polykáním či nepřiměřeně pisklavý a ostrý hlas při tvorbě zvuků (smích, křik, pláč) (Vítková, 2004, str. 125).

#### **1.4.3 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S DMO**

DMO se řadí do postižení, která vznikají v nejranějším období vývoje dítěte, přesněji do 1 roku jejich života. Toto postižení tak již od počátku působí negativně na celkový vývoj dítěte, zejména jeho řeč, psychiku a motorickou schopnost (Lechta,

2008, str. 99). Jak se dá předpokládat úroveň postižení řeči se odvíjí od celkového tělesného a motorického stavu dítěte, jeho IQ ale i od rodinného prostředí, ve kterém žije. Pravděpodobnou příčinou opoždění nebo omezení vývoje řeči u těchto dětí je narušení centrálních nervových oblastí v mozku, znesnadněná hybnost mluvních orgánů, či snížené rozumové schopnosti. S DMO se pojí i další potíže, které mohou dítěti znesnadňovat řečový projev. Jednou může být problém s respirací, která se již projevuje v kojeneckém věku. Z toho důvodu je jejich pláč slabý. Dětem obecně zaostávají orální reflexy, které jim ztěžují sání, polykání a žvýkání. Může se také objevovat hyper nebo hyposenzibilita v oblasti úst. Dalším nápadným znakem v kojeneckém věku je, že dítě pudově nežvatlá a nehraje si s končetinami. Tyto projevy se u něj začínají objevovat až kolem 1. roku života (Klenková, 2000, str. 188).

K DMO také patří různé druhy symptomů, které se s tímto postižením pojí. Jak již bylo výše zmíněno, jedním z nich může být narušení motoriky, která se projevuje jak u spastických, tak i nespastických forem DMO. Hrubá motorika dítěti ovlivňuje celkový pohyb a jemná zase ovlivňuje ovládání mluvních orgánů. Pokud jsou obě části narušeny, dochází k silnému narušení komunikační schopnosti dítěte. Dalším symptomem může být narušení chování, kdy děti mají emoční výkyvy, které mohou být způsobeny nepodnětným prostředím, negativním přístupem rodinných příslušníků k nemoci dítěte či frustrací. Pokud dítě těmito výkyvy trpí, je velice obtížné pro něj navazovat komunikaci a sociální vztahy. Mezi symptomy můžeme také řadit poruchy sluchu a zraků, které se s tímto postižením objevují poměrně často. V neposlední řadě se sem řadí i epilepsie, která postihuje zejména děti s hypotonickou formou DMO. Ta nejčastěji působí na zvukovou a obsahovou stránku řeči (Škodová, 2007, str. 410).

Pokud se zaměříme na vývoj řeči z pohledu jazykových rovin řeči, zjistíme, že vývoj řeči u dětí s DMO nejčastěji probíhá v rovině *foneticko – fonologické*. Souvisí to zejména s narušením motorických schopností, jež ovlivňují schopnost vyslovovat. Většina dětí má problémy se správným tvořením jednotlivých hlásek, protože jim v tom zabraňuje spasticita a mimovolní pohyby. Dítě je však schopné se postupem času hlásky, slabiky a slova naučit artikulovat, ale už je nedokáže plynule spojovat do větných celků. V důsledku omezení pohybu jim i uniká schopnost fonematické

diferenciace, proto jejich asociace mezi zvuky je většinou nepřesná a chybná (Lechta, 2008, str. 103).

Stejně tak narušení motorické schopnosti má vliv i na rovinu *lexikálně – sémantickou*, kdy dítě velice obtížně získává poznatky z prostředí a tím se jeho obsahová stránka řeči nemůže adekvátně rozvíjet. Dítě nemůže přijímat veškeré poznatky všemi smysly a většina jeho poznávání je formou obrázků. Tím je dítě ochuzováno o praktičnost v každodenním životě. Dítě si danou věc či činnost spojí pouze s obrázkem, ale již si s ho nespojí do jiných souvislostí a životních situací. V návaznosti na tento fakt se můžeme u těchto dětí setkávat i s náznaky verbalismu (dítě nadměrně používá slova, aby popsal daný jev). V těžších případech může nastat tzv. vývojová pojmová dysfázie, kdy se vývoj slovní zásoby u těchto dětí zastaví a jejich vyjadřování tak odpovídá pětiletému dítěti (Lechta, 2008, str. 101).

V *morfologicko – syntaktické* rovině dítě dlouho zůstává u jednoslovných vět, kde slovní tvoření není narušeno, ale uniká jim chápání tvorby vět a jejich syntax (Klenková, 2006, str. 189). Nejčastěji je gramatická stránka řeči narušena, pokud se k DMO přidružuje i mentální postižení. Děti s tímto postižením nejčastěji ve větách využívají podstatných jmen, sloves a jmen přídavných (Lechta, 2008, str. 102).

*Pragmatická rovina* je stejně jako to bylo u lexikálně – sémantické ovlivněna nedostatkem podnětů z okolního světa v důsledku narušení motoriky dítěte. Dítě tak mnohdy nezvládá adekvátně odpovídat na kladené otázky a nedokáže odhadnout, jak se v dané situaci zachovat. Chápání jejich komunikačního záměru a komunikačního záměru strany přijímací je tak velice omezené (Lechta, 2008, str. 103).

#### **1.4.4 NARUŠENÍ ŘEČI U DĚTÍ S DMO**

Narušená komunikační schopnost je ve většině případů součástí projevů DMO. V řeči těchto dětí můžeme pozorovat různé zvláštnosti a odchylky. Jedním projevem může být například dysprozódie, kdy řeč jedinců je velice pomalá, rozvázná dokonce až skandovaná. Jedinci se tak potýkají s narušením tempa řeči, kdy pozorujeme kolísání intenzity na hlase. Další obtíží, která ztěžuje mluvní projev dítěte jsou poruchy respirace. Při křečovitém či plytkém dýchání není vydechovaný proud vzduchu natolik



silný, aby z něj bylo možné vytvořit zvuk, důležitý k mluvnímu projevu. V některých formách DMO se u dětí objevuje i nepravidelné dýchání, které také znesnadňuje tvorbu adekvátního zvuku pro mluvní projev. Jako další porucha řeči se může vyskytovat huhňavost, koktavost, a dokonce i mutismus. S čím se dále můžeme setkat je narušené koverbální chování, kdy slabá motorika ovlivňuje i mimický projev jedince. Nedokáží přesně vyjádřit své emoce a jejich mimika mnohdy vůbec neodpovídá jejich aktuálním emocím. Mimické vyjadřování se tak může zdát jako nevhodné. V obličeji mají různé úšklebky a jejich výraz tváře se velice rychle střídá, jednou působí našťvaně, za chvíli se smějí, poté se diví atd. S těmito projevy se může vyskytovat i zvýšený slinotok. Veškeré tyto projevy tak působí pouze rušivým dojmem při komunikaci, ale nijak přímo neovlivňují mluvní projev (Škodová, 2007, str. 411).

Tím, že při DMO dochází k poškození mozku, tak veškeré další příznaky se pak odvíjí od toho, jak silná a kde je situovaná daná léze. Jedna příčina tak může mít za následek mnoho dalších poruch či naopak více příčin může mít za následek stejný obraz řeči (Lechta, 2008, str. 105).

Však nejtypičtější a nejčastější poruchou řeči u dětí s DMO je dysartrie, která se řadí do nejtěžších poruch komunikační schopnosti a představuje problémy v artikulaci řeči. V průběhu let se však dospělo k názoru, že dysartrie nepředstavuje jen celkový problém s artikulací, ale že se sem řadí i respirační obtíže a problémy s tvorbou hlasu (Vítková, 2004, str. 125).

#### **1.4.4.1 Dysartrie**

Dysartrie, jak již bylo výše zmíněno je jednou z nejkomplicovanějších poruch řeči, která je způsobena orgánovým poškozením CNS, která narušila inervaci mluvidel. Jako u většiny poruch záleží i u dysartrie na jejím stupni. V lehčích případech jde o mírné narušení artikulace, zato u těžších případů už můžeme mluvit až o úplné ztrátě schopnosti mluvit. Pokud k tomuto těžkému stupni dojde nemluvíme již o dysartrii, ale anartrii. Při určování dysartrie si musíme zejména dávat pozor, abychom ji nezaměňovaly s dyslálií, kdy je narušeno vyslovování hlásek nikoliv celkový proces artikulace, jako to je u dysartrie. V celku dle způsobu narušení artikulace dysartrii klasifikujeme na šest druhů (Lechta, 2008, str. 108).

Jako první se jedná o *dysartrii korovou*, zde můžeme při artikulaci pozorovat mírný náznak spasticity. To se projevuje na schopnosti uspořádat a tvořit složitější mluvní celky. V doprovodu s vyslovováním se mohou objevovat i mlaskavé zvuky či opakování začátečních slabik na začátku slov (Vítková, 2004, str. 126).

Dalším druhem je *dysartrie pyramidová*, i zde je přítomna spasticita na mluvidlech. Řeč tak působí tvrdě a tvoří se křečovitě. V důsledku je pohyb mluvidel minimální a pomalý, což způsobuje nepřesnou artikulaci. Dítě tak není schopno vyslovovat složitější hlásky, které jsou náročné na pohyb mluvidel. Archaické funkce (polykání, sání, žvýkání) však nejsou narušeny (Vítková, 2004, str. 126).

Následujícím druhem je *dysartrie extrapyramidová*, kde k narušení artikulace přispívají mimovolní pohyby mluvidel. Tyto děti mají problémy s vyslovováním artikulačně těžších hlásek, které vyžadují rozsáhlejší pohyby mluvních orgánů. Jako je zaokrouhlení rtů při vyslovování hlásky „U“ (Lechta, 2008, str. 111).

U *mozečkové dysartrie*, jde především o narušení artikulace z důvodu obrny jazyka. Problémy zde nastávají hlavně při vyslovování souhlásek. Narušení vyslovování daných samohlásek je určeno především místem, kde je jazyk nejvíce postižený obrnou. Jejich řeč se mnohdy přirovnává k řeči jedinců, kteří jsou pod vlivem alkoholu (Lechta, 2008, str. 111). Projevují se zejména skandovanou řečí s nepřiměřeným tempem a intenzitou (Vítková, 2004, str. 127).

Předposlední druh představuje *dysartrii bulbární*, kde je narušeno vyslovování hlásek, které vyžadují přesnou artikulaci a je u nich nutné využívat svalového napětí. Tyto děti nedokážou přesně své svalové napětí korigovat, a tak mnohdy setrvávají v artikulovaných polohách i do jiných hlásek. V tomto případě pozorujeme narušení i v oblasti žvýkání a polykání (Vítková, 2004, str. 127).

Posledním druhem je *kombinovaná dysartrie* a jako už název napovídá, jedná se o kombinaci různých symptomů z výše uvedených druhů dysartrie (Lechta, 2008, str. 111).

#### 1.4.5 LOGOPEDICKÁ INTERVENČE U DĚTÍ S MOZKOVOU OBRNOU

Před provedením logopedického vyšetření je nutné znát údaje z vyšetření od odborníků, jako je psycholog, neurolog, foniatr a oftalmolog. V logopedické péči se pak zabýváme zejména vyšetřováním motorických funkcí (jak tělesných, tak artikulačních), zkoumáme dechové a artikulační schopnosti a rezonanci. Dále se pokračuje ve vyšetření expresivních a receptivních složek řeči včetně pragmatické roviny, kdy zjišťuje, zda dítě dokáže samo vyjadřovat své potřeby (Klenková, 2000, str. 192).

Logopedická péče je u dětí s DMO velice náročná, proto se za největší postup považuje myšlenka Kábeleho, který přišel s šesti zásadami pro logopedickou intervenci.

První je *zásada vývojovosti*, kdy je důležité dbát na přirozený ontologický i fyziologický vývoj. Základem je zjistit aktuální vývojový stupeň dítěte a podle toho pak nastavit průběh logopedické péče. Řadíme zde i podpurné masáže a cviky na rozhýbání mluvních orgánů (Vítková, 2004, str. 129).

Druhou je *zásada reflexnosti*, kdy se využívá zejména reflexně inhibičních poloh, které pomáhají uvolňovat spasticitu a zabraňují možným mimovolným pohybům (Vítková, 2004, str. 129).

Třetí je *zásada rytmizace*, kdy dítě dle rytmu hudby či pěveckého doprovodu logopeda, se snaží zapojit a udržet daný rytmus. Tempo zde není podstatné, to si může dítě dokonce určovat samo. Hudební projev působí velice kladně na psychickou stránku jedince, dovoluje mu se uvolnit a rozpohybovat mluvní orgány (Vítková, 2004, str. 129).

Čtvrtou zásadou je *komplexnost*, zde je hlavním cílem u dítěte dosáhnout kompletní koordinace jak mluvních, tak pohybových projevů. Jde tak o multisenzoriální působení na všechny vjemy dítěte (zrak, sluch, hmat, čich, na motorické schopnosti, orientaci atd.) (Vítková, 2004, str. 129)

Předposlední pátá zásada klade důraz na *kolektivnost*. Vychází z teorie skupinového působení, kdy je dítě podněcováno ke komunikaci. Provádí se většinou v malých skupinách po dvou maximálně čtyřech dětech. Děti se od sebe navzájem učí, získávají mluvní vzor a spontánně konverzuji bez pocitu tlaku ze strany dospělé osoby (Vítková, 2004, str. 129).

Poslední je princip *přiměřenosti a individuálního přístupu*. Logoped by měl v každém případě respektovat požadavky a schopnosti dítěte a dle jeho individuality se přizpůsobovat jeho tempu (Lechta, 2008, str. 115).

Pokud jde o diagnostiku dítěte, jedná se o velice zdoluhavý proces, který může probíhat i na několikrát a v různých polohách dítěte, protože řečový projev dětí s DMO často kolísá a není tak možné udělat závěr jen z jednoho vyšetření. Jde tak o zajištění nejdetailnějšího výsledku, který vychází i z předešlých screeningů, motorických či respiračních vyšetření a mnoho dalších (Škodová, 2007, str. 318).

V terapii se asi nejčastěji používá tzv. Vojtova metoda neboli metodika reflexní lokomoce. Tato metoda se zaměřuje na relaxaci a uvolnění spasticity pomocí stlačování přesně lokalizovaných bodů na těle, které po stlačení vyvolají reflexi. Na základě těchto reflexů dítě dospívá k správnému pohybovému vzoru, který si postupem času fixuje. Jedná se většinou o protichůdné pohyby, než jsou přirozené pohyby dítěte, proto se mnohdy uvádí, že je tato metoda velice bolestivá. Využívá se i tzv. spoušťových bodů pro stimulaci pomocí dýchání. V terapii se využívá ještě Bobathovy metody, která se zaměřuje na motoriku mluvidel. Tato stimulace dítětem umožňuje snáze polykat a přijímat potravu. Důležitá je zde spolupráce s fyzioterapeutem, který přesně určí, v jaké inhibiční poloze se tato terapie bude provádět (Škodová, 2007, str. 320).

#### **1.4.6 VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S DMO**

V dnešní době se nám již naskytuje mnoho možností, jak dítě s DMO vzdělávat a rozvíjet. Stále více se dnes dostávají do popředí střediska rané péče, která dítěti poskytují služby již od jeho narození. Raná péče se tak stará o pomoc rodinám v každodenních činnostech, začleňování do společnosti a dává rodinám rady ohledně domácích cvičení a obecně péče o postižené dítě. Velkou výhodou je, že pracovník

z rané péče dojíždí za danu rodinou a veškeré věci s dítětem provádí v domácím prostředí a v přítomnosti rodiny (Kunhutová, online. 2023-02-11).

Ve věku, kdy by dítě mělo nastoupit do školky je v dnešní době již možná integrace dítěte do běžných školek a základních škol. Jedná se ale především o děti s mírným stupněm postižení, které jsou schopné samoobsluhy. V takovýchto případech se další postupy určují dle rozhodnutí školského poradenského zařízení a písemným souhlasem zákonného zástupce žáka. Žákovi je poté sestaven individuální vzdělávací plán, podle kterého se pak učitelé a veškerý pracovníci školy řídí. Do třídy může být přidělen buď asistent pedagoga, nebo osobní asistent, který se krom zvládnání učiva žáka stará i o jeho samoobsluhu. Rodiče, kteří si nejsou jisti, do jaké školy své dítě dát, tak můžou vždy kontaktovat speciálně pedagogická centra, která jim vždy pomůžou (Kunhutová, online. 2023-02-11).

Děti s těžším stupněm postižení mohou docházet buď do speciálně zaměřené školy dle jejich typu postižení či do základních škol speciálních (především pro děti s autismem, tělesným či kombinovaným postižením) (Kunhutová, online. 2023-02-11).

## 2 SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI

### 2.1 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

Symptomatické poruchy řeči patří mezi široké spektrum obtíží, které jsou součástí narušené komunikační schopnosti. Dle Lechty (2003, str.17) se o narušené komunikační schopnosti dá hovořit tehdy, pokud je při komunikaci patrné narušení jedné či více rovin jazykových projevů člověka, které negativně ovlivňují plynulý průběh komunikace a potlačují její záměr.

Narušení komunikační schopnosti nezasahuje pouze verbální projevy, promítá se také do neverbální roviny komunikace, která je založena na rozumění, například grafické formě komunikace (Slowík, 2016, str. 87).

Pokud se jedná o problém v oblasti verbálního projevu, jedná se hlavně o narušení expresivní složky řeči, která ovlivňuje její komplexní kvalitu. Obtíže s narušením komunikační schopnosti se mohou projevit i v oblasti percepční (receptivní) složky řeči, ovlivňující porozumění celkového komunikačního projevu, zde se pak mluví o narušení složky receptivní. Z hlediska trvání obtíží můžeme narušenou komunikační schopnosti rozdělit na trvalou (uvádí se například u jedinců s těžkým postižením) nebo přechodnou (předpokládá se, že v budoucnosti se komunikační schopnost tohoto jedince zlepší a upraví) (Lechta, 2003, str. 18).

I když je logopedie poměrně novým oborem, její rozvoj probíhá celkem rychle. V minulosti byla pozornost věnována zejména zvukové stránce projevu, jako je výslovnost, artikulace a dýchání. Postupem času se však poukázalo na to, že by se stejná pozornost měla věnovat i samotné gramatické stránce komunikačního projevu. V souladu s ní i slovní zásobě a koverbálnímu chování. Veškeré složky komunikace se tak začaly podrobně rozpracovávat, a proto v dnešní době, každá problematika komunikační schopnosti má již své vlastní oddělení, které je specializované na jeden daný problém dopodrobna (př: afaziologie, balbutologie) (Lechta, 2008, str. 51).

Posuzování úrovně narušené komunikační schopnosti není často jednoduchý proces. Je potřeba na jedince nahlížet komplexně. Podstatné jsou podmínky, ve kterých jedinec

vyrůstal či žije (př. multikulturní prostředí) v jakém kulturním prostředí žil nebo žije, dále například vzdělání, kariéra (např. mluvní profesionál; herec, politik, učitel apod.). Proto se při vyšetření nelze zabývat pouze formální stránkou řeči, ale musí se na problém nahlížet ze všech rovin jazykových projevů (Klenková, 2006, stránky 52-53).

### **2.1.1 JAZYKOVÉ ROVINY V ONTOGENEZI ŘEČI**

Proto abychom mohly charakterizovat řečový vývoj, musíme se zaměřit na ontogenezi řeči a s ní spojené jazykové roviny. Je samozřejmé, že v samotném ontogenetickém vývoji se všechny tyto roviny prolínají a probíhají současně (Klenková, 2000, str. 41).

#### **Morfologicko – syntaktická rovina**

Jedná se o rovinu, která se zaměřuje na gramatickou stavbu řeči. Zejména tato rovina může poukázat na vývoj dětského intelektu. V jiných rovinách může docházet k různému zkreslení, protože dítě nemusí být v dané činnosti tak zdatné, a tak může docházet k zastiňování pravého intelektu dítěte. Zato u této roviny ke zkreslení většinou nedochází, protože úroveň gramatických schopností jde současně s vývojem intelektu (Lechta, 2008, str. 83).

Zkoumání této jazykové roviny může probíhat až po začátku vývoje vlastní řeči, tedy, kolem 1. roku života. Dítě v tomto období začíná užívat jednoslovné věty, a slova skládající se z opakování stejných slabik (baba, tata, mama). Při vývoji dítěte si tak musíme všimnout, jak se jeho slovní zásoba rozšiřuje a jaké slovní druhy používá. Zprvu dítě používá hlavně podstatná jména a slovesa. Kolem 4. roku by už dítě mělo používat všechny slovní druhy a gramaticky správných mluvnických kategoriích. Dítě by si mělo být vědomo pravidel syntaxe, které by mělo ovládat naprosto přirozeně bez cíleného učení. Pokud dítě dělá gramatické chyby do 4 let věku, jedná se o fyziologický dysgramatismus. Pokud však dítě dělá zásadní chyby i po tomto věku, je nutné se už zamyslet, zda by se nemohlo jednat o narušení vývoje řeči (Klenková, 2006, stránky 37-38).

## **Lexikálně – sémantická rovina**

Tato rovina se zabývá rozvojem aktivní a pasivní slovní zásoby dítěte. U zdravého jedince se tato rovina začíná projevovat okolo 10. měsíce, kdy dítě začíná rozumět některým slovům, nebo lépe řečeno zvukům. Zprvu dítě bere veškerá první slova jako mnohovýznamová, což znamená, že jedno slovo lze použít pro označení několika věcí (př. mňau označuje veškerá chlupatá zvířata, která mají čtyři nohy). Tomuto jevu se říká *hypergeneralizace*. Tento jev s postupem času a s navyšováním slovní zásoby mizí (Klenková, 2006, str. 38).

Dle provedených výzkumů je známo, že roční dítě by mělo aktivně ovládat kolem 5-7 slov. Dvouleté dítě by již slovní zásobu mělo mít rozšířeno na 200 slov, do konce čtvrtého roku až na 1500 slov a s nástupem šestého roku by se měla slovní zásoba pohybovat okolo 3000 slov (Klenková, 2006, str. 39).

## **Foneticko – fonologická rovina**

Tato rovina souvisí se schopností dítěte správně artikulovat, je také zároveň vnímána jako nejčastější problém narušené komunikační schopnosti v populaci. Při hlubším zkoumání této jazykové roviny je zajímavé téma vývoje posloupnosti užívání konkrétních hlásek v řeči dítěte, které hlásky dítě začíná realizovat jako první. Jeden z názorů byl, že dítě postupuje od artikulačně jednodušších po ty obtížnější, ale tato teorie byla brzy vyvrácena. Dnes máme v logopedii přesně určený systém, který určuje pořadí fixace jednotlivých hlásek. Jako první dítě fixuje samohlásky a poté souhlásky v pořadí: závěrové, úžinové, jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření (Klenková, 2006, stránky 39-40).

## **Rovina pragmatická**

Pokud dítě ovládá veškeré předešlé roviny, je nutné, aby je i dokázalo správně použít v praxi. Tato rovina řeči souvisí zejména se sociálním uplatněním komunikační schopnosti, ve které se odráží jak psychologické, tak sociální aspekty. Dítě by mělo umět na situace adekvátně reagovat již kolem třetího roku a používat komunikační vzorce na nastalé situace. Dítě by správně mělo i bez povědomí o pravidlech intuitivně



pochopit nastalé situace a reagovat na ně odpovídajícím způsobem (Klenková, 2006, stránky 40-41).

### **2.1.2 DIAGNOSTIKA NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI**

Diagnostika je proces, který je zacílený na zjišťování druhu a rozsahu narušené komunikační schopnosti, jako východisko pro stanovení adekvátní terapie. Musíme se v ní zaměřovat nejen na výše zmíněné jazykové roviny, ale také musíme dbát na samotný komunikační záměr jedince. Protože diagnostika NKS by měla být dostatečně odborná, může být tento proces v některých případech i dlouhodobější a obsáhlejší. Na ideálním multioborovém přístupu se podílejí různí specialisté – lékaři, pedagogové, kliničtí psychologové, kliničtí logopedi, ortopedi, foniatři, neurologové a další. Díky pohledům každého z těchto odborníků se tak dotváří detailní a kompletní obraz dané diagnózy narušené komunikační schopnosti. Nejdůležitější však pro správné určení finální diagnózy je obsáhnout všechny tři části diagnostiky NKS. První částí je vymezení příčiny problému tzn. zjištění etiologie. Druhá část se zaměřuje na vyloučení příčiny problému z důvodu nějaké jiné orgánové nemoci tzn. zaměření se na oblast morfologickou. A poslední část se zaměřuje na možné funkční změny orgánů tzn. zaměření se na oblast funkční (Vítková, 2004, stránky 96-98).

Při diagnostice se právě vychází z výše zmíněných oblastí, které stanoví, zda se jedná skutečně o NKS, nebo o fyziologický jev. Při diagnostice NKS je vhodné zaměřit se nejdříve na původ či vznik obtíží jedince, stanovit, zda je vrozený, nebo je získaný. Dalším důležitým faktorem je stanovit, zda NKS je u jedince dominantním postižením, nebo zda se jedná pouze o symptom jiného dominantního zdravotního postižení (v tomto případě hovoříme o symptomatických poruchách řeči). V neposlední řadě je nutné na problém nahlédnout i ze strany diagnostiky psychologické ve které je důležité odhalit aktuální stupeň vývoje jedince a jeho možnou odchylku vývoje od věkové normy (Vítková, 2004, str. 98).

Pro diagnostiku a zejména orientační vyšetření je důležité nahlédnout na dosaženou úroveň ontogeneze řeči u daného dítěte. Tyto úrovně se dělí do pěti období podle dosaženého věku a činností, které by dané dítě v tomto období mělo ovládat. V těchto

obdobích se vychází ze znalosti jazykových rovin řeči v ontogenezi řeči. (Lechta, 2003, str. 32).

Prvním je období *pragmatizace*, které mapuje období od narození po první rok dítěte. Důraz se zde klade zejména na ovládání prvních reflexů, pohybů a mimiky. Druhé je období *sémantizace*, které je datováno od prvního do druhého roku života dítěte. Zde se klade zejména důraz na vývoj řeči (první slova, neverbální komunikace, schopnost předání informace). Třetím je období *leximalizace*, které trvá od druhého do třetího roku života. Zde se klade důraz na správné vyslovování hlásek, tvoření prvních vět, chápání významu slov „já, moje“, rozlišuje i rozdíly (malý – velký). Čtvrté období je období *gramatizace*. Jedná se o období od třetího do čtvrtého roku života dítěte. V tomto období dítě již používá složitější věty, chápe obsahy slov a ke konci tohoto období by již měly pomalu vymizet dysgramatismy. Poslední páté období je období *intelektualizace*, které je datováno od čtvrtého roku výš. Zde by už dítě mělo perfektně ovládat gramatická hlediska mluvy, dokáže adekvátně odpovídat na otázky, jeho projev jak mluvený, čtený a psaný by se měl pomalu podobat projevu dospělého jedince (Lechta, 2003, str. 32).

Zaměřujeme se také na individuální zvláštnosti jedince a zjištění příčin těchto zvláštností. Toto psychologické nahlížení tak pomáhá v diagnostice dbát na individuální schopnosti a zvláštnosti jedince. To poté napomáhá při určování budoucí terapie a způsobu zacházení s jedincem při jejím výkonu (Vítková, 2004, str. 98).

Hlavní je se při diagnostice vyvarovat rychlé povrchní diagnostice, která může přecházet mnoho okolností, které nejdou na první pohled vidět. Proto by se nemělo usuzovat pouze z prvního dojmu a žít s „haló“ efektem (tendence hodnotit člověka jen na základě jednoho nejzřetelnějšího znaku). Tento způsob diagnostiky, tak může mnohdy místo urychlení přinést více škody než užitku. Proto se vždy snažíme dosáhnout té nejpresnější diagnózy za neoptimálnější čas. V dnešní době se zejména pro urychlení složitějších případů používá průběžná diagnostika, kdy zároveň probíhá proces diagnostiky a zároveň je u jedince prováděna terapie. Možná se může zdát, že se poté ztrácí význam samotné diagnostiky, když se již zahájila terapie. Výzkumy však ukázaly na fakt, že pokud je u jedince obtížně stanovitelná etiologie problému, přechází se do fáze terapie, která daný problém může pomoci odhalit, a tak vyřešit diagnostický

blok. Proto se průběžná diagnostika stala populárním způsobem, jak dospět k časově optimální a zároveň přesné diagnózy (Lechta, 2003, str. 26).

Při diagnostickém procesu si nejprve zpracujeme veškeré výpovědi od jedince s NKS a na jejich základě pak stanovujeme daný problém. Z problému pak přecházíme k stanovení hypotéz a z nich poté tvoříme speciální diagnostiku. Z celého tohoto procesu vychází diagnóza. Od chvíle určení diagnózy se pak může přejít k navržení vhodných metod, prostředků a forem k zahájení terapie. V celém průběhu terapie se diagnostika ještě upravuje a doplňuje. Jako posledním krokem je výstupní vyšetření jedince, kde se probírá celý průběh diagnostiky a terapie znova, zaměřuje se na současný stav jedince a hodnotí se celková úspěšnost celého procesu (Vítková, 2004, stránky 99-100).

## **2.2 POJETÍ SYMPTOMATICKÝCH PORUCH ŘEČI**

O symptomatických poruchách řeči můžeme mluvit tehdy, pokud se narušená komunikační schopnost stává sekundárním symptomem dominujícího postižení, poruchy nebo nemoci. Tento symptom se však mnohdy pro dané postižení stává zásadním, a dokonce nám úroveň komunikační schopnosti může být nápomocná při určování stupně primárního postižení např. při určování stupně mentálního postižení. Symptomatické poruchy řeči se vyskytují zejména u dětí s mozkovou obrnou, mentálním postižením, neslyšících a dalších. V posledních letech se výzkum této poruchy stal významný zejména proto, že se mnohdy narušená komunikační schopnost mohla zdát tak závažná, že se chybně jevila jako primární postižení. Přitom byla jen příznakem začínajícího mnohem závažnějšího jiného onemocnění. Proto včasné povšimnutí si této chyby může být prevencí proti zhoršování daného onemocnění či zamezení způsobování jejich negativních důsledků (Lechta, 2008, str. 52).

### **2.2.1 VZNIK SYMPTOMATICKÝCH PORUCH**

Vznik těchto poruch může být velice různorodý a mnohdy je tak obtížné jej určit. Záleží na mnohých etiologických faktorech, které se na první pohled můžou zdát stejné, a proto je velice obtížné je od sebe diferenciovat. „Dochází často ke zpětné vazbě nejen mezi příčinami a jejich následky, ale i mezi jednotlivými příčinami.“ (Vítková, 2004,

str. 123) Lechta (2008) jako příklad uvádí, že v důsledku poškození mozku a jeho struktur dochází ke vzniku mozkové obrny, u které je doprovodným znakem narušená komunikační schopnost. Poškozením mozku se tak ovlivňuje intelekt, což působí i na psychické složky dítěte. Veškeré tyto narušení ovlivňují pozdější vývoj řeči. Sám Lechta proto zavedl tři základní případy, které zapříčiňují vzniku symptomatických poruch řeči (Lechta, 2008, str. 53).

První případ je, pokud primární příčina způsobí dominantní postižení a zároveň je doprovázeno narušenou komunikační schopností. Zde se poté bavíme o symptomatické poruše řeči (Vítková, 2004, str. 123).

Druhý případ je když: „*Primární příčina (např. orgánové poškození mozku) způsobí dominující postižení (např. mentální postižení) se sekundárně narušenou komunikační schopností. Současně však tatož primární příčina způsobí i paralelní postižení či poškození (např. inervace mluvních orgánů) s jeho dalším negativním vlivem na komunikační schopnost*“ (Lechta, 2008, str. 53).

Poslední případ nastává, pokud jedna nebo více primárních příčin negativně ovlivňuje komunikační schopnost jedince. Například nevidomé osoby mají sklony k verbalismu, protože mnohá slova si nedokáží pořádně představit, a tak je užívají chybně a bez hlubšího pochopení jejich významu. Současně do této skupiny patří i vliv negativního působení prostředí na dítě, které jeho vývoj řeči může také zásadně zpomalit či ho narušit (Vítková, 2004, str. 123).

Tyto tři případy jsou však pouze ukázkové a mají jen napomáhat pro orientaci při určování příčin této poruchy. Naznačují však faktory, které by se při diagnostice měly brát v úvahu a které jsou možným vodítkem pro další postupy. To však neznamená, že jsou dokonalým vodítkem pro přesné určení příčin. Jak již bylo zmíněno, příčiny můžou být různorodé a mnohdy se kryjí s důsledky, které jsou od sebe těžko rozlišitelné. Nelze proto určit jasný vztah příčina – následek a je tak nutné se na každého jedince zaměřovat individuálně a každý případný náznak, možné příčiny pořádně prozkoumat. Při určování příčin také záleží na období, kdy k postižení došlo, zda u dítěte již proběhla nějaká logopedická péče nebo zda dítě vyrůstalo v dostatečně podnětném rodinném prostředí. Z výzkumů a poznatků ostatních autorů také vyplývá, že u každého dítěte,

které trpí nějakým postižením se vyskytuje v nějaké formě narušená komunikační schopnost (Lechta, 2008, stránky 54-55).

Symptomatické poruchy řeči poté třídíme dle typických znaků na specifické a nespecifické. Specifické jsou charakteristické pouze pro jeden konkrétní druh postižení. U jiných postižení se tato specifická odlišnost nevyskytuje. Může se jednat například o již výše zmíněný verbalismus u nevidomých či dysprozódii u dětí s vrozenou hluchotou. Nespecifické jsou pak ostatní zvláštnosti, které se mohou vyskytovat u více postižení a tím pádem nejsou charakteristická pro žádné konkrétní postižení (Lechta, 2008, str. 55).

### 3 ŘEČ U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mentální postižení je trvalý nevratný stav, kdy došlo k narušení nebo úplnému zastavení duševního vývoje. Tento jev se projevuje během celého vývoje jedince snížením jeho dovedností a obecně opožděným vývojem v různých činnostech. Zpomalený vývoj také snižuje jedincovu inteligenci, protože jeho poznávání věcí a jevů je znatelně zpomaleno. Na jedinci jde tak pozorovat zpomalený řečový vývoj, má problémy s ovládnutím jemné i hrubé motoriky, špatně navazuje sociální vztahy atd. Mentální postižení se může vyskytovat jednotlivě, ale také může být doprovázeno jinými postiženími (tělesné, duševní) (Vítková, 2004, str. 130).

Pojem mentálního postižení je velice široký a zahrnuje pod sebou mnoho svých podob a stupňů. Řadíme zde i různé syndromy, které jsou způsobeny genetickou poruchou na určitém chromozomu. Tato porucha způsobuje porušení mozku a tím i vznik mentálního postižení (Bazalová, 2014, str. 12). Nejčastěji se sem řadí Downův syndrom (chromozomální aberace, trisomie 21. chromozomu). Výraznými rysy je plochý obličej, malý vzrůst a krátké končetiny (Bazalová, 2014, str. 28). Dále můžeme uvést ještě Prader-Williho syndrom (genetická porucha 15. chromozomu). Tyto děti jsou občas přirovnávány k Otesánkovi, protože mají nutkání stále něco jíst a mnohdy se vyznačují obezitou (Bazalová, 2014, str. 31). A jako poslední si můžeme zmínit ještě Williamsův syndrom (genetická porucha 7. chromozomu). Osoby s tímto postižením se vyznačují širokým čelem, velkými ústy nebo hvězdovitým vzorem duhovky (Bazalová, 2014, str. 34).

Jak je již výše zmíněno mentální postižení vzniká na základě organického poškození mozku, dalšími příčinami však mohou být i genetické vady, různé nemoci a poškození, které vznikly v období pre-, peri- a postnatálním (Klenková, 2006, str. 197).

Mentální postižení se může dělit nejen dle jeho stupně závažnosti, ale také na základě doby vzniku. Buď se tedy jedná o oligofrenii, kdy je jedinec opožděný v duševním vývoji již v období pre-, peri- nebo raně postnatálním. Nebo se jedná o demenci, která nastává v důsledku poškození mozku v průběhu života, nejčastěji je spojována se seniorským věkem. Může se však vyskytovat i dříve v důsledku mozkových příhod, úrazů hlavy či různých onemocnění. Dále rozlišujeme, zda se jedná

o demenci celkovou, kdy člověk ztrácí skoro veškeré rozumové schopnosti, nebo o demenci částečnou, která narušuje jen určité složky intelektu jedince (Švarcová, 2011, str. 28).

Při jednání s mentálně postiženým dítětem bychom měli brát ohled na to, že dítě nemůžeme srovnávat se zdravým jedincem stejné věkové kategorie. K těmto dětem se musí přistupovat způsobem odpovídající jeho inteligenčnímu kvocientu. O mentálním postižení hovoříme, pokud se IQ dítěte pohybuje od 69 bodů níž. IQ však není jediným důležitým faktorem při diagnostice mentálního postižení, samozřejmě se musí brát v potaz i celková osobnost daného dítěte (Bazalová, 2014, str. 15).

U mentálně postižených dětí se nejčastěji v oblasti narušené komunikační schopnosti setkáváme s dyslálií. Dyslálie „*Může postihovat buď jednotlivé hlásky, nebo hláskové skupiny ve slabikách, popřípadě ve slovech.*“ (Sovák, 1974, str. 92). Podle toho se poté určuje, zda jde o dyslálii slabikovou, nebo slovní. Ta se vyznačuje nesprávnou artikulací sykavek a hlásky R. U mentálně postižených dětí se vyskytuje problém i ve výslovnosti mnohem jednodušších hlásek (V, F, P) (Lechta, 2008, str. 91). Jako další se u těchto dětí může projevit breptavost mnohdy spojená s koktavostí, huhňavost a v případě narušené motoriky i dysartrie (Klenková, 2006, stránky 200-201).

Pokud se zaměříme na etiologii mentálního postižení, zjistíme, že je velice rozmanitá a složitá. Hlavní roli zde hraje zejména výše zmiňované organické či funkční poškození mozku, nebo syndromy způsobené genetickými poruchami. Dalšími příčinami může být intoxikace (matka užívá v průběhu těhotenství drogy, alkohol či jiné návykové látky), metabolické poruchy v těhotenství, nebo následky traumat (hypoxie – vzniká pokud při porodu se plodu nedostává dostatečný přísun kyslíku) (Slowík, 2016, stránky 113-114). V období postnatálním se u dítěte mohou začít projevovat genetické faktory. Problematické se můžou stát i různá infekční onemocnění či úrazy dítěte (Bazalová, 2014, str. 16).

V souvislosti se nám naskytne jedna otázka. Může mít na vznik mentálního postižení vliv i vnější prostředí? Záleží na tom, jak si otázku vyložíme. Pokud bychom to brali z pohledu, že za vznik mentálního postižení může vnější prostředí, tak odpověď je ne. Vychází to už ze samotné definice mentálního postižení, které zdůrazňuje že se

jedná o duševní poruchu způsobenou poškozením mozku. Negativní vliv vnějšího prostředí nijak nepoškozuje fungování centrální nervové soustavy, ale dokáže pouze ovlivnit jedincův vývoj. Pokud se dítě nachází v negativním nepodnětném prostředí, může u něj dojít k sociální či psychické deprivaci, která může způsobit snížení jeho IQ i o 10 až 20 bodů. V tomto případě se však nebavíme o mentálním postižení jako takovém ale o pouhé *zdánlivé mentální retardaci*. Na druhou stranu, pokud bude dítě vyrůstat v podnětném prostředí, kde mu rodiče budou věnovat veškerou pozornost, budou rozvíjet jeho schopnosti a pomáhat mu, může klidně dojít i ke zlepšení a případnému zvýšení jeho IQ (Bazalová, 2014, str. 16).

Abychom možnému mentálnímu postižení předešli můžeme se zaměřit na prevenci, která se snaží zamezit vzniku samotné vady (primární prevence), nebo se snaží zabránit tomu, aby došlo k trvalým funkčním omezení či postižení (sekundární prevence). To může zahrnovat péči o matku její výživu, snaha o upozornění na rizika od lékaře, chození na preventivní prohlídky, zajištění psychologické podpory atd. Množství možných příčin mentálního postižení je široké množství, a proto je i velice obtížné stanovit jednotnou prevenci. Proto vzniklo *desatero*, které formulovala *Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené* (Švarcová, 2011, str. 43).

### **3.1 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

U mentálně postižených dětí se porucha řeči jeví jako jeden z nejnápadnějších příznaků. Vývoj jejich řeči je výrazně opožděn v porovnání se zdravými jedinci. Nejčastěji se u nich projevují normové odchylky v oblasti gramatické, zvukové a obsahové stránky řeči. Vývoj řeči však ovlivňuje i typ mentální retardace. První je dítě *eretického* typu, které má potíže se soustředěním a udržením se v klidu. A druhé je dítě *apatického* typu, které nemá zájem komunikovat, nemá zájem něco dělat (Klenková, Logopedie, 2006, stránky 198,199). Při hodnocení vývoje řeči je také důležité se držet základních jazykových rovin.



### 3.1.1 ODCHYLKY VE VÝVOJI ŘEČI DLE JAZYKOVÝCH ROVIN

Prvně se zaměříme na *lexikálně-sémantickou rovinu*, ve které se odráží výrazně chudá slovní zásoba mentálně postižených dětí. Děti jen ojediněle používají slova vyjadřující vlastnosti či slova určující kvalitu předmětů. Od toho se také odvíjí, že ve slovní zásobě těchto dětí se pouze zřídka vyskytují přídavná jména. V jejich slovníku jsou obsažena zejména podstatná jména předmětů, která v se v běžném životě používají nejčastěji. Také se ukázalo, že tyto děti mnohdy jedno slovo spojují s řadou podobných ale i nepodobných předmětů a jevů. Schopnost generalizace je u nich na velice nízké úrovni (Lechta, 2008, stránky 82-83).

Další rovinu představuje *morfologicko-syntaktická*. Ovládání gramatiky je pro mentálně postižené jedince velice náročné, a proto pouze někteří jedinci s lehčím stupněm ji dokážou ovládat. Většinou však i u těchto jedinců jsou přítomné dysgramatismy. Syntax je u jedinců tvořen pomalu a je otázka, zda se vůbec vytvoří. U jedinců s lehkým stupněm se syntax může vyskytovat okolo šesti, sedmi let jedince. Teprve až v tomto období začínají tvořit složitější větné celky a ustupují od jednoduchých vět. Zvláštností je, že dítě většinou na začátek věty vkládá slova, která mají pro ně největší význam. To může způsobovat agramatické postavení celého větného celku. Pro tyto děti je i velice obtížné pochopit fungování pravidel a výjimek v českém jazyce (Lechta, 2008, stránky 83-84).

Ve *foneticko-fonologické rovině* může dojít k mnohým spekulacím v souvislosti mezi stupněm intelektu se schopností správné výslovnosti dítěte. Někdo by mohl předpokládat, že intelekt ovlivňuje i schopnost výslovnosti, ale není to vždy pravidlem. Problémy s artikulací u mentálně postižených však připisujeme zejména k jejich pozdější schopnosti hovořit. Z toho vyplývá, že jejich artikulační schopnosti zaostávají také, protože neměli tolik praxe na to, aby si správnou artikulaci osvojili. S těmito problémy je úzce spojena i motorická neobratnost těchto dětí. Správná fixace hlásek se tak posouvá až do školního věku, kdy v průběhu školní docházky stále jejich fixace pokračuje (Lechta, 2008, stránky 85-86).

Poslední je *pragmatická rovina*, která je ze všech nejméně prozkoumaná. Je však potvrzené, že děti s mentálním postižením mají velké problémy s chápáním vlastní komunikační role ve společnosti. Mnohdy jsou jejich reakce na situace neadekvátní a neodpovídají komunikačním standardům. Jsou však schopné si základní pragmatické dovednosti osvojit např. neskákat druhým do řeči (Lechta, 2008, str. 86).

## **3.2 VÝVOJ ŘEČI DLE KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ**

### **3.2.1 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Lehkým mentálním postižením se rozumí osoba v rozmezí od 69 do 50 bodů IQ. U těchto jedinců je vývoj řeči většinou opožděn o jeden až dva roky v porovnání se zdravým jedincem. Tyto děti jsou schopné chápat abstrakce, takže dospívají až na úroveň druhé signální soustavy (Lechta, 2008, str. 79). U těchto dětí se zvláštnosti v řeči nemusí zdát tak nápadné. Stále však tyto děti mají problémy s usuzováním. Pokud se dostanou do náhlé komunikační situace, jejich reakce již nemusí být adekvátní. Tyto děti žijí především z naučených stereotypů, které ovládají a dokážou s nimi bez problému komunikovat, nepředvídatelné situace jim však tyto stereotypy narušují a děti jsou tak zmatené (Klenková, 2006, str. 199). Zajímavostí je, že tyto problémy mohou u dítěte nastat z důvodu neadekvátní harmonie mezi vnitřní a vnější řečí (Lechta, 2008, str. 79). Artikulace u těchto dětí nebývá většinou narušena (zejména u dětí s nenarušenou motorikou, které bez problému ovládají napodobování) problém zde představuje hlavně samotné porozumění obsahu řeči. To se však dá předpokládat, protože porozumění se pojí s vyšší inteligence jedince (Klenková, 2006, str. 199).

### **3.2.2 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ SE STŘEDNÍM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

U těchto dětí je opožděný vývoj řeči jasně viditelný. Řeč se u nich začíná rozvíjet až kolem třetího, mnohdy až šestého roku života. Pokud se jedná pouze o lehčí formu, může být řeč u tohoto dítěte stále poměrně dobře rozvinutá (Lechta, 2008, str. 78). Když se podíváme na porovnání s těžkým mentálním postižením, vidíme v řečových

schopnostech velké rozdíly. Zato v porovnávání lehkého a středního mentálního postižení již takové rozdíly nepozorujeme a nejsou na první pohled tak nápadné (Klenková, 2006, str. 199). Děti jsou schopné úrovní dosáhnout první signální soustavy, dokážou ovládat podmíněné reflexní činnosti, mechanicky zvládají napodobovat i delší větné celky. Obsah jejich sdělení jim však uniká. Stejně jako u lehkého mentálního postižení je i u těchto dětí poměrně dobře rozvinutá napodobovací schopnost. S tím také souvisí častý výskyt echolalie (bezmyšlenkovité opakování slov po druhé osobě, bez chápání jejich přesného významu (Lechta, 2008, str. 79). Většina jejich schopnosti napodobovat je spíše pasivního původu než uvědomělé vlastní iniciativy. Slovní vyjadřování těchto dětí je většinou na úrovni signálních zvuků. Jsou však stále schopné si osvojit základy čtení, psaní a počítání (Vítková, 2004, stránky 131-132). Tyto děti mají stále šanci si do budoucna osvojit základy sebeobsluhy, dorozumívání se s okolím, socializace i osvojení primárních pracovních dovedností (Lechta, 2008, str. 79).

### **3.2.3 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S TĚŽKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Řečový vývoj u těchto dětí buď velice zaostává, nebo se u nich řeč nerozvine vůbec. Jejich projevy zůstávají na úrovni pudových řečových projevů. Jedincovy zvukové projevy se odlišují pouze podle emocí (naštvaný, veselý, zda o něco žádá atd.). Melodie a dynamika řeči je velice nízká, takže i její rozumění je obtížné. I zde se ve velké míře projevuje echolalie. Dítě si dokáže zapamatovat jen základní a jednoduchá slova každodenního života. Je u nich nutná asistence, samostatnost je skoro nemožná. Jsou po celý život odkázáni na pomoc druhé osoby (Klenková, 2006, str. 199).

### **3.2.4 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S HLUBOKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

U těchto dětí se řeč nevyvíjí, jejich nervová činnost nedokáže dosáhnout vyšší úrovně. Veškeré jejich projevy se odvíjí od pudových reakcí projevující se vydáváním neartikulovaných zvuků. Stejně tak mimické projevy nejsou skoro znatelné (Lechta, 2008, str. 78) Nedokážou tak pořádně vyjádřit své emoce, pocity a potřeby. Dorozumívání s nimi je velice náročné i kvůli jejich slabé motorice a skoro neschopnosti neverbálně komunikovat (Klenková, 2006, str. 198). Někteří jedinci však

dokážou reagovat na zavolání, plní příkazy a alespoň přizpůsobují vydávaný zvuk dle jejich emocí. U šikovnějších jedinců lze stimulací dojít i k vyvození základních slov, jako je oslovení rodičů "máma, táta". Jejich znění je však velice nesrozumitelné a dysgramatické. Naštěstí se tato forma nevyskytuje tak často (Lechta, 2008, str. 78).

### **3.3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ**

Jako u každého jiného postižení je velice důležité zahájit co nejčasnější diagnostiku a zajistit, aby se předešlo negativním důsledkům v souvislosti s narušenou komunikační schopností. Správně by se intervence měla zahájit hned jak se postižení zjistí, protože čím dříve se zahájí, tím pravděpodobnější je šance na zlepšení. Nejlépe se dá dětská psychika a fyziologie ovlivňovat v raném věku, kdy ještě tyto funkce nejsou fixovány (Klenková, 2006, str. 201). Důležité je i dbát na individualitu daného dítěte a přizpůsobovat veškerou činnost tak, aby odpovídala jeho schopnostem a zájmům.

Již od raného věku by se mělo dbát na dodržování správného řečového vzoru a podporovat jeho vokalizaci. Nejlepší je forma nápodoby, kdy po dítěti opakujeme správně vyslovené zvuky a podporujeme ho v jeho vývoji (Bazalová, 2014, str. 65). Imitaci mentálně postižené děti ovládají poměrně dobře, dokáží napodobit melodii, tón i přízvuk řeči. Problémem však je, že tyto děti k imitaci nedospívají automaticky, mnohdy necítí potřebu napodobovat, proto je nutné dát těmto dětem k napodobování nějaký podnět. Nejčastěji je doporučované „zrcadlo“, kdy rodič napodobuje pohyby dítěte. Dítě si zapamatuje chování rodiče a začne později napodobovat také. Než však k tomu dospěje, bude muset rodič opakovat jeho snahy několikrát. Uvádí se, že aby si mentálně postižené dítě osvojilo nějakou akci je nutné mu to zopakovat sto krát až tři sta krát (Lechta, 2008, stránky 87-88).

Při logopedické péči se logoped prvně zaměřuje na verbální věk dítěte, který zjišťuje přes jeho slovní zásobu. Schopnost vyslovovat se tak odkládá až na pozdější dobu, kdy je u dítěte zřejmé, že ovládá alespoň základní slovní zásobu. Správně by se při rozvíjení řeči mělo u těchto dětí „*postupovat od základního řečového materiálu (hlasu), přes významové zvuky až k tvorbě pojmů.*“ (Klenková, 2006, str. 202). Dále je u dítěte důležité rozvíjet jeho motorické schopnosti, zrakové a sluchové percepcie

a fonematické diferenciaci. K tomu můžou napomáhat i různá cvičení, masáže artikulačního aparátu atd. (Klenková, 2006, str. 202).

Jednou z nejnámějších terapeutických metod je bazální stimulace, u které se pracuje s myšlenkou schopnosti adaptace CNS i při jejím těžkém poškození. Jde tedy hlavně o včasnou aktivaci korových oblastí mozku. Pokud se aktivace vydaří je stále možné zvyšovat mozkové funkce přes stimulaci receptorů aferentními drahami. V bazální stimulaci se využívá zejména podnětů *somatických* (masáže různých částí těla, doteky, užívání percepce různých materiálů jako jsou žínky, ručníky, látky atd.), *vibračních* (působení vibrátory na části těla, zejména klouby), *vestibulárních* (pohyb těla v prostoru, držení rovnováhy, kolébání na terapeutickém válci či míči), *orálních* (zvuková zpětná vazba dítěti pomocí zesilovače či barevných světel), *čichových a chuťových* (používání potravin pro stimulaci rtů), *taktilně – haptických* (osahávání různých předmětů, hlazení atd.) a *vizuálních* (využívání světelných efektů) (Valenta, 2003, str. 226).

### **3.4 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Vzdělávání dětí s mentálním postižením je možné buď v běžném typu škol, nebo ve školách speciálních v rámci speciálního vzdělávání. V dnešní době se především klade důraz na inkluzivní vzdělávání, kdy jsou děti s mentálním postižením integrovány do běžných škol. Takto se děti začleňují do běžného školního prostředí na běžných základních školách a jsou jim poskytována veškerá podpůrná opatření. Integraci se zabývá *školský zákon: zákon č. 561/2004 Sb. A jeho vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. Pro vzdělávání postižených žáků platí stejný systém jako u žáků zdravých. Plní vždy povinnou devíti letou docházku s možností jednoho opakování ročníku na prvním i druhém stupni. Maximálně mohou žáci základní školu opouštět v sedmnácti letech. Výjimkou jsou žáci se zdravotním postižením, kterým se tato doba může prodloužit až na dvacet let, a dokonce žákům s kombinovaným postižením až na dvacet šest let. (Křížkovská, online. 2023-02-08).

Vzdělávání mentálně postižených dětí je dáno zejména na základě rozhodnutí školského poradenského zařízení a písemným souhlasem zákonného zástupce žáka. Běžné základní školy navštěvují převážně děti s lehkým mentálním postižením. Pro děti se středním, těžkým a hlubokým mentálním postižením je vzdělávání umožněno ve speciálních základních školách, kde se klade důraz na osvojování si samostatnosti, sociálních dovedností, a hlavně na osvojování dovedností čtení, psaní a počítání. Na rozdíl od běžné základní školy zde děti povinně dochází deset let. Veškeré vzdělávání se zde řídí dle rámcového vzdělávacího plánu pro základní školy speciální. V rámci vzdělávání osob s mentálním postižením lze využívat i systému speciálně pedagogických center, jejichž činnost je ukotvena ve *vyhlášce č. 72/2005 Sb. (§ 6)* (Křížkovská, online. 2023-02-08).

Při výuce na běžných školách se dbá převážně na informace uvedené v IVP daného žáka. Učitelé by tyto žáky měli před začátkem vyučování zejména motivovat k probírané látce názornými příklady př: „*Podívej se ven na ten strom, jak má hezky zelené listy. Dneska se dokonce naučíš, jak se ten strom jmenuje, protože budeme probírat dřeviny.*“ Učitelé by s názorností měli pracovat v každém předmětu a třeba si i pro žáka připravovat obrázky či piktogramy na dané téma. Žákovi se pak lépe v tématu orientuje a také tím učitel dává žákovy podnět ke komunikaci (Bazalová, 2014, str. 165).

Zároveň by vyučující měl dbát na obsah učiva a strukturu výuky, která odpovídá věku a stupni postižení žáka. Musí se brát v potaz i samotná osobnost a schopnosti daného žáka. Pokud dojde k jejich nerespektování může dojít k demotivaci a žák se tak přestane ve vzdělávání posouvat v před. Na speciálních školách se především vychází z různých her a soupeřivosti jedince. Motivace dítěte je nejlepším ideálním postupem, jak dítě přinutit k intenzivní práci. Přidané jsou do výuky i různé rehabilitační a relaxační prvky, které dítě udržují v tělesné i duševní pohodě. Jedním z prvků může být tzv. *Blesková relaxace*, kdy se děti „zhrouť“ jako hmota na zem, natáhnou nohy a ruce dají podél těla, zavřou oči a neznatelně dýchají. Na veškeré povely reagují jako hmota. Pomalu a uvolněně. Na zemi se provádí i *Hennerova dýchací gymnastika*, kdy děti leží s rukama u těla (dlaně položené na zemi) a s nádechem je začnou tisknout co nejvíce k zemi, zároveň děti od sebe prsty roztahují. S výdechem se celé tělo znova

uvolňuje. Svalové zapínání se postupně přenáší i do ostatních částí těla (Valenta, 2003, stránky 300-301).

## **4 MOŽNOSTI ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE**

Osoby s jakýmkoliv postižením si prochází různými obtížemi v sociální i osobní sféře. Jednou z nejdůležitějších je právě komunikace, která je hlavním stavebním kamenem pro socializaci, zařazování do společnosti ale hlavně vzdělávání. Některé osoby však nejsou schopné normální řeč užívat, protože jim to znemožňuje jejich postižení. Kdysi bylo vzdělávání těchto osob skoro nemožné, protože se nevědělo, jakým způsobem s nimi pracovat a jak jim danou látku vysvětlit. Dnes se však postupně začínají používat speciální a netradiční metody a techniky, které mohou být upravovány dle potřeb daného jedince. Díky těmto systémům mohou i osoby s postižením vyjadřovat své myšlenky, přání a pocity. Takto se jim otevírají dveře sociálního života, který byl předtím pro ně skoro nepřístupný a teď díky těmto metodám si ho mohou užívat stejně naplno jako zdravý jedinci (Vítková, str.147).

Pro komunikaci se dnes používají zejména systémy alternativní a augmentativní komunikace. Pro těžce postižené jedince s omezenou verbální komunikací jsou tyto systémy ideální kompenzací a pomocí pro sdělování svých potřeb, emocí, myšlenek a přání (Klenková, str. 206).

*Augmentativní komunikační systém* vychází z předpokladu, že osoba má nějakou komunikační schopnost, ale není dostačující pro dorozumívání se. Tento systém je proto pouze doplňující k stávající komunikační schopnosti a pracuje s ní. Většinou jsou tyto systémy právě doprovázeny mluveným slovem a znakem zároveň (Vítková, str. 147). Jedná se tedy pouze o doplňkovou komunikaci pro podporu a rozvoj řeči u osob s NKS (Ludvíková, str. 16).

*Alternativní komunikační systém* na rozdíl od augmentativního pracuje s myšlenkou, že schopnost řeči není u jedince rozvinuta vůbec, a proto je nutné ji zcela nahradit (Vítková, str. 147).

Nejčastěji se tyto systémy dělí ještě do kategorií podle jejich aktivity a přenosu informací. Jako první jsou systémy *statické* (systém Bliss, piktogramy), ty využívají pouze jeden systém symbolů, který není nijak aktivně užíván – to znamená není k nim užívána řeč či gesta. Samozřejmě záleží na individuálním použití, teoreticky i statické systémy se dají různě kombinovat a používat podle potřeby. Primárně však mají zastávat pouze názorný způsob komunikace s jedincem pomocí symbolů znázorňující jejich přání, potřeby atd. (Ludvíková, str. 16).

Druhé jsou systémy *dynamické* (znaková řeč, Makaton, prstová abeceda, znak do řeči atd.) Tyto systémy již využívají více složek dohromady. Musí se u nich dbát na správné používání gest s mimikou či na správném postavení těla. Tyto systémy vyžadují pozornost a důslednost. Proto se dynamické systémy moc neuvžívají u těžce postižených jedinců, kteří mají omezený pohyb. U těchto systémů je tak důležité ovládat motoriku alespoň na základní úrovni, aby mohly být vůbec prováděny s porozuměním pro přijímací stranu (Ludvíková, str. 16).

Podle potřeby a schopnosti daného jedince se můžeme zaměřit na správný výběr AAK dle dalšího dělení, a to, zda se bude jednat o systém používající nějaké pomůcky, či systém bez nich. Systémy využívající pomůcky zejména pracují s názornými předměty a věcmi, jako jsou obrázky, fotografie, hračky, symboly (těmi se může myslet i písmo a piktogramy) či komunikátory (Klenková, str. 207). Zato systémy bez pomůcek se odkazují hlavně na užití prostředků neverbální komunikace. Mezi ty se právě řadí gesta, mimika, oční kontakt a vizuálně – motorické znaky (Klenková, str. 207).

#### **4.1 UŽITÍ AAK PRO RŮZNÉ DRUHY POSTIŽENÍ**

Než jedinec začne používat doplňkové či náhradní systémy komunikace, je důležité, abychom se zaměřili na jedincovy stávající dovednosti. Prověřili, jaká je jeho aktuální schopnost komunikace a jaké jsou jeho motorické schopnosti. Podle toho se pak bude vyvíjet pozdější výběr jeho komunikačního systému (Slowik, str. 94).



Pávě zejména u kombinovaně postižených osob je důležitá tato diagnostika. Nejčastěji používaným systémem pro osoby s těžkým postižením jsou piktogramy a VOKS, což jsou systémy, které nejsou náročné na pohyb, a přitom umožňují jedinci volně komunikovat a sdělovat vše, co potřebuje k běžnému fungování v životě (Slowík, str. 94).

Specifický systém je poté využíván pro osoby hluchoslepé, které využívají ke komunikaci doteky. Na tomto principu tak fungují dva dotekové dorozumívací systémy, a to LORM a TADOMA (Slowík, str. 94). LORM je založen na znalosti Lormové abecedy, která využívá dotekových bodů na dlani jedné ruky. TADOMA zase využívá pohybů obličeje a vibrací z hrtanu, kdy jedinec přikládá jednu nebo obě ruce na obličej druhého člověka (popřípadě se palcem dotýká jeho rtů). Tato metoda se ale u nás moc nepoužívá, nejvíce je rozšířena zejména ve Španělsku (Slowík, str. 94).

## **4.2 JAK AAK POMÁHÁ?**

Hlavním cílem těchto systémů je zapojení jedinců do společnosti a odstranit tak jejich pasivitu. Pomáhá také rodinám postižené osoby při komunikaci a odstraňuje tak bariéry, které mohly vést k různým nedorozuměním z důvodu nemožnosti postižené osoby správně vyjádřit své potřeby a přání. Tak se otevírají jedincům možnosti vzdělávání a rozvoje vlastní osobnosti. Rozvíjí se jimi i jejich rozumové funkce, které mohou napomáhat k orientaci ve společnosti a aktivitách každodenního života. Může se také dostavit i možné zlepšení jejich postižení právě v důsledku používání těchto systémů. Je to z toho důvodu, že již nejsou pasivními osobami, které jen přihlíží na okolní dění, ale jsou sami osobami, které se zapojují do aktivního života. Tím se také přibližují k možné samostatnosti a zvládnání rozhodování sami za sebe bez pomoci ostatních osob (Ludvíková, str. 17).

Veškeré plusy však odráží i jisté mínusy, se kterými se musí také počítat. Proto, aby tyto systémy mohly jedinci využívat je důležité proškolení osob, které jsou v blízkém kontaktu s osobou postiženou. Komunikace je tak omezená pouze na osoby, které se v daném systému vyznají. Z toho vyplývá že sociální komunikace je zde omezená pouze na společnost, užívající stejný komunikační systém jako oni. Dalším mínusem, kterého se osoby obávají je vzbuzování velké pozornosti užíváním, pro intaktní

společnost, neobvyklé metody komunikace. Další obava je třeba i ze strany rodiny, kdy se domnívají, že po zavedení nějakého ze systému se dítě již nebude ve verbální komunikaci rozvíjet vůbec. Což není pravda, veškeré systémy lze vždy používat v doprovodu verbální komunikace, a naopak by se mělo jednat o podporu jedince v tom, nebát se projevovat a vyjadřovat (Maštalíř, 2018 stránky 12-13).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5 LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU SE SYMPTOMATICKÝMI PORUCHAMI ŘEČI V JEDLIČKOVĚ ÚSTAVU**

Symptomatické poruchy řeči jsou sekundárním symptomem dominujícího postižení, nemoci či poruchy. Symptom se často stává pro dané postižení zásadní. Symptomatické poruchy řeči se vyskytují zejména u dětí s mozkovou obrnou, mentálním postižením, neslyšících a dalších (Klenková, str. 206).

Děti s těmito problémy jsou v každodenním životě často omezovány z důvodů neschopnosti adekvátně komunikovat s okolím. Proto je u těchto dětí doporučeno začít využívat systémů AAK. Pro těžce postižené jedince s omezenou verbální komunikací jsou tyto systémy ideální kompenzací a pomocí pro sdělování svých potřeb, emocí, myšlenek a přání (Klenková, str. 206).

#### **5.1 CÍL PRÁCE, POUŽITÉ METODY A TECHNIKY**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jakým způsobem probíhá logopedická intervence u dětí mladšího školního věku v Jedličkově ústavu a jaké metody jsou při nápravě řeči používány. Dílčími cíli bylo zhodnotit vývoj řečových schopností dětí za jeden rok při poskytování pravidelné logopedické péče včetně využívání systémů AAK při komunikaci. Výzkumné šetření bylo realizováno v Jedličkově ústavu a školy na pražském Vyšehradě v termínu od 1.11.2021 do 28.2.2023. Výzkumné šetření se zaměřuje na zhodnocení řečových a vyjadřovacích schopností vybraných dětí, jejich pokroky za jeden rok a efektivitu logopedické péče při rozvoji jejich komunikačních schopností.

Pro praktickou část byla zvolena kvalitativní forma hodnocení, která se zaměřuje na získání dat od malé skupiny osob, podrobné zjišťování údajů s porozuměním jejich významu a jejich pozdější analýzu. Potřebné údaje a informace byly získány na základě pozorování a aktivní účasti při vyučovacích hodinách ve třídě s pozorovanými žáky

a pravidelnými konzultacemi s třídní učitelkou. Při zpracovávání výzkumného šetření bylo použito i rozhovoru s logopedkami, ke kterým děti dochází vždy jednou týdně na logopedické cvičení. Poslední použitou metodou byla analýza poskytnuté dokumentace (IVP) zkoumaných žáků. K použití dokumentace byl dán souhlas ze strany třídní učitelky. Jména dětí byla však na žádost třídní učitelky kódována.

Ve výzkumném šetření bylo využito následujících metod:

1. Rozhovor s pedagogickými pracovníky (logopedky)
2. Analýzu dokumentu (IVP)
3. Pozorování žáků v rámci vyučovacích hodin

## **ROZHOVOR**

Jedná se o metodu založenou na sběru dat o realitě, která probíhá na základě verbální komunikace tazatele (výzkumníka) a respondenta. Díky této metodě dokážeme zjistit hlubší postoj respondenta k danému tématu (Chráska, 2016 str. 176).

## **STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

Jedná se o metodu rozhovoru, která se přesně drží připravených otázek. Tazatel se ptá na otázky bez možnosti změny jejich pořadí či úpravy formulace v průběhu rozhovoru (Chráska, 2016 str. 176).

## **ANALÝZA**

Jedná se o analytickou metodu, která využívá údajů z poskytnuté dokumentace k získání potřebných informací.

## **POZOROVÁNÍ**

Zachycuje a získává data o probíhající realitě. V jeho průběhu vnímáme zejména chování sledovaných osob, jevů, ale také i průběh dějů. Smyslově dané jevy vnímáme a na základě intuice a vlastních postřehů dané situace vyhodnocujeme. Hodnotíme vývoj a úspěšnost sledovaných jevů, osob a dějů (Chráska, 2016 str. 146).

Do praktické části byly stanoveny výzkumné otázky a to tyto:

1. Má dlouhodobá logopedická intervence v JÚŠ pozitivní dopad na zlepšení řečového projevu dítěte a prosazují se v ní nové inovativní metody?
2. S jakými druhy vad se v JÚŠ setkáváme nejčastěji?
3. S jakými metodami se v logopedické péči u dětí s mentálním postižením a DMO nejčastěji v JÚŠ setkáváme?
4. Jaké systémy AAK jsou k nápravě řeči v JÚŠ nejčastěji používány?
5. Má využívání AAK a logopedických postupů při výuce českého jazyka pozitivní vliv na rozvoj řeči dítěte?

## **5.2 POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Obsahem praktické části bakalářské práce je případová studie tří žáků třetího ročníku základní školy v Jedličkově ústavu a školy. Do výzkumné skupiny byly zařazeny děti s vícečetným postižením. Z toho dvě děti mají jako základní diagnózu DMO, a třetí vícečetné postižení somatické, řečové a zrakové. Realizování praktické části probíhalo pomocí vlastního dlouhodobého šetření a spoluprací s třídní učitelkou. Vycházelo se z rozhovorů s logopedkami (viz příloha B) a z poskytnuté dokumentace (IVP).

## **5.3 VÝZKUMNÝ VZOREK**

Pro výzkumné šetření byli vybráni žáci nižšího stupně třetího ročníku ZŠ Jedličkova ústavu a školy. Třídu celkem navštěvuje šest žáků, do výzkumu byly zvoleny pouze tři děti, kteří nejlépe odpovídali zkoumanému jevu. Mezi vybranými žáky byla jedna dívka a dva chlapci. Dva žáci trpí DMO a jedna dívka má kombinované postižení s dominancí narušené komunikační schopnosti.

## **5.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE**

*Jméno:* D

*Rok narození, věk:* 2012, 10 let

*Pohlaví:* muž

*Diagnóza:* Chlapec se specifickými vzdělávacími potřebami na základě vícečetného postižení (DMO – spastická diparesa, porucha koordinace, narušení expresivní složky řeči, divergentní strabismus). Vývoj v oblasti kognice je výrazně nerovnoměrný, pohybuje se v pásmu nižšího průměru až hlubšího podprůměru. Kapacita krátkodobé a středně dobé verbální paměti odpovídá mladšímu školnímu věku. Obecná informovanost odpovídá předškolnímu věku, má potíže v časové a prostorové orientaci.

*Současný stav:* Stav je poměrně stabilní a nijak se nemění. Pozornost na zrakové podněty je kolísavá, nerozlišuje či přehlíží detaily na obrázcích, má potíže v rozlišení vertikálního postavení tvarů. Pracuje velmi pomalým tempem, využívá podporu asistenta ve všech oblastech vzdělávání i sebeobsluhy. Dochází pravidelně na logopedii, ergoterapii a fyzioterapii.

*Jméno:* H

*Rok narození, věk:* 2011, 11 let

*Pohlaví:* muž

*Diagnóza:* Chlapec se speciálními vzdělávacími potřebami na podkladě vícečetného postižení – DMO spastická dipareza, oboustranná hluchota kompenzovaná kochleárním implantátem, vada zraku korigována brýlemi. Komunikuje verbálně, využívá i pár znaků ze znakového jazyka, ukazuje na věci.

*Současný stav:* Slovní zásoba se postupně rozšiřuje, ale zatím pouze na bázi izolovaných slov. Při práci je potřeba intenzivní vedení. Zadání je nutné rozfázovat, používat jednoduché pokyny, neustále ověřovat, zda pokynům rozumí. Aktivita ho musí zaujmout, jinak rychle ztrácí koncentraci. Minimalizovat rušivé podněty, potřebuje klidné prostředí, je citlivý na nejrůznější zvuky. V oblasti předmatematických představ a abstrakcí přetrvává výrazná nezralost. Nemá osvojená pravidla, podle kterých lze předměty porovnávat, třídít a řadit, což je nutné pro porozumění principu sčítání a odčítání. Pohybově je velmi aktivní, učení je potřeba neustále propojovat s pohybem.

*Jméno:* Li

*Rok narození, věk:* 2011, 11 let

*Pohlaví:* žena

*Diagnóza:* Dívka s vysokými speciálními vzdělávacími potřebami, které vyplývají z vícečetného postižení řečového, tělesného a zrakového. Komunikuje především pomocí znaků a gest, vysloví pouze pár izolovaných slov. Dobře rozumí jednoduchým větám, složitější instrukce ji činí potíže. Z nemožnosti se lépe dorozumět s okolím je patrná frustrace.

*Současný stav:* Stále u ní přetrvává působení koordinačních potíží, které ovlivňují její motoriku ve všech směrech. Své limity si uvědomuje, sama nezkouší aktivity, které se jí zdají obtížné. Má oslabené prostorové vnímání, chodí pomalu, často bez příčiny upadne. Při pohybových činnostech je ale aktivní, pohyb má ráda. Verbální projev není možný, čtení je založeno na zrakové vizualizaci hlásek – globální čtení. Píše čitelným hůlkovým a malým tiskacím písmem. Opisuje bez chyb, psaní je pro ni ale namáhavé, rychle se unaví. Početní operace zvládá do 5, ale pouze s názorem a s velkými výkyvy. Vzhledem k zrakovému postižení se objevuje rychlá unavitelnost při práci s vizuálním materiálem a prostorové vnímání je oslabené. Výkonnost je velmi kolísavá, je dobré ji povzbudit a ocenit i malý úspěch. Silnou oblastí je neverbální tvoření pojmů, kreativní myšlení a tvořivé aktivity.

## **5.5 ANALÝZA ROZHOVORU S LOGOPEDKAMI**

Cílem provedených rozhovorů bylo zjistit, jak probíhá logopedická intervence a jaké metody se pro ni využívají v Jedličkově ústavu a školy. Původním plánem bylo pozorování průběhu hodin a následné zhodnocení výsledků. Náslechy v probíhajících hodinách však nebyly povoleny. Proto byla později zvolena metoda rozhovorů s působícími logopedkami. Zapojené byly dvě logopedky, které již delší dobu v JÚŠ působí. Jedna zde pracuje na plný a druhá na poloviční úvazek. Rozhovor byl uskutečněn po společné domluvě a udělení jejich souhlasu. Respondentky byly vybrány na základě doporučení třídní učitelky od pozorovaných dětí. Pozorované děti k vybraným logopedkám dochází jednou týdně na hodiny, čímž jsem mohla zjistit, jak s daným dítětem logopedka pracuje.

Pro získání dat byla zvolena metoda strukturovaného rozhovoru, zejména z důvodu zachování osobních a citlivých údajů, které by se nečekanými otázkami mohly nezáměrně odhalit. Celkově rozhovor obsahoval 11 otázek, které byly pro obě respondentky totožné. Každý rozhovor probíhal zvlášť a byl proveden přímo na pracovišti v době osobního volna respondentek. Na rozhovor nebyl vyhraněný přený čas, ale většinou probíhal v rozmezí dvaceti až třiceti minut. Výstupy z rozhovorů byly kódovány.

Otázky byly rozděleny do tří oblastí. První tři úvodní otázky zkoumaly informace z logopedické praxe a JÚŠ. Konkrétní znění otázek je následující:

1. Jak dlouho již v JÚŠ působíte?
2. Kolik dětí k Vám aktuálně dochází na logopedickou intervenci?
3. Za dobu Vašeho působení v JÚŠ, začala jste při logopedické intervenci využívat nějakých nových inovativních metod, které Vám umožnily vyšší efektivitu logopedické péče?

Následující oblast otázek se týkala žáků s DMO a mentálním postižením, jejich typů vad řeči a metody používané k jejich reedukaci. Tato oblast obsahuje celkem 5 níže uvedených otázek:

4. Se kterými vadami řeči se v Jedličkově ústavu nejčastěji setkáváte?
5. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dyslálie nejčastěji?
6. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dysartrie nejčastěji?
7. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s DMO narušeny?
8. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s mentálním postižením narušeny?

Poslední okruh, který obsahuje celkem 3 otázky, se týkal terapeutických metod a možného využití AAK při logopedické intervenci.

9. Využíváte v terapii také Vojtovy či Bobathovy metody?
10. Využíváte při terapii metodu bazální stimulace?
11. Pokud při terapii využíváte systémy AAK, o jaké se jedná?



### **5.5.1 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE**

Získané odpovědi byly zaznamenány elektronicky do počítače. Zpracována byla veškerá podstatná data, která byla nápomocná k naplnění cíle práce. Data byla později zkompletována a přepsána do uceleného celku tak, aby byly výsledky co nejvíce přehledné.

Otázky byly pro lepší přehlednost rozděleny do tří částí: Základní informace, druhy poruch řeči a jejich způsob reedukace, formy terapie a používání AAK. Výsledky budou proto interpretovány na základě těchto oblastí pro lepší přehlednost a srozumitelnost.

#### **INFORMACE O RESPONDENTKÁCH A JÚŠ**

Obě působící logopedky mají již předešlé zkušenosti a do Jedličkova ústavu a školy nastoupily již po letité praxi. Jedna z logopedek v JÚŠ pracuje 7 let, pouze však na poloviční úvazek. I přes to byla v posledních letech součástí rozvoje a standardizace poskytování logopedické péče v tomto zařízení. Druhá v JÚŠ pracuje 4 roky. Významnou inovativní a nyní běžně používanou metodou je pro obě logopedky metoda červeno-modrého psaní, které dětem pomáhá v rozeznávání samohlásek a souhlásek. Díky této metodě si děti mnohem lépe osvojují napsané hlásky (samohlásky červeně, souhlásky modře) a díky barevnému rozlišení je i snáze dokáží přečíst. Na červeno-modré psaní se ve škole žáci používají zejména počítačové aplikace, i-pady a osobní počítače. Díky tomu je dětem zprostředkován i zvukový výstup pro kontrolu správnosti napsaného slova. Červeno-modré psaní je využíváno i při práci s tištěnými texty, usnadňuje průběh výuky a snadnější porozumění obsahu čteného, opisovaného či přepisovaného textu.

Jedna z logopedek také zmínila, že začala v hodinách více používat audiovizuální metodu čtení, kdy dítěti nejprve ukáže obrázky, ke kterým jim přehrává zvukovou nahrávku (zvuky, rozhovory, příběhy). Logopedka dítěti postupně vysvětluje význam slov a zvuků, dítě má poté za úkol danou zvukovou nahrávku převyprávět či se ji naučit nazpaměť. Po celou dobu má dítě při sobě jak obrázky, tak text.

Aktuálně poskytují logopedickou péči logopedky více než 20 dětem, zpravidla 1x týdně. Proto také považují časovou dotaci logopedické intervence jako poměrně malou.

Jak upozornila jedna z logopedek, cituji: „*Delší časová dotace by však z důvodu plné obsazenosti nebyla možná*“.

## **DRUHY VAD ŘEČI U DĚTÍ S DMO A DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.**

Jedna z otázek byla zaměřena na zjištění, s jakými vadami řeči se logopedky nejčastěji v JÚŠ setkávají. Jedna z nich odpověděla následovně: „*Vzhledem k tomu, že v Jedličkově ústavu a školy se nejčastěji setkáváme s kombinovaným postižením, a především s dětmi s DMO, dá se předpokládat, že nejvíce se zde bude vyskytovat dysartrie. A to i potvrzuji.*“ Druhá ještě zmínila, že druhou nejčastější vadou řeči je dyslalie, která se hojně vyskytuje zejména u dětí s mentálním postižením.

Od této odpovědi se odvíjela další z otázek, která měla zjistit, jakým způsobem logopedky přistupují k reedukaci dysartrie a dyslalie. U dysartrie se obě logopedky shodly na tom, že nejčastěji využívají k nápravě stimulační masáže, jako je například bazální stimulace.

Dále se u dětí snaží procvičovat co nejvíce mluvidla, aby se uvolnila jejich spasticita. I u dyslalie se logopedky shodly na využití obdobných postupů. U dysartrie a dyslalie se reedukační metody shodují hlavně v procvičování motoriky mluvidel. Cvičení motoriky mluvidel je sestava různých cviků, zaměřená na zlepšení pohyblivosti a koordinace orofaciálního svalstva, zpřesňování pohybových vzorců, odstraňování tenze či stimulace dostatečného svalového napětí jednotlivých svalových skupin atd. Mezi takové cviky patří například foukání, nadouvání tváří, vyplazování jazyka, stimulace měkkého patra, přisávání jazyka atd.

Jako další užitečnou metodu uvedly užívání různých básniček a říkadél, které si děti rychle zapamatují díky jejich rytmu. S tím také souvisí i nácvik sluchové diferenciaci, která je pro reedukaci poruch a vad řeči zásadní. Logopedky proto s dětmi zkouší formou různých her rozeznávání podobných slov, které se liší pouze jednou hláskou. Zaměřují se i na rozeznávání dlouhých a krátkých tónů k jejichž lepšímu rozpoznávání využívají bzučáku.

S vadami řeči se úzce pojí i narušení jazykových rovin, jejichž správné ovládní je pro řečový projev a rozumění řeči nezbytné.

Z pohledu praxe logopedek JÚŠ se nejčastěji u svých klientů s diagnózou DMO setkávají s narušením foneticko – fonologické roviny. To často souvisí zvláště s přítomnou spasticitou mluvidel, která brání dítěti k přesné výslovnosti. Jak jedna logopedka uvádí, citují: „Proto u těchto dětí často v terapii využíváme různých stimulačních masáží, aby došlo k uvolnění mluvidel.“ Jedna z logopedek uvedla, že se často u dětí s DMO setkává s narušením i roviny pragmatické. Protože veškeré jazykové roviny řeči jsou vzájemně propojené, je pochopitelné, že se do obtíží s praktickým používáním řeči promítají i další narušené jazykové roviny. Děti mnohdy nepochopí sdělovaný záměr nebo nesprávně odhadují nastalé situace, pokud slovům či vyjádřením dobře neporozumí. To potvrzují teoretická hlediska narušení jazykových rovin u dětí s DMO, která byla popsána výše v práci.

Naopak u dětí s mentálním postižením logopedky uvedly, že se nejčastěji setkávají s narušením lexikálně-sémantické a morfologicko-syntaktické roviny. Pokud se vezmeme v potaz snížené IQ u těchto jedinců, je pochopitelné, že osvojování dostatečné úrovně těchto rovin bude nejobtížnější. Osvojování si slovní zásoby je pro děti s mentálním postižením velmi obtížné a náročné, a proto jejich slovník často tvoří jednodušší slova. Nejčastěji se u nich setkáváme s používáním podstatných jmen a sloves. Méně často u nich pozorujeme používání přídavných jmen, spojek a ostatních slovních druhů. Ze stejného důvodu jim dělá problém i osvojování gramatických pravidel, která si většinou vštípí pouze mechanicky a nedaří se jim je aplikovat v praxi. Významu gramatického pravidla totiž často nerozumí.

## **TERAPEUTICKÉ METODY A MOŽNÉ VYUŽITÍ AAK PŘI LOGOPEDICKÉ INTERVENCI**

K efektivitě logopedické péče přispívá propojení různých terapeutických metod. Zajímala jsem se o využití Vojtovy či Bobathovy metody v logopedické intervenci.

Obě logopedky potvrdily, že metody se v JÚŠ užívají, ale že přímo do logopedické intervence zařazeny nejsou. Jedna to odůvodnila: „*Tyto metody sice úzce souvisí*

*i s logopedickou péčí, ale z důvodu omezeného času je v logopedické intervenci nevyužíváme. Na tyto metody mají děti vymezený čas v jiných terapiích u speciálně proškolených odborníků.“* Co ale potvrdily bylo užití bazální stimulace, která pracuje převážně s kožními receptory. Jemnými doteky tak logopedka může masírovat určitá místa na těle dítěte a dojít tak k postupnému uvolnění.

*Cituji: „V bazální stimulaci využíváme různých druhů stimulací, ale asi nejčastěji používáme vibrace. Dále děti baví i lechtání peříčkem. Druhy stimulací se snažíme co nejvíce obměňovat, aby se u dítěte postupně aktivovaly všechny kožní receptory a nedocházelo k jejich vyhoření.“* Logopedky zmínily, že bazální stimulaci používají především u dětí s DMO, protože je nutné dítě uvolnit, navodit stav koncentrace pozornosti a k ideální aktivizaci mluvidel.

Poslední otázka vycházela z předpokladu, že v logopedické péči jde zejména o pomoc jedincům dorozumět se a rozvíjet svou schopnost komunikovat. Proto je i zde důležité užívání alternativních a augmentativních systémů komunikace. Především u dětí s narušenou komunikační schopností, dětí s mutismem či dětí se silnou obrnou mluvidel. Obě logopedky uvedly, že se s dětmi v případě potřeby nejčastěji domlouvají pomocí znakového jazyka či převedením znaku do řeči. Logopedky se dětem snaží pomoci při osvojování nových znaků a jejich zásobu ovládaných znaků rozšiřovat.

*Cituji: „Pro usnadnění komunikace s dětmi používáme mnoho systémů AAK. Zejména záleží na dítěti, jeho potřebách, ale i jeho osobnosti. U mnohých dětí již přesně vím, jaké systémy mu nejvíce odpovídají a jaké ho také baví. Podle toho se mu potom snažím vyhovět a v užívání daného systému ho tak zdokonalovat.“*

Jako ukázky komunikačních systémů logopedky jmenovaly například Sym Writer, trackball a Grid. Za nové a inovativní považují logopedky užití různých digitálních aplikací, například v iPadu, mobilních telefonech a v osobním počítači, ke kterému bývá připojena speciálně upravená klávesnice.

*Cituji: „V komunikaci nám i velice pomáhají zážitkové deníky, které si samy děti vytváří a potom nám je ukazují. Na jejich základě pak můžeme s dítětem hovořit o zaznamenaných zážitcích, a tak dítě nezáměrně podněcovat ke komunikaci. Velkou*

*výhodou je, že dítě v tu dobu mluví o něčem, co ho baví, nebo je mu blízké. Za další výhodu zážitkového deníku považují to, že ho dítě tvoří zejména s rodiči, kteří tak s dítětem tráví čas a komunikují s ním. Já poté i dle kvality deníku dokážu poznat jaké vztahy v rodině jsou a jaký přístup k dítěti rodina má. Samotné faciální projevy dítěte při následném vypravování, také dokážou ukázat mnohé.“*

Ukázalo se tak, že i pro logopedickou intervenci je využívání AAK nezbytnou součástí. Důležité je pro každé dítě nastavit ten nejvhodnější systém, který bude dítě bavit, a který zvládne také samo ovládat a zdokonalovat se v něm.

## **5.6 VÝSTUPY Z POZOROVÁNÍ VE VÝUCE**

Cílem vlastního šetření bylo na základě zjištěných obtíží v řeči u žáků Jedličkova ústavu a školy popsat zajišťovanou logopedickou intervenci, práci třídního učitele s žáky a zhodnocení celkové úrovně poskytované péče a možnosti rozvoje jedince na základě využívání systémů AAK. V šetření se vycházelo i z poskytnuté dokumentace (IVP). Pozorování se zaměřovalo zejména na výuku v hodinách českého jazyka, do které se efektivita logopedická péče nejvíce promítala a nejčastěji byly využívány systémy AAK.

### **5.6.1 LOGOPEDICKÁ PÉČE**

V Jedličkově ústavu a školy se logopedická intervence vyskytuje ve dvou formách. Jednou je odborná logopedická péče, na kterou žáci dochází každý týden. Aktuálně v Jedličkově ústavu a školy působí pouze dvě logopedky a tři lingvistky. Celková časová dotace jejich přímé práce s žáky se odvíjí zejména od stupně postižení dítěte a jeho potřeb. V případě sledovaných žáků se jednalo pouze o jednu hodinu týdně. Za klinickými logopedy žáci dochází individuálně, což zajišťuje maximální koncentraci pozornosti na daný problém a jeho řešení. Logopedky se tak mohou každému dítěti individuálně věnovat a provádět s dítětem konkrétní cvičení, která odpovídají jejich aktuálně dosaženým dovednostem, ale také i jejich osobnosti. Osobnostní rysy dítěte logopedky zohledňují zejména v zadávaných textech či obrázcích, které odráží zájmy dítěte. V průběhu logopedické intervence děti nejčastěji pro komunikaci využívají systému Grid, který funguje na principu obrázkové komunikace. Každé slovo má vlastní

obrázek či symbol. Slova jsou zde dělena podle významu a kategorií do přehledných tabulek. Úkolem dítěte je z daných slov v tabulce vytvořit větu, která může vyjadřovat jeho emoce, může s jejich pomocí odpovídat na otázky a plnit úkoly logopedky.

Druhá forma logopedické péče je v rukou vyučujících a zejména třídních učitelů a učitelů. Vyučující pravidelně dochází na společná setkání s logopedickými pracovníky, na kterých konzultují potřeby dětí, plánují další postupy práce s dětmi, aby jejich přístup byl maximálně efektivní. Také v běžných vyučovacích hodinách je možné pozorovat, že vyučující s dětmi provádí různé logopedické cviky, ale používají také pomocné terapeutické metody pro uvolnění celého těla i mluvidel.

### **5.6.2 PRŮBEH VYUČOVACÍ HODINY**

Pozorování probíhalo v jedné z prvostupňových tříd, kde autorka zastávala pozici asistentky pedagoga v průběhu jednoho roku. Díky tomu měla možnost stát se součástí jejich třídy a tím nahlédnout podrobněji do problematiky vzdělávání daných dětí v JÚŠ. Zejména se zaměřovala na průběh hodin z hlediska komunikace a využívání systémů AAK.

Každé dítě mělo ve třídě nastavenou jinou nebo mírně odlišnou metodu výuky. Nejvýraznější rozdíly bylo možné pozorovat v matematice a v českém jazyce. Ve výuce se kladl důraz na individualitu, nastavovalo se dětem vlastní tempo, podporovala se jejich přání. Ve výuce se zejména využívala názornost a audiovizuální podpora, kdy dětem byla vysvětlována učební látka propojením smyslů, hovoříme o multisenzoriálním přístupu ve výuce. Nejčastěji byla využívána kombinace formy obrázků, osahání předmětů a propojení se zvukovým záznamem atd. Pro motivaci se také hodně využívalo interaktivních úkolů, které děti plnily společně, mohly spolupracovat a navzájem se také kontrolovat.

Za základy ve vzdělávání žáka v JÚŠ se považuje: Rozvoj komunikačních dovedností – znakový jazyk, rozvoj vlastní řeči a rozšiřování si slovní zásoby (jak v mluvené, tak ve znakové řeči). nácvik samotného čtení a psaní – komunikační program VoCoN, rozvoj hrubé a jemné motoriky, rozvoj co největší samostatnosti

a soběstačnosti, rozvoj grafomotoriky, rozvoj sluchové analýzy, učit se pracovat s emocemi.

Každé ráno na začátku první vyučovací hodiny si učitelka s dětmi krátce popovídá, ptá se jich na to, jaký je datum, co je za den, co je za měsíc, jaké je roční období a jaké je dnes počasí. Veškeré odpovědi jsou zaznamenávány na magnetické tabuli, kde děti připínají obrázky a slova podle odpovědí. Veškeré odpovědi jsou také převáděny do znakového jazyka, aby si děti tyto základní přehledy ohledně času a prostoru co nejlépe zapamatovaly. Nakonec se paní učitelka dětí ptá, jaký měly děti předešlý den a jak ho trávily, zároveň ke konci oznámí, jak bude probíhat dnešní výuka. Tato konverzace tak děti vede ke společné komunikaci, navozuje příjemnou atmosféru a zároveň děti ke komunikaci motivuje.

### **5.6.3 VÝSTUPY Z ČESKÉHO JAZYKA**

V českém jazyce byly rozdíly u žáků znát nejvíce. Děti sice pracovaly vždy na stejné probírané látce, ale každé dítě poté pracovalo na splnění úkolu dle jeho možností. Dívka Li v českém jazyce vždy pracovala na počítači, kde si do programu VoCoN (červeno-modré pasní) přepisovala zadaná slova a následně si je prostřednictvím hlasového výstupu kontrolovala. Dívka není schopná bez použití tohoto programu plynule číst. Proto se tento program pro ni stal nezbytnou součástí výuky. Za dobu mého ročního pozorování došlo u dívky ke znatelnému zlepšení jejích dovedností. V dívčině přepisu se již nevyskytuje tolik gramatických chyb ani chyb z nepozornosti. S programem se naučila pracovat poměrně rychle. Díky němu tak mnohem lépe a rychleji rozeznává samohlásky a souhlásky, ale i sluchová analýza se u ní velice zlepšila. Vyučující se ale také snaží, aby dívka zkoušela daná slova i přes těžkou NKS vyslovovat. Zároveň se také snaží dívku co nejvíce navádět k používání znaků, proto pokaždé, když nějaké slovo do programu napíše, tak ho má poté za úkol i převést do znaku. U této dívky bylo zlepšení v mluvním projevu pozorovatelné nejvíce ze všech pozorovaných dětí. Na začátku pozorování dívka vůbec nemluvila, vydávala občas jen neidentifikovatelné zvuky, i její znalost znakového jazyka byla nízká. Dnes už dívka zvládá vyslovovat některá slova a znalost znakového jazyka se u ní také výrazně zlepšila.

Sledovaní chlapci jsou v českém jazyce pouze pomalejší, protože je omezuje jejich spastická forma DMO. Oba jsou však s pomocí asistentky pedagoga schopni sami přečíst zadaný text a řídit se dle jeho pokynů. Veškerým dětem vyučující vždy vytiskne zvětšené texty z učebnic, nebo jim upravuje zadání pro lepší porozumění. Součástí výuky bývají i různá relaxační cvičení. Děti například procvičují zápěstí krouživými pohyby, ale také relaxují v lavici (položí si na lavici a zhluboka dýchají).

#### **5.6.4 POKROKY DĚTÍ V PRŮBEHU POZOROVÁNÍ**

V rámci celkové výuky se vyučující snaží rozvíjet znakový jazyk nejen u dívky Li, ale i u ostatních dětí ve třídě. To především z důvodu zlepšení vzájemné komunikace, ale i pro osobní potřebu, protože všechny zmíněné děti mají silně narušenou komunikační schopnost. Dalo by se říct, že znakový jazyk je společně s VoCoNem hlavním systémem AAK, který se v této třídě využívá.

Jak bylo výše uvedeno již u dívky Li, díky užívaným systémům a celkovému přístupu vyučujícího se schopnosti a dovednosti dětí znatelně zlepšují. Již v průběhu sledovaného období byly děti mnohem více komunikativní a snažily se co nejvíce používat znakový jazyk.

Především děti D a H, ale stále potřebují neustálý dohled a asistenci. Zejména u chlapce D je stálá asistence nezbytná, kvůli jeho spastické diparéze. Za chlapce většinou píše asistentka a on jí například diktuje výsledky. Tužku přizpůsobenou k lepšímu úchopu (pěnovým nástavcem – válcem) sám používá pouze tehdy, pokud jde o vybarvování. Občas také s asistentkou píše formou vedení ruky, kdy asistentka drží tužku společně s ním a vede mu při psaní ruku. Děti se tak alespoň cítí, že daná práce je jejich a mají být na co pyšní, posiluje se jejich motivace. Také se tímto procvičuje jejich motorika ruky a alespoň mírně se fixuje daný pohyb. U tohoto chlapce je také silně narušená foneticko – fonologická jazyková rovina, proto se paní učitelka pokaždé snaží, aby každé napsané slovo přečetl (nejprve po slabikách, pak vcelku) a řekl, co znamená. Na začátku pozorování měl chlapec D se čtením velké problémy. Někdy ani nebyl schopný slovo přečíst po slabikách, natož ho poté vyslovit jako celek. Nyní jsou jeho čtenářské dovednosti na mnohem vyšší úrovni a čtení jednoduchých slov mu už nedělá velké problémy. Mnohdy už ani nepotřebuje slovo předčítat po slabikách.



Z logopedického hlediska se zejména při výuce zaměřuje na správnou výslovnost veškerých hlásek a rozlišování dlouhých a krátkých hlásek a slabik. To cvičí také metodou červeno-modrého psaní. Procvičuje hojně sluchové vnímání, například u rozeznávání zdánlivě stejně znějících slov. Také cvičí doplňování s, z, vz ve slovech. Pokud jde o sluchové rozlišování, tak se u něj stále objevuje mnoho chyb. Někdy je to pouze z jeho nepozornosti, ale také mnohdy kvůli tomu, že slovu v kontextu správně neporozumí. V tomto případě je poté důležitá pomoc asistentky nebo učitelky, aby mu správný význam vysvětlila či mu ho názorně ukázala (obrázek, osahání předmětu, použití slova v jiné větě atd.). Ke čtení také využívá čtecího okénka, které mu pomáhá v koncentraci na dané čtené slovo a k nácviku správné čtenářské techniky.

Při rozlišování tvrdých a měkkých slabik učitelka používala houbičku a dřevěné kostky. Nejen, že si děti na materiály mohly sáhnout a rozpoznat tak rozdílnou strukturu předmětů, ale rozdíl mezi nimi se snaží rozpoznat sluchem – když dopadne na zem dřevěná kostka ozve se bouchnutím, ale při pádu houbičky není slyšet skoro nic. Tím si děti vytvořily představu o rozdílu měkkosti a tvrdosti.

U chlapce H. ve sledovaném období nebylo zaznamenáno výrazné zlepšení jeho dovedností. Z důvodu spastické diparézy a oboustranné hluchoty v mnohých činnostech zaostává při rozvíjení jeho komunikačních schopností. Jeho motorické dovednosti jsou částečně omezené a veškeré úlohy plní velice pomalu. Jeho slovní zásoba se výrazně nerozvinula, setrvává na základních slovech, která občas doplňuje znaky. Proto se u něj klade důraz zejména na správné vyslovování a sluchovou diferenciaci. Je nutné mu úkoly často opakovat a věnovat mu zvýšenou pozornost. Ke zlepšení jeho schopnosti koncentrace pozornosti je potřeba často využívat celkovou relaxaci, odpočívá na koberečku. Pro rozvoj konverzace se u něj využívá zejména zážitková knihy, o které si povídá s učitelkou či asistentem pedagoga, vypráví zážitky z víkendu nebo i z předešlého dne. Paní učitelka či asistent pedagoga se snaží různými otázkami konverzaci vést, stimulovat chlapce ke komunikaci. Zážitkový deník je pro tohoto chlapce skvělým prostředkem pro rozvoj řeči, který spontánně ke komunikaci řeči neinklinuje

## DISKUSE

Výzkumné šetření, které proběhlo na základě pozorování, analýzou dokumentu a rozhovorem s klinickými logopedkami. Celkově byly pozorovány tři děti, které se projevují významnou poruchou řeči. Na základě působení ve třídě s těmito dětmi se vyskytla otázka, jaká logopedická intervence je dětem mladšího školního věku v JÚŠ nabízena a zda se v průběhu let vyskytla nějaká nová inovativní metoda, která dnes dětem k nápravě řeči pomáhá.

Z výsledků rozhovorů s logopedkami jsme zjistili, že se formy a metody logopedické intervence vyvíjí, jsou přijímány a praktikovány nové inovativní metody. Jedná se o užívání takových komunikačních systémů, metod a postupů, které dítětem pomáhají zvládat své zdravotní postižení. Dalo by se říct, že s přijímáním nových inovací se děti i více na danou metodu soustředí, protože je to pro ně nové, metody je motivují k dalšímu učení, děti mají snahu je prozkoumávat. Na druhou stranu ne všechny inovace mohou být lepší než ty staré, a proto je vždy důležité správně vyhodnotit jejich efektivitu u konkrétních klientů. Za ideální nyní vnímám různé typy metod střídat, a tak obohacovat samotnou intervenci, zvyšovat efektivitu intervencí a zároveň i získávat pozornost a motivaci dítěte k učení.

Zodpověděla se nám i druhá otázka: S jakými druhy vad se v JÚŠ setkáváme nejčastěji? Již předem se dalo předpokládat, že většinu žáků v JÚŠ budou tvořit zejména děti s DMO, nebo děti s mentálním postižením. Tento předpoklad byl potvrzen logopedkami i třídními učitelkami pozorovaných dětí. Z logopedického hlediska byl potvrzen předpoklad přítomnosti dysartrie a dyslálie jako nejčastějších vad řeči v rámci NKS právě ve spojitosti s přítomností diagnózy DMO a mentálního postižení.

Třetí otázkou bylo, s jakými metodami se v logopedické péči u dětí s mentálním postižením a DMO nejčastěji v JÚŠ setkáváme. U dětí s mentálním postižením se dalo předpokládat, že se zejména bude dbát na rozšiřování slovní zásoby a fixaci správně vyslovovaných slabik, ale z odpovědí od logopedek vyplynulo, že se v intervenci spíše zaměřují na posílení sluchové diference. Potvrdilo se, že v obou případech zmíněných dětí je důležité rozhýbání a procvičení mluvidel, která jsou často ztuhlá, a proto dochází k nesprávné artikulaci. U dětí s DMO se k metodám řadí i různé

stimulační masáže. Z výzkumu tak vyplynulo zjištění, že přípravná cvičení na rozhýbání mluvidel jsou pro všechny děti pro efektivní logopedickou intervenci nezastupitelná a nepostradatelná

S logopedickou intervencí jsou úzce spojeny též komunikační systémy AAK. Proto jedena výzkumná zněla: Jaké systémy AAK jsou k nápravě řeči v JÚŠ nejčastěji používány? Před zahájením výzkumného šetření se předpokládalo, že nejčastěji se zde bude využívat systému VOKS, znakového jazyka či prstové abecedy. Po provedení výzkumu a pozorování se ukázalo, že se hojně začalo využívat systému VoCoN, který je užíván nejen v logopedické intervenci, ale také i ve vyučování. Pro logopedické potřeby se zde využívá zejména systému Grid, který dětem pomáhá s tvořením vět a vyjadřováním potřeb a emocí. Předpoklady se potvrdily v případě užívání znakového jazyka nezbytného pro dorozumění s dětmi, ne však z důvodu vysokého výskytu sluchově postižených jedinců, ale zejména z důvodu velkého počtu dětí s těžkou vadou řeči.

Od předcházející otázky se odvíjí i otázka poslední: Má využívání AAK a logopedických postupů při výuce českého jazyka pozitivní vliv na rozvoj řeči dítěte?

Předpokladem bylo, že užívání komunikačních systémů AAK bude mít na rozvoj řeči dítěte významný vliv. Po provedení pozorování bylo zjištěno, že každodenní práce se systémy AAK se na pokroku dětí při rozvíjení komunikačních dovedností znatelně podílí a posouvá je významným způsobem při osvojování řeči. Každé zanedbání využívání těchto systémů bylo u dětí znatelné, a proto je důležité dbát na jejich poctivé užívání. Děti mají velkou tendenci zapomínat, což se například potvrdilo při užívání znakového jazyka. Dítěti, kterému znaky nebyly opakovány, je brzy zapomnělo a muselo se je učit znova. Proto je také důležitá úzká spolupráce školy s rodiči dítěte. Teprve pravidelným užíváním a zafixováním vhodného komunikačního systému i v domácím prostředí lze očekávat výrazný posun v komunikačních dovednostech dětí, lze očekávat i do budoucna další pokroky a postupnou kompenzaci hendikepu dítěte.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Ze poznatků, které jsme během šetření získali, vyplývá, že logopedická péče o děti v Jedličkově ústavu se snaží využívat osvědčené i moderní a inovativní postupy, následuje hlavně individuální potřeby dětí. Do péče jsou zaváděny nové metody, jako je užívání systému VoKoN, nebo zavedení audiovizuálního systému čtení do hodin logopedie.

Ke zlepšení efektivity aktuální logopedické péče by bylo vhodné hlavně navýšení hodin individuální logopedické péče. To však bohužel závisí na personálním zajištění péče o žáky, respektive o navýšení počtu logopedických pracovníků, což bývá nelehký úkol.

Další okolnost, kterou vnímáme jako zásadní pro rozvoj profesionálních kompetencí pracovníků JÚŠ, je průběžné doškolování vyučujících a logopedů v oblasti logopedické péče, zavádění nových metod do reedukace i výuky, aplikace nových komunikačních systémů, užívání digitálních a elektronických pomůcek ve výuce a logopedii.

## ZÁVĚR

Hlavním tématem bakalářské práce byla logopedická péče u dětí mladšího školního věku se symptomatickými poruchami řeči. Zaměřili jsme se hlavně na skupinu dětí s NKS s diagnózou DMO a mentálním postižením. Téma NKS je v dnešní době stále aktuálnější, protože dětí s NKS přibývá. Také specifická skupina dětí s primárně těžkým postižením, které představuje DMO i mentální postižení, vyžaduje pozornost a kvalitní a moderní přístupy.

Cílem práce bylo zjistit jaká logopedická péče je dětem se symptomatickými poruchami řeči v Jedličkově ústavu a školy poskytována, jak logopedická intervence dětem pomáhá ke zlepšení komunikace a jaké metody jsou při edukaci využívány.

V teoretické části práce jsme se v první kapitole dozvěděli základní informace o historii Jedličkova ústavu a jeho dnešním hlavním poslání – zajistit dětem život bez bariér. Součástí této kapitoly bylo i uvedení do problematiky dětí s DMO. Jak u nich probíhá rozvoj řeči, jaká diagnostika se u nich využívá a jaké vzdělávání je jim možné poskytovat. V dalších třech kapitolách jsme se dozvěděli o symptomatických poruchách a jejich vzniku, dále jsme si rozebrali, jaké jazykové roviny řeči mohou být narušeny a jak probíhá diagnostika u NKS. Zároveň jsme stručně popsali problematiku vývoje řeči u dětí s mentálním postižením. Zaměřili jsme se převážně na možné odchylky ve vývoji jejich řeči, odrážející se v narušených jazykových rovinách řeči. A v neposlední řadě jsme se dozvěděli o možnostech vzdělávání těchto dětí, možnosti při integraci do běžných škol a zapojení do institucích, které poskytují pomoc rodinám postižených dětí. Závěrečná kapitola teoretické části bakalářské práce nám dala nahlédnout na možné formy alternativní a augmentativní komunikace, která je pro osoby s postižením ke komunikaci nezbytná.

Poznatky v teoretické části bakalářské práce byly čerpány studiem z české odborné literatury, které byly doplněny studiem českých odborných časopisů. Z důvodů obtížné dostupnosti aktuálních publikací souvisejících s daným tématem, bylo do bakalářské práce čerpáno zejména ze starších publikací.

Cílem praktické části bylo zjistit jakým způsobem prakticky probíhá logopedická intervence u dětí mladšího školního věku v Jedličkově ústavu, jaké metody jsou při edukaci řeči používány a zhodnotit vývoj řečových schopností dětí za jeden rok při poskytování pravidelné logopedické péče včetně využívání systémů AAK při komunikaci.

Cíl bakalářské práce byl splněn. Zjistili jsme, že individuální logopedické intervence se děti účastní jednou týdně, kdy dochází ke klinickým logopedkám. Jako nejčastější vady řeči se prokázaly dysartrie a dyslálie, a to zejména z důvodu častého výskytu kombinovaných vad, zejména DMO a mentálního postižení. Mnohá postižení jsou totiž často doprovázena i vadou řeči, což zvyšuje procento výskytu dětí se symptomatickými poruchami řeči. Dozvěděli jsme se, že se v logopedické intervenci se hojně využívá systémů AAK jako je program Grid nebo VoCoN. Jako užitečná pomůcka pro rozvoj komunikace je ve škole využíván zážitkový deník, který si děti na hodiny logopedie přinášejí s sebou a jsou hlavním prostředkem pro navázání konverzace a vybudování příjemné atmosféry. Rozhovory s logopedkami ukázaly, že při reedukaci dysartrie i dyslálie je pozornost zaměřena v první řadě na rozvíjení motoriky mluvidel a orofaciální oblasti, děti potřebují uvolnit napětí ve svalech, či stimulovat svalové skupiny odpovědné za artikulaci. Pro uvolnění například využívají bazální stimulaci či masáže v oblasti mluvidel. Při rozvíjení řečových dovedností pak postupují podle nejvíce oslabených jazykových rovin, propojují při praktických cvičeních s různými metodami AAK.

Roční pozorování žáků ukázalo, že pravidelná logopedická intervence cílená na konkrétní potíže dítěte v individuální formě propojená se skupinovou logopedickou péčí ve třídě má výrazný vliv na zlepšování komunikačních schopností dětí, pomáhá dítěti rozvíjet řečové a vyjadřovací dovednosti. Hlavně v oblasti aktivní slovní zásoby došlo u sledovaných dětí ke značnému obohacení, řečový projev dětí se celkově značně zlepšil.

Za největší přínos propojení individuální logopedické péče a výuky považujeme zapojování nových inovativních metod v logopedické intervenci, spolupráci učitele s logopedkami i zájem školy o hledání efektivní pomoci pro svoje žáky. Logopedické

a speciálně pedagogické přístupy ve spojení s metodami AAK pomáhají dětem ve zdokonalování svých komunikačních schopností a kompenzují obtíže spojené s NKS.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5.

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

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

PTÁČKOVÁ, Jindřiška. (1991). Jedličkárna II. Aneb rodinný podnik. *Učitelské noviny*. 1991, roč. 94, č. 9, s. 4. ISSN 0139-5718.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Vyd. 3. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1974. ISBN 14-384-74.



ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

### Seznam použitých internetových zdrojů

GARKISCH, David. Rudolf Jedlička: Fascinující příběh lékaře, který se obětoval pro ostatní. *Naše zdravotnictví* [online]. 2020 [cit. 2023-01-09]. Dostupné z: <https://nasezdravotnictvi.cz/aktualita/rudolf-jedlicka-fascinujici-pribeh-lekare-ktery-se-obetoval-pro-ostatni>

Jedličkův ústav a školy. *Základní údaje* [online]. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <http://www.jus.cz/>

Jedličkův ústav a školy. *Historie JÚŠ jako celku* [online]. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: [http://www.jus.cz/parse\\_url.php?url=/historie-JUS-jako-celku](http://www.jus.cz/parse_url.php?url=/historie-JUS-jako-celku)

KŘÍŽKOVSKÁ, Petra. *Vzdělávání dětí s mentálním postižením. Šance Dětem* [online]. © 2020 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vzdelavani-deti-s-mentalnim-postizenim>

KUNHUTOVÁ, Monika. *Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. Šance Dětem* [online]. © 2022 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vzdelavani-deti-s-kombinovanym-postizenim>

ÚPDM. *Rudolf Jedlička* [online]. 2007 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://www.upmd.cz/rudolf-jedlicka/>

## SEZNAM ZKRATEK

- AAK - Alternativní a augmentativní komunikace
- CNS - Centrální nervová soustava
- DMO - Dětská mozková obrna
- IQ - Inteligenční kvocient
- IVP - Individuální vzdělávací plán
- JÚŠ - Jedličkův ústav a školy
- NKS - Narušená komunikační schopnost
- SPC - Speciálně pedagogické centrum
- ŠVP - Školní vzdělávací program
- VOKS - Výměnný obrázkový komunikační systém
- ZŠ - Základná škola

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Život Rudolfa Jedličky .....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Rozhovor s logopedkami .....</b>	<b>IV</b>

## JEDLIČKŮV ÚSTAV

### PROFESOR MUDR. RUDOLF JEDLIČKA

Rudolf jedlička byl synem obvodového lékaře a později zdravotního rady MUDr. Michala Jedličky. Narodil se v Lysé nad Labem roku 1869 a byl jeden z 9 dalších sourozenců, který se dožil dospělosti. Rudolf již vyrůstal v doktorském prostředí, takže ani není divu, že sám v rodinné tradici pokračoval. Základní vzdělání absolvoval na obecné škole, dále pokračoval ve studiu na německém gymnáziu, které se nacházelo na Malé straně, zde však studium nedokončil, protože se rozhodl přejít na české Akademické gymnázium. Po úspěšném absolvování gymnázia se Rudolf přihlásil na lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, kde roku 1895 úspěšně odpromoval a stal se tak asistentem profesora Maydla. V roce 1901 získal titul docenta a o šest let později byl jmenován mimořádným profesorem (ÚPMD, online. 2023-02-08) (Garkisch, online. 2023-01-09).

### RENTGEN A RADIOVÁ SŮL

Jedlička se snažil pomáhat, jak nejlépe uměl a vzdělával se každým dalším dnem, nenechával si ujít ani žádné novinky ze světa vědy a výzkumu. Roku 1896 byl ohromen vynálezem Wilhelma Röntgena a to tzv. „paprsky X“ v dnešní době známy jako rentgen. Jedlička byl tímto vynálezem tak unesen, že uzavřel dohodu s hoteliérem Antonínem Cífkou, který tento přístroj koupil a umístil ho do jeho hotelu U černého koně. Zde poté Jedlička prováděl pokusy a výzkumy. Jako první v celé habsburské monarchii začal dělat tzv. skiagrafická vyšetření (záznam z vyšetření na foto film). Toto místo se stalo lákadlem pro mnohé zvědavce, kteří si jen pod tento „paprsek“ chodili prohlížet snímky vlastních kostí. Jedlička se o rok později rozhodl si koupit rentgen vlastní, moc dobře věděl, že je to riskantní rozhodnutí, ale i tak věřil tomu, že se mu utracené peníze brzy vrátí a že tento přístroj bude velkým přínosem pro budoucí medicínu. Díky tomuto odvážnému rozhodnutí se Jedličkovi přikládá zásluha založení první české rentgenologie (Garkisch, online. 2023-01-09).

Jedlička však rentgenem nekončí, hned „...*poté, co Marie Curie-Sklodovská roku 1898 spoluobjevila prvek radiu...*“ (Garkisch, online. 2023-01-09), byl Jedlička prvním člověkem, který o tento prvek měl zájem a začal ho využívat pro lékařské účely v Čechách. Pomoci jehly

začal radium používat jako léčebnou metodu pro odstranění rakovinných buněk, které po aplikaci podléhali ozáření a umíraly (Garkisch, online. 2023-01-09).

## ÚČAST V PRVNÍ SVĚTOVÉ VÁLCE A ZALOŽENÍ JEDLIČKOVA ÚSTAVU

Ještě před vypuknutím první světové války Jedlička zatoužil po otevření vlastní kliniky. Roku 1909 proto koupil pozemek v pražském Podolí, otevření samotného sanatoria však nastalo až roku 1914 (dnes je zde situovaná „Porodnice Podolí“). Před samotným otevřením sanatoria však *„Jedlička pracoval jako předseda Spolku pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků“* (Garkisch, online. 2023-01-09). Tato zkušenost dala Jedličkovi nápad vybudování samotného ústavu pro osoby s postižením (Garkisch, online. 2023-01-09). Jedlička proto koupil pozemky a zájezdní hostinec na pražském Vyšehradě. Na těchto místech nechal vybudovat Jedličkův ústav, který byl oficiálně otevřen roku 1913 (Ptáčková, Jedličkárna II. Aneb rodinný podnik, 1991).

Po vypuknutí první světové války byl jedlička povolán do Bosny, kde pracoval v polním lazaretu. Zde se staral o pacienty, kteří byli nakaženi cholerou nebo úplavicí. Jedličkovým přátelům se však podařilo ho přivést zpátky do Prahy, kde se stal velitelem vojenské nemocnice (ÚPMD, online. 2023-02-08) (Garkisch, online. 2023-01-09).

Na místě dnešního Jedličkova ústavu, přesněji v budově zájezdního hostince, byla sjednaná nemocnice, kde za první světové války byly umístováni váleční invalidové. Zajímavostí bylo, že většina z pacientů byla řemeslnická, a to z důvodu, aby si dokázali vyrobit vlastní protézy či je vyrábět i pro ostatní pacienty (Ptáčková, Jedličkárna II. Aneb rodinný podnik, 1991).

Postupně se do ústavu začínají dostávat i děti, a to zejména díky Marii Jedličkové, dceři Rudolfova bratra, která sama byla silně postižená mozkovou obrnou. Ta se i přes toto postižení rozhodla vystudovat pedagogiku a později tak působila jako učitelka pro děti v ústavu i přes to, že sotva psala a mluvila (Ptáčková, Jedličkárna II. Aneb rodinný podnik, 1991).

Dalším darem z nebes byl pro Jedličkův ústav příspěvek od samotného prezidenta T. G. Masaryka v hodnotě 100 tisíc korun. Ten zároveň postupně Jedličku jmenoval profesorem oborů chirurgie, rentgenologie a radiologie (Garkisch, online. 2023-01-09).

## ZÁVĚR JEDLIČKOVA ŽIVOTA

Jedličkovi se v polovině dvacátých let dvacátého století začal značně zhoršovat jeho zdravotní stav. Spekuluje se, že důvody jeho brzkého odchodu můžou být i následky dlouhodobého ozáření, či následky Jedličkova častého kouření. Na konci svého života také trpěl silnými záchvaty angíny pectoris, která mu znepríjemňovala každý den. Jedlička tušil svůj konec, takže začal psát poslední vůli, rozloučil se s přáteli, a dokonce se i oženil s jeho dlouholetou instrumentářkou Alexandrou. Až na morfium Jedlička odmítal užívat jakékoliv léky, a dokonce i normálně docházel do práce, operoval a přednášel. Do posledního dechu se snažil ze sebe dávat ostatním co nejvíce. Jedlička zemřel ve své vile v Harrachově roku 1926 ve věku 57 let (Garkisch, online. 2023-01-09).

V Jedličkových stopách poté pokračoval jeho prasynovec Jiří Jedlička. Ten se roku 1989 stal spoluzakladatelem České lékařské komory, zároveň inicioval založení udělování titulů pro významné osoby medicínského oboru. Jeho nápadu bylo vyslyšeno a dodnes se tak každým rokem uděluje prestižní titul: „*rytíř českého lékařského stavu*“ (Garkisch, online. 2023-01-09).

## **Příloha B– Rozhovor s Logopedkami**

### **Logopedka I.**

#### **1. Jak dlouho již v JÚŠ působíte?**

*Jako klinická logopedka v JÚŠ působím už sedmým rokem, pouze však na poloviční úvazek.*

#### **2. Kolik dětí k Vám aktuálně dochází na logopedickou intervenci?**

*Momentálně mám na starosti sedmnáct dětí.*

#### **3. Za dobu Vašeho působení v JÚŠ, začala jste při logopedické intervenci využívat nějakých nových inovativních metod, které Vám umožnily vyšší efektivitu logopedické péče?**

*Za dobu mého působení v JÚŠ jsem si vyzkoušela mnoho metod, ale asi za nejnovativnější bych považovala systém VoCoN neboli metoda červenomodrého psaní, která dětem pomáhá se lépe orientovat v textu a snáze v něm rozlišit samohlásky a souhlásky. Ještě bych možná zmínila metodu audiovizuálního čtení, kdy dítěti nejprve ukázu obrázky, ke kterým jim přehraji zvukovou nahrávku. Většinou to jsou různé zvuky, rozhovory, nebo mluvené příběhy. V návaznosti na nahrávku dětem vysvětlím význam každého slova. Úkolem dítěte je poté danou zvukovou nahrávku převyprávět či se ji naučit nazpaměť. Po celou dobu má dítě při sobě jak obrázky, tak text. Oba systémy používám moc ráda.*

#### **4. Se kterými vadami řeči se v Jedličkově ústavu nejčastěji setkáváte?**

*Vzhledem k tomu, že v Jedličkově ústavu a školy se nejčastěji setkáváme s kombinovaným postižením, a především s dětmi s DMO, dá se předpokládat, že nejvíce se zde bude vyskytovat dysartrie. A to i potvrzuji.*

#### **5. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dyslálie nejčastěji?**

*Nejčastěji na začátku před samotnou nápravou děláme přípravná cvičení na rozhybání mluvidel. Poté dle toho, co jsme dělali minule navazujeme buď s nácvikem sluchové diference, nebo si čteme různé básničky či říkadla, která se dětem díky rýmům lépe zapamatovávají.*

#### **6. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dysartrie nejčastěji?**



*U dysartrie je důležité se zbavit napětí, které u mluvních orgánů je. Proto často k nápravě dysartrie používám stimulačních masáží a s tím související procvičování motoriky mluvidel.*

**7. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s DMO narušeny?**

*Nejčastější problém, který u těchto dětí řeším je narušení foneticko – fonologické roviny řeči. Vyslovování je u těchto dětí ztíženo spasticitou, proto je tato rovina nejčastěji narušena.*

**8. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s mentálním postižením narušeny?**

*U těchto jedinců se narušení znova odvíjí od jejich postižení. Děti s mentálním postižením mají často snížené IQ z čehož vyplývá, že jim bude dělat obtíže logické myšlení a zapamatování. Tyto děti si špatně osvojují gramatická pravidla, slovní zásoba se u nich vyvíjí pomalu a vyjadřování je mnohdy na úrovni pár slov. Takže abych odpověděla, tak nejčastěji se setkávám s narušenou lexikálně-sémantickou a morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinou.*

**9. Využíváte v terapii také Vojtovy či Bobathovy metody?**

*Obě metody jsou sice pro terapie užitečné a prospěšné, ale já je v logopedii nevyužívám. Tomu se věnují tady v JÚŠ jiné odbornice.*

**10. Využíváte při terapii metodu bazální stimulace?**

*Ano, pokud nám na její začlenění do terapie zbude čas, tak jí provádím. Nejčastěji právě u dětí s DMO.*

**11. Pokud při terapii využíváte systémy AAK, o jaké se jedná?**

*Pro usnadnění komunikace s dětmi používáme mnoho systémů AAK. Zejména záleží na dítěti, jeho potřebách, ale i jeho osobnosti. U mnohých dětí již přesně vím, jaké systémy mu nejvíce odpovídají a jaké ho také baví. Podle toho se mu potom snažím vyhovět a v užívání daného systému ho tak zdokonalovat. Nejčastěji však využívám systém Grid, komunikační knihu, zážitkový deník, jednovzkazové komunikátory, mobilní telefony, iPady, upravené klávesnice, trackbally či Sym Wtitter.*

## Logopedka II.

### 1. Jak dlouho již v JÚŠ působíte?

*V Jedličkově ústavu již působím čtyři roky jako klinická logopedka.*

### 2. Kolik dětí k Vám aktuálně dochází na logopedickou intervenci?

*Aktuálně ke mně dochází přes dvacet dětí. Většinou se s každým setkávám pouze jednou týdně, delší časová dotace by z důvodu plné obsazenosti nebyla možná*

### 3. Za dobu Vašeho působení v JÚŠ, začala jste při logopedické intervenci využívat nějakých nových inovativních metod, které Vám umožnily vyšší efektivitu logopedické péče?

*Inovativní metody se určitě snažíme co nejvíce přijímat a využívat je u dětí. Za nejpoužívanější a nejosvědčenější bych asi zmínila červenomodré psaní, které používám velice ráda. Děti v něm dokážou mnohem rychleji číst a orientovat se v textu díky barevnému rozeznávání samohlásek a souhlásek.*

### 4. Se kterými vadami řeči se v Jedličkově ústavu nejčastěji setkáváte?

*Tim, že větší část dětí, které JÚŠ navštěvují jsou děti s DMO, tak se nejčastěji setkávám s dysartrií.*

### 5. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dyslálie nejčastěji?

*Ráda hodiny začínám samotnou přípravou mluvidel, pomocí různých cviků, dělání rybky, foukání na perličko, nafukování tváří a různé další cviky. U těchto dětí je důležitý nácvik sluchové diferenciacce, protože mnohdy nedokáží rozpoznat rozdíly mezi zdánlivě podobně znějícími slovy. Dále s nimi i často nacvičuji nějakou básničku, která je většinou krátká a dobře se zapamatovává.*

### 6. Jaké metody v rámci logopedické péče používáte při reedukaci dysartrie nejčastěji?

*Důvod narušeného vyslovování u těchto dětí často vyplývá ze ztuhlých mluvidel. Proto často využívám stimulačních masáží, které mluvidla alespoň trochu uvolní.*

### 7. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s DMO narušeny?

*Nejčastěji je narušena rovina foneticko-fonologická. Vyslovování je silně narušeno z důvodů obrny mluvidel, proto u těchto dětí často v terapii využíváme různých stimulačních*

*masáží, aby došlo k uvolnění mluvidel. Dále řeším i narušenou pragmatickou rovinu, kde děti nechápou jak naučené postupy a pravidla využívat v praxi.*

### **8. Jaké jazykové roviny jsou nejčastěji u dětí s mentálním postižením narušeny?**

*U dětí s mentálním postižením se setkávám spíše s narušením zbývajících dvou rovin a to morfológico-syntaktické a lexikálně-sémantické. Jedná se většinou o děti se sníženým intelektem, takže se dá předpokládat jak narušená gramatika, tak velice pomalé osvojování nové slovní zásoby.*

### **9. Využíváte v terapii také Vojtovy či Bobathovy metody?**

*Tyto metody sice úzce souvisí i s logopedickou péčí, ale z důvodu omezeného času je v logopedické intervenci nevyužíváme. Na tyto metody mají děti vymezený čas v jiných terapiích u speciálně proškolených odborníků.*

### **12. Využíváte při terapii metodu bazální stimulace?**

*V bazální stimulaci využíváme různých druhů stimulací, ale asi nejčastěji používáme vibrace. Dále děti baví i lechtání peříčkem. Druhy stimulací se snažíme co nejvíce obměňovat, aby se u dítěte postupně aktivovaly všechny kožní receptory a nedocházelo k jejich vyhoření.*

### **11. Pokud při terapii využíváte systémy AAK, o jaké se jedná?**

*V komunikaci nám i velice pomáhají zážitkové deníky, které si samy děti vytváří a potom nám je ukazují. Na jejich základě pak můžeme s dítětem hovořit o zaznamenaných zážitcích, a tak dítě nezáměrně podněcovat ke komunikaci. Velkou výhodou je, že dítě v tu dobu mluví o něčem, co ho baví, nebo je mu blízké. Za další výhodu zážitkového deníku považuji to, že ho dítě tvoří zejména s rodiči, kteří tak s dítětem tráví čas a komunikují s ním. Já poté i dle kvality deníku dokážu poznat jaké vztahy v rodině jsou a jaký přístup k dítěti rodina má. Samotné faciální projevy dítěte při následném vypravování, také dokážou ukázat mnohé. Ze systémů asi nejčastěji využívám ještě Grid a Symwriter. Velkými pomocníky jsou i aplikace v telefonech iPadech a počítačích. Pro psaní na počítači využívám i upravených klávesnic či trackballů díky nimž nemusí dítě využívat myši.*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Veronika Šafrová

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Logopedická péče u dětí mladšího školního věku se symptomatickými poruchami řeči v Jedličkově ústavu

**Rok:** 2023

**Počet stran textu bez příloh:** 55

**Celkový počet stran příloh:** 7

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 15

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 6

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Fleischmannová